

## Aspectos clínicos das demências



*Sérgio Márcio Pacheco Paschoal*

### Introdução

**N**o processo de envelhecimento, a curva do declínio funcional psíquico também se comporta – em certa medida - como a do declínio funcional físico, em que após um período inicial de desenvolvimento do desempenho, há um declínio funcional, aqui representado por perdas durante a vida, processos de luto, inclusive de mortes de familiares e amigos, preconceitos contra a velhice e restrições da vida afetiva (mortes, aposentadoria, mudanças de domicílio, filhos deixando a casa, separações, certas características de personalidade que afetam as relações interpessoais, dentre outras causas). Além disto, há aumento, na velhice, da prevalência de demência e depressão, que afetam o desempenho psíquico, diminuindo a possibilidade de bem-estar psíquico.

Uma das queixas mais frequentes em consultórios geriátricos é a de perda de memória, ou feita pela própria pessoa, ou pelo familiar que a acompanha à consulta. O temor de perder a memória é um dos grandes medos das pessoas em geral, principalmente daquelas que se aproximam da idade da velhice. Ao menor sinal de esquecimento, uma aflição se apodera das pessoas, muitas se perguntando, “se estão com Alzheimer”. Querem saber, se a perda de memória é inevitável e se há remédios ou outras estratégias, para evitá-la. Partem para todo tipo de terapia, mesmo sem nenhum fundamento científico, dispendo-se a pagar caro por soluções, que acreditam “milagrosas”.

Esse temor de “estar com demência” tem sua justificativa. Levando-se em conta a demência senil do tipo Alzheimer, a mais frequente das demências, sua prevalência praticamente dobra a cada cinco anos (JORM et al., 1987; JORM, 1990), como demonstra o Quadro 1.

**Quadro 1. Prevalência de Demência em função da idade, por faixa etária (Jorm et. al., 1987; Jorm, 1990)**

Idade (anos)	%
60 – 64	0,7
65 – 69	1,4
70 – 74	2,8
75 – 79	5,6
80 – 84	10,5
85 – 89	20,8
90 – 95	38,6

No Brasil, esse padrão de aumento da prevalência também se demonstra (Herrera, 1998), conforme Quadro 2.

**Quadro 2. Prevalência de demência em função da idade, por faixa etária, em Catanduva – SP, 1998 (Herrera, 1998)**

Idade (anos)	%
65 – 69	0,3
70 – 74	2,1
75 – 79	5,6
80 – 84	11,5
85 ou +	30,6

Duas conclusões do estudo de Catanduva merecem especial destaque (NITRINI, 1999). A demência foi mais comum em analfabetos (12,1%) que em indivíduos com escolaridade de 8 anos ou mais (2,0%), diferença estatisticamente significativa. A Demência de Alzheimer foi mais comum em mulheres, com diferença que foi estatisticamente significativa, mesmo após correção das variáveis: idade, escolaridade e nível socioeconômico. Esses dados são importantes devido à baixa escolaridade de nossa população,

principalmente entre os idosos, e ao fato de que a população idosa é predominantemente feminina (Berquó e Leite, 1988).

Há vários tipos de demência, sendo a demência tipo Alzheimer a mais prevalente. Assim podemos classificar as demências em:

- Degenerativas (Alzheimer, Lewy, fronto-temporal)
- Vasculares (AVC, doença difusa de pequenos vasos)
- Traumáticas (Hematoma subdural crônico)
- Neoplásicas (metástases cerebrais, tumor cerebral primário)
- Hidrocefalia
- Hipotireidismo
- Tóxicas (álcool, drogas)
- Nutricionais (deficiência de B12 e de tiamina)
- Infecciosas (sífilis, HIV)
- Priônicas (Creutzfeldt-Jakob)

A síndrome demencial tem enorme impacto na saúde e na qualidade de vida do cuidador, seja ele familiar, ou não, pois este vai conviver por tempo prolongado com alguém que vai necessitar de supervisão e cuidados contínuos e progressivos, cada vez maiores, gerando cansaço e estresse, além de esgotamento físico, mental e psicológico.

