

Capítulo: Como abordar um declínio cognitivo?

Prof. Dr. Giancarlo Lucchetti¹

Profa. MSc. Alessandra Lamas Granero Lucchetti²

Profa. MSc. Ana Laura Maciel Almeida³

¹Médico pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, especialista em clínica médica e geriatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Doutorado em Neurologia pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, Professor do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FAMED-UFJF), professor da pós graduação *stricto-sensu* em Saúde e Saúde Coletiva da UFJF e coordenador da disciplina de geriatria na FAMED-UFJF

²Médica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, especialista em geriatria pelo Centro Interdisciplinar de Assistência e Pesquisa em Envelhecimento – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais), Mestrado em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo, doutoranda pelo programa de pós graduação *stricto-sensu* em Saúde da UFJF, Professora do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FAMED-UFJF) e professora da disciplina de geriatria na FAMED-UFJF

³ Professora auxiliar de Neurologia em regime de dedicação exclusiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui graduação em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora e graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Fez residência em neurologia no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da UFJF e especialização em Neuropsicologia pela UNIFESP. Mestrado em Saúde Brasileira pela UFJF.

Introdução

A queixa de falta de memória é uma queixa comum nos consultórios médicos, especialmente naqueles profissionais que cuidam de idosos, podendo estar presente em mais da metade dos idosos avaliados¹. Entretanto, a minoria dos idosos que possuem queixas de memória serão diagnosticados com síndromes demenciais, cabendo ao profissional de saúde a correta identificação e tratamento dessa queixa.

Apesar de muitos profissionais acreditarem que essa queixa deve ser abordada por médicos especialistas, são os médicos generalistas aqueles que mais terão contato com esses pacientes e poderão fazer a identificação precoce de casos de síndromes demenciais². Entretanto, estudos mostram que existe um desconhecimento do médico dos cuidados primários quanto a doença, um atraso no diagnóstico (em média mais de um ano)² e uma baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico das síndromes demenciais³. Dessa forma, o objetivo do presente capítulo é trazer um panorama de como o médico generalista deve abordar indivíduos com queixas relacionadas a cognição.

Epidemiologia

Estima-se que mais de 24 milhões de pessoas apresentem síndromes demenciais no mundo⁴ sendo que a prevalência global varia de 5 a 10%⁵ e no Brasil, a prevalência é estimada em 5 a 19% de acordo com revisão sistemática recente⁶, existindo um aumento à medida que a faixa etária aumenta (variando de 0,5 a 2% aos 60 anos até 25% acima dos 85 anos)⁴.

A prevalência de demência tem ainda crescido por todo o mundo, predominantemente em países em desenvolvimento como o Brasil⁵, tornando-se um importante desafio à saúde pública. Esse crescimento é bastante impulsionado pelo envelhecimento populacional que tem sido marcante na sociedade moderna. Estudos recentes estimam que existem mais de 810 milhões de indivíduos idosos (60 anos ou mais), que constituem 11,5% da população global. Em 2050, são estimados dois bilhões de idosos, ou seja, 22% da população global⁷. Como veremos a seguir, existe uma

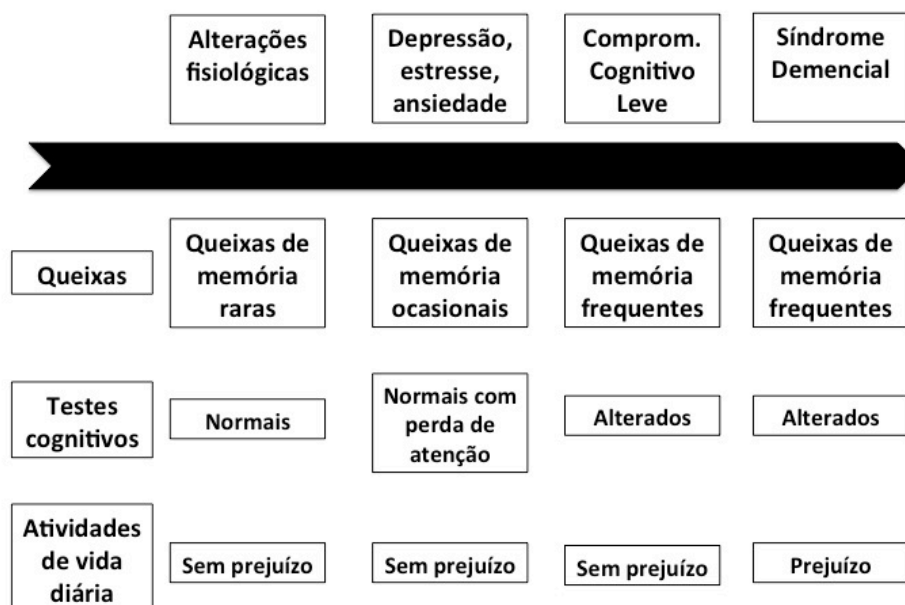
elação importante entre o envelhecimento e a fisiopatologia das síndromes demenciais.

