

# **ALTERAÇÕES DEMENCIAIS**

Rômulo Rebouças Lôbo  
Nereida Kilza da Costa Lima  
Eduardo Ferrioli  
Julio Cesar Moriguti

- 1 - Introdução
- 1.1 - Histórico
- 1.2 - Definições
- 1.3 - Epidemiologia
- 1.4 - Rastreamento
- 2 - Quadro clínico
- 2.1 - O paciente com queixa de memória
- 2.2 - Atividades de vida diária
- 2.3 - Sintomas comportamentais
- 2.4 - Outros sinais e sintomas
- 3 - Diagnóstico diferencial
- 4 - Avaliação do paciente
- 4.1 - Anamnese/ entrevista com o paciente
- 4.2 - Entrevista com o informante
- 4.3 - Exame do estado mental
- 4.4 - Exame físico e neurológico
- 4.5 - Avaliação de domínios cognitivos
- 4.6 - Testes de avaliação cognitiva mais utilizados
- 4.6.1 - Mini-exame do estado mental
- 4.6.2 - Teste de desenho do relógio
- 4.6.3 - Outros testes
- 4.7 - Avaliação de medicações
- 4.8 - Exames complementares
- 4.8.1 - Outros exames
- 4.9 - Teste neuropsicológico
- 4.10 - Definindo o diagnóstico
- 5 - Principais tipos de demência
- 5.1 - Doença de Alzheimer
- 5.2 - Demência vascular
- 5.3 - Demência por corpúsculos de Lewy
- 5.4 - Demência fronto-temporal
- 5.5 - Outros tipos
- 6 - Impactos sobre o paciente e a família
- 7 - Tratamento
- 8 - Considerações finais

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 - HISTÓRICO

O conceito de demência tem evoluído ao longo dos últimos 2500 anos, desde a idéia de déficit cognitivo inevitável associado ao envelhecimento até os conhecimentos contemporâneos. Registros da época do império Greco-romano citam declínio mental como consequência natural do envelhecimento. Pitágoras definia a última etapa da vida como “old age”, um período caracterizado pelo declínio do corpo e regressão das capacidades mentais onde “o sistema retornava à imbecilidade da primeira infância”. Hipócrates também considerava inevitável o declínio mental associado ao envelhecimento, justificando-o por desequilíbrio de fluidos corporais. Aristóteles compartilhava da mesma opinião, defendendo a não nomeação de idosos para cargos governamentais superiores. Fica evidente que o declínio cognitivo relacionado à idade já é reconhecido de longa data, e que tal declínio era visto como inevitável e o próprio envelhecimento era apontado como um processo patológico.

Em 1685, Thomas Willis, médico pessoal do rei Charles II, elaborou uma classificação de demências, identificando causas como trauma craniano, fatores congênitos, abuso de álcool e drogas, epilepsia prolongada e idade avançada. Em 1776, William Cullen reorganizou as doenças em quatro classes, e no grupo das neuroses reconheceu a demência senil como entidade patológica pela primeira vez, definindo-a como “decadência da percepção e da memória na idade avançada”. Em 1838, Jean Etienne Esquirol publicou *Des Maladies Mentales*, descrevendo características de novos subtipos de alterações mentais, citando possíveis causas de demência. Já em 1894, Otto Binswanger descreveu um tipo de demência causada por extensa arteriosclerose da substância branca cerebral. Placas amilóides

cerebrais foram descritas pela primeira vez em 1892 por Gheorge Marinescu, Paul Blocq e Victor Babes, encontradas no cérebro de paciente epiléptico. Em 1898, tal achado patológico, que havia sido denominado de esclerose miliar, foi observado em dois casos de demência senil.

Em 1901, Alois Alzheimer examinou pela primeira vez a paciente Auguste D, uma mulher de 51 anos que apresentava amnésia progressiva, afasia, alexia e agrafia, além de desorientação, agitação e alucinações auditivas. Em 1906, Alzheimer descreveu o caso desta paciente em conferência internacional, achados que em 1907 compuseram sua publicação “About a peculiar disease of the cerebral cortex”. A partir de então casos semelhantes foram descritos e em 1910 o termo Doença de Alzheimer foi citado pela primeira vez por Emil Kraepelin e seu Textbook of Psychiatry. Muito se evoluiu sobre o conhecimento sobre demência desde então, sendo atualmente uma entidade bem definida e com diversas causas além da Doença de Alzheimer (DA), mesmo assim, é ainda uma área com diversos mistérios a serem desvendados e com várias opções de pesquisa.

## **1.2 - DEFINIÇÕES**

À medida que envelhecemos, ocorrem alterações cerebrais que podem levar às mudanças no pensamento e comportamento. Ocorre diminuição na velocidade de processamento da informação, na evocação espontânea e em pequeno grau nas habilidades executivas. O aprendizado de informações novas é mais lento que o de adultos jovens assim como a evocação. A distinção entre mudanças fisiológicas e patológicas é difícil e costuma ser realizada por meio do impacto social, funcional e em atividades do indivíduo que venha a ocorrer.

Demência é caracterizada por múltiplos déficits cognitivos que incluem prejuízo na memória e pelo menos uma das seguintes anormalidades: agnosia, afasia, apraxia ou distúrbio na função executiva. Tais déficits devem ser suficientes para causar prejuízo funcional nas atividades diárias do indivíduo e devem representar declínio em relação ao funcionamento prévio (Quadro 1). Algumas alterações cognitivas, no entanto, não apresentam o prejuízo na memória como principal achado; é o caso de entidades como a demência fronto-temporal e a afasia progressiva primária.

#### QUADRO 1

### **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMÊNCIA-DSM-IV**

- 1. Déficit de memória**
- 2. Pelo menos um dos seguintes: afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva**
- 3. Os déficits em “1” e “2” interferem significativamente com o trabalho, atividades sociais ou relacionamentos.**
- 4. Os distúrbios não ocorrem exclusivamente durante episódios de *delirium***

Adaptado do American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual, 4ª edição

O comprometimento cognitivo leve (CCL) se caracteriza por presença de prejuízo no desempenho cognitivo que não causa comprometimento funcional, não preenchendo os critérios diagnósticos para síndrome demencial. Acarreta maior risco de desenvolvimento de demência, necessitando de reavaliações periódicas e mais frequentes que em indivíduos normais. É uma entidade controversa e não reconhecida por alguns especialistas. Não há indicação de tratamento específico e na prática sua principal utilidade é identificar pacientes que necessitam de maior vigilância em relação à cognição.

---

## GLOSSÁRIO DE TERMOS

---

### **Agnosia**

Inabilidade para reconhecer e nomear objetos familiares na ausência de déficit visual; o paciente pode ser capaz de descrever a forma e cor, mas não de contextualizar ou descrever o seu uso.

### **Afasia**

Deterioração da linguagem. Não confundir com disartria que é a inabilidade para articular corretamente as palavras.

### **Apraxia**

Habilidade diminuída na execução de tarefas motoras na ausência de déficit motor ou sensorial.

### **Função executiva**

Capacidade de pensar abstratamente e de planejar e executar tarefas complexas, incluindo o início, seqüenciamento e fim.

### **Memória**

Aquisição, armazenamento e evocação de informações.

### **Memória episódica**

Relacionada a experiências pessoais. Ex: o que se comeu no almoço hoje

### **Memória semântica**

Relaciona-se a fatos impessoais. Ex: o nome da capital do Brasil

### **Memória procedural**

Permite a realização de ações já aprendidas e armazenadas como andar de bicicleta ou dirigir.

---

**Memória de trabalho**

Permite armazenar informações por curto espaço de tempo, apenas enquanto é utilizada, como quando se lê um número de telefone e se disca no teclado.

### **1.3 - EPIDEMIOLOGIA**

Demência apresenta grande impacto social e econômico atualmente e deverá se tornar um problema maior ainda com o envelhecimento progressivo da população. É uma das principais causas de institucionalização de idosos, sendo necessária oferta maior e de qualidade para receber os acometidos pela doença. Assim como com outras doenças patológicas, o profissional de saúde da rede primária de atendimento costuma ser o primeiro a ter contato com pacientes portadores de demência. A detecção inadequada de alterações demenciais nesse contexto tem sido destacada em diversos estudos, com taxas estimadas de 50 a 80% para casos moderados a graves e chegando a 51% em casos leves. Tal quadro vem refletir o problema do rastreio e diagnóstico de demência, em termos de variedade de sinais e sintomas, bem como a ausência de instrumentos adequados validados, treinamento limitado em rastreio, disponibilidade variada de serviços especializados e dificuldade de referenciar pacientes a esses serviços.

Estima-se pelo menos 5 milhões de pessoas afetadas e que 6 a 10% dos indivíduos acima de 65 anos na América do Norte sofram de algum tipo de demência. Estudo conduzido por Ferri e colaboradores estimou que em 2001 houvesse 24,3 milhões de pessoas no mundo portadores de demência, com 4,6 milhões de casos novos por anos. Projeções apontavam que esse número dobraria em 20 anos, chegando

a mais de 40 milhões de casos em 2020 e mais de 80 milhões em 2040. Dados do Global Burden Disease de 2003 estimam que demência contribua com 11,2% de anos vividos com dependência em pessoas acima de 65 anos, mais que AVC (9,5%), doenças musculoesqueléticas (8,9%), doença cardiovascular (5%) e câncer (2,4%). Os cuidados demandados pelos pacientes são muitos e estima-se custo anual de 8,2 bilhões de dólares no Reino Unido e 18 bilhões de dólares nos Estados Unidos.

### **ENTRA FIGURA 1**

O principal fator de risco para o desenvolvimento de demência é a idade, sendo que a prevalência é de cerca de 1 a 2% na faixa etária de 60-65 anos, dobrando a cada cinco anos após isso, atingindo 35 a 40% nos maiores de 85 anos. Outros fatores de risco citados são trauma craniano, baixo nível educacional, sexo feminino, história familiar de demência, AVC, HAS, alelo E4 da apolipoproteína E (ApoE). Possíveis fatores protetores são nível educacional elevado e atividade física.

