

CAPÍTULO 01

CONCEITUAÇÃO E INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DAS DEMÊNCIAS

Ulisses de Sousa Rigon
Kynnara Gabriella Feitosa de Oliveira
Bárbara Leite da Silva
Deborah Carvalho Correia Bastos

RESUMO

Tendo em vista o aumento populacional de idosos no Brasil e, consequentemente, aumento de doenças sindrômicas inerentes à idade, urge-se a necessidade de difusão do conhecimento acerca de uma das mais desenvolvidas: a demência, com o fito de elucidar sobre o tema e romper paradigmas sociais ultrapassados. Diante desse contexto, tal capítulo trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, fundamentada em estudos científicos e em notas técnicas nacionais e internacionais. Com o objetivo de promover a reflexão acerca da conceituação e investigação clínica da demência no paciente idoso.

Palavras-chave: Demência; Envelhecimento; Idoso; Investigação Clínica; Saúde do Idoso.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No mundo, uma em cada nove pessoas têm 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. O Brasil, por sua vez, vem apresentando uma rápida transição demográfica, com estimativas apontando que em 2060 os indivíduos com mais de 65 anos representarão 25,5% da população brasileira (IBGE, 2018). O envelhecimento da população é um dos maiores êxitos da humanidade e, ao mesmo tempo, consiste em um dos seus maiores desafios. O processo de envelhecer é resultante do somatório de várias etapas de desenvolvimento que se entrelaçam, nos seus diferentes aspectos (biológicos, psicológicos e sociais). E o envelhecimento, por sua vez, acarreta em uma significativa prevalência de doenças neurodegenerativas, dentre elas, a demência, que é caracterizada como uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos (SILVESTRE, 2016).

Em 2016, a prevalência mundial de demência foi de aproximadamente 43,8 milhões, sendo considerada a 5ª causa mundial de mortalidade. Atualmente, no ano de 2021, 47 milhões de pessoas no mundo sofrem de demência, e este número deve triplicar até 2050. Já em relação ao Brasil, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia afirma que anualmente são registrados, em média, 55 mil novos casos de demências. Atualmente, 1,4 milhão de indivíduos vivem com demência e o número de casos deverá saltar para mais de seis milhões em 2050.

Dessa forma, observa-se que em torno de 10% da população idosa nos próximos 30 a 40 anos será acometida por alguma forma de demência (CLOAK; AL, 2020; EMMADY; TADI, 2021).

A demência consiste em um diagnóstico sindrômico, caracterizado por declínio cognitivo persistente que interfere no desempenho profissional ou social do indivíduo. Existe um declínio em relação ao nível prévio, decorrente do comprometimento de pelo menos duas funções cognitivas (memória, linguagem, praxias, gnosias, orientação espacial, capacidade de abstração e funções executivas) ou do comportamento (TOMMASO *et al.*, 2016, p.345). O termo “demência” foi incorporado, através do DSM-5, à entidade recém-nomeada como transtorno neurocognitivo maior, embora não esteja excluído o uso do termo em subtipos etiológicos nos quais é um termo-padrão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Além do declínio observado, a gravidade deve ser significativa para interferir na funcionalidade diária. Ademais, é frequentemente considerado um distúrbio progressivo da cognição, atividades funcionais e sociais no qual o indivíduo, na maioria das vezes, não tem percepção de seus déficits (EMMADY; TADI, 2021).

A investigação clínica das demências, realizada de forma precoce, é uma medida de extrema importância, pois permitirá o aconselhamento e cuidados personalizados aos pacientes em fases mais iniciais. Portanto, torna-se necessária uma reflexão da necessidade e realização dessa ação, para que seja proporcionado um melhor prognóstico e qualidade de vida à população idosa.

OBJETIVO

Refletir acerca da conceituação e investigação clínica da demência no paciente idoso.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, fundamentada em estudos científicos e em notas técnicas nacionais e internacionais, sobre a conceituação e investigação clínica da demência nos pacientes idosos. Os descritores utilizados na busca do referencial teórico foram categorizados em: demência, doenças crônicas, testes neuropsicológicos e diagnóstico.