Do Envelhecimento saudável à demência

Com o envelhecimento, diversas alterações fisiológicas ocorrem no sistema nervoso central, como por exemplo a redução de massa cerebral, das sinapses dendríticas e até do volume do córtex pré-frontal. Entretanto, essas alterações são consideradas normais e não afetam de forma considerável a memória do idoso⁸.

Entretanto, as queixas de memória são muito frequentes no idoso e requerem atenção do médico. A figura abaixo apresenta um *continuum* sobre as queixas de memória em idosos (Figura 1).

Figura 1: *Continuum* das queixas de memória em idosos



Legenda: Comprom.: comprometimento

Dessa forma, um indivíduo que apresenta-se com queixas de perda de memória deve ser avaliado quanto a frequência e importância dessas queixas, como isso influencia o seu dia a dia e o conteúdo do esquecimento (por exemplo, diferenciar se ele tem esquecido nomes de pessoas distantes ou de parentes próximos, se esquece algumas palavras ou se seu discurso está empobrecido por falta de vocabulário).

Um problema que pode desencadear queixas de memória em idosos é o estado emocional do paciente, pois a ansiedade e depressão interferem negativamente na atenção, podendo levar secundariamente a falhas de memória, assim como o excesso de informações e de demandas do dia-a-dia.

Comprometimento Cognitivo Leve (CCL):

O idoso que apresenta-se com CCL, possui alterações cognitivas perceptíveis pelo próprio paciente, seus familiares e amigos, porém sem interferência nas atividades funcionais de vida diárias. Segundo dados do National Institute on Aging (NIA) juntamente com a Alzheimer's Association, 10 a 20% dos idosos com 65 anos ou mais apresentam CCL. Sendo que pelo menos 15% dos indivíduos com CCL desenvolverão demência a cada ano (considerando os indivíduos que procuram um médico por causa dos sintomas, pois esse número é maior se considerarmos idosos na comunidade). O risco de evoluir para demência é maior nos casos de CCL amnésico (ou seja, no qual a memória está comprometida)⁹.

Demências

Critérios diagnósticos

O diagnóstico das síndromes demenciais é feito por critérios consensuais já estabelecidos. Embora tenhamos diversos critérios estabelecidos para esse diagnóstico, optamos por utilizar nesse capítulo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação Americana de Psiquiatria que são critérios amplamente utilizados em todo o mundo (Quadro 1).

Quadro 1: Critérios para demência do DSM-IV

<p>A. Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos manifestados tanto por (1) quanto por (2):</p> <p>(1) comprometimento da memória (capacidade prejudicada de aprender novas informações ou recordar informações anteriormente aprendidas)</p> <p>(2) uma (ou mais) das seguintes perturbações cognitivas:</p> <p>(a) afasia (perturbação da linguagem)</p> <p>(b) apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto)</p> <p>(c) agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto)</p> <p>(d) perturbação do funcionamento executivo (isto é, planejamento, organização, seqüenciamento, abstração)</p> <p>C. O curso caracteriza-se por um início gradual e um declínio cognitivo contínuo.</p> <p>D. Os déficits cognitivos nos Critérios A1 e A2 não se devem a quaisquer dos seguintes fatores:</p> <p>(1) outras condições do sistema nervoso central que causam déficits progressivos na memória e cognição (por ex., doença cerebrovascular, doença de Parkinson, doença de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, tumor cerebral)</p> <p>(2) condições sistêmicas que comprovadamente causam demência (por ex., hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico, deficiência de niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana)</p> <p>(3) condições induzidas por substâncias</p> <p>E. Os déficits não ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium.</p> <p>F. O distúrbio não é melhor explicado por um outro transtorno do Eixo I (por ex., Transtorno Depressivo Maior, Esquizofrenia).</p>
--

Esses critérios costumam ser fáceis de lembrar através do seguinte mnemônico (Figura 2):

Figura 2: Mnemônico para os critérios do DSM-IV (“4As”)

A – Amnésia
+
Pelo menos um dos seguintes:
A – Agnosia
A – Afasia
A – Apraxia
Funcionamento executivo

Recentemente, os critérios foram atualizados pelo DSM-5, que passou a chamar os quadros demências de distúrbios neurocognitivos, conforme apresentado no quadro 2.