O diagnóstico da síndrome demencial é eminentemente clínico, baseado na avaliação objetiva do desempenho cognitivo e funcional, mas depende de investigação complementar, como exames de laboratório e exame estrutural de neuroimagem. Na avaliação cognitiva inicial, os profissionais devem utilizar os testes de rastreamento, como o Mini Exame do Estado Mental. O desempenho nesses testes depende da escolaridade e isto deve ser levado em conta, principalmente entre nós, com população de idosos de baixa escolaridade, inclusive com taxas altas de analfabetismo. O mau desempenho nos testes de rastreamento exige avaliação neuropsicológica completa (Caramelli, 2011).

São sinais muito comuns nas demências:

- Déficit de memória
- Dificuldades de executar tarefas domésticas
- Dificuldades de executar as atividades da vida diária
- Problemas com o vocabulário (linguagem)
- Desorientação no tempo e espaço
- Incapacidade de julgar situações
- Problemas com o raciocínio abstrato
- Colocar objetos em lugares equivocados
- Alterações de humor e de comportamento, incluindo agressividade
- Alterações de personalidade
- Perda da iniciativa, passividade e apatia
- Comportamento desinibido e exacerbação da sexualidade
- Ilusões e alucinações

As alterações de comportamento causam enorme impacto no trabalho dos cuidadores, levando a situações estressantes e cansativas. Podem ser causa importante de violência contra a pessoa idosa, devido ao esgotamento físico e mental que essa situação provoca nas pessoas que convivem cotidianamente com o portador da síndrome demencial.

Tais alterações podem se apresentar de diversas formas, como agitação, perambulação, perguntas repetitivas e insistentes, manifestações de medo desmedido, delírios de roubo e de traição, alucinações, ilusões e agressividade. Essas atitudes testam a paciência dos cuidadores, familiares, ou não.

A agitação e a perambulação, por exemplo, se manifestam através de movimentação contínua, às vezes incansável, sem propósito definido, em geral acompanhada por fala constante, ou gritos, muitas vezes demonstrando sinais de angústia e, às vezes, agressividade. Além de necessidade de medicação, para diminuir as manifestações, há a necessidade de atitudes calmas e de extrema paciência por parte dos cuidadores. A tranquilidade e serenidade do ambiente ajuda no tratamento dos distúrbios de comportamento nas demências, reduzindo a necessidade de tratamento medicamentoso.

O cuidador precisa discernir se a agitação é desencadeada por alguma situação específica, como, por exemplo, a recusa de tomar banho, acompanhada por insistência impositiva do cuidador e pensar em estratégias alternativas. Discernir, também, se aparece isoladamente e de forma mais ou menos rápida e procurar alguma causa clínica, como sede, dor, sono, constipação, dispneia, ou se está associada a delírios, ou alucinações, o que implica em tratar condições desencadeantes.

Quanto à agressividade, pode ser acentuação de traço prévio de personalidade de pessoa que sempre fora mais agressiva no trato com os demais. Mas, também pode sinalizar mudança de personalidade em pessoa que, antes, sempre fora calma e tranquila na convivência. Mas pode ser uma reação a algum desconforto clínico, por não mais saber explicar, ou entender o que sente. É também muito comum em resposta a comportamentos do cuidador, principalmente o estressado e cansado, ou o que cuida por obrigação.

Nas situações de agressividade é preciso evitar confrontações, afastando-se o suficiente, para evitar agressão física, falando num tom de voz calmo e tranquilo e afastando objetos pesados e cortantes, para não correr o risco de acidentes. É preciso, calma, muita calma; paciência, muita paciência.

Quando ocorre apatia, passividade e falta de iniciativa, o cuidador deve proporcionar estímulos, os mais variados possíveis, principalmente atividades anteriormente prazerosas para o indivíduo e para a qual ainda tenha competência no desempenho. Pode-se, por exemplo, convidar para um passeio, ou para fazer alguma tarefa simples, que antes fazia e gostava de fazer, mantendo, constantemente, um diálogo calmo.

Se a pessoa idosa se apresenta com comportamentos desinibidos, como palavras indecentes, ou maldosas, atitudes inconvenientes, gestos inadequados, desinibição sexual, atitudes libidinosas, ou exibicionismo (tirar a roupa em público), o cuidador deve agir com tranquilidade e calma, explicando para os circunstantes a real situação clínica da pessoa e, se os comportamentos se tornarem frequentes, deve-se evitar locais movimentados e frequentados por estranhos, ou mesmo, evitar sair de casa.

