

Avaliação neuropsicológica do idoso

Luciana Schermann Azambuja*

Resumo

O objetivo deste trabalho é descrever a metodologia empregada na avaliação neuropsicológica de idosos e suas contribuições, priorizando aqueles aspectos de interesse dos profissionais da área da saúde, em especial geriatras, psicólogos, psiquiatras, neurologistas. Fonte dos dados: revisão da literatura sobre o tema proposto nos últimos anos e incluídas referências de livros-texto e manuais dos testes imprescindíveis para a compreensão do exame neuropsicológico. Síntese dos dados: o exame neuropsicológico não se limita à aplicação de testes psicométricos e neuropsicológicos organizados em baterias, mas objetiva, também, avaliar a relação desses achados com a patologia neurológica e/ou comportamental e em estabelecer a possível área cerebral envolvida. Conclusão: o resultado final deve fornecer um perfil neuropsicológico do paciente, que, combinado à avaliação dos aspectos neurológicos/clínicos, psicológicos e sociais, permitirá auxiliar no seu diagnóstico.

Palavras-chave: Neuropsicologia. Avaliação neuropsicológica do idoso. Testes. Funções corticais superiores.

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que tem consequências diretas nos sistemas de saúde pública. Do ponto de vista da saúde, destacam-se as mudanças significativas no quadro de morbimortalidade, isto é, redução da incidência e morte por doenças infecto-contagiosas e aumento da incidência e morte por doenças crônico-degenerativas típicas de idades mais avançadas (SANTOS, 2006, p. 105). Portanto, uma das principais consequências do crescimento dessa parcela da população é o aumento da prevalência das demências, especialmente da doença de Alzheimer (DA) (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005).

De maneira geral, os estudos epidemiológicos apontam uma prevalência de demências em idosos que variam de 1 a

* Neuropsicóloga do Centro Interdisciplinar de Saúde Mental (Cisame); doutoranda em Medicina e Ciências da Saúde na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; mestra em Medicina e Ciências da Saúde pela PUCRS.

Recebido em jun. 2007 e avaliado em set. 2007

2% nos indivíduos na faixa dos 60 a 65 anos; 20%, na faixa dos 80 a 90 anos, e 40% aos 91 anos ou mais (ALMEIDA, 2000; SAVONITI, 2000). Dessa forma, a identificação de indivíduos com potencial risco de desenvolver demência torna-se fundamental, sendo de suma importância para os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecer e distinguir as alterações fisiológicas do envelhecimento, denominadas “senescência”, daquelas do envelhecimento patológico ou senilidade (SANTOS, 2006 p. 105).

A realização da avaliação cognitiva pode ser um instrumento útil na avaliação global do paciente idoso, permitindo ao clínico geral, psiquiatra, neurologista ou geriatra obterem informações que subsidiem tanto o diagnóstico etiológico do quadro em questão quanto o planejamento e execução das medidas terapêuticas e de reabilitação a serem realizadas em cada caso. Infelizmente, essa não é uma prática de rotina no Brasil em serviços de saúde primária, e mesmo secundária, seja em psiquiatria, em neurologia ou geriatria.

Instrumentos de avaliação cognitiva e funcional do idoso

Testes de triagem

O mini exame do estado mental (MEEM) (FOLSTEIN, 1975) é o teste de rastreio e triagem mais utilizado no mundo, pois é simples, de aplicação rápida e auto-explicativa. Determina a extensão da avaliação cognitiva subsequente à sua aplicação em sujeitos com demência moderada e severa. O MEEM é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete

categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar componentes da função cognitiva, como orientação temporoespacial (5 pontos cada), retenção ou registro de dados (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do Mem pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos. Possui pontuação de corte de 24 pontos, na qual escores abaixo deste valor são indicadores do diagnóstico de demência (ALMEIDA, 2000).