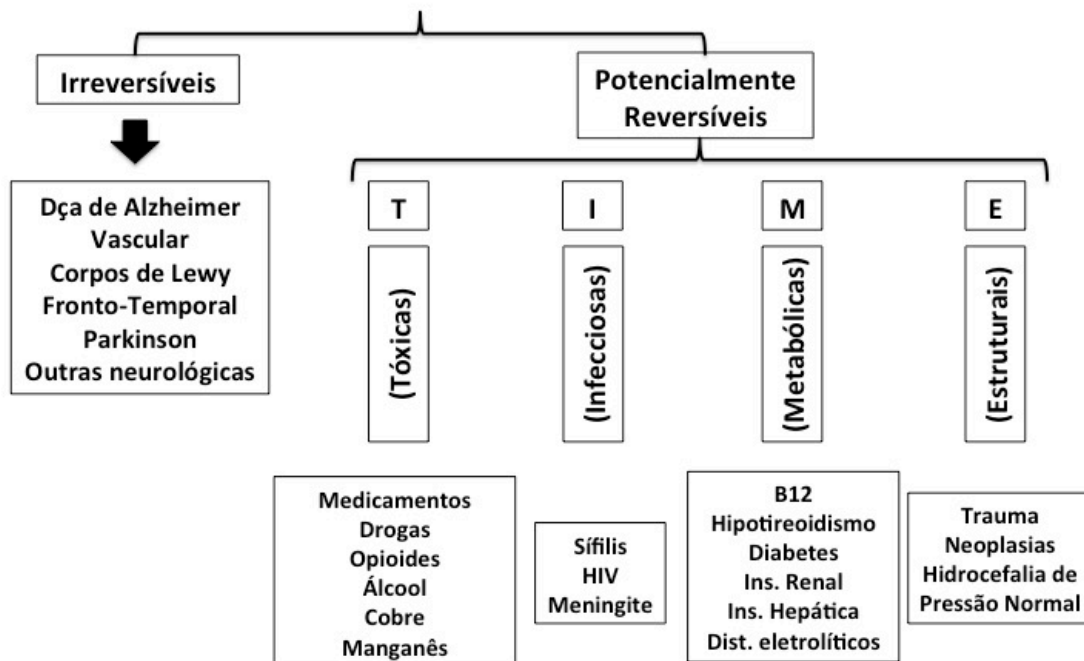
Quadro 2: Critérios para demência do DSM-5

- A. Evidência de um declínio cognitivo significativo em relação a um nível prévio de performance em **um ou mais** domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizado e memória, linguagem, cognição social ou perceptual-motora) baseada em:
1. Preocupação do próprio indivíduo, referido por um informante ou por um médico de que houve uma queda significativa na função cognitiva; e
 2. Prejuízo substancial na performance cognitiva, preferencialmente documentada por um teste neuropsicológico ou uma avaliação clínica.
- B. Os déficits cognitivos devem interferir com a independência para atividades de vida diária.
- C. Os déficits cognitivos não devem ocorrer exclusivamente no contexto de *delirium*.
- D. Os déficits cognitivos não são melhor explicados por outras doenças psiquiátricas (depressão, esquizofrenia, ...).

Etiologias:

Basicamente, as síndromes demenciais são divididas em dois grandes grupos: as irreversíveis (95% das causas) e as potencialmente reversíveis (5% das causas) (Figura 3).

Figura 3: Principais causas de demências



Legenda: Ins.: Insuficiência; Dist.: distúrbio; Dça: doença; B12: vitamina B12

Dentre as causas irreversíveis, a Doença de Alzheimer (DA) é a mais comum (aproximadamente 50% dos casos) e seu diagnóstico é feito por exclusão^{10,11}. À seguir, destacaremos de forma resumida as principais demências ilustrando-as com alguns casos fictícios:

Doença de Alzheimer:

Devido a sua importância no contexto epidemiológico e impacto social, a partir desse trecho, aprofundaremos na descrição da DA.

Possui como característica marcante a perda da memória recente, associada a outro prejuízo cognitivo (afasia, agnosia, apraxia ou déficit de funcionamento executivo) e deve impactar nas atividades de vida diária do indivíduo.

Fatores de risco:

Os principais fatores de risco para a DA são: parentes de primeiro grau, genótipo $\epsilon 4/\epsilon 4$ (presença do alelo $\epsilon 4$ da apolipoproteína E-ApoE), síndrome de Down, baixo nível de escolaridade, fatores para doenças cardiovasculares (hipertensão, diabetes e dislipidemia), traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, história de depressão maior, delirium, CCL e inatividade física, dentre outros¹².

Fisiopatologia:

A causa da DA ainda não é conhecida, mas muitos especialistas acreditam que resulta de múltiplos fatores. Esses fatores incluem várias mudanças que ocorrem no cérebro mais de 20 anos antes dos sintomas aparecerem. E acredita-se que o CCL seja um *continuum* de alterações cognitivas que irão culminar com a demência da DA.

