

## **Capítulo 17**

### **Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos**

***Maurício de Miranda Ventura***

***Cassio Machado de Campos Bottino***

#### **INTRODUÇÃO**

É comum, durante o processo de envelhecimento, o aparecimento de queixas relacionadas a distúrbios de memória. Essas queixas de esquecimento podem ser causadas por múltiplas doenças, desde estresse, ansiedade e depressão, até as chamadas demências. A importância de um diagnóstico correto em cada caso é fundamental para se realizar uma abordagem adequada do paciente em relação à orientação que seria dada a ele, tanto em termos terapêuticos quanto prognósticos. É óbvio que uma depressão será tratada de uma maneira diferente de um estresse, e que o prognóstico de demência provavelmente será diferente do de qualquer das afecções citadas anteriormente.

Em um idoso com queixa de esquecimento, é fundamental uma boa história clínica para estabelecer se o quadro é ou não de demência. A importância disso se baseia nos seguintes fatos: a) quanto mais idosa for uma população, maior será a prevalência dessa doença; em outras palavras, quanto mais idade tiver um paciente com queixa de esquecimento, maior será a probabilidade de ele ter um quadro demencial, principalmente quando a suspeita for de doença de Alzheimer, o que acarretará um grande custo para a família e para a sociedade nos cuidados com esse paciente; b) quando se avalia um paciente com provável demência, é importante estabelecer o diagnóstico etiológico, principalmente quanto a reversibilidade ou não do quadro, pois, na primeira situação, quanto mais precocemente o tratamento adequado for iniciado maior será a probabilidade desse paciente recuperar-se plenamente; por outro lado, no caso de demência de etiologia irreversível, uma abordagem terapêutica correta, tanto farmacológica quanto reabilitacional, pode determinar uma evolução mais lenta da doença, mantendo o paciente o mais independente possível por um período de tempo mais longo. Atualmente existe a possibilidade do uso de drogas anticolinesterásicas para o tratamento das demências degenerativas, particularmente a

doença de Alzheimer, mas que também podem ser utilizadas quanto a etiologia é pelos corpúsculos de Lewy, Mistas – particularmente quando há uma associação da etiologia vascular e degenerativa, e já começam a aparecer estudos que indicam seu uso na demência da doença de Parkinson. Entretanto, o uso dessas drogas está indicado quando a demência esta numa fase leve a moderada. Em fases avançadas, pode-se tentar, ainda, o uso de uma droga chamada memantina; c) quando realizamos o diagnóstico de demência de causa irreversível, seguramente haverá uma total transformação na dinâmica da família desse paciente, que se alterará em diferentes aspectos. Assim, surgirá a necessidade de alguém cuidar desse doente, seja uma pessoa contratada para tal ou um parente que abandonará seus afazeres diários para se dedicar a ele, talvez em tempo integral, se o quadro for grave. A isto associa-se o fato de que os custos relacionados ao tratamento adequado do paciente são grandes, desde gastos com exames realizados para o diagnóstico correto, até as medicações e outros cuidados que poderão se fazer necessários para um bom acompanhamento. O resultado final é o desgaste físico e psicológico gerado no cuidador de um paciente demenciado, principalmente quando ele se tratar de um familiar do doente.

Por todos esses motivos, é de fundamental importância, frente a um idoso com queixa de esquecimento, que se faça uma abordagem que permita, na medida do possível, um diagnóstico precoce e preciso, pois só assim nossa intervenção poderá trazer algum benefício para o idoso e sua família.

Diante disso, colocamos as seguintes perguntas: Como fazer o diagnóstico de síndrome demencial? Como avaliar objetivamente uma queixa de alteração cognitiva? Como fazer seu diagnóstico etiológico? Como quantificar o grau de dependência e, conseqüentemente, a gravidade do caso e seu diagnóstico? Sumariamente, responderemos essas perguntas da maneira que se segue.

a) Como fazer o diagnóstico de síndrome demencial?

O diagnóstico de uma síndrome demencial é baseado, fundamentalmente, na história clínica do paciente. Não há exames que mostrem se um paciente é demenciado ou não. Para tanto, é importante que haja uma entrevista adequada, com informações precisas obtidas, de preferência, com um familiar próximo. É importante ressaltar que existem critérios bem definidos para o diagnóstico de demência. Os mais conhecidos são os do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM IV), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana, e os do Código Internacional de Doenças — Décima Revisão (CID10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Especificamente para doença de Alzheimer, existe o critério das associações

americanas, Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Comunicativas e Acidente Vascular Cerebral (NINCDS) e Associação da Doença de Alzheimer e Doenças Relacionadas (ADRDA). Faremos alguns comentários sobre cada um deles mais adiante.

b) Como avaliar objetivamente uma queixa de alteração cognitiva?

É respondendo corretamente a essa pergunta que se conseguirá fazer o diagnóstico de demência. Esquecer alguns detalhes e/ou informações faz parte do dia a dia de todos nós. Portanto, até que ponto deve-se valorizar essa queixa e, principalmente, prosseguir numa extensa avaliação clínica e realizar exames complementares caros? É para isto que existem os testes de avaliação mental, motivo principal deste capítulo. Com eles é possível avaliar objetivamente e quantificar os déficits cognitivos que os pacientes eventualmente apresentem. No entanto, deve-se ter em mente, sempre que se interpreta qualquer teste de avaliação mental, que eles são limitados, ou seja, a maioria não consegue avaliar de uma maneira geral todas as funções cognitivas do paciente. Além disso, nunca devemos esquecer a realidade e o contexto em que o paciente vive e, principalmente, viveu em toda sua vida. Se nos esquecermos desses detalhes importantes, poderemos cometer erros muito graves que poderão causar grandes transtornos aos pacientes e seus familiares.

c) Como fazer o diagnóstico etiológico de uma demência?

O diagnóstico etiológico de demência é feito através de exames complementares realizados de rotina: hemograma, glicemia, bioquímica do soro; testes de função renal, tiroideana e hepática, pesquisa de quadro infeccioso crônico (por exemplo, tuberculose, neurosífilis, Aids, etc.); déficits de vitamina B 12 e folatos; radiografia de tórax, eletrocardiograma, tomografia computadorizada de crânio e, quando necessário, eletroencefalograma e punção líquórica. É importante lembrar que o diagnóstico da doença de Alzheimer (a mais freqüente causa de demência entre idosos) é de exclusão, ou seja, quando todos esses exames estiverem normais, faz-se o diagnóstico provável de doença de Alzheimer, uma vez que para se ter certeza seria necessário uma biópsia cerebral, procedimento que seria extremamente invasivo, de benefício duvidoso, para ser realizado num paciente vivo.

d) Como quantificar o grau de demência do paciente e conseqüentemente a gravidade do caso e seu prognóstico?

Da mesma maneira que existem testes de avaliação mental que avaliam objetivamente os déficits cognitivos, existem entrevistas realizadas com os familiares dos pacientes que possibilitam estabelecer o grau de dependência deles. Essas

entrevistas também têm seus critérios de avaliação baseados no DSM IV e CID 10, que serão citados posteriormente.

Faremos a seguir uma análise dos critérios diagnósticos de demência, dos fatores gerais que interferem na interpretação destes testes, relacionados ao paciente e ao examinador, e, principalmente, uma análise dos testes mais utilizados na prática clínica, tanto de avaliação dos déficits cognitivos quanto do grau de dependência dos pacientes.

## **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DEMÊNCIA**

O Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais — DSM IV (Tabela 17.1) e o Código Internacional de Doenças — Décima Edição — CID 10 (Tabela 17.2), elaborados, respectivamente, pela Associação Psiquiátrica Americana e pela Organização Mundial da Saúde, são manuais que sugerem critérios diagnósticos para diferentes distúrbios psiquiátricos, entre os quais a demência, como forma de padronizar os diagnósticos nos mais diferentes centros médicos de todo o mundo. Especificamente para o diagnóstico da doença de Alzheimer, existem os critérios do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Comunicativas e Acidente Vascular Cerebral (NINCDS) e Associação da Doença de Alzheimer e Doenças Relacionadas (ADRDA) (Tabela 17.4), que serão comentados por serem bastante conhecidos e utilizados na literatura científica internacional. Obviamente, esses critérios não são perfeitos e muitas vezes falham ao serem empregados em determinados casos. Acreditamos, no entanto, que na grande maioria das vezes eles cumprem o seu objetivo: uma melhor padronização dos diagnósticos psiquiátricos após sua publicação (que vem sendo revisada periodicamente).

### **Tabela 17.1**

#### **Critérios Diagnósticos para Demência, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais (DSM IV)**

Critério A	Desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos que manifesta-se por: 1)- prejuízo da memória (impossibilidade de aprendizado e de relembrar informações previamente aprendidas). 2)- pelo menos um dos seguintes distúrbios cognitivos: a)- afasia (distúrbio da linguagem) b)- apraxia (dificuldade em realizar atividades motoras, a despeito e não haver déficits motores decorretnes de quaisquer outras lesões
------------	---

	neuroológicas) c)- agnosia (falência em reconhecer e nomear objetos, apesar da função sensorial estar intacta) d)- prejuízo nas funções cognitivas (planejamento, organização, sequenciamento e abstração).
Critério B	A presença de A1 e A2 interferem significativamente com atividades da vida diária.
Critério C	O distúrbio não ocorre exclusivamente durante um período de delírium.

