

Avaliação cognitiva de indivíduos com idade superior a 60 anos

Cognitive profile of individuals older than 60

Patrícia Lago dos Santos¹, Samira Luisa dos Apóstolos Pereira², Luiz Rogério Sena Pereira³, Ivo Querino Santos⁴, Adriana Vidal⁵, Paulo Roberto de Brito Marques⁶, Antônio de Souza Andrade Filho⁷, Juliana Maria Batista C. das Neves⁸, Juliana Passos de Almeida⁸, Clarissa Menezes⁸, Victor Mascarenhas de Andrade Souza⁸

Resumo

O perfil de morbi-mortalidade da população mundial vem sofrendo mudanças, o que se deve principalmente ao surgimento de patologias com predominância na senescência. A demência surge nesse contexto como a quarta causa de morte no idoso, podendo tornar-se a principal causa no próximo século. O presente estudo consta da elaboração de um protocolo de funções Cognitivas, e determinação do perfil cognitivo de 46 indivíduos com idade superior a 60 anos, na cidade de Salvador - BA, no período de outubro de 1998 a maio de 1999, adequados às características da população local e nível de escolaridade.

Unitermos: demência; funções cognitivas; idoso

Summary

The profile of morbi-mortality of the world population comes suffering changes, what is due mainly to the appearance of pathologies with predominance in the aging. The dementia appears in that context as fourth causes of death in the senior, could become the main cause next century. The present study consists the elaboration of a protocol of cognitive functions, and determination of the 46 individuals' cognitive profile with superior age to 60 years, in the city of Salvador - BA, in the period of October of 1998 to May of 1999, adapted at the characteristics of the local population and escolaridade level.

Uniterms: dementia; cognitive profile; senior

^{1,2} Acadêmicas do 9º semestre de Medicina - FAMED - UFBA/ Estagiária da FNN - IC. Bolsista do PIBIC

³ Acadêmico do 11º semestre de Medicina - EBMSP - FNN / Estagiário da FNN - IC. Monitor de Neurologia

⁴ Médica Estagiária da FNN - IC

⁵ Acadêmica do 9º semestre de Medicina - FAMED - UFBA / Estagiária da FNN - IC

⁶ Professor Assistente IV da disciplina de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco FCM/UPE

⁷ Professor Adjunto IV - Doutor do Departamento de Neuropsiquiatria - FAMED/UFBA. Professor Titular da Clínica Neurológica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Fundação para o Desenvolvimento das Ciências

⁸ Colaboradores

⁸ Trabalho apresentado do Seminário Estudantil de Pesquisa da UFBA em 6 de Outubro de 1999.

Com a elevação da expectativa de vida, a população mundial se defrontou com mais um grande enigma do século XX: a demência. Numa tentativa desenfreada de controlar as doenças infectocontagiosas que se propagavam assustadoramente, o homem foi surpreendido por uma patologia ainda misteriosa e que lhe assustava por silenciosamente atingir o seu santuário: as funções cognitivas. Durante o processo de envelhecimento, 15% das pessoas desenvolvem incapacidade cognitiva progressiva. Deste total, aproximadamente 5% das pessoas acima de 60 anos e 20% acima de 80 anos desenvolvem demência de grau moderado a grave⁽¹⁾. Em 1912, Walter Spielmeier disse que todo homem que visse o suficiente ficaria demente⁽²⁾. A demência tipo Alzheimer (DTA) afeta cerca de 17 a 20 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria na terceira idade, e representa a primeira causa de demência nos Estados Unidos da América (EUA); comprometendo 3% da sua população acima dos 65 anos⁽³⁾ e sendo responsável pela quarta causa de morte⁽⁴⁾. Em 1991, o recenseamento realizado no Brasil revelou que, ao se atingir o final deste século, sua população terá 20% de idosos. Sabe-se que cerca de 30% dos idosos têm algum tipo de demência, dentre elas, pelo menos 50% demência tipo Alzheimer⁽⁵⁾. Nesse contexto, o "custo do envelhecimento" vem se tornando importante tema de pauta numa sociedade que não apresenta uma infra-estrutura adequada para garantir boas condições de sobrevivência a esses idosos.

Objetivo

Este estudo visa determinar o perfil cognitivo de indivíduos com idade superior a 60 anos, na cidade de Salvador-BA, identificando a prevalência de fatores de risco importantes para o desenvolvimento de demência.