Na DA, as informações transmitidas pelas sinapses cerebrais começam a falhar e há morte neuronal. O acúmulo de proteína beta-amiloide fora do neurônio interfere na comunicação entre as sinapses e contribui para a morte celular. Dentro do neurônio, altos níveis de proteína TAU formam emaranhados neurofibrilares que também contribuem para a morte celular.

Uma pequena porcentagem de menos de 1% dos casos é devida à mutação genética da apoproteína E (presença do alelo $\epsilon 4$), não se justificando a solicitação da mutação para diagnóstico dos casos de DA na prática clínica⁹. Da mesma forma, alguns marcadores biológicos como por exemplo tau total, formas fosforiladas de tau, peptídeos A β , genótipo ApoE e p97 podem ser determinados no LCR¹³. Entretanto, seu uso na rotina clínica é ainda limitado.

Classificação diagnóstica¹⁴:

Definitiva: diagnóstico clínico + confirmação histológica

Provável: diagnóstico clínico sem confirmação histológica

Possível: sintomas atípicos sem outro diagnóstico aparente e sem confirmação histológica

Demência Mista:

Caracterizada por apresentar alterações características da doença de Alzheimer e outro tipo de demência, mais comumente a demência vascular, mas pode estar associada também a demência por corpos de Lewy ou outro tipo⁹.

Demência vascular (DV):

Características principais^{10,11}:

- Causados pelas Doenças Cerebrovasculares
- Início agudo intercalado por períodos de estabilidade (como se a evolução fosse “em escada” ou “em degraus”) no caso de acometimento de grandes vasos

É difícil diferenciar a DV da DA. Classicamente, DV tem haver história prévia de doença cérebro-vascular e sintomas neurológicos focais (hemiparesia, ataxia, hemianopsia, e/ou alterações como afasia e heminegligência)

Caso exemplo:

Senhor de 70 anos, sexo masculino, tabagista, hipertenso, diabético e hiperlipidêmico. Teve um episódio de Acidente vascular cerebral (AVC) com sequela hemiparética à direita. Sua esposa notou que ele estava mais

esquecido, trocando palavras e mais apático. Durante um ano e meio, ela notou que manteve o mesmo quadro. Há seis meses, teve novo episódio de AVC, quando iniciou problemas de fala, não conseguindo mais deambular de forma adequada, comendo com auxílio e não lembrando mais o nome dos irmãos.

Demência por Corpos de Lewy:

Características principais^{10,11}:

- Caracterizada por quadros em que ocorrem:

- 1) flutuações dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas,
- 2) alucinações visuais bem detalhadas ou claras, vividas e recorrentes;
- 3) sintomas parkinsonianos leves (não apresentam tremor, mas apresentam rigidez e distúrbio na marcha), não responsivos à medicação antiparkinsoniana (levodopa)

Características adicionais: Não toleram bem o uso de neurolépticos, sendo que o uso causa exacerbação do parkinsonismo e sonolência excessiva.

Para ter diagnóstico provável de demência por corpos de Lewy, são necessários dois dos três sintomas acima.

Caso exemplo:

Senhor de 70 anos apresentou alucinações visuais quando hospitalizado para uma cirurgia de próstata. Inicialmente interpretadas como delirium, as alucinações permaneceram por várias semanas após a alta hospitalar. Em seguida, ele passou a apresentar períodos de alucinações visuais (conversar com familiares já falecidos) e confusão mental com períodos de lucidez. Sua memória permaneceu relativamente intacta, porém, com frequência parava de falar no meio de uma frase e não era capaz de verbalizar o que estava tentando dizer. No exame físico apresentava-se emagrecido, discretamente curvado para frente e com fala baixa e lentificada. Exibia também um leve tremor das extremidades com instabilidade postural.

Demência Fronto-temporal

Características principais^{10,11}:

- Caracterizada por uma síndrome neuropsicológica marcada pela disfunção dos lobos frontais e temporais, associada geralmente à atrofia destas estruturas e com uma parcial preservação das regiões cerebral posterior
- Costuma ocorrer antes dos 65 anos
- Início insidioso e caráter progressivo
- Discreto comprometimento da memória episódica
- Importantes alterações comportamentais, de personalidade e alterações na linguagem.

As alterações comportamentais mais comuns são: isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiperoralidade, descuido da higiene corporal, sintomas depressivos, estereotípias motoras, exploração incontida de objetos no ambiente e distrabilidade.

Caso exemplo:

Mulher de 56 anos, professora primária, perdeu o emprego há cerca de um ano devido ao baixo desempenho no trabalho. Ao longo do último ano está muito sedentária, o apetite por doces aumentou e ganhou 7 kg, Esposo refere que a paciente apresenta um desejo incontrolável de fazer apostas nas mais variadas formas de loteria. Afirma que é a forma de compensar o desemprego. Nas raras reuniões familiares procura ficar isolada. Tem leve insônia. Quando perguntada se está deprimida ela responde: “Não tem nada de errado comigo”.