**Tabela 17.2**

**Critérios Diagnósticos para Demência, Segundo o Código Internacional de Doenças — Décima Edição (CID 10)**

Critério A	Evidência de demência com um nível específico de severidade, baseada na presença de cada um dos seguintes: A1: Prejuízo da memória. A2: Declínio das habilidades intelectuais. A1 e A2 causam prejuízo, objetivamente mensurável, no exercício das atividades de vida diária: leve, moderada ou grave.
Critério B	Ausência de alteração no nível de consciência
Critério C	Deterioração no controle emocional, comportamento social ou motivação
Critério D	A1 e A2 estão presentes por pelo menos seis meses

No caso específico dos critérios diagnósticos de demência, o CID 10 e o DSM IV não diferem substancialmente. Tanto um quanto o outro definem demência como uma síndrome mental que altera o funcionamento de diferentes funções corticais superiores. Em outras palavras, são múltiplas doenças de diferentes etiologias, que, atuando sobre o sistema nervoso central, provocam alterações no funcionamento da memória (de fixação e evocação), pensamento abstrato, julgamento, linguagem, cálculo, orientação, compreensão, entre outras. Concomitantemente podem ocorrer mudanças na personalidade e comportamento. É de fundamental importância para o diagnóstico de demência que as alterações aqui descritas prejudiquem, até o ponto de incapacitar, o paciente no exercício de suas atividades diárias e/ou no relacionamento com outras pessoas.

Clinicamente, um quadro demencial pode começar por qualquer uma das alterações anteriormente descritas. Pode ter um início insidioso com piora progressiva

ou um início abrupto. Isto vai depender de sua etiologia, que pode ser causada por muitas doenças (Tabela 17.3).

**Tabela 17.3**  
**Etiologia das Demências**

<u>Doenças degenerativas</u>	Demência de Alzheimer Demência pelos Corpúsculos de Lewy Doença de Pick Coréia de Huntington Doença de Parkinson Fronto-temporal Paralisia supranuclear progressiva
<u>Doenças vasculares</u>	Demências multiinfartos Doenças de Biswanger Arterite de células gigantes
<u>Hidrocefalia de pressão normal</u>	
<u>Trauma cranioencefálico</u>	Hematoma subdural crônico
<u>Tumores e neoplasias</u>	Tumor cerebral Demências paraneoplásicas
<u>Infecções</u>	Doença de Jakob-Creutzfeldt Neurolyues Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva Síndrome da imunodeficiência adquirida
<u>Causas tóxicas e metabólicas</u>	Medicamentos Doenças pulmonares crônicas Cardiopatias Insuficiência renal crônica Insuficiência hepática Hiper e hiponatremia Hiper e hipotireoidismo Hiper e hipoglicemia Anemia e policitemia Deficiência vitamínica

*Fonte: Levy JA, Mendonça LI. Envelhecimento cerebral. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.*

Caracteristicamente, a demência tem início com distúrbios de memória de fixação (capacidade para reter informações novas) e de evocação (capacidade de se lembrar de fatos ocorridos recentemente — um ou dois dias — e fatos antigos — um ano). Num quadro demencial inicial, o paciente comumente tem maior dificuldade de se lembrar de fatos recentes. A lembrança de fatos antigos está mais preservada e só se compromete em estágios mais avançados da doença. Num estágio mais precoce, o esquecimento pode se dar para nomes, número de telefones, endereços e fatos ocorridos no dia. Num estágio intermediário, há dificuldade em se aprender coisas novas e o paciente encontra dificuldades para realizar suas atividades habituais. Na fase terminal, os pacientes podem não reconhecer seus próprios familiares, nem lembrar seus nomes.

Como foi referido anteriormente, os distúrbios de memória não são as únicas alterações dentre as diferentes funções corticais superiores. Pelo contrário, se não houver outras alterações que não somente os distúrbios de memória, não será possível fazer o diagnóstico de demência. É importante, por exemplo, que se constate um prejuízo do pensamento abstrato, que se caracteriza como incapacidade do paciente em definir conceitos e interpretar situações; prejuízo da crítica, dificuldade em encontrar semelhanças e diferenças entre palavras e conceitos; ou do juízo, que é a inabilidade para atribuir valores e lidar com situações do dia-a-dia (em relação à família ou ao trabalho). Além disso, pode-se encontrar afasia (distúrbio da linguagem), apraxia (dificuldade em realizar atividades motoras, apesar da compreensão e função motora estarem intactas), agnosia (incapacidade para reconhecer ou identificar objetos, apesar da função sensorial estar intacta); e dificuldade construcional (por exemplo, incapacidade para copiar figuras tridimensionais). Finalmente, podemos encontrar uma acentuação ou alteração dos traços pré-mórbidos de personalidade.

Um item importantíssimo, como já referimos, é que as alterações aqui descritas interfiram significativamente no seu desempenho profissional ou no seu convívio e na relação com os outros.

É também de fundamental importância que esses distúrbios sejam avaliados num momento em que o paciente esteja vigil, ou seja, não pode haver qualquer alteração de seu nível de consciência, já que num quadro de delirium (confusão mental aguda provocada por descompensação metabólica ou distúrbios infecciosos, que cursam com alteração do nível de consciência) podem ocorrer várias alterações já descritas.

Um último item a ser analisado em relação a esses critérios diagnósticos é

quanto à etiologia da demência. Há necessidade, durante avaliação clínica e laboratorial do paciente, de se encontrar ou presumir fator orgânico específico responsável pela causa da doença. Por outro lado, no diagnóstico diferencial, é necessário descartar doenças psiquiátricas, como depressão ou esquizofrenia, que podem ser responsáveis pelos distúrbios cognitivos. Se algum desses fatores for encontrado, deve-se realizar um tratamento específico.

A crítica que deve ser feita em relação aos critérios diagnósticos do DSM IV e CID 10, é que eles caracterizam a demência, primariamente, como déficit de memória. Existem outros tipos de demência onde essas alterações aparecem mais tardiamente na sua evolução, como nas demências fronto-temporais, onde os distúrbios iniciais são relativas ao comportamento dos pacientes. Nesses casos, pode ocorrer o erro no diagnóstico se não estivermos atentos a esse fato.

Por fim, os critérios diagnósticos do Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e Comunicativas e Acidente Vascular Cerebral (NINCDS) e Associação da Doença de Alzheimer e Doenças Relacionadas (ADRDA), elaborados por McKhann e col. (1984), permite a classificação da demência do tipo Alzheimer (DA) em três níveis diferentes:

- 1) DA definitiva - requer a presença de DA provável ou possível com confirmação neuropatológica;
- 2) DA provável - é o diagnóstico de escolha quando a síndrome demencial tem instalação lenta e progressiva e outros fatores etiológicos foram excluídos;
- 3) DA possível - é a alternativa disponível para classificação da doença quando o quadro clínico é atípico ou existe doença física concomitante que pode causar demência.

**Critérios Diagnósticos de Demência:** é o declínio da memória e outras funções cognitivas em comparação com o nível prévio funcional do paciente, determinado pela história clínica e pela observação de deterioração no desempenho em testes de avaliação neuropsicológica. O diagnóstico de demência não pode ser realizado na vigência de um estado confusional agudo ou alteração do nível de consciência. O diagnóstico de demência é baseado nas alterações de comportamento, e não pode ser realizado por tomografia computadorizada de crânio, eletroencefalograma ou qualquer outro exame laboratorial, apesar que seu diagnóstico etiológico poder ser realizado por esses métodos.

**Critérios Diagnósticos para Doença de Alzheimer:** ela é provável quando há um início insidioso e piora progressiva na ausência de outras doenças sistêmicas ou

nerológicas que possam levar a esses déficits. É definitivo quando há comprovação anatomo-patológica. Ele é possível a partir do momento que juntamente com as alterações clínicas da demência, existem outras doenças que potencialmente podem levar a um déficit cognitivo.

**Tabela 17.4**  
**Critérios de McKhann e col para Doença de Alzheimer**

<p>I - critério diagnóstico para doença de Alzheimer provável, inclui:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- demência estabelecida por exame clínico e documentada pela aplicação do Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Demência de Blessed ou outros testes similares, e confirmada por avaliação neuropsicológica;</li> <li>- déficits em duas ou mais áreas da cognição;</li> <li>- piora progressiva da memória e outras funções cognitivas;</li> <li>- ausência de alteração no nível de consciência;</li> <li>- início dos 40 aos 90 anos, mais frequentemente após os 65;</li> <li>- ausência de doenças sistêmicas ou cerebrais que podem, por elas próprias, levar a um déficit progressivo de memória e outras funções cognitivas.</li> </ul>
<p>II - dá suporte ao diagnóstico de doença de Alzheimer provável:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deterioração progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem (afasia), habilidade motora (apraxia) e percepção (agnosia);</li> <li>- prejuízo no desempenho nas atividades de vida diária e alterações no padrão de comportamento;</li> <li>- história familiar de doenças similares, particularmente quando há comprovação anatomo-patológica;</li> <li>- os resultados dos seguintes exames estão normais ou pouco alterados: exame de líquido cefalorraquidiano, eletroencefalograma - pode apresentar atividade aumentada de ondas lentificadas, tomografia computadorizada de crânio - atrofia cortical.</li> </ul>
<p>III - outras características clínicas consistentes com o diagnóstico de doença de Alzheimer provável, após exclusão de outras causas de demência:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- presença de um <i>plateau</i> no curso de progressão da doença;</li> <li>- sintomas associados de depressão, insônia, incontinência, ilusões, alucinações, distúrbios sexuais, alterações de peso, alterações drásticas nos comportamentos verbal, emocional e físico;</li> <li>- outras alterações neurológicas, principalmente em pacientes com doença avançada, que incluem: aumento do tônus motor, mioclonias, alterações de marcha, inclusive convulsões;</li> <li>- tomografia computadorizada de crânio normal para idade.</li> </ul>
<p>IV - características que fazem o diagnóstico de doença de Alzheimer provável, incerto ou improvável, incluem:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- início súbito ou apoplético;</li> <li>- achados neurológicos focais: hemiparesias, hipoestésias, alterações do campo visual, incoordenação de aparecimento precoce no curso da doença;</li> <li>- convulsões ou distúrbios de marcha que surgem no início do curso da doença.</li> </ul>

**Tabela 17.4 (continuação)**

**Critérios de McKhann e col para Doença de Alzheimer**

V - diagnóstico clínico de doença de Alzheimer possível:	- na presença de alterações clínicas de uma síndrome demencial, na ausência de outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas que potencialmente sejam causas das alterações observadas, mas na presença de variações no seu início, apresentação ou curso clínico; - na presença de uma segunda doença sistêmica ou cerebral, que potencialmente podem levar a uma síndrome demencial por si mesmas, que não é considerada como causa da demência; - deve ser utilizado em estudos de pesquisa quando um único déficit cognitivo, gradualmente progressivo e significativo, é identificado na ausência de outra causa provável .
VI - critério para o diagnóstico de doença de Alzheimer definitiva:	- presença dos critérios clínicos para doença de Alzheimer provável e, - comprovação anatomo-patológica.
VII - a classificação da doença de Alzheimer para propósitos de pesquisa, devem especificar características que podem diferenciar subtipos da doença, como:	- ocorrência familiar; - início prévio à idade de 65 anos; - presença da trissomia do cromossoma 21; - coexistência de outras condições relevantes como doença de Parkinson.

**COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE:**

**CONCEITO E CRITÉRIOS**

O comprometimento cognitivo, que não preenche critérios diagnósticos para demência, mas por outro lado não parece ser uma alteração que acompanha o envelhecimento “normal”, é uma condição clínica, cujo estudo tem despertado muito interesse nos últimos anos. Existem diversos termos que têm sido utilizados por pesquisadores, os quais correspondem a critérios diagnósticos muitas vezes semelhantes, mas não exatamente superponíveis. A importância do estudo do comprometimento cognitivo em idosos decorre de diversos estudos de seguimento, que têm indicado que esses sujeitos possuem um risco aumentado de desenvolver demência no futuro, o que permitiria estabelecer estratégias de prevenção de demência ou tratamentos mais efetivos para essa doença. Vamos, a seguir, apresentar alguns dos principais conceitos de comprometimento cognitivo que foram descritos nos últimos

anos.

Kral introduziu, em 1962, o conceito de "esquecimento senil benigno". Naquele trabalho, o autor descreveu uma forma de prejuízo da memória intermitente, observada em indivíduos idosos residentes em casas de repouso. A forma do "esquecimento benigno" diferia de uma forma "maligna" em termos da qualidade dos sintomas, de sua gravidade (mais leve) e de sua natureza não progressiva. Em contraste, a forma maligna estaria associada à síndrome cerebral orgânica ou síndrome amnésica, um eufemismo para o diagnóstico de demência senil ou outras síndromes amnésicas orgânicas (como a psicose de Korsakoff). Kral não utilizou testes cognitivos formais para avaliar seus pacientes e não estabeleceu critérios objetivos para diferenciar o "esquecimento senil benigno" da normalidade, comentando que esta condição faria parte da senescência normal.

Durante as últimas décadas, vários autores têm tentado definir características clínicas e neuropatológicas do transtorno cognitivo em indivíduos idosos, criando vários termos diagnósticos, tais como: "declínio cognitivo leve", "demência questionável", "distúrbio cognitivo limitado", "demência mínima" e "prejuízo de memória associado à idade". Henderson e Hupert (1984), comentando sobre o conceito de "demência leve", salientaram que ele não seria propriamente um diagnóstico, mas uma rubrica para estágios iniciais de diversos distúrbios patológicos diferentes. Esses autores destacaram que a única característica comum encontrada na literatura a respeito de "demência leve" é a presença de um prejuízo cognitivo leve, considerado como um declínio de níveis prévios de um funcionamento intelectual mais elevado.

Crook e col. introduziram o termo "prejuízo de memória associado à idade", propondo critérios para tentar operacionalizar esse conceito. Tais critérios, em sua essência, exigem que o indivíduo com idade igual ou superior a 50 anos se queixe de dificuldades de memória, apresente comprometimento em testes mentais objetivos e não tenha outras afecções que possam confundir o diagnóstico, como oligofrenia, depressão, delírium ou demência.

O'Brien e Levy (1992) recentemente criticaram o conceito desenvolvido por Crook e col., por considerá-lo uma entidade clínica muito ampla, que ainda não foi validada, mas que já tem sido objeto de estudos com drogas. Esses autores argumentaram que a descrição clínica detalhada dessa entidade hipotética, sua delimitação com a normalidade e com outros diagnósticos já estabelecidos, investigação laboratorial, estudos familiares e longitudinais deveriam ser realizados para possibilitar sua validação.

O termo "transtorno cognitivo leve" foi incluído na última versão do CID-10 (1993), para ser aplicado a pacientes que apresentam "um declínio no desempenho cognitivo", mas que não chegam a preencher os critérios diagnósticos para demência, síndrome amnésica orgânica ou delírium (quadro confusional agudo). O CID-10 recomenda ainda que esse transtorno deve ser diferenciado da síndrome pós-encefálica e da síndrome pós-concussional.

Na última versão do Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais americano (DSM-IV APA, 1994), foram propostos dois termos: o "Declínio cognitivo relacionado à idade" e o "Transtorno Neurocognitivo Leve". Entretanto, talvez por falta de uma maior operacionalização, estes dois conceitos não tem sido muito utilizados em pesquisas ou na prática clínica.

Para todos os profissionais de saúde envolvidos no tratamento e reabilitação de idosos, a relevância da investigação dessas queixas de déficit cognitivo torna-se evidente, porque ela é extremamente comum nessa faixa etária. Os estudos com idosos na comunidade confirmam essa impressão. Livingston e col. (1990) destacaram que cerca de 23% dos idosos normais em sua amostra queixaram-se de problemas subjetivos de memória. Bolla e col. (1991) relataram que essa queixa foi encontrada em 80% dos indivíduos examinados.

Coloca-se, em seguida, outra questão: qual seria o significado dessas queixas? Vários autores procuraram correlacionar a queixa subjetiva de memória com alteração do desempenho dos idosos em testes psicológicos objetivos. Na maioria dos trabalhos publicados, os resultados obtidos apontaram para uma correlação aparentemente muito fraca entre essas variáveis (Sunderland e col., 1986; Rabbitt e Abson, 1990; Bolla e col., 1991). Uma explicação possível para esses achados seria a presença de depressão nos indivíduos examinados. Entretanto, Christensen (1991) encontrou em seu estudo correlação entre a queixa de memória e o desempenho em testes psicológicos objetivos, sugerindo que a queixa de memória, em alguns casos, poderia ter uma base legítima. Estudos longitudinais, em que os autores acompanharam a evolução dos idosos que apresentavam déficit cognitivo mostraram, também, resultados divergentes. Rubin e col. (1989) relataram que 11 entre 16 pacientes com esquecimento leve tornaram-se demenciados em cinco anos de acompanhamento. O'Brien e col. (1992) destacaram que seis entre 69 pacientes (8,8%) com queixa de memória demenciaram em três anos de acompanhamento. Outros autores (Reisberg e col. 1986; Larrabee e col. 1986), que acompanharam a evolução dos indivíduos com queixas de esquecimento, concluíram que esta síndrome não seria progressiva.

Nós observamos resultado interessante em uma amostra de idosos brasileiros investigados no Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (Bottino e Ventura, 1994). No grupo de pacientes com comprometimento cognitivo leve, havia uma alta prevalência de diagnósticos médicos, especialmente hipertensão arterial, e alterações na tomografia de crânio. Esses resultados podem refletir apenas as características da população estudada, constituída por pacientes de um ambulatório de geriatria, mas também sugerem um possível significado etiológico para as aparentes alterações vasculares encontradas nos pacientes examinados.

Os critérios mais utilizados atualmente para selecionar os indivíduos com comprometimento cognitivo foram propostos por Petersen e col. (1999), como podemos observar na Tabela abaixo.

### **Tabela 17.5**

#### **Critérios Diagnósticos para Comprometimento Cognitivo Leve Amnésico**

**(PETERSEN et al. 1997).**

- Queixa de memória
- Déficit de memória comparado com idosos normais
- Sem dificuldades com atividades de vida diária básicas e instrumentais
- Funcionamento intelectual geral normal
- Não ligado a doença, mas com alto risco de desenvolver demência

A ênfase inicial dada apenas à memória alterada, no conceito defendido por Petersen e col. (1999), foi modificada, e em um consenso internacional recente (Winblad e col., 2004) a recomendação apresentada a seguir foi proposta, reconhecendo que além do comprometimento cognitivo associado apenas a déficit de memória, outras funções cognitivas poderiam também estar afetadas, o que permitira classificar os indivíduos em 4 categorias: comprometimento cognitivo amnésico (apenas memória); comprometimento cognitivo amnésico, múltiplos domínios (memória e mais alguma função alterada); comprometimento cognitivo não amnésico, múltiplos domínios (outras funções alteradas, menos a memória); e comprometimento cognitivo não amnésico, único (uma outra função alterada, menos a memória).

Apesar dos resultados ainda inconclusos a respeito da natureza e significado do comprometimento cognitivo em idosos, parece-nos clara a importância de investigarmos cuidadosamente todos os pacientes que apresentem essas características. Entretanto, permanece ainda o desafio de estudar mais profundamente essa condição, estabelecendo critérios diagnósticos precisos que nos permitam identificar corretamente e orientar ou, até mesmo, tratar idosos com risco de desenvolver um quadro demencial no futuro.

### **TESTES DE AVALIAÇÃO MENTAL**

Existem diversos testes de avaliação mental que variam em relação à abordagem do paciente. Muitos consistem em simples perguntas para testar sua memória e sua capacidade de cálculo. Outros testam também a orientação temporoespacial, cálculo, linguagem e habilidade construcional do paciente. Existem ainda testes que são muito complexos, que necessitam de conhecimentos muito específicos do examinador para sua aplicação.