Material e métodos

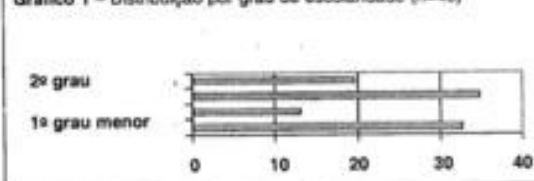
Este é um estudo descritivo e analítico, o qual consta da elaboração de um protocolo de funções cognitivas que apresenta 12 módulos: Identificação, Fatores de Risco, Mini Exame do Estado Mental (MEM), Dominância Cerebral, Fluência Verbal e Semântica, EMPAN, Evolução Facilitada Semântica, Memória, Teste de Stroop, Trail Making Test e Praxia. Esse protocolo foi aplicado a 46 indivíduos com idade superior a 60 anos na cidade de Salvador - BA, escolhidos aleatoriamente, no período de outubro de 1998 a maio de 1999. A aplicação dos protocolos foi realizada individualmente nas residências dos indivíduos entrevistados e a duração média de cada avaliação foi em torno de 90 minutos. Foram excluídos do estudo indivíduos não alfabetizados, com diagnóstico prévio de demência, portadores de doenças psiquiátricas ou clínicas descompensadas. O principal módulo avaliado nesse estudo foi o MEM, cuja pontuação pode variar de 0 a 30. Os indivíduos considerados como portadores de déficit cognitivo importante (MEM \leq 23) foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial na Fundação de Neurologia e Neurocirurgia - Instituto do Cérebro e no Hospital Universitário Professor Edgar Santos. Posteriormente os dados foram inseridos em um banco de dados e analisados pelo Programa Estatístico SPSS (version 6.0 for windows), utilizando o teste de Student para compara-

ção da média entre dois grupos. Tentou-se mostrar uma associação de idade e grau de escolaridade com a pontuação do MEM através do qui-quadrado de Pearson (χ^2) ($p < 0,005$). Foi obtido informe de consentimento dos pacientes, segundo estabelece os aspectos éticos da Declaração de Helsinck.

Resultados

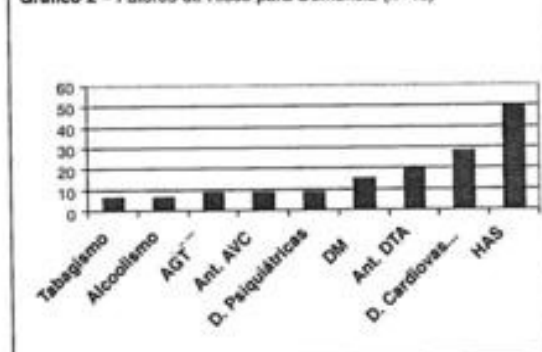
A amostra consta de 46 indivíduos, dos quais 76,1% eram do sexo feminino, com idade média de 70,4 anos, variando de 60 a 86 anos. O tempo de escolaridade variou de dois a 19 anos, com uma média de 11 anos. O gráfico 1 mostra a distribuição segundo o grau de escolaridade.

Gráfico 1 - Distribuição por grau de escolaridade (n=46)



No que se refere a ocupação, 73,9% dos indivíduos já se encontrava aposentado. Quanto aos fatores de risco para o desenvolvimento de demência, observou-se que 8,7% apresentavam história prévia de acidente vascular cerebral, 8,7% antecedentes de amnésia global transitória, 19,6% antecedentes familiares de doença de Alzheimer, 28,3% doença cardiovascular e 50,0% hipertensão arterial sistêmica (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Fatores de Risco para Demência (n=46)



O MEM mostrou pontuação média de 26,7 com variação de 20 a 30. A análise do perfil cognitivo realizada no presente estudo mostra que 10,1% dos entrevistados apresentaram pontuação no MEM menor ou igual a 23 (sendo considerado limite da normalidade o valor de 24) (Gráfico 4). Não se observou associação significativa entre idade e grau de escolaridade com a pontuação do MEM (vide tabelas 1 e 2).

