

Editorial

INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA DO PACIENTE IDOSO

Otávio de Tolêdo Nóbrega¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – UnB.

Correspondência: E-mail: otavionobrega@unb.br

O processo de envelhecimento é complexo e multifatorial, e o estudo das bases moleculares desse fenômeno geram grande número de teorias e vasta literatura. Nesse campo, destacam-se as teorias estocásticas, baseadas no acúmulo aleatório de moléculas com alterações estruturais ou funcionais (BIRREN et al., 1988), e as teorias não estocásticas relacionadas com mecanismos programados no genoma de cada organismo (HAZZARD, 1999). Uma versão mais atual propõe que estas duas vertentes não são mutuamente excludentes, e que provavelmente o acúmulo de danos celulares desencadearia o programa genético que leva ao envelhecimento (NERI, 2001).

As mudanças ocasionadas em função do envelhecimento humano também se manifestam na cognição. O termo cognição corresponde à faixa de funcionamento intelectual humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento (MORAES, 2010). Estas mudanças podem estar relacionadas à senescência ou às comorbidades frequentes a esta faixa etária, como as doenças neurodegenerativas, incluindo as demências.

No envelhecimento normal, observa-se atrofia dos lobos frontais, com prejuízo para o desempenho de funções cognitivas vinculadas à região, como, por exemplo, a atenção, a memória de trabalho e velocidade de processamento (RODRIGUEZ-ARANDA; SUNDET, 2006). Porém, ainda que estas mudanças existam, não implicam incapacidade de atividades laborais, necessitando apenas de adaptações na rotina do indivíduo.

Em contrapartida, há situações em que estas alterações provocam prejuízos significativos em tarefas sociais e cotidianas, podendo configurar quadro de demência. Entre as diferentes formas de demência, a Demência de Alzheimer é a mais frequente, com importante elevação em sua prevalência nas últimas décadas. DA consiste em doença crônico-degenerativa que atinge o sistema nervoso central e manifesta-se predominantemente pela perda de memória para fatos recentes em sua fase inicial, progredindo para atingir outras funções cognitivas como a linguagem e as funções executivas, comprometendo atividades sociais e funcionais do indivíduo (APA, 1994).

Observa-se na prática clínica idosos com perdas cognitivas diferentes das esperadas no envelhecimento normal e que tampouco preenchem critérios para demência. Este grupo compõe uma categoria nosológica distinta, denominada Transtorno Cognitivo Leve (TCL). Alguns estudiosos entendem o TCL como um estágio intermediário entre o envelhecimento normal e a DA (HAMDAN; BUENO, 2005). Embora haja subclassificações para esta entidade, percebe-se um maior risco de desenvolver DA no perfil em que a característica principal é o comprometimento da memória episódica, sem outros déficits cognitivos e funcionais (PETERSEN et al., 2001).

O estabelecimento do diagnóstico dos fenótipos demenciais constitui tarefa complexa, que necessita em muitos casos de uma avaliação neuropsicológica como exame complementar, de apoio para diferenciar o desempenho cognitivo relacionado à senescência, ao TCL e a uma demência.

A avaliação neuropsicológica é composta por testes, em geral psicométricos, que induzem o examinado a perfazer tarefas que requerem uso de funções cognitivas específicas. A interpretação dos resultados pode ocorrer por intermédio de análise quantitativa e qualitativa, neste último caso, avaliando a execução nos testes (GIL, 2009), e de preferência por profissional psicólogo experiente. É útil para mensurar o desempenho cognitivo global, pontuar as funções que podem estar em déficit e preservadas e identificar, quando houver, um perfil coerente com determinadas desordens neurológicas.

Existem vários testes amplamente utilizados para mensuração de desempenho cognitivo. A escolha de determinado teste deve considerar a familiaridade do investigador com o instrumento de aferição, o objetivo a ser alcançado e características do indivíduo, como idade, gênero, escolaridade e possíveis déficits sensoriais (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

Na população idosa, é frequente a utilização de testes que incluem as funções cognitivas comumente alteradas pelos processos neurodegenerativos inerentes à faixa etária. O Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (*Mini-mental State Examination*) (FOLSTEIN et al., 1975) constitui o instrumento de rastreio breve mais utilizado no mundo, que tem como objetivo mensurar o desempenho cognitivo global do paciente. Avalia-se orientação de tempo e espaço, memória de curto e longo prazos, cálculo aritmético, praxia e linguagem. Há situações em que se torna necessária uma avaliação com instrumentos que permitam mensurar o desempenho de funções cognitivas específicas. No contexto clínico, esta demanda normalmente justifica-se para se estabelecer o diagnóstico diferencial das demências, assim como discernir envelhecimento normal do envelhecimento patológico.

O Teste Pares Associados da Escala Wechsler de Memória (WECHSLER, 1997b) é parte integrante de uma bateria de testes que avalia a memória visual e auditiva (STRAUSS et al., 2006). Este teste possui sensibilidade para avaliar memória auditiva imediata, capacidade de codificação, recordação de informações verbais e aprendizagem em níveis fundamentais, visto que não é necessário que o sujeito tenha a habilidade de compreensão de domínios léxicos/gramaticais preservada (GOLDEN, 2000).