Nossa preocupação é discutir os testes mais utilizados na prática clínica, que possam, em tese, ser aplicados por qualquer profissional da área de saúde com um mínimo de treinamento. É fundamental uma padronização na aplicação do teste, para que não ocorram diferenças na sua interpretação, e para que profissionais de diferentes centros falem a mesma linguagem. Se isto não acontecer, o que for uma demência para uns, para outros poderá ser um transtorno cognitivo leve, e não será interessante que isso ocorra.

Um fator importante que deve ser analisado é a respeito dos níveis cultural, social, econômico e idade do paciente ao qual será aplicado o teste. Quanto maior seu grau de instrução, seu nível social e poder aquisitivo, e quanto menor sua idade, melhor será seu desempenho, mesmo sendo um paciente demenciado. Isto assume particular importância se esse teste for superficial e não avaliar outras funções cognitivas que não somente a memória. Em outras palavras, um paciente analfabeto, proveniente de uma classe social e econômica mais baixa e de uma faixa etária mais avançada, deverá ter um baixo desempenho, mesmo não apresentando um quadro demencial. Isto demonstra a forte influência que esses fatores têm sobre o desempenho dos pacientes nos testes e que esse detalhe sempre deverá ser avaliado ao se analisar o resultado.

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO MENTAL

O questionário de avaliação mental (Tabela 17.6) faz uma avaliação bastante resumida do estado cognitivo do paciente. Ele consiste em 10 perguntas que analisam basicamente sua orientação temporoespacial e sua memória para fatos tardios. No trabalho de validação desse teste, foi realizada, paralelamente à sua aplicação, uma avaliação psiquiátrica para testar sua confiabilidade. Segundo os autores, foi encontrada uma relação bastante significativa entre essa avaliação e os resultados da aplicação, a saber: 94% dos pacientes, que não apresentaram erros, foram relacionados como não sendo portadores de qualquer síndrome mental orgânica. Por outro lado, dos pacientes que apresentaram 10 erros, em 95% foi diagnosticado essa síndrome em grau moderado ou grave, e somente 5% eram normais ou apresentavam essa síndrome em grau leve. Não foi estabelecida qualquer relação com o grau de instrução dos pacientes examinados.

**Tabela 17.6**

### Questionário de Avaliação Mental

1 — Qual o nome deste lugar?	Certo ( )	Errado ( )
2 — Onde está localizado (endereço)?	Certo ( )	Errado ( )
3 — Que dia é hoje (dia do mês)?	Certo ( )	Errado ( )
4 — Em que mês estamos?	Certo ( )	Errado ( )
5 — Em que ano estamos?	Certo ( )	Errado ( )
6 — Qual é a sua idade?	Certo ( )	Errado ( )
7 — Qual é o dia de seu nascimento?	Certo ( )	Errado ( )
8 — Qual é o ano de seu nascimento?	Certo ( )	Errado ( )
9 — Quem é o presidente do Brasil?	Certo ( )	Errado ( )
10 — Quem era o presidente antes dele?	Certo ( )	Errado ( )
<b>Total de Respostas:</b>	<b>Certas:</b>	<b>Erradas:</b>

*Fonte: Modificado de Kahn RL et al. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Am J Psychiatry 176:326, 1960.*

A crítica em relação a esse teste é que ele avalia somente uma ou duas funções corticais superiores. Conforme já foi referido, para um diagnóstico correto de uma síndrome demencial, há necessidade de se investigar uma série delas. Portanto, através da aplicação desse teste, não é possível estabelecer o diagnóstico de demência. É um teste que serve para dizer se o paciente está muito bem, ou muito mal em relação ao seu desempenho cognitivo. Pacientes em estágios leves a moderados

da síndrome demencial não são bem avaliados por esse teste.

Outro fator que deve ser analisado é que, dependendo dos níveis cultural e socioeconômico e da idade do paciente, mesmo que ele apresente quadro demencial, poderá responder facilmente às perguntas se o caso for de demência leve. Como vimos, não foi feita uma relação entre o desempenho do paciente, seu grau de instrução, seu nível socioeconômico, nem com sua idade nesse trabalho de validação. Isto ocorre porque um paciente com bom nível intelectual prévio, provavelmente, acaba criando meios para superar suas dificuldades.

A grande vantagem desse teste é que ele é rápido, levando-se somente alguns minutos para aplicá-lo. Também não há necessidade de um treinamento específico para que qualquer profissional possa utilizá-lo, dada a sua simplicidade.

Os autores recomendam que ele deve ser utilizado como uma forma de triagem dos casos a serem submetidos a uma avaliação mais profunda. Fundamentalmente, ele deve responder à seguinte pergunta: "O paciente sofre, ou não, de uma síndrome mental orgânica?" Não se deve tentar estabelecer qualquer diagnóstico baseado simplesmente no desempenho do paciente durante o teste.

### **MINIEXAME DO ESTADO MENTAL**

O miniexame do estado mental — MEEM (Tabela 17.7) talvez seja o mais utilizado em consequência de sua fácil aplicação, que requer pouco treinamento do examinador, além de avaliar outras funções cognitivas e não somente a memória do paciente.

**Tabela 17.7**

#### **Miniexame do Estado Mental**

ORIENTAÇÃO TEMPORAL Qual é o (ano), (mês), (dia), (dia da semana), (estação de ano)?	____ / 5
ORIENTAÇÃO ESPACIAL Onde estamos? (estado), (país), (cidade), (que tipo de lugar), (andar).	____ / 5
REGISTRO Repetir: gelo, leão, planta.	____ / 3
ATENÇÃO E CÁLCULO 100 — 7 = 93 — 7 = 86 — 7 = 79 — 7 = 72 — 7 = 65 Alternativamente, soletrar a palavra 'mundo' de trás para frente.	____ / 5
MEMÓRIA RECENTE Quais as três palavras acima?	____ / 3
LINGUAGEM Mostrar um relógio de pulso e uma caneta e solicitar ao paciente que diga seus nomes.	____ / 2

Repetir: paralelepípedo.	____ / 1
Realizar o seguinte comando: "Pegue esta folha de papel com sua mão direita, dobre-a ao meio com as duas mãos, coloque-a no chão."	____ / 3
Leia e obedeça: "Feche os olhos."	____ / 1
Escreva uma sentença (ela deve conter sujeito e verbo, não há necessidade de corrigir erros gramaticais).	____ / 2
Copie o desenho (consiste em dois pentagramas que se interseccionam; estará correto se existirem 10 ângulos, dos quais dois devem estar interseccionados).	____ / 1
<b>Total de Pontos</b>	<b>____ / 30</b>

Fonte: Folstein FF et al. *Mini-mental state. J Psychiatr. Res. 12:189, 1975.*

Apesar de ser um teste relativamente simples, para que seu resultado seja confiável há necessidade de o paciente ter pelo menos oito anos de escolaridade, uma vez que isso vai interferir substancialmente no desempenho do indivíduo.

O teste consiste em questões subdivididas em seis itens: orientação temporal e espacial, registro (memória imediata), cálculo, memória recente e linguagem (onde são avaliadas agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional). Falta avaliar o pensamento abstrato, juízo, alterações da personalidade e se há interferência no desempenho profissional e no convívio social do paciente.

Para cada acerto do paciente é somado um ponto ao total. No máximo, ele pode perfazer 30 pontos. Num paciente com pelo menos oito anos de escolaridade, um desempenho de até 23 pontos sugere um quadro demencial.

No trabalho de validação (Folstein e col. 1975), o teste foi aplicado a um grupo de pacientes com diversas doenças psiquiátricas que, concomitantemente, foram submetidos a uma avaliação clínica para seu esclarecimento e diagnóstico. A seguir foi feita uma comparação entre o resultado da aplicação do MEEM e da avaliação clínica. O escore médio para cada uma dessas doenças foi o seguinte: demência — 9,7; depressão com prejuízo cognitivo — 19, depressão sem prejuízo cognitivo — 25,1. O escore médio para indivíduos normais foi de 27,6. Portanto, o escore do MEEM concordou com a avaliação clínica de prejuízo cognitivo e, como habitualmente, ele é mais grave num quadro demencial do que numa depressão, a grande diferença entre os escores médios nessas afecções se justifica.

Uma outra comparação foi realizada aplicando-se o teste a pacientes deprimidos que foram divididos, segundo sua faixa etária, em grupo com menos de 60 anos de idade e outro com mais de 60 anos, para observar se a idade provocaria alguma influência no seu desempenho. O resultado mostrou que no grupo mais jovem

o escore médio foi de 24,5, e no mais idoso o escore médio foi de 25,7, o que não é estatisticamente significativo.

Uma outra comparação foi realizada aplicando o MEEM a um grupo de pacientes durante as diferentes fases da evolução de sua doença, no curso do tratamento. A expectativa era que os pacientes demenciados não teriam uma melhora significativa durante a evolução da doença, enquanto que nos doentes deprimidos essa melhora deveria ocorrer. Os resultados observados confirmaram essa expectativa, ou seja, os pacientes demenciados não obtiveram qualquer melhora, enquanto que os deprimidos sem prejuízo cognitivo tiveram uma discreta melhora no seu desempenho e os doentes deprimidos com prejuízo cognitivo tiveram uma melhora bastante significativa.

Antes de recomendar seu uso indiscriminado, deve-se ressaltar que o referido teste não deve ser considerado como um método de diagnóstico preciso. Ele é um instrumento útil de avaliação mental associado a um exame clínico adequado, uma vez que um prejuízo cognitivo pode ser causado por muitas doenças. O próprio trabalho de validação mostra escores médios muito próximos obtidos por pacientes com diversas doenças psiquiátricas (depressão, esquizofrenia, abuso de drogas, etc.). Um diagnóstico preciso pode ser obtido através de um exame clínico adequado, uma boa avaliação do estado mental, de dados laboratoriais e de exames de neuroimagem.