Nas ilusões e alucinações, causas frequentes de agitação e perambulação e que requerem muita paciência, usar palavras calmas em tom suave de voz e toques carinhosos, transmitindo segurança e confiança. Pode-se tentar levar a pessoa para outro lugar, ou distraí-la com atividades interessantes e agradáveis e, se possível, de forma criativa, trazê-la para a realidade, mudando o foco do pensamento. Não adianta discutir, nem usar argumentos lógicos. Nas ilusões, em que o indivíduo interpreta erroneamente o que vê, ou sente, ou ouve, estratégias importantes, como exemplo, são substituir estampados de móveis por padronagem lisa e clara, ou evitar sombras nas janelas, para que não confunda com invasores, assaltantes, ou fantasmas.

Há outra entidade clínica, denominada Declínio Cognitivo Leve, que também apresenta algum déficit cognitivo, em geral isolado, mas que não preenche os critérios diagnósticos de demência. Ele se caracteriza por queixa de perda de memória, preferencialmente confirmada por um informante, aliada a déficit de memória, confirmada por testes. No entanto, as funções cognitivas gerais são normais, as atividades funcionais sócio ocupacionais estão intactas e há ausência de critérios de demência (Manfrim et al., 2011).

#### 1. Diagnóstico de Doença de Alzheimer

O diagnóstico é eminentemente clínico, seguindo alguns critérios:

- Comprometimento de múltiplas funções corticais superiores: memória, pensamento, orientação (temporal e espacial), compreensão, linguagem, cálculo, capacidade de aprendizagem, habilidade construcional, pensamento abstrato e julgamento
- Acompanhado por alterações psicológicas (comportamento e personalidade)
- Os déficits devem causar comprometimento significativo das atividades profissionais, ocupacionais e sociais
- Os déficits representam declínio significativo em relação aos níveis prévios de funcionamento (na ausência de alterações da consciência)
- O prejuízo no desempenho das AVD deve ser devido a déficits cognitivos e não à disfunção física
- Deve-se levar em conta as expectativas do indivíduo e os contextos sociais e culturais em que vive

A Doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa, de início insidioso, com deterioração lenta, mas progressiva, evoluindo em estágios de doença leve, moderada e grave, cada estágio caracterizando-se pelas perdas cognitivas progressivas, mas, principalmente, pela deterioração da capacidade funcional física, com aumento também progressivo da dependência nas atividades da vida diária. É uma doença irreversível e, até o momento, não tem cura. É a demência mais prevalente, em alguns estudos chegando a 60% de todas as demências.

## 2. Necessidade de declarar a pessoa com demência incapaz para a vida civil

O médico, na evolução da síndrome demencial, com a progressão dos déficits cognitivos, deverá avaliar a capacidade da pessoa de se autodeterminar, o que, em outras palavras, significa reger seus próprios atos e administrar seus bens, sendo, portanto, capaz para os atos da vida civil.

A legislação atual estabelece (*art. 32*) que “serão absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil aqueles que, por enfermidade, ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos”. Cabe ao médico avaliar a presença, ou ausência, desse discernimento.

O profissional deve guiar-se por avaliações objetivas das perdas cognitivas, dentre elas o Escore Clínico de Demência, ou, em inglês, Clinical Dementia Rating – CDR (MORRIS, 1993), que avalia seis funções cognitivas importantes: memória, orientação, julgamento e resolução de problemas, assuntos comunitários, tarefas do lar e atividades de lazer e autocuidado (Figura 3).

Quando o CDR mostra comprometimento cognitivo moderado, ou severo (CDR 2, ou 3), não há dúvida da incapacidade dos indivíduos para os atos da vida civil. No comprometimento leve (CDR 1), as circunstâncias do ambiente e da família e as peculiaridades individuais determinarão a presença, ou ausência dessa capacidade, cabendo avaliação minuciosa e circunstanciada.