### **ENTRA FIGURA 2**

#### **1.4 – RASTREIO**

As síndromes demências trazem forte carga de sofrimento aos pacientes, suas famílias e à sociedade. Nos pacientes causa dependência funcional progressiva e nos familiares leva a ansiedade, depressão e tempo crescente no cuidado com o doente.

Comumente os portadores de demência chegam tardiamente a uma avaliação especializada, por motivos diversos: não reconhecimento de déficits sutis pelo paciente e familiares e quando detectados associados como parte do envelhecimento, superestimação da capacidade cognitiva do paciente pelos familiares, tentativas de

racionalizar os sintomas por medo do estigma da doença, negação dos sintomas como forma de defesa, desconhecimento de médicos e outros profissionais de saúde que não identificam os sinais iniciais como indicativos da possibilidade de demência incipiente. Esforços têm sido feitos no intuito de fazer com que esses pacientes cheguem mais precocemente aos serviços de avaliação, visto que o diagnóstico precoce permitiria melhor planejamento do paciente e de sua família, maior tempo em estágio leve, período onde o impacto causado pelo diagnóstico é menor, permitindo orientação e educação para a doença de forma progressiva. Além disso, início precoce de tratamento tem maior chance de ser efetivo em retardar a progressão dos sintomas.

Em exames clínicos para avaliação de rotina muitas vezes passam despercebidos sinais e sintomas de síndrome demencial. Isso ocorre em parte pelo despreparo dos profissionais, pela necessidade de otimização do tempo, com consultas com duração aquém do necessário, e pela não inclusão rotineira de questões sobre cognição nessas ocasiões. Tal fato leva a crer que testes adequados de rastreio, incluídos nesse contexto, possam revelar casos de demência não detectada. Para que uma estratégia de rastreio seja efetiva é necessário um instrumento de avaliação breve, com boa reprodutibilidade inter-aplicador e de fácil aplicação e análise quando utilizado em visitas clínicas de rotina. Entretanto, não há consenso sobre a indicação de realizar rastreio populacional para diagnosticar demência, sendo o maior problema com a evidência para isso a incerteza quanto à efetividade do tratamento para pessoas que seriam diagnosticadas por tal estratégia. Implementar um programa de rastreio implicaria na avaliação de indivíduos assintomáticos, capacidade de conduzir uma avaliação diagnóstica acurada, e capacidade de promover educação e manejo adequado dos pacientes com diagnóstico confirmado. Lembrar que um teste de rastreio positivo não define o diagnóstico, apenas

indica investigação adicional, mas já é capaz de causar ansiedade e preocupação ao paciente.

Portadores de demência identificados por meio de rastreio populacional teriam oportunidade de discutir a natureza da síndrome, prognóstico e planejamento futuro com atenção ao cuidado com sua saúde, segurança e finanças. Elas ainda estariam aptas a formular direções futuras, escolher uma pessoa como representante nas decisões financeiras e de cuidado médico, consentir participações em pesquisas, além de discutir assuntos como o risco em continuar dirigindo e possibilidade de mudança de domicílio.

Os malefícios de uma estratégia de rastreio não foram ainda estudados. Potenciais danos incluem o risco de depressão e ansiedade no paciente e em seus familiares, tempo e custo para o rastreio, além de possíveis danos ao rotular a pessoa como portadora de demência. Após rastreio positivo, a referência para avaliação especializada deve estar disponível em curto espaço de tempo, pois a espera aumentaria ainda mais a ansiedade e preocupação do paciente e de sua família. Apesar das possíveis desvantagens, pesquisas com idosos portadores de DA e seus cuidadores demonstraram que a maioria das pessoas deseja ser informada sobre um diagnóstico de demência.

O US Preventive Task Force (USPSTF) afirma que as evidências publicadas não demonstraram benefício claro em promover rastreio de demência em todos os idosos assintomáticos, nem excluíram a possibilidade de benefício. Entretanto, enfatizam a necessidade de avaliação cuidadosa em indivíduos que se apresentam com queixas cognitivas.

## **2 - QUADRO CLÍNICO**

### **2.1 - O PACIENTE COM QUEIXA DE MEMÓRIA**

Não é incomum encontrar idosos relatando que sua memória já não é tão boa como antigamente. Como dito anteriormente, o principal nesse caso é diferenciar situações em que tal queixa é sintoma de possível síndrome demencial. Nem sempre é o paciente quem chega com tal queixa, sendo muitas vezes trazido por familiar que afirma que o paciente “anda muito esquecido”, não raramente com negação da queixa pelo mesmo. A primeira pergunta a ser feita é o quanto tal queixa tem interferido no dia-a-dia do paciente, pois lembremos que o impacto na capacidade funcional é condição fundamental para a definição de um quadro demencial.

Todo paciente com queixa de memória deve ser submetido a avaliação cognitiva pelo menos com teste de rastreio, preferencialmente com alguém familiarizado com a avaliação inicial, e a partir daí decidir sobre a necessidade de aprofundamento da investigação e encaminhamento para avaliação com especialista na área.

Queixas freqüentes são esquecer onde objetos foram guardados, ir ao supermercado e esquecer algum item, esquecer panela no fogo, entre outras. Tais queixas podem ou não sinalizar doença, para tanto devemos questionar outros tipos de alterações como o não reconhecimento de pessoas ou locais conhecidos, se aconteceram episódios de ficar perdido em local conhecido, se ocorreu perda da capacidade de gerenciar finanças pessoais, se deixou de fazer alguma atividade antes rotineira e porque, se houve mudança na comida preparada pelo paciente (erro de tempero, por exemplo) e questionar mudanças na rotina e em casa. (Tabela 1).

A confirmação das informações por acompanhante que conheça bem e conviva diariamente com o paciente é de fundamental importância ao se avaliar queixas de memória. Além do mais, muitas

vezes o informante fornece dados e fatos novos, não relatados pelo paciente, seja por vergonha, medo do diagnóstico ou simplesmente porque já não recorda. Questionar com o informante se o paciente vem apresentando dificuldade de recordar fatos recentes, sobre mudanças de personalidade e sobre atividades do dia-a-dia.

**EXEMPLOS DE QUESTIONAMENTOS A SEREM FEITOS AO PACIENTE E CONFIRMADOS POR INFORMANTE**

Há alguma anormalidade que chame a atenção nas roupas do paciente? Estão adequadas à época do ano?

O paciente parece limpo e bem cuidado?

A casa ou quarto do paciente continua limpa adequadamente?

Tem havido necessidade de deixar recados e lembretes pela casa?

Calendários e relógios da casa estão marcando data e hora corretamente?

Tem havido problemas com o uso da medicação?

Tem havido dificuldades em reconhecer pessoas ou lugares conhecidos?

Tem se achado comida estragada na geladeira?

Existem contas em atraso sem motivo financeiro que costumavam ser pagas em dia?

Houve mudança na personalidade ou comportamento do paciente?

Notou-se alguma dificuldade do paciente para dirigir que não existia antes ou o mesmo se envolveu em algum acidente de carro recentemente?

O paciente ainda controla suas próprias finanças? Vai receber a própria aposentadoria?

O paciente tem necessitado de ajuda com alguma atividade que antes desempenhava sozinho?

## **2.2 – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA**

Prejuízo nas atividades de vida diária (AVD's) é condição essencial ao diagnóstico de demência e deve ser analisado na avaliação inicial e monitorado depois de feito o diagnóstico. O melhor meio para

obter informações é a entrevista com informante que conheça bem o paciente. Instrumentos desenvolvidos com esse propósito têm sido usados no rastreamento e avaliação inicial de demência e apesar de algumas limitações (como a necessidade de informante confiável e a natureza indireta de tal avaliação) apresenta duas importantes vantagens em relação aos outros métodos: melhor aplicabilidade em indivíduos com alta e baixa escolaridade e independência em relação às queixas do paciente.

As AVD's são didaticamente divididas em básicas (ABVD's) e instrumentais (AIVD's). ABVD's são as atividades mais simples do dia a dia e que toda pessoa desempenha, independente de nível educacional ou função no contexto familiar; compreende tarefas como se alimentar, tomar banho, vestir-se, utilizar o banheiro, higiene/cuidado pessoal. AIVD's seriam tarefas mais complexas não necessariamente desempenhadas por todas as pessoas devido variações no estilo de vida de cada indivíduo. É fundamental que a avaliação de tais atividades seja feita em comparação ao funcionamento prévio do paciente, podendo haver pessoas que não desempenham uma AIVD específica, mas que nunca o fizeram. As AIVD's mais citadas compreendem quatro grupos: gerenciamento de finanças pessoais, utilização de meios de transporte, auto-administração de medicações e uso do telefone. Estudo recentemente publicado mostrou que 10 anos antes do diagnóstico clínico, indivíduos que desenvolveriam quadro demencial apresentavam pior desempenho em AIVD's, podendo este ser marcador precoce de risco.

O esperado é que em casos de déficit cognitivo ocorra inicialmente declínio nas AIVD's e com a evolução e agravamento do quadro as ABVD's passam a ser afetadas. Por esse motivo, avaliação das AIVD's tem maior ênfase na avaliação de quadros em

investigação. Deve-se ter atenção ao fato de que outros fatores como déficit sensorial ou físico (fratura de fêmur, catarata, hipoacusia, entre outros), bastante comuns entre idosos, podem igualmente afetar AIVD's em indivíduos sem declínio cognitivo, levando ao rastreamento ou mesmo falso diagnóstico de demência. Além disso, atentar que o contexto onde se avaliam AIVD's é diferente de uma população para outra, não se podendo aplicar certos instrumentos de avaliação universalmente; imagine avaliar AIVD's pontuando para o uso ou não do telefone em comunidade rural onde tal benefício só está disponível há alguns anos, certamente a taxa de falso-positivos seria alta.

