

Rastreo cognitivo em idosos para o clínico

Cognitive screening of the elderly for the clinician

^{1,2}Ivan Aprahamian

^{3,4}José Eduardo Martinelli

^{1,5}Zied Rasslan

^{6,7}Mônica Sanches Yassuda

¹Médico assistente da Unidade de Primeiro Atendimento do Hospital Israelita Albert Einstein

²Mestrando em Gerontologia - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

³Doutorando em Gerontologia - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

⁴Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Jundiaí

⁵Professor Instrutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

⁶Professora colaboradora da Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

⁷Professora assistente de Gerontologia da Faculdade de Artes, Ciências e Humanidades da USP

Trabalho realizado na Divisão de Gerontologia – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, SP, Brasil

Descritores: Rastreo cognitivo. Demência. Idosos.

Key words: Cognitive screening. Dementia. Elderly.

A demência é um problema de saúde pública crescente, com prevalência entre 3% e 11% entre pessoas com 65 anos ou mais¹. No Brasil, a estatística é muito semelhante à mundial. Num estudo populacional realizado em Catanduva, município com 100 mil habitantes, no Estado de São Paulo, 25% dos idosos foram avaliados, encontrando prevalência de demência semelhante à literatura². Herrera et al. (2002) observaram prevalência de 7,1% de casos de demência (118 habitantes) em população de 1.656 indivíduos com idade igual ou maior que 65 anos³. A taxa de incidência anual foi de 7,7 casos por 100.000 habitantes⁴. Os estudos brasileiros apresentam prevalência e incidência próximas aos estudos estrangeiros⁵. A etiologia mais freqüente da síndrome demencial foi a DA. Em Catanduva, 55,1% dos casos de demência receberam este diagnóstico³. Nos Estados Unidos eram estimados 7 milhões de casos no ano 2000, podendo chegar a 18 milhões em 2050⁶. A doença de Alzheimer é a etiologia mais diagnosticada na atenção primária, contabilizando 60% dos casos¹. Na tentativa de terapias eficazes ou até curativas para a doença, o diagnóstico precoce é fundamental. Apesar de existirem recomendações acerca do diagnóstico da doença, dois terços dos casos permanecem indetectáveis⁷.

O rastreo cognitivo pode ser considerado o primeiro passo para o diagnóstico de demência⁸. Pessoas identificadas por meio de um rastreo cognitivo como tendo suspeita de demência inicial poderiam ter a oportunidade de discutir o problema com seus familiares, expressar seus desejos futuros frente ao

curso da doença e seu prognóstico, estabeleceriam um planejamento com relação à saúde, segurança e economia. Essas pessoas poderiam escolher seu representante legal no futuro para representar suas vontades e exercer controle sobre suas finanças⁹.

O rastreo ou triagem não é isento de possível malefício. Riscos potenciais da triagem cognitiva seriam a depressão e ansiedade geradas pelo diagnóstico, o tempo e custo empregados nesse rastreo e possível estigma do diagnóstico precoce⁹. Em razão de 50% das pessoas com resultado positivo na triagem não terem a doença, todo serviço realizando rastreo cognitivo deveria estar vinculado ou ter fácil acesso a um local em que ocorra a avaliação mais ampla do paciente para confirmação ou não do diagnóstico de forma definitiva¹⁰. Apesar dos riscos, estudos com pacientes com Alzheimer e seus familiares mostram que a maioria das pessoas gostaria de receber a notícia do diagnóstico da doença o quanto antes^{11,12}.

Com a possibilidade do tratamento da demência, em especial a DA, o diagnóstico precoce da doença tornou-se ainda mais importante. O clínico geral, somente através da história e exame físico, não parece ser capaz de fazer o diagnóstico de demência em inúmeras vezes. Mais de 50% dos pacientes com a doença nunca receberam o diagnóstico ao longo de meses ou anos de acompanhamento clínico¹³⁻¹⁷. Os clínicos fazem pouca triagem de demência em sua prática, mesmo quando sabem do seu impacto^{18,19}. Apesar de 82,7% dos clínicos gerais acreditarem que o rastreo cognitivo é necessário, somente 25,7% fazem uma triagem utilizando o MEEM (Tabela 1; notas de corte segundo Brucki et al.²⁰), por exemplo²¹. Dessa forma, parece fundamental a triagem dos indivíduos em risco para a doença, ou seja, aqueles com 60 anos ou mais, para que se possa organizar um plano terapêutico quando possível e orientar o próprio paciente e seus familiares quanto à evolução e implicações da síndrome. Após a triagem positiva, o paciente poderia ser submetido a uma entrevista e exames seguindo os critérios do

Correspondência: Dr. Ivan Aprahamian
Av. Dr. Pedro Soares de Camargo, 198 – ap.122
CEP 13208-080, Jundiaí, SP
E-mail: ivan.aprahamina@terra.com.br

DSM-IV da American Psychiatry Association²² (Tabela 2) ou a uma bateria neuropsicométrica completa para o diagnóstico definitivo da doença¹⁰.