Demência associada a doença de Parkinson (DP):

Características principais¹⁵:

A DP possui 4 componentes básicos:

- bradicinesia
- rigidez
- tremor de repouso
- instabilidade postural.

Além da bradicinesia, pelo menos um dos outros componentes é necessário para a caracterização da doença.

O quadro demencial na DP instala-se em fases mais avançadas da evolução da doença, geralmente após 10 anos de início dos sintomas motores, e tem

como principais características a lentificação do processo cognitivo, a apatia, o comprometimento da memória e das funções executivas frontais.

Como o médico da APS deve conduzir esses casos?

O primeiro passo para o diagnóstico correto é a anamnese feita de forma cuidadosa e dirigida para a queixa cognitiva. Para isso, recomenda-se conforme abaixo:

1) Caracterizando o declínio cognitivo na anamnese:

- Investigar perda de memória (Amnésia), caracterizando se é mais memória recente ou de longo prazo;
- Investigar se há dificuldade em reconhecer objetos e pessoas (agnosia)
- Investigar se há dificuldade em compreender linguagem escrita ou falada (afasia)
- Investigar se há alteração na execução dos movimentos voluntários, sem haver perda de força ou coordenação (apraxia).
- Avaliar se existe caráter progressivo de piora

2) Caracterizando um possível quadro demencial:

- Caracterizar se as possíveis alterações cognitivas investigadas acima estão causando algum prejuízo na vida do pacientes, podendo ser ocupacionais, sociais ou até mesmo em atividades da vida diária (comer, tomar banho ou vestir-se sozinha)
- Investigar alterações comportamentais;
- Investigar a história familiar

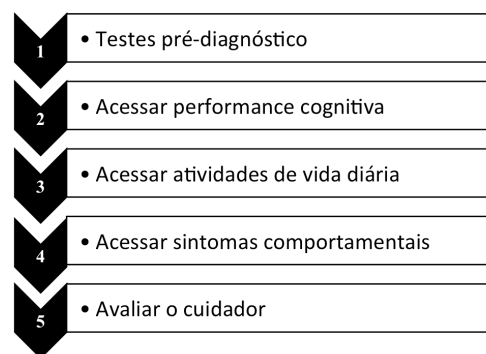
3) Avaliando possíveis diagnósticos diferenciais

- Afastar quadro depressivo. Por vezes, pode-se utilizar um instrumento para avaliar quadro depressivo como por exemplo a escala de depressão geriátrica;
- Afastar déficit de atenção associado à alguma alteração cognitiva que possa falar a favor de um quadro de *delirium*;

- Afastar quadros de início agudo, que tendem a se caracterizar como *delirium*;
- Avaliar outras comorbidades que o paciente possa ter que possa explicar estes achados;
- Investigar o uso de medicação inapropriada, que possa estar causando estas alterações cognitivas.

Após a detalhada anamnese apresentada acima, apresentaremos os principais passos que o médico deve seguir na APS ¹⁴ (Figura 4).

Figura 4: Passos da condução do paciente com queixas cognitivas



1. Testes pré-diagnósticos:

O objetivo dessa etapa é avaliar os diagnósticos diferenciais e as doenças associadas, investigando fatores de risco, testes laboratoriais e de imagem e diagnósticos diferenciais¹⁴. Para isso, são solicitados exames no intuito de descartar causas potencialmente reversíveis. Os principais exames laboratoriais a serem pedidos são^{14,16}: hemograma, glicose, eletrólitos, função tireoidiana, vitamina B12 e ácido fólico, função hepática, função renal, Sorologias para sífilis e HIV.

Em relação aos exames de imagem que podem ser solicitados, tanto a Academia Brasileira de Neurologia quanto a Academia Americana de Neurologia preconizam que seja solicitado ou a ressonância nuclear magnética ou a tomografia computadorizada encefálica para todos os pacientes¹⁷.

2. Acessar performance cognitiva:

Para acessar a performance e fazer o rastreio dos pacientes com queixas cognitivas, dezenas de instrumentos podem ser utilizados. Uma vez que o objetivo do capítulo é a utilização de instrumentos rápidos e práticos para a atenção primária, deixaremos como exemplos os seguintes instrumentos: Mini-Exame do Estado Mental, fluência verbal, Mini-Cog e teste do relógio. Outros instrumentos como o ADAS-Cog, MoCA, Lista de palavras do CERAD, Teste de nomeação de figuras de Boston não serão abordados nesse capítulo, embora o médico da APS que se sinta familiarizado com os instrumentos possa utilizá-los.