### ESCALA DE LAWTON – AIVD'S

	<b>Sem ajuda(3 pt)</b>	<b>Ajuda parcial (2pt)</b>	<b>Não consegue (1pt)</b>
<b>Consegue usar o telefone ?</b>			
<b>Consegue ir a locais distantes usando meios de transporte?</b>			
<b>Consegue fazer compras?</b>			
<b>Consegue preparar as próprias refeições?</b>			
<b>Consegue arrumar a casa?</b>			
<b>Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?</b>			
<b>Consegue lavar e passar roupa?</b>			
<b>Consegue tomar suas medicações na hora e dose corretas?</b>			
<b>Consegue cuidar de suas finanças?</b>			
Adaptado de Lawton MP, Moss M, Fulcomer M et al. A research and service-oriented multilevel assessment instrument. J. Gerontol, 1982; 37: 91-99.			

A escala de Lawton tem pontuação máxima de 27 pontos, sendo que o escore serve de comparação evolutiva para cada paciente.

#### ESCALA DE KAT'S – ABVD'S

<b>ATIVIDADE</b>	<b>INDEPENDENTE</b>	<b>sim</b>	<b>não</b>
<b>Banho</b>	Não precisa de ajuda ou apenas para uma parte do corpo		
<b>Vestir-se</b>	Se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
<b>Higiene pessoal</b>	Vai e usa o banheiro sozinho, sem ajuda		
<b>Transferências</b>	Deita na cama, senta na cadeira e levanta sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
<b>Continência</b>	Controla totalmente fezes e urina		
<b>Alimentação</b>	Come se ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

Adaptado de Katz S, Downs TD, Cash HR ET al. Gerontologist, 1970; 10: 20-30.

O escore total é o somatório de respostas “sim”. Seis pontos significa independência para ABVD's; quatro pontos, dependência parcial e dois pontos, dependência importante.

### 2.3 – SINTOMAS COMPORTAMENTAIS

Mudanças de humor e comportamento são comuns na demência e muitas vezes é o primeiro sinal que chama atenção dos familiares ou do profissional de saúde para o diagnóstico. Tais sintomas aumentam a morbidade da doença, contribuem para traumas físicos e elevam o risco de institucionalização precoce, estresse do cuidador e depressão. Quando presentes em paciente com CCL representam maior risco de conversão futura em demência. Lembrar que comorbidades e outras

intercorrências como traumas e infecções podem desencadear tais sintomas, sendo necessário estar atento para intervir em tais condições.

Alterações comportamentais incluem agressão física, gritos sem motivo, inquietação, vagância (paciente anda de um lado para outro sem propósito), desinibição sexual, linguagem inapropriada e delírios. Sintomas adicionais incluem ansiedade, humor deprimido, apatia, psicose e alucinações. Apatia e inércia podem ocorrer independentemente de humor deprimido e costuma ser frustrante para o cuidador, em especial nos estágios leves. Agitação e agressividade quando freqüentes são causas comuns de institucionalização. Ansiedade pode se manifestar com queixas físicas como palpitações, insônia, dispnéia além de preocupação excessiva e temor inexplicado.

Delírios são comuns em síndromes demenciais, especialmente em quadros moderados a avançados. Costumam ter relação com supostos roubos, intrusos ou impostores, sendo tipicamente associados ao esquecimento e interpretações errôneas. Alucinações são mais frequentemente visuais, mas distúrbios de percepção podem ocorrer com o olfato, audição e o tato.

Os sintomas comportamentais mais comuns na demência leve a moderada incluem depressão, irritabilidade, distúrbios do sono, agitação e ansiedade. Depressão está presente em 25% dos pacientes com demência e é fator de risco independente para institucionalização precoce; muitas vezes é difícil diferenciar apatia de depressão, sendo feito por vezes prova terapêutica com antidepressivos. Já nos quadros moderados a avançados os problemas mais comuns são agitação, agressividade, distúrbios do sono, efeito do pôr do sol (sundowning – piora da agitação ao entardecer e início da noite), inquietação, irritabilidade, desinibição e delírios. Na DA, observa-se apatia em 72% dos casos, agitação/agressividade em 60%, ansiedade em 48% e

depressão em até 48%; alucinações e delírios estão presentes em 50% dos pacientes por volta do quarto ano de diagnóstico.

Na presença de sintomas comportamentais é necessário suporte adequado, preferencialmente com equipe multidisciplinar, ao paciente e seus cuidadores. A disponibilização de suporte de fácil acesso em tempo e frequência fica facilitada quando há equipe capacitada para tal tarefa. Seria inadequado, por exemplo, o manejo de tais sintomas em consultas fixas que não podem ser mudadas ou antecipadas em caso de não adequação ou efeitos colaterais de medicações. Informação e orientação de que tais sintomas são manifestações comuns em quadros demenciais devem ser fornecidas e reforçadas frequentemente, devendo-se traçar estratégias e objetivos terapêuticos em conjunto com os familiares. Não raramente, idosos cônjuges de portadores de demência não atribuem comportamentos inadequados à doença, levando aos sentimentos de raiva e culpa, comprometendo o cuidado adequado em casa. Grupos de apoio aos cuidadores com reuniões periódicas costumam ser úteis.

Avaliação quanto à presença de sintomas comportamentais na demência deve ser feito tanto na investigação inicial quanto nas avaliações de seguimento, devendo os sintomas ser questionados diretamente ao paciente e seu cuidador. Existem escalas desenvolvidas para acompanhar a evolução de tais sintomas. A identificação e manejo precoce proporcionam melhor cuidados, diminui o risco de estresse do cuidador e retarda possível institucionalização.

## **2.4 – OUTROS SINAIS E SINTOMAS**

Alguns sinais e sintomas podem ser úteis na identificação de causas menos comuns de demência, como mudanças significativas de personalidade na demência fronto-temporal (DFT), sinais extrapiramidais da demência por corpúsculos de Lewy (DCL),

progressão mais rápida que o usual em causas infecciosas, paralisia com olhar fixo na paralisia supra-nuclear progressiva, sinais cerebelares na demência alcoólica, incontinência urinária sem causa aparente e distúrbio da marcha na hidrocefalia de pressão normal, etc. Tais sintomas indicam a necessidade de avaliação especializada e muitas vezes de exames complementares outros que os solicitados rotineiramente na avaliação de quadro demencial.

### **3 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Quando nos encontramos frente a um caso de demência, antes de assumirmos a patologia como de causa neurodegenerativa primária devemos excluir outras causas de síndrome demencial que possam ser revertidas pelo menos parcialmente, são as chamadas demências reversíveis (Quadro 2).

#### **QUADRO 2**

---

##### **CAUSAS REVERSÍVEIS DE DÉFICIT COGNITIVO**

**Neurológicas: tumores ou massas cerebrais, epilepsia, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal (HPN)**

**Imunológicas: infecções agudas ou crônicas, vasculites**

**Metabólicas: hipo ou hipertireoidismo, hipercalcemia, diabetes não diagnosticado, encefalopatia hepática, uremia**

**Nutricionais: deficiência de vitamina B12, tiamina, folato**

**Drogas: polifarmácia, iatrogenia, intoxicação por metais pesados**

**Abuso de álcool**

**Depressão**

*Delirium*

---

A avaliação de comorbidades é parte importante da avaliação de pacientes com demência, particularmente quando ocorre deterioração rápida e piora dos sintomas comportamentais.

A prevalência de tais condições varia amplamente em diversas séries de casos descritos na literatura, em parte por critérios de classificação variáveis, com números que vão de 8 a 25%, sendo que na prática pouco se observam casos reversíveis. Quando alguma anormalidade citada é encontrada após rastreio, o mais provável é que se trate de comorbidade do quadro demencial e não exatamente sua causa. No entanto, tais condições devem ser tratadas, pois na maioria das vezes apresentaram efeito negativo sobre a saúde do paciente, mesmo que com o tratamento não se obtenha remissão total do déficit.

Entre as possíveis causas de déficit cognitivo que não demência duas merecem destaque devido sua alta prevalência entre idosos e por mimetizarem quadros demenciais frequentemente: *delirium* e depressão.

*Delirium* se caracteriza por distúrbio da consciência, usualmente de caráter flutuante e com mudança cognitiva ocorrendo em curto espaço de tempo. Afeta comumente idosos acometidos por doenças agudas, como infecções ou desordens metabólicas, bem como na agudização de doenças crônicas, e no uso inadequado de drogas. Não possui fisiopatologia bem definida e costuma melhorar com a melhora da condição causadora. Associa-se a maior taxa de mortalidade, maior tempo de hospitalização, maior número de complicações e maior taxa de institucionalização.

Drogas são responsáveis por *delirium* em 11 a 30% de pacientes hospitalizados, podendo piorar déficit cognitivo pré-existente. Particularmente em idosos frágeis, a preocupação com o uso de drogas deve ser constante, pois tais pacientes costumam apresentar maior

número de comorbidades, o que leva a maior taxa de polifarmácia e os tornam mais propensos às interações medicamentosas e desenvolvimento de estado confusional por drogas.

O Confusion Assessment Method (CAM) foi desenvolvido para rastrear *delirium*. A aplicação é simples e rápida. Pode ser aplicado no ambulatório ou na beira do leito e não se presta para avaliar a gravidade do *delirium* (Quadro 3).

### QUADRO 3

<b>CONFUSION ASSESSMENT METHOD</b>
<b>A) estado confusional agudo com flutuação marcante</b>
<b>B) déficit de atenção marcante</b>
<b>C) pensamento e discurso desorganizados</b>
<b>D) alteração do nível de consciência (hipo ou hiperativo)</b>

Considerado positivo quando os itens “A” e “B” mais “C” e/ou “D” estão presentes.

A exclusão de depressão é importante por ser condição médica que por si só pode causar déficit cognitivo, mesmo na ausência de demência, podendo ou não responder ao tratamento. Os déficits cognitivos associados à depressão tendem a ser mais pronunciados em tarefas que necessitem de maior engajamento, podendo apresentar dificuldade em atividades que exijam atenção como teste de trilhas ou lista de palavras iniciando com a mesma letra. Escalas de rastreio de depressão podem auxiliar nessa tarefa (Quadros 4 e 5).