O Gráfico 3 resume os dados obtidos com o teste de praxia construtiva, no qual se observou número de acertos

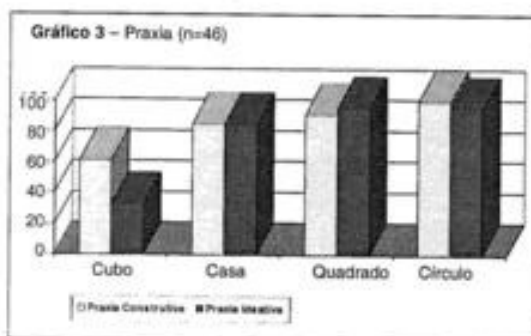
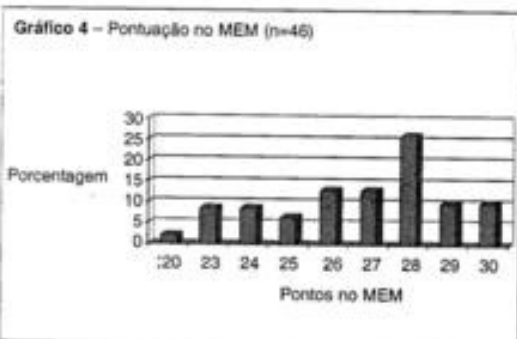


Tabela 1 – Idade x pontuação do MEM

Idade	MEM ≤ 23 (n = 5)	MEM > 24 (n = 41)	p
60 a 69 anos	2	21	0,635
70 a 79 anos	2	15	0,881
80 a 89 anos	1	5	0,624

Tabela 2 – Grau de escolaridade X pontuação no MEM

Grau de escolaridade	MEM ≤ 23 (n = 5)	MEM > 24 (n = 41)	p
1º grau menor	1	14	0,524
1º grau maior	0	6	0,358
2º grau	3	13	0,209



de 84,8% para casa, 100% para círculo, 60,9% para o cubo e 91,3% para o quadrado. Quanto à praxia ideativa o número de acertos correspondeu a 84,8% no desenho da casa, 95,7% do círculo, 32,6% do cubo e 95,7% do quadrado.

Discussão

O protocolo de neurologia do comportamento foi desenvolvido com o intuito de permitir o diagnóstico de déficit cognitivo e, assim, viabilizar a intervenção prece-

ce e o desenvolvimento de medidas profiláticas. O principal módulo desse protocolo (anexo 1) é o Mini Exame

Anexo 1 – Mini exame do estado mental (Folstein⁽⁸⁾)

Hora	0 – 1
Local específico	0 – 1
Instituição	0 – 1
Bairro	0 – 1
Cidade	0 – 1
Estado	0 – 1
Repetir 3 palavras	0 – 3
Sete seriado (107 – 7, 100 – 7, ...)	0 – 5
Evocar 3 palavras	0 – 3
Mostrar caneta e relógio	0 – 2
Repetir nem aqui, nem ali, nem lá	0 – 1
Compreensão de Pierre-Marie	0 – 1
Feche os olhos	0 – 1
Escreva a frase	0 – 1
Copie este desenho	0 – 1
Total de pontos	30

do Estado Mental⁽⁸⁾, um dos testes clínicos mais utilizados para a detecção de déficit cognitivo a partir de quatro importantes funções: 1. Orientação temporo-espacial; 2. Memória imediata, atenção, cálculo e evocação; 3. Linguagem; 4. Praxia. Essas funções foram escolhidas por serem os principais domínios cognitivos acometidos na demência.

No declínio progressivo das funções cognitivas é de importância fundamental a análise dos fatores de risco. Estudos demonstram que cerca de 80% dos pacientes com DTA sofrem dessa demência como resultado de fatores ambientais, mesmo inteiramente em conjunto com a individualidade do genoma⁽⁹⁾. Entre esses fatores de risco destacam-se idade, trauma craniano, exposição tóxico-ambiental, dislipidemia, doenças da tireóide, amnésia global transitória, acidente vascular cerebral isquêmico e hipertensão arterial sistêmica. No nosso estudo os principais fatores de risco identificados foram: história de acidente vascular isquêmico, episódios de amnésia global transitória, antecedentes familiares de doença de Alzheimer, doença cardiovascular e hipertensão arterial sistêmica.

Em uma visão geral das demências, cerca de 2% são diagnosticadas ainda na fase leve, 32% na fase moderada e 64% na fase severa. Para o diagnóstico precoce, é necessária a realização de testes neuropsicológicos adequados em todo indivíduo com queixa de déficits cognitivos. Dentre esses testes, o MEM se destaca pela sua praticidade e por ser reconhecido mundialmente. O médico deve estar capacitado não só para a realização do MEM com habilidade e competência, mas também para o processo de validação do resultado obtido a partir desse teste, o que requer discernimento e bom senso, pois, muitas vezes, os distúrbios subjetivos ocorridos na realidade vivida pelo

paciente são mais fiéis ao diagnóstico do que a simples pontuação do MEM.