Mini exame do estado mental (Mini-mental)

O MEEM é o teste de rastreio mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada por avaliar vários domínios de maneira superficial (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho). Não tem utilidade para diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas¹⁸.

Objetivo: é um teste de rastreio para avaliação da função cognitiva.

Avaliação dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: 25 para indivíduos com quatro ou mais anos de escolaridade e 18 para idosos com menos de quatro anos de escolaridade, segundo critério adotado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ¹⁹.

Quadro 3: Mini-Exame do Estado Mental

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki et al (2003)			
Orientação Temporal (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Ano		
	Mês		
	Dia do mês		
	Dia da semana		
	Semestre/Hora aproximada		
Orientação Espacial	Estado		
	Cidade		

(05 pontos) Dê um ponto para cada item	Bairro ou nome de rua próxima		
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)		
	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)		
Registro (3 pontos)	Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA ou VASO, CARRO e TIJOLO		
Atenção e Cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$		
	Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM		
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?		
Nomear dois objetos (2 pontos)	Relógio e caneta		
Repetir (1 ponto)	“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”		
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)	“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”		
Escrever uma frase completa (1 ponto)	“Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim”		
Ler e executar (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS		
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção		
PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)			

TESTE DO RELÓGIO

O teste do relógio consiste em solicitar à pessoa idosa que desenhe um relógio com números, representando ali um horário específico, por exemplo, 11 horas e 10 minutos.

Objetivo: Teste válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais. Verifica a habilidade visuoespacial ou praxia construcional que é a

capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo (no caso, um comando verbal).

Solicita-se ao paciente:

“Desenhe um relógio com todos os números e marque 11:10h”

Para realizar a pontuação do teste, diversos escores são sugeridos²⁰. Entretanto, no intuito de facilitar a avaliação dos profissionais de saúde atuantes na APS, decidimos adotar a pontuação sugerida em 1999 pela *Alzheimer's Disease Cooperative Study Group*^{21,22}.

Avaliação dos resultados:

1 Ponto: Paciente desenhou e fechou o círculo

1 Ponto: Paciente colocou todos os números

1 Ponto: Os números estão com distribuição visuo-espacial correta

1 Ponto: Colocou os ponteiros (um pequeno da hora e um maior dos minutos)

1 Ponto: Marcou a hora corretamente

Teste normal quando paciente apresenta 4 ou 5 pontos.

MINI- COG

O Mini-Cog consiste no desenho de um relógio e na evocação de três itens não relacionados apresentados previamente²³. Os pacientes são considerados com possível déficit cognitivo se não evocarem as três palavras ou desenhem um relógio anormal.

Primeiro, diz-se o nome de três objetos e, em seguida, a pessoa que está sendo testada deve repetí-las de volta para o examinador (cadeira, casa e maçã). Solicitar para a pessoa guardar que será perguntado depois.

Segundo, faça o teste do relógio.

Terceiro, peça a pessoa para repetir as palavras da primeira parte do teste.

Avaliação dos resultados:

3 palavras lembradas = sem comprometimento cognitivo

1-2 palavras lembradas + relógio normal = sem comprometimento cognitivo

1-2 palavras lembradas + relógio anormal = provável comprometimento cognitivo

Nenhuma palavra lembrada = provável comprometimento cognitivo

FLUÊNCIA VERBAL

Consiste em solicitar ao indivíduo que diga o maior número possível de animais ou frutas em um (01) minuto. (considere “boi e vaca” como dois animais, mas gato e gata um só)

Objetivo : verificar declínio cognitivo.

Avaliações dos resultados: É importante verificar como a pessoa idosa utilizou o tempo disponível para a execução da tarefa. Pacientes com demência, além de produzirem escores baixos, tendem a interromper a geração de palavras após 20 segundos do teste. Pacientes deprimidos podem apresentar escores baixos, mas tendem a gerar palavras durante todo o minuto. O teste depende também da escolaridade e pode ser interpretado da seguinte forma^{24,25}:

- Analfabeto ou baixa escolaridade (menos de 4 anos de escolaridade): 9 ou mais animais ou frutas;
- De quatro a oito anos de escolaridade: 12 ou mais animais ou frutas;
- Oito ou mais anos de escolaridade: 13 ou mais animais ou frutas.

3. Avaliar atividades de vida diária

Conforme descrito anteriormente, as atividades de vida diária (AVDs) são essenciais para o diagnóstico de demência. Para essa avaliação, pode se utilizar instrumentos com esse propósito (Katz, Pfeffer, Lawton). Basicamente, esses instrumentos servirão para avaliar as seguintes AVDs¹⁷:

- Atividades básicas de vida diária (relacionadas ao autocuidado): Alimentar-se, Banhar-se, Vestir-se, Arrumar-se, Mobilizar-se e Manter controle sobre suas eliminações;
- Atividades instrumentais de vida diária: capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive: capacidade para preparar refeições, realizar compras, Utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos.