A grande vantagem do MEEM é que ele avalia objetivamente uma queixa, muitas vezes subjetiva, de distúrbio cognitivo. Além disso, pode ser utilizado como uma forma de se avaliar a eficácia do tratamento de qualquer doença, psiquiátrica ou não, que curse com alteração da cognição do paciente.

Apesar de ser um teste mais completo que o questionário de avaliação mental, ele ainda é superficial, desde que doentes com diagnóstico clínico de demência e com um bom nível de escolaridade podem ter um desempenho bastante adequado, sendo considerados normais.

## **ENTREVISTAS ESTRUTURADAS**

As entrevistas estruturadas são instrumentos de avaliação que permitem uma investigação mais completa e global do paciente, requerendo, inclusive, a participação de um familiar ou de um informante próximo. As entrevistas são compostas por diferentes seções ou ítems, incluindo testes que avaliam detalhadamente várias funções cognitivas, e avaliações com familiares e cuidadores, possibilitando um diagnóstico mais preciso, principalmente naqueles casos mais leves. Por serem mais complexas

que os testes citados anteriormente, requerem um tempo maior de aplicação, variando de 40 a 90 minutos.

### **ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA O DIAGNÓSTICO DA DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER, MÚLTIPLOS INFARTOS E DE OUTRAS ETIOLOGIAS (ENEDAM)**

O ENEDAM é uma entrevista estruturada que tenta estabelecer o diagnóstico etiológico de um quadro demencial, obedecendo aos critérios do DSM-III-R e CID-10.

Consiste em diversas partes, cada uma das quais se relaciona a esses critérios. Cada parte da entrevista, que vai sendo concluída, corresponde a um critério do DSM-III-R e CID-10, que vai sendo preenchido até completar todo quadro. Caso o paciente não preencha algum desses critérios, o diagnóstico de demência não pode ser estabelecido.

A parte inicial da entrevista é uma pequena anamnese do paciente, na qual se investiga quais são as suas queixas e há quanto tempo as tem. Além disso, pergunta-se sobre seus problemas orgânicos, uso e/ou abuso de drogas e álcool, seus antecedentes psiquiátricos, com ênfase especial para depressão, e antecedentes de quadros demenciais na sua família.

A partir daí passa-se aos testes cognitivos. A primeira parte refere-se aos critérios A do DSM-III-R e A1 do CID-10, relacionados ao prejuízo da memória. São feitas 29 perguntas através das quais são avaliados a orientação temporal e espacial; memória imediata; cálculo e atenção; habilidade construcional e memória tardia. Conforme o desempenho do paciente, pode-se ou não preencher os critérios A e A1, o que determina se o teste deve continuar.

Avalia-se, em seguida, o pensamento abstrato e o julgamento do paciente. Aqui as perguntas referem-se ao critério A2 do CID-10 e ao critério B do DSM-III-R. Em relação ao pensamento abstrato, solicita-se ao paciente que diga a diferença entre objetos semelhantes e o significado de um provérbio. Em relação ao julgamento, conta-se uma história ao paciente, pergunta-se se ela faz sentido ou não, solicita-se também que interprete uma figura.

Na última parte dos testes, são avaliadas outras funções corticais superiores: agnosia, afasia e apraxia. Pede-se ao paciente que desenhe duas figuras tridimensionais; nomeie objetos e obedeça a comandos. Este item corresponde ao critério B do DSM-III-R.

Nesse momento terminam os testes e tem início uma parte da entrevista na

qual é fundamental a presença de um familiar do paciente, devido à necessidade de precisão nas respostas. Inicialmente questiona-se sobre alterações de personalidade na conduta social do paciente ou se ele aparentemente está mais apático e menos participativo. Este item corresponde ao critério B do DSM-III-R e critério C do CID-10.

O item seguinte refere-se ao critério C do DSM-III-R e ao critério A1/A2 do CID-10, que diz respeito ao prejuízo, objetivamente avaliado, nas atividades da vida diária do paciente. São feitas diversas perguntas sobre problemas específicos do dia-a-dia para avaliar eventuais déficits.

A seguir, faz-se uma avaliação do nível de consciência do paciente. Isto corresponde ao critério B do CID-10 e ao critério D do DSM-III-R. Vale lembrar que o diagnóstico de demência só pode ser realizado com o paciente vigil, ou melhor, não pode haver qualquer alteração de seu nível de consciência.

A próxima parte do ENEDAM refere-se à etiologia do quadro demencial. O primeiro item diz respeito à presença de algum fator orgânico específico que pode ser relacionado como sua causa. Não encontrando nenhum fator orgânico específico, passa-se ao item seguinte, que consiste na aplicação do escore isquêmico de Hachinski e no escore isquêmico de Rosen para pesquisa de demência por múltiplos infartos cerebrais (Tabela 17.8). Além disso, excluem-se doenças psiquiátricas que poderiam cursar como quadro demencial: depressão, esquizofrenia, mania, oligofrenia, etc. Nada sendo encontrado, e preenchendo-se o critério C do CID-10 (pelo menos seis meses de evolução da doença), fica-se com o diagnóstico de doença de Alzheimer provável.

### **Tabela 17.8**

#### **Escore Isquêmico de Hachinsky e Rosen (\*)**

1 — Início súbito (início de quadro com alteração evidente, por exemplo: confusão, desorientação ou dificuldade para falar, possivelmente ocorrendo após acidente vascular cerebral e não após qualquer outra doença orgânica).

sim ( ) não ( ) — 2 pontos\*

2 — Deterioração em “escada” (pelo menos um evento causando déficit cognitivo com remissão incompleta).

sim ( ) não ( ) -1 ponto\*

3 — Curso flutuante.

sim ( ) não ( ) — 2 pontos

4 — Confusão noturna.

sim ( ) não ( ) — 1 ponto

5 — Preservação relativa da personalidade.

sim ( ) não ( ) — 1 ponto

6 — Depressão (estável ao longo do tempo).

sim ( ) não ( ) — 1 ponto

7 — Queixas somáticas (queixas repetidas de sintomas físicos que persistem apesar do tratamento clínico, sem explicação).

sim ( ) não ( ) — 1 ponto\*

8 — Incontinência emocional (riso e/ou choro inapropriado)

sim ( ) não ( ) — 1 ponto\*

9 — História ou presença de hipertensão arterial (conhecida — prévia à hospitalização — com as medidas sendo realizadas pelo menos duas vezes em ambiente familiar ao paciente).

sim ( ) não ( ) — 2 pontos

10 — História de acidente vascular cerebral (exame clínico ou neurológico justificando um diagnóstico de AVC ou indicando AVC prévio).

sim ( ) não ( ) — 2 pontos\*

11 — Evidência de aterosclerose associada.

sim ( ) não ( ) — 1 ponto\*

12 — Sintomas neurológicos focais (sintomas geralmente associadas à doença focal do SNIC, por exemplo, afasia, hemiplegia ou tremor).

sim ( ) não ( ) — 2 pontos\*

13 — Sinais neurológicos focais (déficits focais ao exame neurológico, por exemplo: Babinski positivo, anomalias do campo visual).

sim ( ) não ( ) — 2 pontos\*

Total de pontos

Escore total de Hachinski

0 a 4 — Demência do tipo Alzheimer

7 a 18 — Demência por múltiplos infartos

Escore total de Rosen

0 a 2 — Demência do tipo Alzheimer

4 a 12 — Demência por múltiplos infartos

*Fonte: Escore de isquemia de Hachinsky et al., 1975.*

*Escore de isquemia de Rosen et al., 1980.*

A última parte da entrevista aborda a gravidade do quadro demencial, podendo classificá-lo em leve, moderado ou grave. (Tabela 17.9).

**Tabela 17.9**

**CrITÉRIOS de Gravidade de Demência, segundo Zaudig M et al.**

<b>Gravidade</b>	<b>Prejuízo da Memória</b>
Leve	Permanece a capacidade para viver independente, dificuldade para aprender coisas novas, esquece recados, informações adquiridas recentemente, onde guarda seus pertences, lembranças de nomes comuns
Moderado	Somente dados conhecidos são retidos, novas informações apenas eventual e muito brevemente, o paciente não sabe onde mora, o que fez recentemente, não lembra de figuras públicas, apresenta sérias dificuldades em viver independentemente e perda intermitente do controle esfinteriano
Grave	Perdas de memória graves, com a manutenção de fragmentos de informações previamente aprendidas, não reconhece familiares, não retém novas informações, necessita de supervisão constante, declínio de higiene pessoal e perda do controle esfinteriano.
<b>Gravidade</b>	<b>Prejuízo Cognitivo</b>
Leve	Embora o trabalho e as atividades sociais estejam significativamente prejudicadas, a capacidade para a vida independente permanece, tarefas de rotina ou atividades de lazer mais complexas não podem mais ser realizadas, a higiene pessoal é adequada e o julgamento está relativamente intacto
Moderado	A vida independente é problemática e algum grau de supervisão é necessário, o paciente necessita de ajuda para resolver problemas cotidianos como fazer compras e lidar com dinheiro
Grave	Requer supervisão contínua para as atividades diárias, é incapaz de manter condições mínimas de higiene, permanece boa parte do tempo incoerente ou em mutismo

O ENEDAM é uma forma de avaliação cognitiva um pouco mais complexa do que as abordadas até aqui. Ela requer um tempo maior de aplicação (30 a 40 minutos) e necessita de um treino mais cuidadoso de seu aplicador. No entanto, sua grande vantagem é que, por ser mais detalhada, auxilia no diagnóstico de um quadro

demencial, mesmo que o paciente apresente um bom desempenho no MEEM. Assim, não é raro fazermos o diagnóstico de demência em pessoas que têm escore de 23 pontos.