Assim como o MEEM, o teste de avaliação rápida das funções cognitivas (ARFC) (GIL et al., 1986) é um teste de rastreio, no entanto cobre um domínio maior das funções cognitivas. É composto por tarefas distribuídas em 13 áreas, relacionadas a: orientação temporal-espacial, atenção e memória, reforço, cálculo mental, raciocínio e julgamento, compreensão, denominação, repetição, ordem escrita, fluidez verbal, praxias, decodificação visual e escrita. O teste do relógio também faz parte da triagem cognitiva pela sua simplicidade, avaliando melhor a função visuo-espacial e a função executiva, mas sofre influência de todas as funções cognitivas. Outra grande vantagem é a menor influência do grau de alfabetização na realização do teste, aumentando a sua fidedignidade em pacientes com baixo nível de escolaridade. Pacientes com escores normais no MEEM podem ter severas limitações funcionais demonstradas neste teste. Pede-se que o paciente desenhe o mostrador de um relógio com os ponteiros indicando uma determinada hora (SHULMAN, 2000).

Baterias neuropsicológicas

As baterias neuropsicológicas constituem-se em seqüências de testes que avaliam o comportamento e a cognição, podendo ser padronizadas (compostas pelos mesmos testes) ou flexíveis (compostas por testes agrupados de acordo com a necessidade). São importantes para o estabelecimento de perfil cognitivo basal antes, durante e depois de tratamentos, bem como colaboram para o diagnóstico diferencial em condições que envolvam prejuízo cognitivo (SPREEN, 1998). A bateria CERAD (Consortium Establish of Alzheimer Disease) (MORRIS et al., 1993) inclui avaliação da memória (fixação, evocação e reconhecimento), linguagem (nomeação e fluência verbal), praxia (cópia de desenhos geométricos), função executiva (teste das trilhas), além de um teste geral (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 2001). A escala de Mattis para avaliação de demência (MDRS) (MATTIS, 1988) é composta por 36 itens, distribuídos em cinco subescalas: atenção (8 itens, total de 37 pontos), iniciação e perseveração (11 itens, total de 37 pontos), construção (6 itens, total de 6 pontos), conceituação (6 itens, total de 39 pontos) e memória (5 itens, total de 25 pontos). A soma das cinco subescalas proporciona um total que representa o grau de comprometimento cognitivo e/ou da gravidade do quadro demencial (PORTO et al., 2003).

Escalas para avaliação do desempenho funcional do idoso

Uma das características da demência é que interfere de forma significativa na capacidade funcional do paciente no dia-

a-dia (ABREU, 2005). A avaliação geriátrica típica inicia-se com a revisão das atividades básicas de vida diária, como o autocuidado/automanutenção (banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, transferir-se ou deslocar-se, continência urinária e fecal e alimentar-se), como proposto por Katz (1963). Esta escala é muito simples e de fácil aplicação. O autor definiu as funções banhar-se, vestir-se e uso do banheiro como funções influenciadas pela cultura e aprendizado, portanto, mais complexas. Atividades como transferência, continência e alimentar-se são funções vegetativas simples, portanto, mais difíceis de serem perdidas. Esse caráter hierárquico é extremamente útil, ou seja, o declínio funcional inicia-se por tarefas mais complexas, como o banhar-se, e progride hierarquicamente até chegar ao nível de dependência completa, quando o paciente necessita de ajuda até para alimentar-se (MORAES, 2001).

Existem inúmeras outras escalas que servem para quantificação da capacidade para executar as atividades da vida diária (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), muitas delas validadas no Brasil. Devem ser breves, simples e de fácil aplicação para que atinjam o seu principal objetivo: servir como instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, para que possam ser aplicadas por pessoal de múltiplas formações profissionais e em qualquer unidade básica de saúde (COSTA et al., 2001). A escolha de uma ou de outra dependerá da familiaridade que o examinador tenha com sua interpretação (LEZAK, 1995).