4. Acessar sintomas comportamentais:

Deve-se avaliar se o paciente apresenta-se com algum desses sintomas^{17,26}: apatia, depressão, agitação, agressividade, irritabilidade, alteração do sono, ansiedade.

5. Avaliar o cuidador:

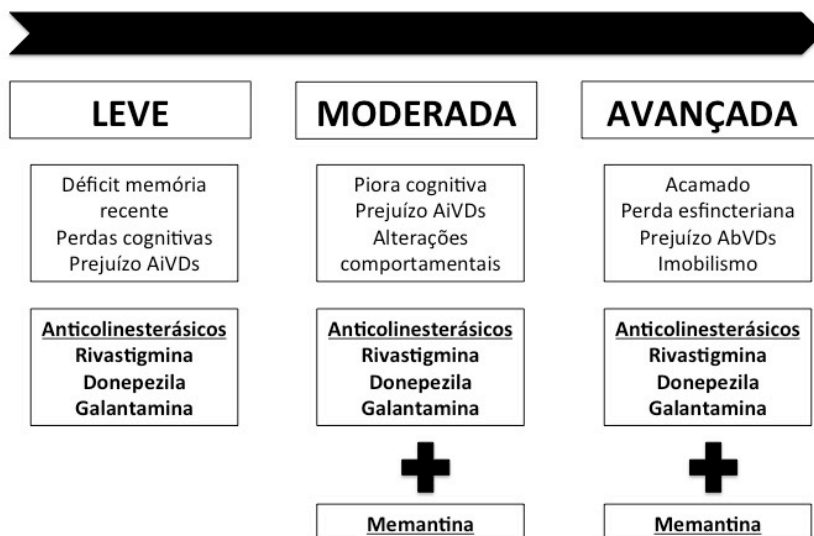
- Uma vez que a prevalência de sobrecarga do cuidador é muito grande em doenças como síndromes demenciais, deve-se identificar os cuidadores principais, avaliar o estado físico e emocional do cuidador e estabelecer parcerias com o cuidador.

Tratamento:

Ao se firmar que se trata de uma causa neurodegenerativa, o médico da APS deve prover informações ao paciente e/ou família sobre o provável diagnóstico, avaliar os assuntos médico-legais (como interdição, direção de automóveis, dentre outros) e avaliar o estado do cuidador quanto a estresse e burnout^{27,28}.

Em relação a prevenção primária ou secundária da DA, ainda não existem evidências sólidas para se indicar qualquer terapia²⁸. Já o tratamento da doença de Alzheimer e algumas demências está bem estabelecido e consiste nas seguintes opções: anticolinesterásicos (rivastigmina, donepezila e galantamina) e antagonista dos receptores de glutamato (memantina). A figura 5 representa as fases em que esses medicamentos devem ser utilizados e a tabela 1 as doses e efeitos adversos desses medicamentos.

Figura 5: Fases da Doença de Alzheimer e quais medicamentos devem ser utilizados em cada fase



Legenda: AVDs: atividades de vida diária; AbVDs: atividades básicas de vida diária

Tabela 1: Doses e posologia dos medicamentos para tratamento de DA^{29,30}

Medicamento	Dose Inicial	Dose ideal	Principais efeitos adversos
Donepezil	5mg 1x dia	10mg 1xdia	Efeitos gastro-intestinais (diarreia, vômitos, anorexia), interação medicamentosa, bradicardia, síncope, insônia, fadiga. Deve-se evitar uso em pessoas com defeitos na condução cardíaca ou doença do nó-sinusal
Rivstigmina	1,5mg a 3mg 2x dia	6mg 2x dia	
Galantamina	4 a 8mg 2x dia	12mg 2xdia	
Memantina	5mg 1x dia	10mg 2xdia	Tontura, cefaleia, constipação, sonolência, hipertensão

Outros tratamentos propostos como vitaminas, *gingko biloba*, anti-inflamatórios, pentoxifilina, selegilina e estatinas não possuem evidências para o tratamento de síndromes demenciais²⁸.

Em relação a tratamentos não medicamentosos, pode-se lançar mão da reabilitação ou estimulação cognitiva (estudos preliminares mostraram bons resultados, podendo ser utilizado em casos leves a moderados) e da terapia ocupacional (pode melhorar a função do paciente e diminuir os cuidados informais)²⁸.

Qual o papel do médico na APS?