DESENVOLVIMENTO

1. Síndrome Demencial

O diagnóstico sindrômico de demência se baseia na evidência de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho (baseado na queixa clínica, seja do paciente, do familiar ou mesmo do profissional de saúde, corroborada por prejuízo documentado nos testes cognitivos) que interfere na funcionalidade do paciente. Estes déficits não devem ser melhor explicados por outro transtorno mental (esquizofrenia, transtorno depressivo maior) e não devem ocorrer exclusivamente no contexto de delirium (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5, 2014).

1.1 Quadro Clínico

Embora o envelhecimento possa trazer alterações cognitivas, como a lentidão no processamento de informações, não deve ser encarado como sinônimo de demência. Muitas vezes considerados da idade, os sintomas demenciais apresentam características que diferem do processo de senescência e envelhecimento cerebral.

No processo de envelhecimento, os idosos têm maior dificuldade de recordar, particularmente na velocidade de memórias, quando comparada à velocidade durante a juventude. Essas alterações não afetam o funcionamento diário e, portanto, não indicam demência. (SHAJI *et al.*, 2018). Nessa questão, o chamado comprometimento cognitivo leve carrega à maior perda de memória do que o usual da idade e, por vezes, há deterioração de outras funções cognitivas - mas geralmente o funcionamento diário não é afetado. Mesmo sob essa situação, é necessária atenção, haja vista que até 50% dos pacientes com comprometimento cognitivo leve desenvolvem demência em 3 anos, passando a prejudicar as atividades funcionais diárias do indivíduo. (SHAJI *et al.*, 2018).

Do ponto de vista clínico, a síndrome demencial se apresenta com prejuízo nos vários domínios da cognição (atenção, memória, linguagem, funções executivas, visuoespaciais e comportamento). O quadro do paciente pode se apresentar de variadas formas: esquecimento de acontecimentos recentes; dificuldade para desenvolver planos de ação, seguir instruções de manuais, receitas conhecidas; manter o controle das contas mensais e a concentração; dificuldade na execução de tarefas habituais, como ir ao supermercado; vestir-se; perda da noção de tempo; desorientação tempo-espço; falha na percepção espacial e visual de objetos, imagens, etc; esquecimento e trocas de palavras e expressões; facilidade em perder objetos e não lembrar onde pôs; comprometimento da capacidade de tomar decisões e julgamento; afastamento social; mudanças de humor. Os quadros são progressivos, até a perda completa da

funcionalidade e vida social e necessidade de amparo por terceiros (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE ALZHEIMER, 2014).

1.2 Testes Cognitivos

Diante da queixa de declínio cognitivo, faz-se necessário a complementação da investigação clínica com testes cognitivos de rastreio, para documentar o prejuízo cognitivo relatado nos seus diversos domínios.

Os testes cognitivos de rastreio consistem em dispositivos estruturados de aplicação breve que permitem uma avaliação global da cognição do indivíduo. Existem diversos testes, todavia três deles são os mais recomendados para a utilização em um primeiro momento: minixame do estado mental (MEEM), teste de fluência verbal (FV) e teste do desenho do relógio (TDR). Em casos de declínios cognitivos mais leves, a avaliação cognitiva de Montreal (Montreal cognitive assessment — MoCA) mostra-se útil como um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível. Em alguns casos, pode ser necessária uma avaliação mais minuciosa, através de um teste neuropsicológico. (TOMMASO *et al.*, 2016, p.29).

A aplicação do MEEM consiste no teste de triagem cognitiva mais utilizado no mundo (TOMMASO *et al.*, 2016, p.29). É constituído por 30 itens, dos quais deve-se somar 1 ponto para cada item; pode ser aplicado em menos de dez minutos e os itens avaliados são: orientação, memória imediata e evocação (aprendizagem e memorização de três palavras), atenção e memória operacional (subtrações seriadas ou soletração da palavra “mundo” na ordem inversa), linguagem (nomeação, repetição, comando verbal em três etapas, leitura e escrita) e habilidades visuoespaciais (cópia de pentágonos).

O MEEM apresenta uma sensibilidade muito baixa para detecção de transtornos cognitivos leves e o uso para rastreio de outras formas de demência leve também é bastante limitado (FROTA *et al.*, 2016, p.30; FORLENZA; RADANOVIC; APRAHAMIA, 2014, p.88). A avaliação da linguagem, da função executiva e das habilidades visuoespaciais é bastante simplificada e insuficiente. O teste que tem sido empregado e mostrado uma sensibilidade superior à do MEEM, é o MoCA, teste de rastreio mais adequado em indivíduos com comprometimento cognitivo leve ou com doenças cujo domínio mais acometido seja o de funções executivas, como na doença de Parkinson.