Na avaliação da capacidade de atenção sustentada e memória de trabalho por via auditivo-verbal, é frequente a utilização do Teste de Dígitos, ordem direta e inversa, da Bateria Wechsler de Inteligência-III (Wechsler, 1997a) – validado no Brasil em indivíduos entre 16 e 89 anos (Nascimento; Figueiredo, 2002). A sensibilidade e a fácil

compreensão do comando do teste por parte do examinando, independente da sua escolaridade, justificam o seu amplo uso em pesquisas e na clínica neuropsicológica (WECHSLER, 1997a).

Na avaliação das funções executivas, o Teste Torre de Hanói (SULLIVAN et al., 2009) é vastamente utilizado em diferentes amostras (BATISTA et al., 2007). Os comportamentos executivos são constituídos de várias subfunções, como capacidade de planejamento, resolução de problemas, tempo de reação, comportamento de autochecagem e memória operacional. Neste teste, é possível a avaliação de diversas subfunções dos comportamentos executivos, especialmente a capacidade de planejamento, controle inibitório e tempo de execução da tarefa, com diferentes níveis de dificuldade (SULLIVAN et al., 2009). Em estudo com idosos, observou-se relação entre estas variáveis e a idade (RONNLUND et al., 2001).

De igual importância, há a necessidade de se avaliar a condição de humor do paciente, haja vista que estados depressivos, por exemplo, apresentam forte correlação com mal desempenho cognitivo. Dentre os principais instrumentos para rastreamento de sintomas depressivos, destaca-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (YESAVAGE et al., 1982). A versão original, composta de 30 itens, é pouco aplicada com pessoas idosas. Na população brasileira, há versão validada com 15 itens (PARADELA et al., 2005), que preserva a especificidade e a sensibilidade do teste (LESHER; BERRYHILL, 1994). Em síntese, diretrizes nacionais e internacionais recomendam o monitoramento constante das funções cognitivas de pessoas idosas, a fim de que condições de acometimento por declínio possam ser detectadas, com vistas a possibilitar intervenção precoce, preferivelmente por equipe interdisciplinar, para assegurar autonomia e independência nesta fase da vida.

REFERÊNCIAS

1. APA, 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition ed. American Psychiatric Association, Washington, DC.
2. Batista, A.X., Adda, C.C., Miotto, E.C., Lúcia, M.C.S.d. and Scaff, M., 2007. Torre de Londres e Torre de Hanói: contribuições distintas para avaliação do funcionamento executivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 56, 134-139.
3. Birren, J.E., Bengtson, V.L. and Deutchman, D.E., 1988. Emergent theories of aging, Springer Pub. Co., New York.
4. Folstein, M.F., Folstein, S.E. and McHugh, P.R., 1975. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12, 189-98.
5. Gil G, B.A., 2009. Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada à idade. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 54, 44-50.
6. Golden, C.J., Espe-Pfeifer, Patricia, Wachsler-Felder, Jana, 2000. *Neuropsychological Interpretations of Objective Psychological Tests*, Klumer Academic/Plenum Publishers, New York, N.Y.
7. Hamdan, A.C. and Bueno, O.F.A., 2005. Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. *Estudos de Psicologia (Natal)* 10, 63-71.
8. Hazzard, W.R., 1999. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 4th ed. McGraw-Hill, Health Professions Division, New York.
9. Leshner, E.L. and Berryhill, J.S., 1994. Validation of the Geriatric Depression Scale--Short Form among inpatients. *J Clin Psychol* 50, 256-60.
10. Moraes EN, M.F., Lima SPP., 2010. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais* 20, 67-73.
11. Nascimento, E.d. and Figueiredo, V.L.M.d., 2002. WISC-III e WAIS-III: alterações nas versões originais americanas decorrentes das adaptações para uso no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 15, 603-612.
12. NERI, A.L.F., S. A., 2001. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas., Campinas, SP.
13. Paradelo, E.M.P., Lourenço, R.A. and Veras, R.P., 2005. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública* 39, 918-923.
14. Petersen, R.C., Stevens, J.C., Ganguli, M., Tangalos, E.G., Cummings, J.L. and DeKosky, S.T., 2001. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 56, 1133-42.
15. Rodriguez-Aranda, C. and Sundet, K., 2006. The frontal hypothesis of cognitive aging: factor structure and age effects on four frontal tests among healthy individuals. *J Genet Psychol* 167, 269-87.
16. Ronnlund, M., Lovden, M. and Nilsson, L.-G.r., 2001. Adult Age Differences in Tower of Hanoi Performance: Influence From Demographic and Cognitive Variables. *Aging, Neuropsychology, and Cognition* 8, 269-283.
17. Schindwein-Zanini, R., 2010. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurocienc* 18, 220-226.
18. Strauss, E., Sherman, E.M.S. and Spreen, O., 2006. *A compendium of neuropsychological tests : administration, norms, and commentary*, 3rd ed. Oxford University Press, Oxford ; New York.
19. Sullivan, J.R., Riccio, C.A. and Castillo, C.L., 2009. Concurrent validity of the tower tasks as measures of executive function in adults: a meta-analysis. *Appl Neuropsychol* 16, 62-75.
20. Wechsler, D., 1997a. WAIS-III Wechsler adult intelligence scale. Psychological Corporation, San Antonio, Tex., pp. Manual.
21. Wechsler, D., 1997b. WMS-III Wechsler memory scale. Psychological Corporation, San Antonio, Tex., pp. Manual.
22. Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. and Leirer, V.O., 1982. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 17, 37-49.