Na prática clínica, consideramos o ENEDAM um instrumento bastante útil para o diagnóstico de demência, principalmente numa fase inicial. No entanto, acreditamos que em relação à avaliação do pensamento abstrato e do julgamento, há necessidade de uma exploração mais extensa, pois seu número de perguntas é reduzido e outras questões poderiam ser acrescentadas, permitindo uma avaliação mais precisa dessas funções corticais superiores.

No Ambulatório de Demência do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo, inicialmente aplicamos o ENEDAM com dois objetivos: realizar um estudo de confiabilidade da sua versão em português e fazer um estudo comparativo dos resultados obtidos por dois grupos de pacientes (um com transtorno cognitivo leve e outro com demência do tipo Alzheimer).

No estudo de confiabilidade (Ventura e Bottino, 2001) foram examinados 20 pacientes idosos. Todos eram pacientes do ambulatório e estavam com queixas de alterações cognitivas. O escore médio do MEEM dessa amostra foi de 16,8, variando de oito a 28, com um desvio padrão de 6,07. Todos os pacientes foram inicialmente examinados por um psiquiatra e um geriatra, que os avaliaram clinicamente, segundo os critérios do DSM-III-R e CID-10, e por meio de exames subsidiários já citados. Foram excluídas outras desordens psiquiátricas e quadros de delirium. A seguir, a entrevista foi aplicada pelo geriatra e pelo psiquiatra, independentemente, e as respostas obtidas pelos mesmos foram comparadas. Nos resultados observamos um grande grau de concordância entre as respostas, inclusive nos testes cognitivos contidos no ENEDAM, a saber: MEEM, SISCO (seção cognitiva do ENEDAM), e MEEM expandido. Portanto, o estudo de confiabilidade da versão em português do ENEDAM sugere que ele seja um instrumento eficaz para investigação de pacientes com déficits cognitivos de etiologia a esclarecer.

O segundo estudo (Bottino e Ventura, 1994) teve por objetivo comparar o desempenho de dois grupos de pacientes, aos quais foram aplicados o ENEDAM: um grupo portador de transtorno cognitivo leve e outro com demência do tipo Alzheimer. O objetivo era determinar qual o ponto de corte obtido por um idoso brasileiro, que serviria como um divisor entre transtorno cognitivo leve e demência do tipo Alzheimer, quando aplicado o MEEM e o SISCO. Uma amostra de 30 pacientes foi selecionada do Ambulatório de Demência do Serviço de Geriatria do Hospital do Servidor Público do

Estado de São Paulo: 16 portadores de demência do tipo Alzheimer e 14 com transtorno cognitivo leve, segundo os critérios do DSM-III-R e CID-10. Foram examinados por um geriatra, e um psiquiatra, sendo submetidos a um protocolo de investigação de quadros demenciais. Obtidos os diagnósticos nessa avaliação, os pacientes ao ENEDAM, que, como já dissemos, contêm o MEEM (cuja pontuação varia entre 0 e 30), o SISCO (que varia entre 0 e 55), além do escore isquêmico de Hachinski (entre 0 e 18). Comparando sexo, estado civil, nível de instrução, classe social, condições de moradia, queixas de memória e resultados da tomografia computadorizada de crânio, não obtivemos qualquer diferença significativa entre os dois grupos. Por outro lado, quando analisamos os escores obtidos na avaliação cognitiva por meio do MEEM e SISCO, e no grau de dependência do paciente, obtivemos uma diferença significativa, como era de se esperar.

Vale ressaltar, no entanto, que encontramos pacientes demenciados com escores altos no MEEM e no SISCO, e pacientes com transtorno cognitivo leve com baixo desempenho, além de uma pequena correlação entre o grau de dependência desses pacientes e seu desempenho nos testes. Podemos explicar esses achados em função de algumas características especiais desse grupo:

1) apesar de não haver uma diferença significativa entre os níveis de instrução nos dois grupos, havia uma grande variação (entre 1 e 15 anos), que explica o porquê de um paciente demenciado, com nível de escolaridade, apresentar um alto escore no MEEM e no SISCO, enquanto que com transtorno cognitivo leve e baixo grau de instrução tem um péssimo desempenho;

2) 50% dos pacientes dessa amostra apresentam menos de quatro anos de escolaridade;

3) os pacientes do diagnóstico de demência do tipo Alzheimer, na sua maioria, eram casos leves (oito) e moderados (seis), somente dois eram graves;

4) o grau de comprometimento observado teve uma boa correlação com os critérios do DSM-III-R e CID-10, apesar de alguns pacientes com baixos escores no MEEM e no SISCO receberem o diagnóstico de transtorno cognitivo leve, principalmente aqueles com baixa escolaridade e nível econômico.

Em relação ao objetivo de se estabelecer uma pontuação mínima que permitisse separar pacientes demenciados daqueles com transtorno cognitivo leve, nossos resultados mostram que os escores do MEEM deveriam se situar entre 22 e 23 pontos, e os do SISCO, entre 34 e 35 pontos, no que concordamos com os dados obtidos por Zaudig (1992). No entanto, sempre devemos estar atentos para não

cometer o erro de aceitar esses limites como verdade absoluta, uma vez que já discutimos exaustivamente sobre como o grau de instrução de um paciente, seu nível social e a gravidade de sua disfunção cognitiva podem influenciar seu desempenho em testes de avaliação mental.

Concluindo, por todos os nossos resultados obtidos, queremos crer que o ENEDAM pode realmente ser um instrumento útil para diferenciar um transtorno cognitivo leve de uma demência do tipo Alzheimer.

## **CAMDEX — CAMBRIDGE MENTAL DISORDERS OF THE ELDERLY EXAMINATION**

O CAMDEX é um instrumento de avaliação diagnóstica que foi desenvolvido por Roth e col. (1986), como uma entrevista estruturada, com o propósito de diagnosticar e quantificar a demência em pacientes idosos.

As vantagens do CAMDEX, segundo Roth e col., sobre os outros instrumentos de avaliação diagnóstica estruturados ou semi-estruturados seriam sua capacidade em avaliar os estados mental e físico prévios do paciente, além de fornecer dados sobre o início e a progressão dos déficits cognitivos. Os autores destacaram também a importância de se obter informações, com um familiar ou informante próximo, sobre traços de personalidade pré-mórbidos e alterações de comportamento do paciente, para não utilizar dados apenas do exame de seu estado mental atual.

Esse instrumento é composto de várias seções que a seguir serão sucintamente descritas:

a) seção A — uma entrevista clínica estruturada com o paciente sobre seu estado atual (mental e físico), seus antecedentes pessoais e familiares;

b) seção B — teste cognitivo com 67 itens (CAMCOG), incluindo o MEEM (Folstein, 1975), que avalia orientação, linguagem, memória, praxia, atenção, pensamento abstrato, percepção e cálculo;

c) seção C — observações do examinador sobre o estado do paciente;

d) seção D — exame físico e neurológico;

e) seção E — resultados de exames laboratoriais e radiológicos;

f) seção F — registro de medicações atualmente em uso;

g) seção G — informações adicionais relevantes sobre o paciente, obtidas no curso da entrevista;

h) seção H — entrevista estruturada com familiar ou informante que conheça o

paciente, incluindo questões da escala de demência de Blessed (Blessed e col., 1968), para quantificação da gravidade de demência.

Ao final da entrevista, que demora cerca de 90 minutos, o avaliador chega ao diagnóstico psiquiátrico, de acordo com critérios diagnósticos operacionais, selecionando uma entre 11 categorias relacionadas: normal, demência (quatro categorias), delirium (duas categorias), depressão, ansiedade ou transtorno fóbico, parafrenia ou paranóia e outros transtornos psiquiátricos. Os pacientes são ainda classificados, segundo a gravidade de demência e depressão, de acordo com uma escala de cinco pontos.

Os critérios operacionais originalmente utilizados no CAMDEX foram os do DSM (Associação Psiquiátrica Americana — APA, 1980), mas as informações fornecidas pela entrevista permitem classificar os pacientes segundo os critérios do NINCDS-ADRDA Work Group (McKhann e col., 1984), CID-10 (OMS, 1993) e DSM-III-R (APA, 1987).

O CAMDEX já foi utilizado em diversos estudos de avaliação de pacientes idosos publicados no exterior (O'Connor e col., 1990); Blessed e col., 1991; Jagger e col., 1992), sendo considerado um instrumento válido e confiável, para a investigação diagnóstica e acompanhamento de pacientes demenciados. No Brasil, o CAMDEX foi traduzido e adaptado para o português (Bottino e cols., 1999) e tem sido utilizado em diversos centros de pesquisa e serviços universitários. Em estudo preliminar sobre a validade dos diagnósticos feitos com o CAMDEX, e sobre a confiabilidade do teste neuropsicológico CAMCOG, dois psiquiatras experientes avaliaram 40 sujeitos (24 mulheres e 16 homens), com mais de 55 anos de idade (média =71,46; dp=5,84), utilizando os critérios diagnósticos da CID-10 e do NINCDS-ADRDA. Segundo o diagnóstico sintomático inicial, 16 dos indivíduos eram portadores de demência, 18 de depressão, e 6 eram controles. A confiabilidade do diagnóstico sintomático do CAMDEX, utilizando o teste de kappa (k), foi  $k=0,94$  ( $p<0,001$ ), enquanto que a confiabilidade do diagnóstico etiológico do CAMDEX, foi  $k=0,83$  ( $p<0,001$ ). A confiabilidade da aplicação do CAMCOG (e de seus subitens), por cada uma das 2 duplas – 'A' e 'B', avaliada através do Coeficiente de Correlação Intra-Classe (ICC), mostrou-se elevada, variando de 0,79 a 0,98, na dupla 'A', e de 0,67 a 1,0, na dupla 'B' ( $p<0,001$ ). Portanto, os resultados obtidos sugeriram que a versão em português do CAMDEX é um instrumento válido e confiável para auxiliar no diagnóstico diferencial de demência e depressão em sujeitos idosos (Bottino e cols., 2001).