Para avaliar as atividades da vida diária, são utilizados, a escala de Barthel

(MAHONEY e BARTHEL, 1965), o índice de Katz (KATZ, 1963), e questionário de atividades funcionais de Pfeffer (PFEFFER, 1982), por serem de fácil aplicação. A primeira permite uma ampla graduação entre máxima dependência (0 pontos) e máxima independência (100 pontos); os pacientes com pontuação abaixo de 70 necessitam de supervisão ou assistência para a maioria das atividades. O índice de Katz é uma escala mais descritiva que avalia desempenho em atividades da vida diária, ou seja, sua capacidade funcional, e divide-as em rotineiras (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, continência e alimentação) e instrumentais (usar telefone, preparar comida, fazer compras, locomoção fora de casa, medicação e dinheiro); classifica os pacientes em independente (I), dependente (D) e necessitado de assistência (A). Todas podem ser respondidas tanto pelo cuidador, quanto pelo paciente.

O escore clínico da demência (CDR) tem como objetivo avaliar a cognição e comportamento, além da influência das perdas cognitivas na capacidade de realizar adequadamente as atividades de vida diária. Este instrumento está dividido em seis categorias funcionais: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, assuntos comunitários, atividades domésticas e *hobbies* e cuidado pessoal. O CDR é um instrumento que avalia estádio do estado evolutivo da demência CDR (HUGHES et al., 1982), apontando numa variação de 0 a 3 – (0) saudável, (0,5) questionável, (1) leve, (2) moderado, (3) grave – o grau de comprometimento funcional causado pelo comprometimento em questão (MORRIS, 1993).

Outros instrumentos de auxílio diagnóstico

O teste de fluência verbal (BRUCKI et al., 1997) também é extremamente simples e avalia a memória semântica (conhecimento geral sobre o mundo, dos fatos, das palavras, sem relação com o momento do seu aprendizado). Consiste na avaliação de categorias semânticas pre-definidas, como, por exemplo, animais e frutas. Solicita-se ao paciente que enumere o máximo de animais e frutas em 1 min cronometrado (GIL et al., 1986). A escala WAIS-III (WECHSLER, 1997; NASCIMENTO, 2005) é um instrumento indicado para adultos de idade entre 16-89 anos. Trata-se de um teste bastante completo, que dispõe de uma forma de interpretação ampla a partir de 14 subtestes, quatro índices fatoriais (compreensão verbal, organização perceptual, memória de trabalho e velocidade de processamento) e três medidas compostas (QIs verbal, de execução e total).

Na população idosa, este teste é de grande valia não por avaliar o quociente intelectual, mas, sim, por avaliar funções cognitivas específicas em cada subteste. Dessa forma, na avaliação neuropsicológica do idoso os subtestes mais utilizados e suas respectivas funções: vocabulário (habilidades de aprendizagem, qualidade e caráter dos processos de pensamento), códigos (concentração, coordenação visomotora, velocidade motora e direcionalidade), semelhanças (capacidade para estabelecer generalizações), cubos (coordenação visomotora, orientação espacial, integração e abstração), dígitos (memória imediata e atenção) e busca de símbolos (rapidez e atenção concentrada).

Escore isquêmico de Hachinski (HACHINSKI et al., 1975) também é um instrumento importante para investigação do risco de patologia vascular cerebral. Aplica-se também a escala geriátrica de depressão, proposta por Yesavage (1983), como instrumento de triagem de depressão, por ser simples e mostrar boa correlação com o diagnóstico de depressão, além de ser bom parâmetro para avaliar a resposta terapêutica. A escala é auto-aplicativa. A presença de seis ou mais respostas positivas para a depressão sugere fortemente o diagnóstico e deverá ser mais bem explorada (MORAES, 2001).

Conclusão

Os testes neuropsicológicos permitem a identificação precoce dos distúrbios cognitivos, sua quantificação e o seguimento da evolução natural da doença ou sua resposta às medidas terapêuticas. Os resultados devem ser analisados considerando-se o grau de escolaridade do paciente, estados pré-mórbidos e o uso de medicações ou outras substâncias que atuam no SNC. Como todos os outros métodos de diagnóstico, no entanto, sua interpretação deve sempre se somar aos dados obtidos pela anamnese e pelos exames neurológico, laboratorial e de neuroimagem.