Atentar para o fato de que pacientes que apresentam déficit cognitivo em vigência de transtorno depressivo e que melhoram com o tratamento estão em maior risco de desenvolver demência futuramente, e assim necessitam maior vigilância. Caso em avaliação inicial se confirme déficit cognitivo com sintomas depressivos associados é

prudente tentar um curso de antidepressivos e observar se houve melhora antes de definir o diagnóstico de demência.

#### QUADRO 4

#### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA - YESAVAGE

	<b>SIM NÃO</b>
<b>1- O Senhor está satisfeito com sua vida?</b>	D
<b>2- O Senhor interrompeu muitas de suas atividades?</b>	D
<b>3- O Senhor acha sua vida vazia?</b>	D
<b>4- O senhor se sente aborrecido com freqüência?</b>	D
<b>5- O Sr sente-se de bem com a vida a maior parte do tempo?</b>	D
<b>6- O Senhor tem medo que algo ruim possa lhe acontecer?</b>	D
<b>7- O Senhor sente-se alegre a maior parte do tempo?</b>	D
<b>8- O Senhor sente-se desamparado com freqüência?</b>	D
<b>9- O Senhor prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?</b>	D
<b>10- O Senhor acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?</b>	D
<b>11- o Senhor acha maravilhoso/bom estar vivo agora?</b>	D
<b>12- O Senhor acha que vale a pena viver?</b>	D
<b>13- O Senhor sente-se cheio de energia?</b>	D
<b>14- o Senhor tem esperança?</b>	D
<b>15- O Senhor Acha que os outros estão melhores que você?</b>	D

Adaptado de Yesavage JA et al. J Psychiat Res, 1983; 17(1): 37-49.

Pontua-se um para cada resposta em “D”. Se > ou igual a cinco suspeita-se de depressão.

## QUADRO 5: DEMÊNCIA X DEPRESSÃO

	<b>Demência</b>	<b>Depressão</b>
<b>Início</b>	Insidioso	Recente (semanas)
<b>Emoção</b>	Superficial, apático	Embotado
<b>Memória</b>	Sem queixas	Costuma reclamar
<b>Orientação</b>	Pode ser normal, à medida que evolui desorientado em tempo e/ou espaço	Usualmente orientado
<b>Resposta a questões específicas</b>	Confabulação ou respostas inadequadas	Responde “não sei” com frequência
<b>Apraxia/afasia</b>	Podem estar presentes	Ausentes
<b>Atitude</b>	Engajado nas tarefas propostas	Pouco interesse nas tarefas propostas

### 4 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE

#### 4.1 - ANAMNESE/ENTREVISTA COM O PACIENTE

A primeira etapa da avaliação é realizada com anamnese com o próprio paciente. A tradicional sequência de anamnese com identificação, queixa principal, história da moléstia atual, história patológica pregressa, história familiar, aspectos psicossociais e interrogatórios por aparelhos continua a ser usada aqui.

A história clínica continua sendo fundamental e ajuda conduzir a avaliação e investigação. Deve incluir domínios cognitivos afetados, o modo de início, o padrão de progressão, sintomas associados e o impacto nas AVD's. É interessante saber se a percepção de algum déficit ocorreu pelo paciente ou algum familiar. Nesse contexto iremos nos deparar com pacientes com queixa de memória que após avaliação

detalhada não demonstraram déficit objetivo enquanto outros com prejuízo evidente chegarão à consulta negando seus sintomas, levados por algum familiar, e com frequência relatam não saber o porquê de estarem em consulta ou citam outro motivo qualquer para estarem ali.

Como em toda entrevista a impressão inicial é resultado da apresentação pessoal e modos do entrevistado. Ressalta-se aqui que pacientes portadores de alterações demenciais em estágio inicial, mormente aqueles sem comorbidades prévias, podem parecer superficialmente saudáveis do ponto de vista cognitivo na avaliação imediata. Outro tipo de paciente que pode ter um déficit cognitivo com maior dificuldade de detecção são indivíduos com elevados níveis de escolaridade, provavelmente por apresentarem maior reserva cognitiva, encontrando subterfúgios para “despistar” seus déficits e seus avaliadores.

Nesta etapa deve-se tentar interagir com o paciente e fazer questionamentos sobre sua rotina diária e se houve mudanças. Pode-se também fazer questionamentos sobre notícias da atualidade que se espera que a maioria das pessoas possa responder (questões como quem é o atual presidente da república, se acompanha futebol perguntar como está o seu time, se costuma freqüentar uma paróquia específica perguntar se sabe o nome do padre, se tem saído para eventos sociais e qual a última vez em que fez isso, onde e com que mora, quais as atividades que desempenha dentro e fora de casa, etc). Questiona-se ainda sobre o uso de medicações, forma de administração, se sozinho ou com ajuda, doenças pregressas, história familiar e comorbidades. Durante a entrevista observa-se o comportamento do paciente, se está inquieto, se está aplicado em participar da consulta, se apresenta comportamento ou atitudes estranhas ou sinais de irritação e impaciência. No interrogatório sobre

diversos aparelhos é dado maior ênfase aos sintomas depressivos (humor deprimido, anedonia, choro fácil, distúrbios do sono e do apetite e idéias de morte), neurológicos e psiquiátricos.

## **4.2 - ENTREVISTA COM O INFORMANTE**

É consensual a necessidade de um informante quando da avaliação cognitiva de alguém com suspeita de demência. O informante ideal seria alguém que convive diariamente e conhece bem o paciente, de preferência um familiar. Podem fornecer informações relevantes sobre mudanças cognitivas e comportamentais, auxiliando no diagnóstico definitivo e diferencial da síndrome demencial. Não raro, o acompanhante leva o paciente para avaliação por déficit que o paciente não percebeu.

O principal objetivo desta etapa é confirmar as informações coletadas junto ao paciente, identificando relatos errados e irreais, que não são raros já na fase moderada. Um bom exemplo é o fato de vários pacientes quando questionados relatarem várias atividades em casa e mesmo trabalho fora de casa, mas quando checado os mesmos apresentam grande restrição de tais atividades. São igualmente importantes informações não relatadas pelo paciente, notadamente sintomas comportamentais como alucinações e episódios de agressividade. A percepção dos familiares sobre o humor e interação do paciente também deve ser pesquisada.

## **4.3 – EXAME DO ESTADO MENTAL**

Além das informações gerais colhidas na entrevista inicial, nessa etapa aplica-se o exame do estado mental do paciente. Informações sobre a personalidade pré-mórbida do paciente, se era expansivo ou mais retraído, como se relacionava socialmente, se era mais submisso ou assumia papel de liderança. Quanto ao humor se era estável ou

variável, se tendia a ser alegre ou desanimado, enfim aspectos da personalidade ao longo da vida do paciente que possam ser comparados ao estado atual. História familiar de transtornos mentais e doenças demenciais deve ser pesquisada.

Aparência: observar aspecto geral do paciente, se limpo, se descuidado, se apresenta sinais de auto-negligência. Quanto à atitude observa-se a fisionomia do paciente, como reage ao ambiente e estímulos dados pelo entrevistador. Durante a entrevista pode ser testada a orientação do paciente com perguntas sobre o local de consulta e sobre a casa do paciente. O nível de consciência, se vigil, obnubilado, sonolento.

Atenção é a capacidade de focalizar e destacar acontecimentos dentre os vários da realidade. Logo, depende diretamente da consciência. É importante observar se o paciente consegue focalizar atenção, pois distúrbio nessa área pode causar piores resultados em testes objetivos. A memória é continuamente avaliada de acordo com as informações dadas pelo paciente. Observar o pensamento e discurso do paciente, se ele apresenta seqüência lógica, fluência adequada, se acelerado ou lentificado, se apresenta idéias ilógicas sugestivas de delírios. Por fim, observam-se sinais de alteração de senso-percepção, e se apresenta comportamento sugestivo de alucinações visuais ou auditivas.

#### **4.4 – EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO**

O exame físico segue a seqüência usual de cada examinador, devendo ser completo e podendo evidenciar sinais de comorbidades mal-controladas ou mesmo descompensadas que podem contribuir para piora cognitiva, especialmente quando esta for mais recente. É o caso de paciente que chega ao consultório com queixa de desorientação e sonolência pela família e ao examiná-lo encontramos

sinais de ascite, aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia e “flapping”, sugerindo um quadro de hepatopatia crônica que agora se revela por meio de episódio de encefalopatia hepática, sendo o tratamento então guiado por tais achados. Ou um paciente que chega com queixa de memória e ao exame físico observamos congestão pulmonar, hepatomegalia dolorosa, turgência jugular e edema de membros inferiores, provavelmente um caso de insuficiência cardíaca descompensada, sendo nesse caso mais provável tratar-se de comorbidade associada ao quadro cognitivo. Por tal motivo o exame físico destes pacientes deve ser completo e minucioso, não se limitando aos principais sistemas corporais.

O exame neurológico é de grande relevância na avaliação de tais pacientes. Embora na DA inicial não se encontrem alterações relevantes, achados na primeira avaliação sinalizarão diagnósticos diferenciais entre as diversas causas da síndrome demencial. As seguintes áreas devem ser avaliadas:

- **Marcha:** observar atipias e assimetrias; a marcha que era normal e agora tem base alargada, se acompanhada de incontinência urinária e déficit cognitivo, pode ser sinal de HPN; já a marcha de passos curtos com festinação, em bloco e com tremores de extremidades chama atenção para o diagnóstico de parkinsonismo e suas diversas etiologias que frequentemente se acompanham de déficits cognitivos.
- **Força muscular:** testar força nos quatro membros e outros grupos musculares que julgar necessário, observar assimetrias que podem indicar acidente vascular cerebral prévio não percebido ou efeitos de massa intracraniana.
- **Sensibilidade:** alterações podem indicar neuropatia periférica que pode representar diversas etiologias como deficiência vitamínica, vasculites, síndromes paraneoplásicas, intoxicação por metais, entre outras.