## **CERAD — CONSORTIUM TO ESTABLISH A REGISTRY FOR ALZHEIMER DISEASE**

O Consórcio para estabelecer um registro da doença de Alzheimer foi criado para padronizar métodos de avaliação simples e precisos de indivíduos com essa doença. Os autores (Morris e col., 1989) tinham como objetivos obter dados de estudos multicêntricos, e mesmo da investigação clínica, que fossem comparáveis, aumentando o conhecimento sobre a principal causa de DA e sua prevalência. Foram desenvolvidas baterias de testes clínicos e neuropsicológicos para avaliar pacientes com diagnóstico clínico de DA. Estas baterias foram idealizadas para tentar caracterizar as manifestações primárias da doença, diferenciar os pacientes com DA daqueles idosos com alterações cognitivas associadas ao envelhecimento normal e medir a progressão de demência durante a evolução da DA.

Os critérios diagnósticos pelo CERAD são os mesmos do NINCDS-ADRA Workgroup (McKhanne e col., 1984), ligeiramente modificados.

As baterias de avaliação clínica e neuropsicológica, que demoram de 50 a 70 minutos para serem aplicadas, serão a seguir descritas brevemente.

A bateria de avaliação clínica contém entrevistas semi-estruturadas com o paciente e informante; exame físico e neurológico; exames laboratoriais; inventário de medicamentos; escala de depressão e uma entrevista médica geral. Estão incluídas nesta bateria duas escalas cognitivas: uma versão modificada da escala de demência de Blessed (Blessed e col., 1968), para avaliar mudanças nas atividades da vida diária do paciente e seis itens do teste de Blessed reduzido. A quantificação da gravidade de demência é feita segundo a escala clínica de demência (Hughes e col., 1982) e, ao final da bateria, cada indivíduo avaliado é classificado como demenciado, com DA provável ou DA possível.

A bateria de avaliação neuropsicológica é aplicada por um examinador independente, após o término da avaliação clínica, procurando medir as principais alterações cognitivas da DA (memória, linguagem, praxia e funcionamento intelectual geral). Os seguintes testes cognitivos são utilizados: a) fluência verbal — "categorias animais"; b) teste de Boston modificado (nomear objetos); c) MEEM; d) memória de lista de palavras; e) praxia construcional (cópia de figuras); f) lembrança de listas de palavras; g) reconhecimento de lista de palavras.

As baterias de avaliação do CERAD têm sido usadas em vários centros diagnósticos desde sua criação, sendo consideradas como um instrumento confiável e

de fácil aplicação para avaliar pacientes com DA (Morris e col., 1989; Welsh e col., 1991). Em nosso meio, Bertolucci e cols. (2001) publicaram o resultado da aplicação da bateria neuropsicológica do CERAD em idosos brasileiros (DA: 43; idosos saudáveis: 85). Os autores concluíram que a adaptação feita pode ser útil para o diagnóstico de demência inicial, mas que outros estudos deveriam ser feitos para determinar os pontos de corte para populações de indivíduos analfabetos ou com baixa escolaridade.

## **ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE DEMÊNCIA**

As escalas de avaliação de demência são utilizadas por clínicos e pesquisadores para confirmar o diagnóstico obtido, seguir o curso da doença e avaliar o resultado do tratamento. Nesta seção, vamos destacar algumas das escalas que são mais amplamente empregadas, descrevendo brevemente suas características principais.

## **ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE BLESSED (BLS)**

As escalas de Blessed (Blessed e col., 1988), que se encontram na Tabela 17.10, são um dos mais antigos e conhecidos instrumentos empregados para avaliação e quantificação de alterações funcionais e emocionais em pacientes demenciados. Os instrumentos compreendem: escala de demência (BLS-D), escala de informação (BLS-I), escala de memória (BLS-M) e escala de concentração (BLS-C). O escore das três últimas escalas é normalmente combinado no teste de informação, memória e concentração de Blessed, atingindo no máximo 37 pontos. A escala de demência (BLS-D) procura avaliar mudanças no desempenho das atividades diárias, nos hábitos, na personalidade e nos interesses e motivações do paciente examinado. O escore máximo que pode ser obtido é igual a 0, indicando que não há comprometimento emocional ou funcional. O escore mínimo é de 28 pontos, indicando nesse caso um comprometimento grave.

Segundo Blessed e col. (1968), as escalas de Blessed, isoladamente ou em conjunto, foram validadas através de sua correlação com marcadores neuropatológicos da DA.

Na Tabela 17.10 apresentamos uma versão em português dessas escalas que têm sido utilizadas em trabalhos de pesquisa no Brasil.

**Tabela 17.10**

**Escala de Blessed**

**A. Mudanças no Desempenho das Atividades Diárias**

1. Dificuldade em desempenhar tarefas domésticas	0	0,5	1
2. Dificuldade em manusear pequenas quantias de dinheiro	0	0,5	1
3. Dificuldade de lembrar-se de pequenas listagens (por exemplo, compras)	0	0,5	1
4. Dificuldade de localizar-se dentro de casa	0	0,5	1
5. Dificuldade de localizar-se em ruas conhecidas	0	0,5	1
6. Dificuldade de reconhecer o meio (hospital, residência, diferenciar médicos, enfermeiras, pacientes e visitantes)	0	0,5	1
7. Dificuldade de lembrar-se de acontecimentos recentes (passeios, visitas de parentes e amigos, etc...)	0	0,5	1
8. Tendência de falar muito sobre o passado	0	0,5	1

**B. Mudanças de Hábitos**

9. Alimentação	
Alimenta-se: de forma limpa, com talheres adequados	0
de forma desleixada, apenas com colher	1
de sólidos simples (sem talheres)	2
precisa ser alimentado	3
10. Vestuário	
Veste-se: sem ajuda	0
Ocasionalmente com abotoamento errado, etc.	1
Em seqüência incorreta; freqüentemente esquece-se de alguns itens	2
Incapaz de vestir-se	3
11. Controle Esfíncteriano	
Total	0
Ocasionalmente molha a cama	1
Molha a cama com freqüência	2
Duplamente incontinente	3

**C. Mudanças de personalidade**

12. Sem alterações quanto à personalidade	0
13. Aumento na rigidez	1
14. Egocentrismo	1
15. Falta de consideração pelos outros	1
16. Aumento de aspereza em demonstrações de afeto	1
17. Falta de controle emocional (ex.: aumento de petulância e irritabilidade)	1
18. Hilaridade em situações impróprias	1
19. Diminuição de reações emocionais (ex.: depressão)	1

20. Mau comportamento sexual (atitude de jovem na senilidade)	1		
21. Sua atuação em áreas de interesse está inalterada	0		
22. Abandono das atividades de lazer	1		
23. Diminuição na iniciativa ou aumento da apatia	1		
24. Hiperatividade sem propósito	1		
<b>TOTAL DE PONTOS</b>	<hr/>		
<b>D. Memória</b>			
Pessoal			
- Data de nascimento	1		
- Local do nascimento	1		
- Escola que frequentou	1		
- Ocupação	1		
- Nome de irmãos ou conjugue	1		
- Nome de qualquer cidade em que trabalhou	1		
- Nome do empregador	1		
Não Pessoal			
- * Data 1ª Guerra Mundial (1914-1918)	1		
- * Data 2ª Guerra Mundial (1939-1945)	1		
- Presidente	1		
- Governador	1		
Nome e endereço (relembrar após 5')			
- João de Souza	2	1	0
- Rua do Parque, 10	2	1	0
- Perdizes	2	1	0
Concentração			
- Dizer os meses do ano, de traz para frente	2	1	0
- Contar de 1 a 20	2	1	0
- Contar de 20 a 1	2	1	0

\* 0,5 ponto por aproximação a cada 3 anos

**TOTAL DE PONTOS** 

---

*Obs.: nos itens A a C, quanto maior a pontuação maior a dificuldade; no item D, quanto maior a pontuação melhor o desempenho.*

**ESCALA DE DETERIORAÇÃO GLOBAL (GDS)**

A escala de deterioração global para avaliação de demência degenerativa primária é uma escala de sete pontos que foi desenvolvida por Reisberg e col. (1982) para tentar caracterizar essa síndrome clínica e classificá-la em estágios.

Descreveremos sucintamente, a seguir, os sete estágios da GDS:

- estágio 1 — normal, sem evidência objetiva ou subjetiva de déficit cognitivo;
- estágio 2 — declínio cognitivo muito leve, considerado normal para idade;

— estágio 3 — declínio cognitivo leve, com evidência objetiva de déficit cognitivo (transtorno cognitivo leve?);

— estágio 4 — declínio cognitivo moderado, suficiente para preencher critérios operacionais para demência;

— estágio 5 — declínio cognitivo moderadamente grave, no qual os déficits do paciente interferem com seu funcionamento independente;

— estágio 6 — declínio cognitivo grave, no qual os déficits observados interferem com as atividades básicas da vida diária;

— estágio 7 — declínio muito grave, no qual os déficits observados interferem com todas as atividades da vida diária.

Segundo Kluger e Ferris (1991), essa escala foi validada através da correlação de seus escores com avaliações psicométricas, clínicas, do estado mental, de atividades da vida diária e exames de neuroimagem de pacientes com demência degenerativa primária.

## **ESCALA CLÍNICA DE DEMÊNCIA (CDR)**

A escala clínica de demência (Tabela 17.11) foi desenvolvida por Hughes e col. (1982), como um instrumento de avaliação global, para estudar prospectivamente a demência do tipo Alzheimer leve. Os autores destacaram no estudo de validação deste instrumento a importância de associar medidas psicométricas e comportamentais para permitir a avaliação de várias características do paciente examinado.