Para o diagnóstico de demência, o MEM deve ser usado em associação com a história clínica do paciente, e devem ser observadas as variações de acordo com o grau de escolaridade. A amostra aqui estudada consta de uma população com alto grau de escolaridade, predominando os indivíduos com nível médio a universitário (Gráfico 2). Os estudos consideram que indivíduos com uma pontuação entre 20 e 24 no MEM, apresentam estágio leve de demência; entre 11 e 19 estágio moderado e menor que 10 demência em estágio avançado⁽⁸⁾. De acordo com esses dados, adotamos aqui uma pontuação de 24 como ponto de corte. Foi identificado que 10,1% dos indivíduos desse estudo apresentaram pontuação menor que 24.

Outro teste utilizado foi o de Praxia, onde se observou uma mesma pontuação entre a praxia construtiva e a ideativa na tarefa de desenho da casa, enquanto em relação ao círculo e ao cubo, a praxia construtiva se mostrou mais preservada, o que condiz com os dados da literatura, onde se observa que a praxia ideativa pode estar alterada numa fase mais precoce dos processos demenciais. Entretanto, essa diferença não esteve presente na tarefa de desenho do quadrado, talvez por ser esta uma figura geométrica primária inserida na rotina da vida diária, além de fazer parte do folclore do nordeste brasileiro. Devido ao mesmo motivo, a maior diferença entre a pontuação da praxia construtiva e ideativa foi notada em relação à figura do cubo, a de menor inserção na realidade desses indivíduos (Gráfico 3).

Ao contrário da maioria dos estudos da literatura, não encontramos associação estatisticamente significativa entre idade, grau de escolaridade e a pontuação no MEM. Esse achado se deve principalmente ao pequeno tamanho da amostra analisada.

Conclusão

A partir desse estudo observamos déficit cognitivo importante (MEM 23) em indivíduos inseridos na sociedade e sem diagnóstico prévio de demência, associados a uma alta prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de processos demenciais. Esses dados ressaltam a importância de que uma avaliação neuropsicológica adequada aumentaria o número de casos de demência diagnosticados na fase leve. Dessa forma, seria possível criar um alicerce para a estruturação da sociedade, garantindo melhores condições de vida aos indivíduos demen-

ciados. O diagnóstico precoce permite também a instituição de medidas terapêuticas adequadas para que se consiga mudar a evolução natural dessa síndrome, retardando ou estagnando o processo.

Referências

1. Aevansson O, Svanborg A, Skoog I. Seven-year survival rate age 85 years: relation to Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Neurol* 1998;55:1226-32.
2. Adams Rd, Victor M. Principles of neurology. 5^a ed. New York: Mc Grahill; 1993, p.364-77.
3. Af Jorm, D Jolley. The incidence of dementia. A Meta-analysis. *Neurol* 1998;51:728-33.
4. Associação Brasileira De Estudos Populacionais. Diversidades brasileiras: um olhar demográfico. São Paulo: Fundo de População das Nações Unidas; 1996.
5. Brito-Marques Pr. Demência tipo Alzheimer: diagnóstico, tratamento e aspectos sociais. Editora Gráfica Casangá; Cap. I, II, e III.
6. Buckwalter JG, Rizzo AA, Mcclery R, Dick M, Henderson VW. Gender Comparisons of cognitive performances among vascular dementia, Alzheimer disease, and older adults without dementia. *Arch Neurol* 1996;55:436-9.
7. Contreras LG. Um novo gene para a doença de Alzheimer. *Geriatria* 1996;11-4.
8. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. "Mini-Mental State": A Practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189.
9. Helena Chuz, Qian Zhang. Evaluation of dementia: A systematic study of the usefulness of American Academy of Neurology's Practice Parameters. *Neurol* 1998;19-101.
10. Katzman, R. Education and prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 1995;43:13-20.
11. Katzman R, Terry R. *The Neurology of Aging*. Philadelphia: Davis; 1983, p. 6.
12. Knopmam DS. The Initial recognition and diagnosis of dementia. *Am J Med* 1998; 104:2S-12S - discussion 1998;39S-42S.
13. Mangone CA, Allegri, RF, Arizaga R.L, Ollari JA. Demencia. Enfoque multidisciplinario. Ediciones Sagitario; 1997.
14. Osvaldo P, Almeida. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 1998;56: 605-12.
15. Richard L Ernst, Joel W Hay, Catharine Fenn, Jared Tinklenberg; Jerome AnYesavage. Cognitive function and the costs of Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1997;54:687-93.