- Tremor: pesquisar tremor de repouso, intenção ou postural. Se presente e acompanhado de rigidez em roda denteada e alucinações é necessário que se pense em demência de Lewy.
- Reflexos: alterações podem indicar neuropatias periféricas e se segmentares e acompanhadas por alterações motoras podem sinalizar AVC antigo.
- Pares cranianos: afetados em diversas condições que não raramente se associam a déficit cognitivo
- Sinais cerebelares: alterações podem significar infartos prévios ou lesões/ massas de fossa posterior.

#### **4.5 – AVALIAÇÃO DE DOMÍNIOS COGNITIVOS**

Avaliação das funções cognitivas assume importância por diversas razões: o diagnóstico de demência se baseia na demonstração de alterações dessas funções, muitas etiologias de demência podem ser identificadas por alterações cognitivas e comportamentais, cada vez mais se busca identificação de déficits em fase precoce, se possível antes do “limiar” que indique diagnóstico de demência.

- Memória: pode ser testada por tarefas de evocação como quando pedimos ao paciente que repita algumas palavras e após algum tempo as repita sem necessidade de dicas. Registro é o reconhecimento e codificação inicial que permite que a informação seja levada a memória de curto prazo. Tarefas que pedem ao paciente que reconheça palavras apresentadas previamente ou que evoque palavras com ajuda de dicas também servem para testar a memória. Um déficit pode se expressar por dificuldades no registro, armazenamento em memória de curto prazo, retenção, recuperação ou reconhecimento da informação.
- Afasia: pode-se pedir ao paciente que nomeie objetos no consultório, respostas vagas podem indicar deterioração da linguagem. Pedir a repetição de frase simples pode evidenciar afasia motora; já afasia

sensorial pode se manifestar em discurso com sentenças sem sequência lógica.

- Apraxia pode ser testada pedindo ao paciente para que simule o uso de um objeto como o martelo, a escova de dente ou o pente. Pacientes com apraxia costumam ser capazes de realizar a ação após demonstração pelo examinador.
- Agnosia: pode ser testada pedindo ao paciente que feche os olhos e colocando em sua mão uma chave ou moeda (gnosia tátil), solicitando-lhe que identifique o objeto sem olhar ou então nomear objetos comuns como relógio ou caneta (gnosia visual), em casos de déficit não reconhecendo sua função, diferentemente da afasia. Não reconhecimento de faces familiares (prosopagnosia) e não ter consciência sobre sua doença (anosognosia) são distúrbios desse grupo.
- Função executiva: tarefas simples são propostas ao paciente como receber uma folha de papel com a mão direita, dobrá-la ao meio e colocá-la no chão, tal ação seria dificultada em pacientes com diminuição na capacidade de planejar iniciar, prosseguir e monitorar uma ação complexa. Subtrações em série, listas de palavras ou nomes de animais, imitação de movimentos seqüenciais, teste do relógio são outras formas de testar habilidades executivas e pensamento abstrato. Inclui componentes como planejamento, pensamento abstrato e julgamento.

As informações obtidas com o cuidador podem ser úteis em desvendar alterações em função executiva que não seja tão evidente na avaliação inicial. Dificuldades novas em tarefas como dirigir, controlar o livro-caixa, comprar comida e cozinhar podem ser de grande valia.

#### **4.6 – TESTES DE AVALIAÇÃO COGNITIVA MAIS UTILIZADOS**

Existem diversos instrumentos utilizados em rastreio e diagnóstico de demência. É importante ter em mente que tais instrumentos devem ser utilizados no contexto de uma avaliação ampla previamente descrita, não servindo como instrumentos diagnósticos isolados. Além disso, são úteis para reavaliação e comparação evolutiva dos resultados.

Citaremos agora os dois testes mais aplicados em nosso meio e outros que vêm ganhando destaque como instrumentos de rastreio para síndrome demencial. No entanto, diversos outros existem, nem sempre testados e validados adequadamente, sendo adequado o uso de um teste com o qual se obtenha familiaridade para formalizar esquema de investigação.

#### **4.6.1 - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

Desenvolvido inicialmente para diferenciar síndromes orgânicas de funcionais, carecendo de sensibilidade na identificação de pacientes com sintomas precoces na DA e no CCL. Apresenta sensibilidade de 87% e especificidade de 82% para identificação de demência. É um dos mais usados para avaliação cognitiva em contextos clínicos e epidemiológicos; é de aplicação simples, breve e foi validado em diversos idiomas. A influência da idade, sexo, cultura e nível educacional é bem descrita, sendo talvez a principal limitação do teste. Avalia orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, aspectos de linguagem e habilidades visuoespaciais, com pouca capacidade de testar função executiva. Estudos indicam que em idosos acima de 75 anos ocorre alta taxa de falso-positivos quando do uso do MEEM.

Tem escore de 0 a 30, mas observar que escore de 30 nem sempre significa função cognitiva normal e escore de zero nem sempre significa ausência de cognição. Erros comuns são o fornecimento de

pistas na evocação e orientação, abandono da tarefa de cálculo quando ocorre um erro nas primeiras contas (se errar a primeira conta continua-se com a segunda e assim por diante), tempo muito curto entre o registro e a evocação de palavras (comum em pacientes analfabetos, onde muitas vezes não se aplica a tarefa de cálculo que costuma separar o registro e a evocação).

## **ENTRA MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

### **4.6.2 – TESTE DE DESENHO DO RELÓGIO (CDT)**

Alguns têm usado o CDT como teste isolado para rastreio de demência com sensibilidade e especificidade médias de 85% para o diagnóstico de DA provável. Assim como o MEEM, perde em sensibilidade na identificação de casos leves iniciais, se correlacionando com a gravidade do quadro e domínios cognitivos como pensamento abstrato, função executiva, praxia construtiva e habilidade visuoespacial. Uma vantagem potencial é a relativa independência de viés em relação ao nível educacional, linguagem e aspectos culturais. O CDT é aplicado pedindo ao paciente que desenhe um relógio de ponteiros que marque horário específico; existem diversos escores de pontuação e adotar um desses como rotina parece ser o mais acertado.

### **4.6.3 – OUTROS TESTES**

#### **> GENERAL PRACTITIONER ASSESSMENT OF COGNITION (GPCOG)**

Teste frequentemente citado em estudos mais recentes como instrumento promissor no rastreio de demência, necessitando, no

entanto de validação em estudos populacionais. Inclui os seguintes itens: orientação temporal, desenho do relógio, relato de fato recente e evocação de palavras. Apresenta a opção de seis questões adicionais dirigidas ao informante que conviva com o paciente, que tentam comparação com aspectos prévios do mesmo.

➤ **MINI COGNITIVE ASSESSMENT INSTRUMENT (MINI-COG)**

Inclui um teste de evocação de palavras associado ao teste de desenho do relógio. O resultado identifica apenas presença ou ausência de alteração cognitiva, e não um valor numérico. Por esse motivo e sua simplicidade é considerado adequado para rastreio, mas não tem valor para comparação evolutiva e ou avaliação de gravidade.

➤ **INFORMANT QUESTIONNAIRE ON COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY (IQCODE)**

Instrumento aplicado com o cuidador, composto por 26 questões que tentam identificar mudanças cognitivas nos últimos 10 anos de vida do paciente. Apontado como de grande utilidade como entrevista estruturada com o cuidador.

#### **4.7 – AVALIAÇÃO DE MEDICAÇÕES**

Se um paciente está em avaliação de um possível déficit cognitivo, deve ser realizada avaliação das medicações prescritas por outros profissionais, medicações usadas por conta própria, mesmo que episodicamente, além de receitas caseiras que possam estar em uso. No caso do uso medicações com risco de causar alteração cognitiva deve-se descontinuar o remédio ou em caso de necessidade de continuação, apresentar justificativa.

Taxas de prescrição de medicações inadequadas para idosos variam de 40% em institucionalizados a 21% em idosos vivendo na comunidade. Uso inadequado de medicações se associa com maior

risco de hospitalização, institucionalização e morte. Muitas medicações também causam *delirium* em idoso frágeis, sendo os com propriedade anti-colinérgica e anti-histamínica, corticóides, anti-parkinsonianos, opióides, sedativos e medicações para dormir os mais implicados.

Outro fator importante é identificar como é administrada a medicação, se pelo próprio paciente ou por cuidador. Indivíduos com déficit cognitivo devem ter o uso de medicação supervisionado, devido risco considerável de erros como repetição ou omissões de doses. Muitas vezes iremos nos deparar com pacientes idosos usuários de medicações potencialmente causadoras de alteração cognitiva por vários anos, sendo difícil convencê-los e mesmo aos familiares sobre a descontinuação da droga. Exemplo clássico disso é o uso abusivo de benzodiazepínico por idosos, em grande parte das vezes, prescrito por dificuldade para dormir ou ansiedade e irresponsavelmente não descontinuados pelo médico prescritor; tal situação é agravada pelo fato das medicações para condições como dor neuropática, ansiedade e depressão fornecidas por nosso sistema de saúde serem frequentemente de alto risco para alteração cognitiva em idosos.

#### **4.8 – EXAMES COMPLEMENTARES**

Na avaliação inicial de síndrome demencial costuma haver um protocolo inicial de exames que objetivam fundamentalmente identificar comorbidades e/ou complicações, revelar potenciais fatores de risco, avaliar o contexto de um possível estado confusional associado, surpreender possíveis causas reversíveis de déficit cognitivo. Algumas condições reveladas quando tratadas podem levar a significativa melhora no quadro inicial.

Exames laboratoriais incluiriam hemograma completo, dosagem sérica de sódio, potássio, cálcio e glicose, testes de função renal e

hepática, e dosagem de hormônio tireoidiano. Alguns consensos como o europeu incluem velocidade de hemossedimentação na avaliação e inicial e reservam dosagem de vitamina B12 e sorologia para sífilis, HIV e borreliose para casos individualizados.