Apresentamos a seguir, a título de finalização, um quadro que sintetiza o escore clínico da doença, incluindo nele o grau de comprometimento que a Doença de Alzheimer vai apresentando ao longo do tempo e, conseqüentemente, as necessidades de cuidados específicos que vão aparecendo e demandando. Informações mais do que necessárias para se compreender a doença e, assim, aprender a lidar com ela, acima de tudo com muita paciência.

Quadro 3. Escore Clínico de Demência (Morris, 1993)

<b>Escore Clínico de Demência (CDR)</b>	<u>0</u>	0,5	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
---	----------	-----	----------	----------	----------

	<b>Comprometimento</b>				
	<b>Normal 0</b>	<b>Questionável 0,5</b>	<b>Leve 1</b>	<b>Moderada 2</b>	<b>Severa 3</b>
<b>Memória</b>	Sem perda de memória ou esquecimento leve e inconstante.	Esquecimento leve e constante (em oposição a eventual); recordação parcial de eventos; esquecimento "benigno".	Moderada perda de memória; mais marcada para eventos recentes; déficit interfere nas atividades cotidianas.	Perda de memória grave; somente retém material intensamente aprendido; material novo rapidamente perdido.	Perda de memória grave; restam apenas fragmentos.
<b>Orientação</b>	Plenamente orientado.	Plenamente orientado, exceto por leve dificuldade nas relações temporais.	Dificuldade moderada com relações temporais; orientado para o lugar do exame; pode ter desorientação geográfica em outros lugares.	Dificuldade grave com relações temporais; usualmente desorientado para o tempo, freqüentemente para o espaço.	Orientado apenas para pessoa.
<b>Julgamento e resolução de problemas</b>	Resolve bem problemas diários e administra bem negócios e finanças; bom julgamento em relação ao desempenho prévio.	Leve dificuldade em resolver problemas, similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada para administrar problemas, similaridades e diferenças; julgamento social usualmente mantido.	Grave dificuldade em administrar problemas, similaridades e diferenças; julgamento social usualmente comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou de resolver problemas.
<b>Assuntos Comunitários</b>	Função independente no nível usual no trabalho, em compras, grupos sociais ou de voluntários.	Leve dificuldade nessas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, embora ainda possa engajar-se em algumas; parece normal à inspeção casual.	Nenhuma referência a funcionamento independente fora de casa. Parece estar bem para ser levado a atividades fora de ambiente familiar.	Nenhuma referência a funcionamento independente fora de casa. Parece estar muito doente para ser levado a atividades fora de ambiente familiar
<b>Tarefas do Lar e Atividades de Lazer</b>	Vida no lar, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos.	Vida no lar, passatempos e atividades intelectuais levemente comprometidos.	Dificuldade leve, mas evidente nas funções do lar; tarefas mais difíceis abandonadas; passatempos e interesses mais complexos abandonados.	Somente tarefas simples preservadas, interesses muito restritos e mal sustentados.	Sem função significativa em casa.
<b>Autocuidado</b>	Plenamente capaz de autocuidado.		Necessita estímulo.	Requer ajuda para vestir-se, higiene e cuidado com objetos pessoais.	Requer muita ajuda para o cuidado pessoal, incontinência freqüente.

Na Doença de Alzheimer, com certeza é preciso conhecer, para conviver!

## Referências

CARAMELLI, P. Avaliação clínica e complementar para o estabelecimento do diagnóstico de demência. In: FREITAS E.V., PY L., CANÇADO F.A.X., DOLL J., GORZONI M.L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HERRERA, J.R.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. Rev Psiq Clín, São Paulo, v.25, p.70-73, 1998.

JORM, A.F.; KORTEN, A.E.; HENDERSON, A.S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatrica Scandinavica. v. 76, p. 465-479, 1987.

JORM, A.F. The epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders. London: Shapman and Hall, 1990.

MANFRIM, A.; SCHMIDT S.L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS EV, PY L, CANÇADO FAX, DOLL J, GORZONI M.L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORRIS, J.C. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, v. 43, p. 2412-14, 1993.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín*, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 1-10, 1999.

*Data de recebimento: 25/10/2014; Data de aceite: 10/11/2014.*

---

**Sérgio Márcio Pacheco Paschoal** - Médico Geriatra. Coordenador da Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa, da Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo. Email: [spaschoal@gmail.com](mailto:spaschoal@gmail.com)