### **Tabela 17.11**

#### **Escala Clínica de Demência (CDR)**

Memória

*Saudável*

0

Sem perda ou esquecimento inconstante e leve

*Questionável*

0,5

Esquecimento leve e consistente; recordação parcial de eventos

*Leve*

1

Perda de memória moderada, mais acentuada para eventos recentes; o defeito

interfere em atividades do dia-a-dia

*Moderada*

2

Perda de memória grave; apenas material firmemente aprendido é mantido; material novo é rapidamente perdido

*Grave*

3

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, com freqüência para local

Apenas orientado para pessoas

Juízo + resolução de problemas

Capaz de solucionar bem tarefas do dia-a-dia; bom julgamento em relação a desempenho no passado

Dificuldade questionável para solucionar problemas, semelhanças, diferenças

Dificuldade moderada para lidar com problemas complexos, juízo social preservado

Capacidade gravemente comprometida para lidar com problemas, semelhanças, diferenças; juízo social usualmente comprometido

Incapaz de fazer julgamentos ou solucionar problemas

Assuntos comunitários

Funciona independentemente em seu nível habitual de trabalho, compras, negócios e assuntos financeiros, trabalho voluntário e grupos sociais

Comprometimento questionável ou leve, se houver, nessas atividades incapaz de funcionar independentemente nessas atividades ainda que esteja envolvido em algumas; pode parecer normal em avaliação superficial

Sem pretensão de funcionamento independente fora de casa

*Casa + hobbies*

Vida em casa, *hobbies*, interesses intelectuais bem preservados

Vida em casa, *hobbies*, interesses intelectuais bem preservados ou apenas levemente comprometidos

Comprometimento de atividades em casa leve mas definitivo; tarefas mais difíceis são abandonadas; *hobbies* e interesses mais complexos são abandonados

Apenas tarefas mais simples são preservadas; interesses bastante reduzidos, parcamente mantidos

Sem atividade significativa em casa fora de seu próprio quarto

Cuidado pessoal

Totalmente capaz de se autocuidar

Totalmente capaz de se autocuidar

Precisa de assistência ocasional

Precisa de ajuda para se vestir, com higiene, e para manter aparência

Precisa de muita ajuda com cuidado pessoal; freqüentemente incontinente

*OBS: Versão em português da CDR foi gentilmente cedida pelo Prof. Dr.*

*Oswaldo Pereira de Almeida para publicação.*

A CDR contém cinco graus de comprometimento do desempenho do indivíduo, em cada uma das seguintes categorias: memória, orientação, juízo e solução de problemas, assuntos comunitários, casa e *hobbies*, e cuidado pessoal. Os cinco graus de comprometimento são: saudável (CDR=0), questionável (CDR=0,5), leve (CDR=1), moderado (CDR=2) e grave (CDR=3).

Kluger e Ferris (1991) comentaram que a CDR foi validada através de correlações de seus escores com alterações psicométricas e sinais histológicos da doença de Alzheimer, enquanto Burke e col. (1988) destacaram que a escala apresenta uma confiabilidade entre avaliadores de moderada a alta.

A CDR vem sendo utilizada no Brasil, em vários centros de pesquisa (Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), mostrando boa correlação com os outros instrumentos de avaliação cognitiva e comportamental de pacientes demenciados.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. edition. DSM IV. American Psychiatry Association. Washington, 1994.

2. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd. edition revised. DSM-III-R. American Psychiatry Association Washington, 1987.

3. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd. edition. DSM-III. American Psychiatry Association. Washington, 1980.
4. Bertolucci PHF, Okamoto IH, Brucki SM, Siviero MO, Toniolo Neto J, Ramos LR. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arq Neuropsiquiatr* 59(3-A):532-6, 2001.
5. Blessed G, Tomlinson BE e Roth M. The association between quantitative measures of dementia and senile change in cerebral grey matter of elderly subjects. *Brit. J. Psychiatry* 114: 797, 1968.
6. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. Blessed-Roth dementia scale (DS). *Psychopharmacol. Bull.* 24:705, 1988.
7. Bolla KI, Lindgren KN, Bonnacorsy C et al. Memory complaints in older adults. *Arch. Neurol.* 48:61, 1991.
8. Bottino CMC, Ventura MM. "Application of a Structured Interview (SIDAM) to patients with Alzheimer's Disease and mild Cognitive Impairment in Brazil: Preliminary results". International Workshop on the Borderland Between Normal and Pathological Mental Aging, presenting a poster: Amsterdam/Holand, 1994.
9. Bottino CMC, Almeida OP, Tamai S, Forlenza OV, Scalco MZ, Carvalho IAM. *Entrevista estruturada para diagnóstico de transtornos mentais em idosos - CAMDEX - The Cambridge examination for mental disorders of the elderly. Versão Brasileira* (traduzida e adaptada com autorização dos editores, Cambridge University Press), São Paulo, 1999.
10. Bottino CMC, Stoppe Jr A, Scalco AZ, Ferreira RCR, Hototian SR, Scalco MZ. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. *Arq Neuropsiquiatr* 59(supl 3):20, 2001.
11. Burke W, Miller JP, Rubin E et al. Reliability of the Washington University Clinical Dementia Rating. *Arch. Neurol.* 45:31, 1988.
12. Christensen H. The validity of memory complaints by elderly people. *Intern. J. Geriatr. Psychiatry.* 6:307, 1991.
13. Crook T, Bartus RT, Ferris SH et al. Age-associated memory impairment: proposed criteria and measures of clinical change. *Developmental Neuropsychol.* 2:261, 1986.
14. Fanner A. Helzer JE. Improving the sensitivity of the Mini-Mental State Examination. A test in a large sample of alcoholics (no prelo).
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatry Res.* 12:189,

1975.

16. Hachinski VC, Illiff LD, Zihlka E et al. Cerebral blood flow in dementia Arch. Neurol. 32:632, 1975.

17. Henderson AS, Huppert FA. The problem of mild dementia. Psychological Med. 14:5, 1984.

18. Hughes CP, Berg L, Danzinger WL et al. A new clinical scale for the staging of dementia. Brit. J. Psychiatry. 140:566, 1982.

19. Jagger C, Clarke M, Anderson J et al. Misclassification of dementia by mini-mental state examination — are education and social class the only factors? Age and Ageing 21:404, 1992.

20. Kahn RL, Goldfarb AJ, Pollack M et al. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Am. J. Psychiatry 117:326, 1960.

21. Kluger A, Ferris SH. Scales for the assessment of Alzheimer's disease. Psychiatr. Clin. North America. 14:309, 1991.

22. Kral Va. Senescent forgetfulness, benign and malignant. J. Can. Med. Ass. 86:257, 1962.

23. Larrabee GJ, Levin HS. Memory self-rating and objective test performance in a normal elderly sample. J. Clin. Exp. Neuropsychol. 8:275, 1986.

24. Levy JA, Mendonça LI. Envelhecimento cerebral. Demências. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M (eds). Geriatria — fundamentos, clínica e terapêutica. Editora Atheneu. São Paulo, 1994, p.51.

25. Livingston G, Hawkins A, Graham N et al. The Gospel-Oak study: prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. Psychological Med. 20:237, 1990.

26. McKhann G, Drachman D, Folstein M et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS/ADRDA workgroup under auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 34:939, 1984.

27. Morris JC, Heyman A, Mols RC et al and the CERAD investigators. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Neurology 39:1159, 1989.

28. O'Brien JT, Beats B, Hill K et al. Do subjective memory complaints precede dementia? A three year follow up of patients with supposed "benign senescent forgetfulness". Intern. J. Geriatr. Psychiatry. 7:481, 1992.

29. O'Brien JT, Levy R. Age associated memory impairment. Brit. Med. J.

304:5, 1992.

30. O'Connor DW, Pollit PA, Roth M et al. Memory complaints and impairment in normal, depressed and demented elderly persons identified in a community survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 47:224, 1990.

31. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticos. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

32. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al. Mild Cognitive Impairment. Clinical characterization and Outcome. *Arch Neurol* 1999, 56:303-308.

33. Rabbit P, Abson V. "Lost and found": some logical and methodological limitations of self-report questionnaires as tools to study cognitive ageing. *Brit. J. Psychol.* 81:1, 1990.

34. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ et al. The global deterioration scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J Psychiatry* 139, 1136, 1982.

35. Reisberg B, Ferris SH, Franssen E et al. Age-associated memory impairment: the clinical syndrome. *Developmental Neuropsychol.* 2:401, 1986.

36. Rosen WG, Terry RD, Fuld PA et al. Pathological verification of ischemic score in differentiation of dementias. *Annals Neurol.* 7:468, 1980.

37. Roth M, Tyrn E, Mountioy C, Huppert F et al. CAMDEX: A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Brit. J. Psychiatry* 149:698, 1986.

38. Rubin EH, Morris JC, Grant EA et al. Very mild senile dementia of Alzheimer type. 1. Clinical assessment. *Arch. Neurol.* 46:379, 1989.

39. Sunderland A, Watts J, Baddeley AD et al. Subjective memory assessment and test performance in elderly adults. *J. Gerontol.* 41:376, 1986.

40. Ventura M, Bottino CMC. Reliability study of the Brazilian version of a structured interview for the diagnosis of dementia. *Rev Assoc Med Bras* 47(2):110-6, 2001.

41. Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W et al. SIDAM-A structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer's type, multi-infarct dementia and dementias of other aetiology, according to ICD-10 and DSM-III-R. *Psychol. Med.* 21:225, 1991.

42. Zaudig M. A new systematic method of measurement and diagnosis of "mild cognitive impairment" and dementia according to ICD-10 and DSM-III-R. *Intern. Psychogeriatr.* 4,s2:203, 1992.

43. Welsh K, Butters N, Hughes J et al. Detection of abnormal memory decline in n-did cases of Alzheimer's disease using CERAD neuropsychological measures. Arch. Neurol. 48:278, 1991.
44. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. Mild cognitive impairment – beyond controversies towards a consensus: report of the International Work Group on Mild Cognitive Impairment. J Inter Med 256:240-246, 2004.