A maioria dos serviços preconiza pelo menos um exame de neuroimagem estrutural no curso do quadro demencial. Tomografia computadorizada (TC) do crânio é geralmente utilizada para exclusão de condições passíveis de tratamento cirúrgico como tumores, hematomas e hidrocefalia. A ressonância magnética (RMI) se presta à mesma função, mas tem a vantagem de melhor visualização de estruturas, particularmente fossa posterior e cerebelo, além de melhor visualização de alterações vasculares. O uso da RMI ainda poupa o paciente da exposição à radiação que ocorre na TC, mas tem a desvantagem do custo alto e da pouca disponibilidade.

Exames de neuroimagem funcional como a tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e o PET-scan têm papel ainda pouco definido na avaliação inicial de síndrome demencial e são solicitados apenas em casos selecionados. Em nosso serviço dispomos apenas do SPECT.

<b>EXAMES SOLICITADOS NA TRIAGEM INICIAL DE DEMÊNCIA – HCFMRP-USP- SERVIÇO DE GERIATRIA</b>	
<b>Hemograma completo</b>	Creatinina
<b>Glicemia jejum</b>	Uréia
<b>Dosagem de vitamina B12</b>	Eletrólitos séricos
<b>Dosagem de ácido fólico</b>	Cálcio sérico
<b>TSH</b>	VDRL
<b>TGO</b>	Sorologia para HIV (casos
<b>TGP</b>	selecionados)

#### **4.8.1- OUTROS EXAMES**

O consenso europeu cita o eletroencefalograma como útil na suspeita de doença de Creutzfeld-Jacob ou epilepsia com amnésia transitória. Pode ser útil na identificação de padrões de encefalopatia metabólica ou em suspeita de *status epilepticus*.

Exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR) costuma ser solicitado quando há suspeita de doença inflamatória, vasculite, neurosífilis, doença de Lyme e outras doenças virais, além de casos de início precoce, progressão acelerada, flutuações marcantes ou extensas alterações de substância branca em exame de imagem.

#### **4.9 – TESTE NEUROPSICOLÓGICO**

Em casos com dificuldade para definir o diagnóstico de síndrome demencial ou diferenciar entre tipos de demência podemos solicitar avaliação neuropsicológica. A avaliação é feita por profissional treinado para este tipo de análise, usualmente da área de psicologia.

Compreende avaliação de múltiplos domínios de funções cognitivas superiores incluindo a inteligência e o funcionamento comportamental. Funções como raciocínio lógico, raciocínio abstrato e conceitual, orientação visuoespacial, habilidade construtiva, pensamento abstrato, memória, raciocínio verbal, fluência verbal são algumas das funções avaliadas. É útil em avaliar prejuízo cognitivo de forma objetiva em indivíduos com habilidades cognitivas em nível mais elevado que a média. Também são capazes de revelar prejuízos cognitivos sutis em indivíduos com suspeita de demência, bem como auxiliam em casos onde há dúvida se o indivíduo avaliado se trata de um caso de CCL ou de demência.

Embora forneça um painel detalhado sobre o funcionamento cognitivo do indivíduo, não se recomenda avaliação neuropsicológica em todos os casos.

#### **4.10 - DEFININDO O DIAGNÓSTICO**

Após a avaliação descrita, reunimos condições para definir o diagnóstico de síndrome demencial e na maioria das vezes definirmos o tipo mais provável de demência. Quanto mais precoce a avaliação de um quadro demencial mais sutis serão os déficits encontrados, no entanto a precocidade na avaliação permite definir com mais facilidade o provável subtipo de demência, tarefa bem mais difícil quando o paciente chega para uma primeira avaliação em estágios mais avançados.

A seqüência de avaliação demonstra que demência termina por ser um diagnóstico de exclusão e que sua definição é feita em bases clínicas, sendo as diversas etapas apenas complementares. Tal fato realça ainda mais a importância de uma avaliação bem conduzida e caso após isso ainda ocorra dúvida, reavaliações mais curtas devem ser realizadas, não devendo haver ansiedade em definir o diagnóstico antes dos elementos necessários. Ter em mente que um diagnóstico feito com bases pouco sólidas que depois tem que ser revisto é pior do que aguardar um pouco mais para melhor definição do quadro.

Firmado o diagnóstico deve ser realizada avaliação objetiva de alguns parâmetros como a funcionalidade, podendo para tanto utilizar escalas desenvolvidas com esse fim, algumas já descritas previamente. Para a avaliação global do estágio de demência, dois dos instrumentos mais utilizados são o Clinical Dementia Rating (CDR) e a Global Deteriorating Scale (GDS). A avaliação com tais escalas permite comparação evolutiva no seguimento.

Para pontuação do CDR utilizamos as diversas informações obtidas durante a avaliação. Cada categoria é pontuada de forma independente e se considera apenas os déficits devido às perdas cognitivas, mas não a limitações físicas. Se houver dúvida na pontuação de uma categoria, utiliza-se a mais elevada. A memória é a categoria principal. (Quadro 6)

QUADRO 6: Clinical Dementia Rating

	0	0,5	1	2	3
MEMÓRIA	Sem perda ou com esquecimento leve e inconstante	Esquecimento leve e inconsistente; recordação parcial de eventos	Perda de memória moderada, mais acentuada para eventos recentes; o problema interfere em atividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas material firmemente aprendido é mantido; material novo é rapidamente perdido	Perda de memória grave; apenas recordações fragmentadas estão presentes
ORIENTAÇÃO	Completamente orientado	Completamente orientado	Alguma dificuldade com relações temporais; orientado para local e pessoa ao exame, mas pode estar geograficamente desorientado	Usualmente desorientado em tempo e com frequência para local	Apenas orientado para pessoas
JULGAMENTO	Capaz de solucionar bem	Dificuldade questionável	Dificuldade moderada para	Capacidade gravemente	Incapaz de fazer

RESOLUÇÃO O DE PROBLEMA S	tarefas do dia-a-dia; bom julgamento em relação a desempenho no passado	para solucionar problemas, semelhanças e diferenças	lidar com problemas complexos, juízo social preservado	comprometida para lidar com problemas, semelhanças e diferenças; juízo social usualmente comprometido	juízos ou solucionar problemas
ASSUNTOS COMUNITÁRIOS	Independente em seu nível habitual de trabalho, compras e assuntos financeiros, trabalho voluntário e grupos sociais	Comprometimento questionável ou leve se houver, nessa atividade	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades ainda que envolvido em algumas; pode parecer normal em avaliação superficial	Sem pretensão de funcionamento independente fora de casa	Sem pretensão de funcionamento independente fora de casa
LAR E ATIVIDADES S DE LAZER	Vida em casa, atividades de lazer e interesses intelectuais bem preservados	Vida em casa, atividades de lazer e interesses intelectuais bem preservados ou apenas levemente comprometidos	Comprometimento mais definitivo, tarefas mais difíceis e atividades de lazer mais complexas são abandonadas	Apenas tarefas mais simples são preservadas; interesses bastante reduzidos e parcamente mantidos	Sem atividade significativa em casa fora de seu próprio quarto
CUIDADOS PESSOAIS	Totalmente capaz de se auto-cuidar.	Totalmente capaz de se auto-cuidar.	Precisa de assistência ocasional	Precisa de ajuda para se vestir, com higiene e para manter a	Precisa de muita ajuda com cuidado pessoal;

				aparência	frequentemen te incontinente
--	--	--	--	-----------	------------------------------------

Fonte: Berg, 1984 (tradução para o português de O.P.Almeida; Almeida & Nitrini, 1995).

## **5 - PRINCIPAIS TIPOS DE DEMÊNCIA**

**5.1 - DOENÇA DE ALZHEIMER (DA):** tipo mais comum de demência, com relatos variando de 60 a 80% dos casos. Tende a comprometimento precoce e mais acentuado da memória com dificuldade para retenção de informações novas.

**5.2 - DEMÊNCIA VASCULAR (DV):** na maioria das séries é apontada como o segundo tipo mais comum de demência, com relatos de acometer até ¼ dos casos. Costuma ter início mais abrupto, muitas vezes associado a acidente vascular cerebral (AVC), e não raro evolui “em degraus”, com pioras associadas a outros eventos vasculares. Exame de neuroimagem cerebral costuma evidenciar sinais de patologia vascular, sendo a ressonância magnética mais sensível. Em comparação à DA, apresenta maior comprometimento da linguagem e costuma apresentar melhor evocação com o fornecimento de dicas.

**5.3 - DEMÊNCIA POR CORPÚSCULOS DE LEWY (DCL):** Pouco reconhecida antes, atualmente disputa com DV o segundo lugar como causa de demência. Apresenta-se com a tríade de síndrome parkinsoniana (caracteristicamente com maior caráter rígido-acinético que tremores), alucinações visuais vívidas bem descritas pelo paciente e flutuação cognitiva. Outras características que dão suporte ao diagnóstico são quedas repetidas, síncope, hiper-sensibilidade a neurolépticos, distúrbios do sono REM.

**5.4 - DEMÊNCIA FRONTO-TEMPORAL (DFT):** tende a provocar menos comprometimento da memória e maior dificuldade em

tarefas que exijam planejamento. Declínio precoce no comportamento social e alterações na conduta pessoal são aspectos presentes. Dificuldades de linguagem também são mais evidentes. A idade média de acometimento é na sexta década de vida, sendo incomum após os 75 anos.

### 5.5 - OUTROS TIPOS

Demência na doença de Parkinson ocorre em portadores desta patologia que já apresentam diagnóstico firmado há algum tempo, caracteristicamente mais de um ano, período arbitrariamente definido que baseia a diferenciação com alguns casos de DCL, onde o parkinsonismo e o quadro demencial apresentam relação temporal mais próxima.

Hidrocefalia de pressão normal (HPN): quadro onde se observa alargamento de ventrículos cerebrais com pressão de abertura normal na punção lombar. Caracteriza-se por alteração de marcha que evolui com incontinência urinária e demência, com evolução progressiva e potencialmente reversível se diagnosticada e tratada precocemente. O diagnóstico é clínico e com alguns testes complementares que envolvem a retirada de LCR e reavaliação da marcha após (tap-teste).