A avaliação pelo MoCA contempla itens de funções executivas (teste de trilhas e relógio), visuoespaciais (cópia de um cubo), memória (evocação de cinco palavras), atenção (dígitos na ordem direta e inversa, vigilância e subtrações seriadas), linguagem (nomeação, repetição e fluência verbal fonêmica [FVF]), abstração e orientação. O escore máximo é

também de 30 pontos. O teste MoCA apresenta, portanto, maior número de domínios cognitivos, sobretudo funções executivas (FROTA et al., 2016,p.30).

De acordo com Forlenza, Radanovic, Aprahamia (2014, p.90), outra forma de avaliação é o Teste do desenho do relógio (TDR), que objetiva complementar a avaliação das funções executivas e visuoespaciais, O desenho do relógio é um dos testes mais utilizados para rastreio cognitivo, de aplicação fácil e rápida, envolvendo diversos domínios cognitivos. Deve-se desenhar um relógio, com seus números e os ponteiros marcando determinada hora (p. ex.: 11h10). São avaliados: compreensão, planejamento, habilidade visuoespacial, memória visual, execução e programação motoras, abstração, concentração.

Por fim, o teste da fluência verbal, de fácil aplicação e amplamente usado no mundo, avalia a função executiva ao solicitar ao indivíduo que verbalize o maior número de palavras numa categoria semântica ou fonêmica específica.

A avaliação funcional, juntamente com testes cognitivos, vem sendo amplamente utilizada para auxiliar na detecção precoce da demência (FORLENZA; RADANOVIC; APRAHAMIAN, 2014,p.101). A combinação de testes cognitivos e funcionais pode produzir uma bateria de avaliações de alta sensibilidade e especificidade para o rastreamento de possíveis quadros demenciais. A funcionalidade é medida pela capacidade que o indivíduo possui de realizar as atividades cotidianas, que são classificadas em: atividades básicas da vida diária (ABVD); e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (PARENTONI , et al., 2013).

2. Avaliação etiológica da Síndrome Demencial

O diagnóstico da síndrome demencial é clínico, porém a investigação etiológica da demência requer avaliação complementar.

As demências podem ser classificadas em evolutivas – declínio progressivo por doenças neurodegenerativas, vascular ou infecciosa crônica; estáticas – em demência vascular com fator de risco controlado; sequela de lesão cerebral aguda por trauma ou infecção; ou potencialmente reversíveis – como causada por deficiência de vitamina B12 ou hipotireoidismo (TALMELLI et al., 2013).

As causas mais frequentes de demência são quatro: a doença de Alzheimer (DA), a demência vascular (DV), demência com corpos de Lewy (DCL) e a demência frontotemporal (DFT) (CARAMELLI; BARBOSA, 2002). Contudo, a demência também pode decorrer em pacientes com doença de Parkinson, doença de Huntington, paralisia supranuclear progressiva, doenças priônicas e neurossífilis. Além disso, pacientes também podem apresentar mais de

uma demência, sendo caracterizada como mista. No que tange a questão psiquiátrica, a depressão pode simular a demência e em geral, os 2 distúrbios coexistem. Entretanto, é importante estar atento, pois a depressão pode ser a primeira manifestação da demência. (FROTA et al, 2016).

Ainda, alguns distúrbios estruturais cerebrais, como hematoma subdural; distúrbios metabólicos, tal como hipotireoidismo e deficiência de vitamina B12; e intoxicação, como pelo metal pesado chumbo, causam uma deterioração lenta da cognição que pode regredir com tratamento. Esses tipos de demência, por vezes são denominadas de demências reversíveis (ARVANITAKIS; SHAH; BENNETT, 2019; KNOPMAN *et al.*, 2001).

No quesito farmacológico, em especial os benzodiazepínicos e anticolinérgicos - como antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos e anti-psicóticos podem causar ou agravar temporariamente os sintomas da demência, assim como o álcool, mesmo em quantidades moderadas. Insuficiência renal ou hepática, aguda ou progressiva, pode reduzir a depuração do fármaco e causar toxicidade após anos de administração de doses estáveis do fármaco (SHAJI *et al.*, 2018).