Devido a frequência da queixa de déficit de memória na prática clínica, o médico da APS pode conduzir tais casos da seguinte forma:

- Conduzir uma investigação inicial, conduzindo uma anamnese detalhada e utilizando instrumentos de rastreio como o Mini-Cog, MEEM, teste do relógio, fluência verbal ou aquele que estiver melhor familiarizado.
- Solicitar os principais exames laboratoriais e de imagem, conforme sugerido nesse capítulo
- Conduzir casos de demências que foram reencaminhados dos especialistas (neurologistas, geriatras e psiquiatras) para a APS
- Detectar medicamentos que se encontram em subdoses
- Diferenciar quadros agudos (delirium) de casos crônicos (demência)
- Detectar mudanças nos estágios da demência e propor mudanças na terapêutica a ser adotada pelo especialista
- Informar e educar os cuidadores

Considerações finais:

- Síndromes demenciais são muito comuns em idosos
- A identificação muitas vezes não é feita de forma precoce tanto pelo médico quanto pelo familiar
- Deve-se afastar causas potencialmente reversíveis
- O tratamento apesar de não ser curativo pode postergar o declínio cognitivo

- O apoio a família e ao cuidador é essencial para um tratamento mais adequado

Referências:

1. Almeida OP. Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56:412-8.
2. Wilkinson D, Stave C, Keohane D, Vincenzino O. The role of general practitioners in the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: a multinational survey. *Journal of International Medical Research* 2004;32:149-59.
3. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and Delayed Diagnosis of Dementia in Primary Care: Prevalence and Contributing Factors. *Alzheimer disease and associated disorders* 2009;23:306-14.
4. Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The lancet* 2006;366:2112-7.
5. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet neurology* 2008;7:812-26.
6. Fagundes SD, Silva MT, Thees MFRS, Pereira MG. Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. *Sao Paulo Medical Journal* 2011;129:46-50.
7. Economic UNDo. World population to 2300: United Nations Publications; 2004.
8. Peters R. Ageing and the brain. *Postgraduate medical journal* 2006;82:84-8.
9. Alzheimer's Association. 2012 Alzheimer's Disease Facts and Figures. at https://www.alz.org/downloads/facts_figures_2012.pdf.)
10. Caramellia P, Barbosab MT. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? How to diagnose the four most frequent causes of dementia? *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:7-10.

11. Araújo CLdO, Nicoli JS. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Kairós Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde* ISSN 2176-901X 2010;13:231-44.
12. de Moraes EN. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*: Coopmed; 2008.
13. Wiltfang J, Lewczuk P, Riederer P, et al. Consensus Paper of the WFSBP Task Force on Biological Markers of Dementia: the role of CSF and blood analysis in the early and differential diagnosis of dementia (*World J Biol Psychiatry*. 2005; 6 (2): 69-84. Review). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 2009;36:1-16.
14. Galvin JE, Sadowsky CH. Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2012;25:367-82.
15. Melo LM, Barbosa ER, Caramelli P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. *Rev Psiq Clín* 2007;34:176-83.
16. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63:713-9.
17. Ramos AM, Stein AT, Castro Filho ED, Chaves MLF, Okamoto I, Nitrini R. Demência do Idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde. Projeto Diretrizes 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
19. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual do Prontuário de Saúde da Família*. . Belo Horizonte: SES/MG; 2008.
20. Agrell B, Dehlin O. The clock-drawing test. *Age and Ageing* 1998;27:399-404.
21. Zhou A, Jia J. The value of the clock drawing test and the mini-mental state examination for identifying vascular cognitive impairment no dementia. *International journal of geriatric psychiatry* 2008;23:422-6.
22. Alzheimer's Disease Cooperative Study Group. 1999. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate the safety and efficacy of

vitamin E and donepezil HCL (Aricept) to delay clinical progression from mild cognitive impairment. at <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00000173>.)

23. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *International journal of geriatric psychiatry* 2001;16:216-22.

24. Dozzibrucki SM, Malheiros SMF, Okamoto IH, Bertolucci PHF. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 1997;55:56-61.

25. Caramelli P, Carthery MT, Charchat-Fichman H, Porto CS, Nitrini R. Teste de fluência verbal no diagnóstico da doença de Alzheimer leve: notas de corte em função da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61:S32.

26. Caramelli P, Bottino CMC. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2007;56:83-7.

27. Pinner G, Bouman WP. Attitudes of patients with mild dementia and their carers towards disclosure of the diagnosis. *International Psychogeriatrics* 2003;15:279-88.

28. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology* 2010;17:1236-48.

29. Engelhardt E, Brucki SMT, Cavalcanti JLS, Forlenza OV, Laks J, Vale FAC. Tratamento da Doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63:1104-12.

30. Pereira KK, Marinho V. Uso de anticolinesterásicos na doença de Alzheimer. *Revista Debates em Psiquiatria* 2015;5:18-23.