### CAUSAS COMUNS DE DÉFICIT COGNITIVO NO IDOSO

	INÍCIO	PROGRES SÃO	PRINCIPAIS DÉFICITS	OUTROS ASPECTOS
<i>DELIRIUM</i>	Rápido	Flutuante	Atenção, memória de curta duração, alteração da consciência (hipo ou hiper)	Início recente; buscar causas desencadeadoras
DA	Insidios o	Gradual	Primeiro com déficit de memória, depois alteração da linguagem	Apraxia, acometimento de lobo temporo-parietal

DV	Súbita ou gradual	gradual	Grande variedade; pode apresentar elementos corticais e subcorticais	História de AVC e/ou fatores de risco cardiovascular presentes
DEMENCIA MISTA	Súbita ou gradual	gradual	Usualmente uma mistura de DA e DV	História de AVC e/ou fatores de risco cardiovascular presentes
DCL	Insídioso	flutuante	Padrão subcortical: déficits de memória que se auxiliam de dicas, bradifrenia, déficit executivo, ausência de outros sinais corticais (disfasia, apraxia).	Parkinsonismo, alucinações, alterações de consciência flutuantes, distúrbio do sono REM, hipersensibilidade a neurolépticos.
DFT	insídioso	gradual	Alteração de personalidade precocemente, disfunção executiva, desinibição, perseveração	Sinais de liberação frontal ) ex: grasp e pout reflexes).
DEMENCIA SUBCORTICAL	Insídioso ( pode ser subagudo dependendo da causa, ex: Cretzfeldt-Jacob)	Gradual ou rápido	Semelhante a D. de Lewy	Depende da causa de base (ex: parkinsonismo em paralisia supranuclear progressiva).

## 6 - IMPACTOS SOBRE O PACIENTE E A FAMÍLIA

A descoberta de um diagnóstico de síndrome demencial costuma causar grande impacto sobre o paciente e seus familiares. No caso do paciente, esse impacto é maior quando se trata de estágio inicial da doença e o mesmo ainda apresenta compreensão da condição. O diagnóstico de demência atinge o paciente como um rótulo, despertando diversas reações no núcleo familiar. Observam-se sentimentos de raiva, choque, medo, além de efeitos negativos sobre a auto-estima, personalidade e autoconfiança. Há casos em que ocorre proteção e hipervigilância por parte dos cuidadores, com restrição de atividades que antes fazia sozinho. Não é incomum ocorrer negação por parte dos familiares, levando a atrasos no tratamento e perda da oportunidade de discussão sobre a doença em um estágio precoce, onde o paciente tem sua autonomia pelo menos parcialmente preservada. O médico deve estar preparado para se deparar com tais situações e a comunicação do diagnóstico em um contexto de equipe multidisciplinar é preconizada. Suporte adequado desde essa etapa auxilia na manutenção de independência por mais tempo e diminuem taxas de institucionalização.

A comunicação do diagnóstico deve ser feita de forma a minimizar o impacto sobre a família e o paciente, mas sem esconder ou “eufemizar” a doença, devendo se acompanhar de informações sobre as conseqüências e progressão da doença. Deve-se organizar um esquema de seguimento clínico com o objetivo de: monitorar sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais além do status funcional; avaliar indicações de tratamento e monitorar efeitos devido a medicações; identificar complicações e comorbidades, provendo tratamento adequado das mesmas; avaliar impacto sobre os cuidadores e suas necessidades; avaliar fontes de suporte e cuidado disponíveis; prover aconselhamento e suporte ao paciente e cuidadores em aspectos

de saúde, psicológicos, medidas de segurança, uso de veículo pelo paciente, aspectos legais e financeiros.

Educação, informação e grupos de suporte aos pacientes e cuidadores são úteis e devem ser oferecidos por equipe multidisciplinar. Cuidadores são duas vezes mais propensos a apresentar estresse físico e emocional como resultado direto de suas responsabilidades com o paciente. Eles estão em maior risco de envolvimento em conflitos familiares, dispõem de menos tempo com outros familiares, abdicam de atividades de lazer e viagens. Além disso, o cuidado de alguém com demência implica em impacto financeiro importante.

Orientações sobre cuidados específicos devem ser reforçados como, por exemplo, a depender do estágio de demência o paciente não poderá mais sair de casa sozinho pelo risco de se perder. Não é raro idosos que moram sozinhos e não aceitam sair de sua casa e nem que alguém vá morar com eles ou em outros casos o paciente não quer deixar de dirigir seu carro. Nesses casos um suporte multidisciplinar é fundamental, pois os riscos de acidentes domiciliares e no trânsito são elevados em portadores de demência.

Evidências informais sugerem que muitos portadores de demência não são informados sobre o diagnóstico. Entre 28 a 38% dos profissionais de saúde relataram dificuldade em relatar o diagnóstico aos pacientes, sendo essa taxa de 20 a 53 % quando a informação era dada aos cuidadores. Além disso, esclarecer sobre um diagnóstico de demência foi apontada por 1/3 dos profissionais como demandando mais tempo que outros diagnósticos.

Poucos estudos têm avaliado a capacidade de pessoas com demência de compreenderem seus diagnósticos. Cuidadores costumam ser informados mais frequentemente que os pacientes, sendo que

termos eufemísticos são usados mais vezes quando a informação é dada ao paciente.

## **7 - TRATAMENTO**

A fisiopatologia exata das síndromes demências neurodegenerativas primárias ainda não foi completamente elucidada. Até o momento não existe tratamento curativo, sendo o principal objetivo retardar o ritmo de progressão da doença e controle de sintomas comportamentais. Obviamente que em quadros com fator desencadeante evidente o tratamento busca a eliminação desse fator. Abordaremos resumidamente as principais estratégias de tratamento existentes no momento para quadros de demência primária, não nos aprofundando no tema por não ser o objetivo deste capítulo.

- Inibidores da colinesterase: o reconhecimento da deficiência de acetilcolina como possível fator responsável, pelo menos parcialmente, por quadros de demência levou ao uso a partir do final da década de 80 de inibidores da colinesterase. O primeiro a ser desenvolvido foi a tacrina, hoje suplantada pelos de segunda geração (donepezil, galantamina e rivastigmina). Utilizados inicialmente apenas no tratamento da DA, evidências posteriores mostraram benefício em pacientes com demência na doença de Parkinson, DCL e DV, sendo essas suas principais indicações. Estudos demonstram melhora em algumas escalas de atividade funcional enquanto outros mostram diminuição da velocidade de progressão com o uso da medicação. Interessante notar que a DFT costuma apresentar piora dos sintomas comportamentais quando do uso dessa classe de medicações.
- Memantina: antagonista não competitivo do receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA), é a segunda classe de droga aprovada para o tratamento sintomático específico de DA. Bloqueia a hiper-ativação crônica dos receptores NMDA implicada como contribuinte na

patogênese da DA (mecanismo de excitotoxicidade). Utilizada atualmente em casos moderados e avançados, podendo ser usado em conjunto com inibidores da colinesterase.

- Quando do início de medicações, esclarecimento das famílias deve ser realizado quanto a expectativas e objetivos do tratamento, evitando falsas expectativas de cura e frustrações. Orientações sobre efeitos colaterais e suporte adequado para manejo destes deve ser disponibilizado.
- Não há evidência para o uso de anti-inflamatórios, ginkgo-biloba, selegilina, estrogênio, vitamina E no tratamento e prevenção da DA e de outros tipos de demência.
- Para o tratamento de sintomas comportamentais a principal linha de tratamento tem sido o uso de neurolépticos, tendo se dado preferência aos atípicos pela menor incidência de efeitos colaterais. Apesar de que alguns estudos tem demonstrado maior risco de mortalidade do que com os típicos. Seu uso deve ser criterioso, com início em doses baixas e aumento gradual e reservado aos pacientes que não respondem a medidas não-farmacológicas. Efeitos colaterais temidos são sedação, ganho de peso, sintomas extra-piramidais e quedas. Antidepressivos como o citalopram e a trazodona têm apresentado evidências de eficácia para agitação e psicose, enquanto medicações estabilizadoras do humor não reúnem evidências em favor de seu uso. Alguns pacientes melhoram dos sintomas comportamentais com o uso de anti-colinesterásicos e da memantina.

## **8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Demência já pode ser considerada um problema de saúde pública, certamente com milhares de casos não diagnosticados e que serão descobertos em estágios mais avançados, quando necessitarão de mais recursos do sistema de saúde. No Brasil e outros países em

desenvolvimento o envelhecimento populacional é acelerado, não estando o Sistema Único de Saúde (SUS) preparado para atender à demanda decorrente deste fato.

Espera-se que em um futuro próximo a avaliação de funções e identificação de alterações cognitivas adquira a importância necessária a um melhor atendimento da população. Para tanto o treinamento de tais habilidades clínicas deve ser iniciado na formação dos recursos humanos em saúde, com a disseminação do conhecimento entre os profissionais em geral, não se limitando a algumas especialidades clínicas como ocorre hoje.

Quando esse momento chegar estaremos mais bem preparados para atender à crescente demanda criada pelo envelhecimento populacional e conseqüente aumento da prevalência de alterações cognitivas. Isso será possível a partir de um esforço coletivo de entidades governamentais, universidades formadoras e profissionais de saúde.

## **PONTOS FUNDAMENTAIS**

- Queixa de memória é comum entre idosos normais.
- Alterações demenciais passam despercebidas frequentemente, mesmo em pacientes que são avaliados regularmente por outras condições.
- O desconhecimento e falta de preparo para o diagnóstico de demência são as principais causas dos casos não diagnosticados.
- Rastreio populacional para alterações cognitivas não é preconizado, sendo tema ainda controverso.