Ainda, mecanismos priônicos podem estar envolvidos na maioria das etiologias neurodegenerativas que se manifestam primeiro em idosos. Uma proteína celular normal sofre um mau enovelamento, seja por erro ou por mutação, obtendo como resultado a sua posterior transformação em uma forma patogênica ou príon. O príon então age com um modelo, fazendo com que outras proteínas subsequentes se tornem mal enoveladas. Esse processo ocorre ao longo dos anos e em muitas partes do sistema nervoso central. Muitos desses príons tornam-se insolúveis e, como amiloides, não podem ser eliminados. Evidências implicam príons ou mecanismos semelhantes na doença de Alzheimer (fortemente), bem como na doença de Parkinson, doença de Huntington, demência frontotemporal e esclerose lateral amiotrófica. (SHAJI *et al.*, 2018).

2.1 Avaliação Clínica

Para se estabelecer o diagnóstico clínico, é fundamental a avaliação inicial levantar um histórico clínico detalhado do paciente (SANTOS; BESSA; JUNQUEIRA, 2020), com o objetivo de identificar a cronologia e a velocidade das perdas cognitiva e funcional do indivíduo; como também em possíveis outras causas, como a questão dos medicamentos em uso com potencial indução de declínio cognitivo (benzodiazepínicos e anticolinérgicos) e o

abuso de álcool e drogas. Importante avaliar também transtornos psiquiátricos ou outras doenças que cursam com declínio cognitivo (CHARCHAT-FICHMAN *et al.*, 2005), como doença de Parkinson ou hipotireoidismo, bem como possíveis diagnósticos diferenciais a serem solicitados. Para isso, é interessante a presença de familiares ou amigos que estejam no dia a dia do paciente na consulta e que possam expor o seu ponto de vista (LIMA; SILVA; NAVAS, 2017).

O Exame físico neurológico completo é um suporte para a avaliação diferencial do diagnóstico e visa avaliar déficits focais (presentes em pacientes com AVC), movimentos anormais e sintomas parkinsonianos (lentificação dos movimentos, rigidez plástica, tremor de repouso e instabilidade postural). (FORNARI *et al.*, 2010).

2.2 Avaliação Complementar

Os exames complementares, no Brasil, são necessários para investigação de síndrome demencial e identificar potenciais causas de demências reversíveis em faixa etária senil. Os exames imprescindíveis são o hemograma completo, com função renal (dosagem de eletrólitos, uréia e creatinina), hepática e tireoidiana, dosagem sérica de vitamina B12 e ácido fólico, sorologia para sífilis, glicemia de jejum e exame de neuroimagem (tomografia computadorizada [TC] de crânio ou ressonância magnética [RM] de encéfalo) (NITRINI *et al.*, 2005), sendo preferencialmente usada a RM. A depender da suspeita clínica a análise do líquido céfalo-raquidiano (LCR), sorologia para HIV e eletroencefalograma (EEG) são solicitados em casos de síndrome demencial em idade pré-senil ou com evolução atípica (por exemplo, demência rapidamente progressiva).

Desse modo, os exames de neuroimagem (TC ou RM) devem ser solicitados na investigação inicial de demência (LIMA; SILVA; NAVAS, 2017) para descartar patologias estruturais como neoplasia, hematoma subdural, hidrocefalia e AVC. Os exames de neuroimagem estrutural (TC e RM) frequentemente são normais em estágios iniciais da doença. Algumas alterações na imagem, quando presentes, podem ajudar no diagnóstico sugerindo algum tipo de demência, a exemplo da atrofia hipocampal, que pode ser visualizada no exame de RM e sugere demência da Doença de Alzheimer. (OOSTVEEN; LANGE, 2021). Com a evolução da doença, a atrofia hipocampal torna-se mais evidente, e associa-se atrofia cortical com a evolução do quadro.