Neuropsychological assessment in the elderly

Abstract

Objective: To describe the methods used for neuropsychological assessment in the elderly, emphasizing aspects of interest to geriatric doctors, psycholo-

gists and neurologists. Sources of data: Review of the published literature concerning neuropsychological assessment, including textbooks and reference manuals. Summary of the findings: Neuropsychological assessment should not be limited to the application of psychometric and neuropsychological tests; it should also correlate test findings with the neurological/behavioral disorder and establish which part of the brain is likely to be involved. Conclusion: The final result of neuropsychological assessment should be a neuropsychological profile of the patient, which, in combination with the evaluation of neurological/clinical, psychological and social aspects will contribute to diagnosis.

Key words: Neuropsychological assessment in elderly. Cognitive functions. Cognitive test.

Referências

- ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. R. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. Psiq. Clin.*, v. 32, n. 3, p. 131-136, 2005.
- ALMEIDA, O. P. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: instrumentos para avaliação de pacientes com demência*. São Paulo: Lemos, 2000.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 52, p. 1-7, 1994.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 59, n. 3-A, p. 532-536, 2001.
- BRUCKI, S. M., et al. Normative data on the verbal fluency test in the animal category in our milieu. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 55, n. 1, p. 56-61, 1997.

- BURKE, W. J.; ROCCAFORTE, W. H.; WENGEL, S. P. The short form of the Geriatric Depression Scale: a comparison with the 30-item form. *J. Geriatr. Psychiatry. Neurol.*, v. 4, n. 3, p. 173-178, Jul./Sep. 1991.
- COSTA, E. F. A et al. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. (Org.). *Semiologia médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 165-197.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, v. 12, p. 189-198, 1975.
- GIL, R. et al. Une méthode d'évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC). Son application à la démence senile de type Alzheimer. *Sem. Hôp. de Paris*, v. 62, n. 27, p. 2127-2133, 1986.
- HACHINSKI, V. C. et al. Cerebral blood flow in dementia. *Arch. Neurol.*, v. 32, p. 632-637, 1975.
- HUGHES, C. P. et al. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br. J. Psychiatry*, v. 140, p. 566-572, 1982.
- KATZ, S. et al. Studies of fineness in the aged: the index of ADL; a standard measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, p. 914-919, 1963.
- LEZAK, M. *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press, 1995.
- MAHONEY, F.; BARTHEL, D. Functional evaluation: the Barthel index. *Md. Med J.*, v. 14, p. 61-65, 1965.
- MORAES, E. N. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
- MORRIS, J. C. et al. Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Psychopharmacol Bull.*, v. 24, n. 4, p. 641-652, 1988.
- NASCIMENTO, E. *Adaptação e validação do teste WAIS-III para um contexto brasileiro*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2000.
- PORTO, C. S. et al. Brazilian version of the Mattis Dementia Rating Scale. Diagnosis of mild dementia in Alzheimer's Disease. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v. 61, p. 339-345, 2003.
- SANTOS, S. M. A.; RIFIOTIS, T. Cuidadores familiares de idosos dementados: um estudo crítico de práticas quotidianas e políticas sociais de judicialização e reprivatização. In: GROSSI, M. P.; SCHWADE, E. (Org.). *Política e cotidiano: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade*. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 95-114.
- SHULMAN, K. I. Clock Drawing. Is it ideal cognitive screening test? *Int. J. Geriatric Psychiatry*, v. 15, p. 548-561, 2000.
- SPREEN, O.; STRAUSS, E. *A compendium of neuropsychological tests*. Administration, norms and commentary. New York: Oxford University Press, 1998.
- WAIS, Wechsler. *Adult Intelligence Scale III: technical manual*. San Antonio: The Psychological Corporation, 1997.
- YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

Endereço

Luciana Schermann Azambuja
Av. Alegrete, 318/1003
Porto Alegre - RS
CEP 90460-000
E-mail: lusazambuja@hotmail.com