- Rastreio deve ser feito em todos os casos com queixa ou sinais de alteração cognitiva, reservando avaliação ampla e detalhada para os casos de rastreio positivo.
- O diagnóstico de demência é eminentemente clínico.
- A coleta de informações deve incluir sempre informante que conviva com o paciente para auxílio e confirmação de informações.
- Avaliação pormenorizada das atividades de vida diária é parte fundamental da avaliação inicial.
- Rastreio para *delirium* e depressão deve ser feito em todo caso suspeito de demência.
- Pesquisa de causas potencialmente reversíveis deve ser realizada, apesar de quase sempre os resultados serem negativos.
- Suporte adequado, idealmente multidisciplinar, deve ser oferecido ao paciente e seus cuidadores.
- O impacto de demência tende a ser progressivo nas próximas décadas com o envelhecimento da população.
- Somente um esforço conjunto produzirá as condições necessárias a esse impacto.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Adelman AM, Daly MP. Initial Evaluation of the Patient with Suspected Dementia. *Am Fam Physician* 2005; 71(9): 1745-50.
2. Bamford C, Lamont S, Eccles M, Robinson L, May C, Bond J. Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 151–169.
3. Barker WW, Luis C, Harwood D, Loewenstein D, Bravo M, Ownby R, et al. The effect of a memory screening program on the early diagnosis of Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005; 19(1): 1-7.

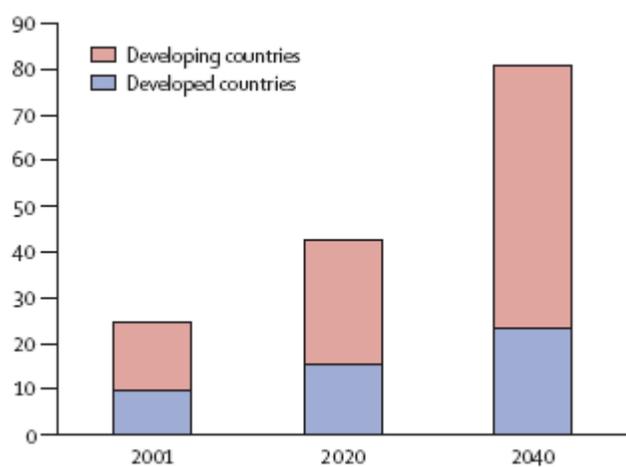
4. Blennow K, de Leon MJ, Zetterberg H. Alzheimer's disease. *Lancet* 2006 Jul 29; 368(9533): 387-403.
5. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(10): 1451-4.
6. Boustani M, Callahan CM, Unverzagt FW, Austrom MG, Perkins AJ, Fultz BA, et al. Implementing a Screening and Diagnosis Program for Dementia in Primary Care. *J Gen Intern Med* 2005; 20(7): 572-7.
7. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003; 138(11): 927-37.
8. Cherbuin N, Anstey KJ, Lipnicki DM. Screening for dementia: a review of self- and informant-assessment instruments. *Int Psychogeriatr* 2008; 20(3): 431-58.
9. de Rotrou J, Battal-Merlet L, Wenisch E, Chausson C, Bizet E, Dray F. Relevance of 10-min delayed recall in dementia screening. *Eur J Neurol* 2007; 14(2): 144-9.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
11. Feil DG, MacLean C, Sultzer D. Quality Indicators for the Care of Dementia in Vulnerable Elders. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:S293–S301.
12. Feldman HH, ET al. Atlas of Alzheimer's Disease. Informa Healthcare. 1st ed. 2007.
13. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366(9503):2112-7.
14. Holsinger T, Deveau J, Boustani M, Williams JW Jr. Does This Patient Have Dementia? *JAMA* 2007;297(21):2391-2404.
15. Knafelc R, Lo Giudice D, Harrigan S, Cook R, Flicker L, Mackinnon A, et al. The combination of cognitive testing and an informant questionnaire in screening for dementia. *Age Ageing* 2003; 32(5): 541-7.

16. Lessig MC, Scanlan JM, Nazemi H, Borson S. Time that tells: critical clock-drawing errors for dementia screening. *Int Psychogeriatr* 2008; 20(3): 459-70.
17. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo - Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr* 2002;60(1): 61-69.
18. Mathuranath PS, George A, Cherian PJ, Mathew R, Sarma PS. Instrumental activities of daily living scale for dementia screening in elderly people. *Int Psychogeriatr* 2005; 17(3): 461-74.
19. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. *Int Psychogeriatr* 2008; 20(5): 911-26.
20. Monnot M, Brosey M, Ross E. Screening for dementia: family caregiver questionnaires reliably predict dementia. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18(4): 240-56.
21. Ouldred E. Screening for dementia in older people. *Br J Community Nurs* 2004; 9(10): 434-7.
22. Pandav R, Fillenbaum G, Ratcliff G, Dodge H, Ganguli M. Sensitivity and specificity of cognitive and functional screening instruments for dementia: the Indo-U.S. Dementia Epidemiology Study. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3): 554-61.
23. Santacruz KS, Swagerty D. Early Diagnosis of Dementia. *Am Fam Physician* 2001; 63(4): 703-13, 717-8.
24. Scazufca M, Almeida OP, Vallada HP, Tasse WA, Menezes PR. Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259(1): 8-15.
25. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol* 2007; 14(1): e1-26.
26. White N, Scott A, Woods RT, Wenger GC, Keady JD, Devakumar M. The limited utility of the Mini-Mental State Examination in screening people over the age of 75 years for dementia in primary care. *British J Gen Pract* 2002; 52(485): 1002-3.

27. Woodford HJ, George J. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. *Q J Med* 2007; 100:469–484.



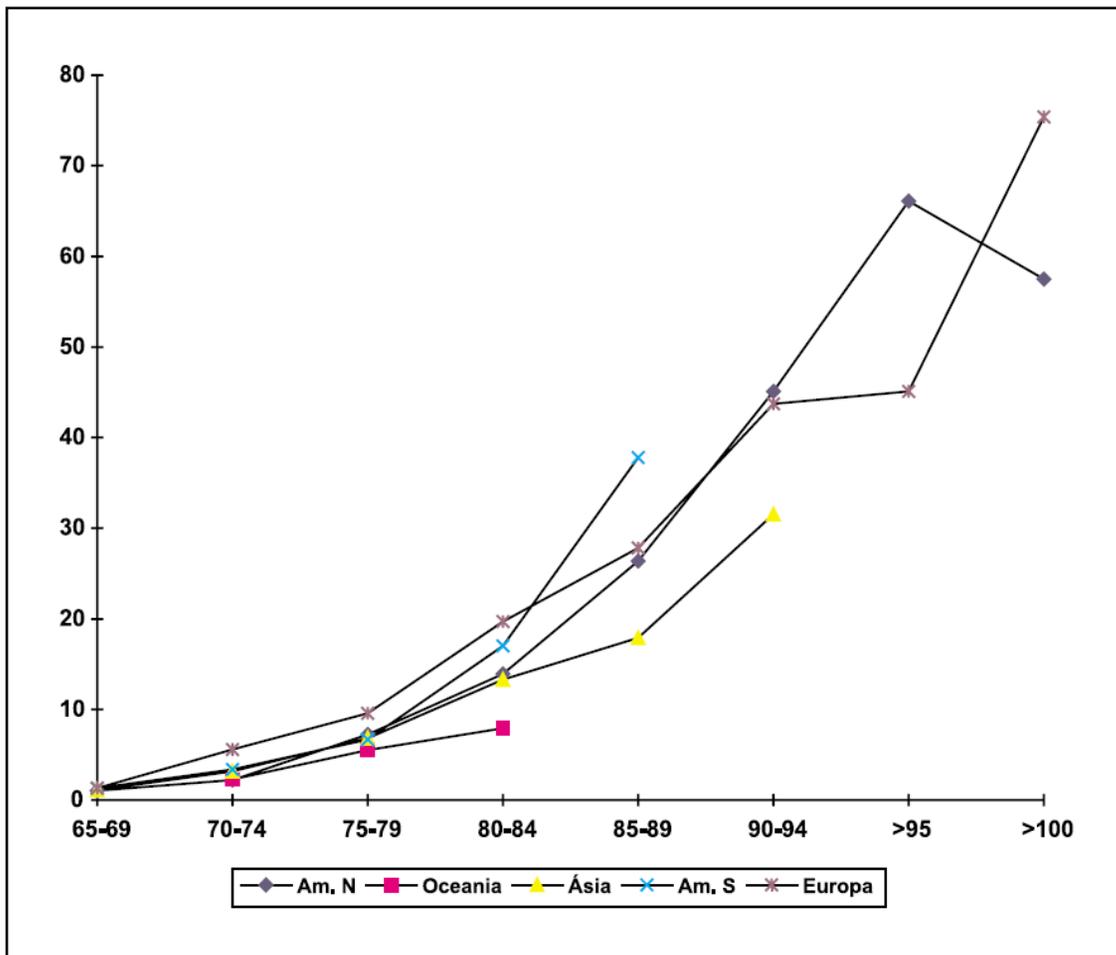
Figura 1



Número estimado de pessoas com demência em países desenvolvidos e países em desenvolvimento.  
>> se possível mudar a legenda para o português.

(reproduzido de Ferri CP et al) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005

Figura 2



Taxas médias de prevalência de demência por região, de acordo com a faixa etária.

(Reproduzido de Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo - Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. Arq Neuropsiquiatr 2002).

## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

### ORIENTAÇÃO (1 ponto para cada item)

Ano – mês – dia do mês – dia da semana – hora aproximada

Estado – cidade – bairro – local da consulta – andar ou setor

### REGISTRO (1 ponto por palavra)

Pente- vaso – laranja

número de tentativas:

### ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por acerto)

Seriado descendente de 7: 93, 86, 79, 72, 65

OU soletrar “mundo” de trás para frente

### EVOCAÇÃO (1 ponto por acerto)

Repetir as 3 palavras dadas para registro

### LINGUAGEM (9 pontos)

- denominar um relógio de pulso e uma caneta (1 ponto por acerto)
- repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)
- atender ao comando: “pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão” (1 ponto por ação correta)
- ler e obedecer o seguinte: FECHER OS OLHOS (1 ponto)
- escrever uma frase (1 ponto)
- copiar o desenho (1 ponto)