2.3 Diagnóstico Diferencial

Na avaliação inicial da suspeita de demência deve-se caracterizar se os achados são atribuíveis aos diagnósticos diferenciais mais comuns: delirium e depressão. Delirium, também conhecido como estado confusional agudo é uma alteração cognitiva definida por início agudo, curso flutuante, distúrbios da consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento. O diagnóstico diferencial com depressão (QUEVEDO; SILVA, 2013) se faz bastante necessário, pois assim como o delirium ela pode causar declínio cognitivo leve em idosos. Para o auxílio no rastreio de depressão, é usada a Escala de Depressão Geriátrica (OLIVEIRA *et al.*, 2020) e caso persista a dúvida, o teste terapêutico com inibidor seletivo de recaptação de serotonina pode ser considerado por 4 a 8 semanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demências, em sua maioria, apresentam início insidioso e evolução lenta. Porém, no atual contexto mundial de saúde, se destacam como uma questão primordial de saúde pública, ocasionando gastos diretos e indiretos, com aposentadorias, internações, assim como, repercussões em trabalhadores ativos por acometimento de familiares que requerem seus cuidados.

Ademais, para definir uma síndrome demencial é necessário declínio cognitivo suficiente para gerar prejuízo funcional em relação a um nível prévio dos indivíduos. Diversas formas de apresentação se fazem possíveis e uma acurada investigação diagnóstica, através da análise da condição clínica e de exames clínicos, neurológicos e psiquiátricos, é imprescindível para evitar erros ou atraso no diagnóstico da doença.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Como profissionais da saúde, estamos preparados para identificar casos de demência?
2. Quais dificuldades de identificação encontramos na clínica?
3. Temos alternativas para aguçar nosso diagnóstico clínico?

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014.

ARVANITAKIS, Z.; SHAH, R.C.; BENNETT, D.A. Diagnosis and Management of Dementia: Review. **JAMA**, v. 322, n.16, p.1589–1599, 2019.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, supl.1, p. 7-10, 2002.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.27, n.1, São Paulo, Mar 2005.

CLOAK, N.; AL, K. Y. Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia. In: **StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2020.

EMMADY, P.D.; TADI, P. Dementia. In: **StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls**, 2021.

FROTA, N.A.F. et al. Neurologia cognitiva e do envelhecimento do conhecimento básico à abordagem clínica - São Paulo: **Editora e Eventos Omnifarma**, 2016.

FORNARI, L.H.T. et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente?. **Scientia Medica** (Porto Alegre), v. 20, n. 2, p. 185-193, 2010.

FORLENZA, V., RADANOVIC, M., APRAHAMIAN, I. Neuropsiquiatria geriátrica. - 2. ed. -São Paulo : **Editora Atheneu**, 2014.

IBGE. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018/** IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

KNOPMAN, D. S. et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 56, n. 9, p. 1143-1153, 2001.

LIMA, S.; SILVA, M.; NAVAS, M. Exames De Neuroimagem No Diagnóstico Precoce De Doença De Alzheimer. **Revista Eletrônica Biociências, Biotecnologia e Saúde**, Curitiba, n. 18, maio-ago. 2017.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v. 63, n. 3a, p.720-727. São Paulo, Sept. 2005.

OLIVEIRA, V. et al. Escala de depressão geriátrica como instrumento assistencial do enfermeiro no rastreio de sintomas depressivos em idosos institucionalizados **Braz. J. of Develop**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 12166-12177, mar. 2020.

OOSTVEEN, W.M.; LANGE, E.C.M. Imaging Techniques in Alzheimer's Disease: A Review of Applications in Early Diagnosis and Longitudinal Monitoring. **International Journal of Molecular Sciences**, v.22, n.4, p. 2110, 20 de fevereiro de 2021.

PARENTONI, AN, Avaliação Do Estado Funcional Do Idoso, Comissão de Educação Continuada, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2013.

QUEVEDO, J.; SILVA, A.G. Depressão: teoria e clínica – Porto Alegre: **Artmed**; 2013.

SANTOS, C.; BESSA, T.; JUNQUEIRA, A. Fatores associados à demência em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**. v.25, no.2, Rio de Janeiro Feb. 2020.

SHAJI, K. S. et al. Clinical practice guidelines for management of dementia. **Indian journal of psychiatry**, v. 60, n. Suppl 3, p. 312, 2018.

SILVESTRE, A.G. (2016). **A Qualidade de vida de idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer**. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação.

TALMELLI, L.F. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência **Acta Paul Enferm**, v. 26, n.3, p. 219-225, 2013.

TOMMASO, A.B.G. et al. Geriatria Guia Prático 1. ed. - Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016.