Três estudos avaliaram o diagnóstico de demência através de testes padronizados ou de diagnóstico clínico através da história em pacientes com 65 anos ou mais^{16,17,23}. Nesse grupo de idosos, a prevalência de demência não diagnosticada clinicamente variou entre 3,2% a 12%. Um estudo populacional encontrou uma prevalência de 1,8% de casos não diagnosticados²⁴. Outro trabalho demonstrou que metade dos familiares de homens com demência leve nunca perceberam problemas de memória ou pensamento nesses indivíduos²⁵. Pacientes que não receberam o diagnóstico correto estão entre 50% a 66% de todos os casos de demência em estudos de atenção primária¹⁰. A maioria dos casos subdiagnosticados são leves ou moderados. Em um estudo pequeno, 78,6% dos pacientes com demência leve, 71,4% daqueles moderados e 20% dos graves não tiveram o diagnóstico referido no prontuário médico¹⁷. Adicionar um teste neuropsicométrico à prática clínica poderia potencialmente aumentar as chances de se diagnosticar as demências precocemente, principalmente os casos leves e moderados.

Para tanto, seria fundamental um instrumento de triagem de déficit cognitivo próximo do ideal, fornecendo a maior segurança possível para o rastreio da demência: a) rápido na sua administração (poucos minutos) para ter adesão entre os profissionais de diversas áreas; b) ser bem tolerado e aceitável pelos pacientes; c) ser facilmente interpretado; d) ter independência cultural, de linguagem e de escolaridade; e) poder ser bem reproduzido em outros estudos e ter desempenho similar entre examinadores; f) ter valores elevados de sensibilidade e especificidade; g) apresentar correlação com outros testes tradicionais e bem validados na literatura, além de correlação com escalas de avaliação e diagnóstico clínico de demência; e (h) ter bom valor preditivo¹⁰.

A maioria dos testes de rastreio para demência podem ser divididos em testes cognitivos feitos com pacientes e avaliação funcional que utilizam tanto os pacientes quanto outras pessoas relacionadas, familiares ou cuidadores, como informantes. A melhor evidência da importância da triagem em demência viria de um ensaio clínico randomizado e controlado relacionando a triagem diretamente com desfechos primários envolvendo a saúde¹⁰.

O Guide to Clinical Preventive Services de 1996 do U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), após revisão da literatura, não encontrou evidência contra ou a favor da triagem de demência²⁶. Em 1996, a Agency for Health Care Policy and Research (agora Agency for Healthcare Research and Quality) publicou uma revisão sistemática e metanálise de estudos sobre triagem de demência²⁷. A revisão encontrou um instrumento para avaliar estado funcional baseado na informação de cuidador e quatro testes cognitivos baseados em pacientes que tiveram acurácia razoável (Blessed Information Memory Concentration, Blessed Orientation Memory Concentration, Func-

tional Activities Questionnaire, Short Test of Mental Status e o MEEM, o teste mais utilizado e estudado).

Diversos outros testes neuropsicométricos foram avaliados em estudos isolados ou pequenos com populações específicas (pacientes psiquiátricos, institucionalizados, em ambulatórios de neurologia, psiquiatria, geriatria ou de memória) e não puderam ser incluídos em revisões sistemáticas sobre testes para triagem de demência por não se encaixarem nos critérios de inclusão dos estudos que abrangeram avaliações realizadas por não especialistas e em populações não específicas^{10,26,27}. Podemos citar os estudos com Questionário de Estado Mental Abreviado^{7,28}, o Teste do Desenho do Relógio²⁹⁻³³, o Mini Exame do Estado Mental modificado³⁴, o Mini-Cog³⁵, o Teste de Aprendizado Verbal de Hopkins^{36,37}, e o Screening de 7 minutos^{38,39}.

Desde aquela revisão, oito novos estudos avaliaram o MEEM e apresentaram resultados semelhantes⁴⁰⁻⁴⁷. A sensibilidade dos cinco testes avaliados pela Agency for Health Care Policy and Research variou de 69% a 90% e a especificidade dependeu da nota de corte utilizado como resultado anormal²⁷. Utilizando um corte alto para aumentar a sensibilidade consequentemente diminui a especificidade. O valor preditivo positivo dos cinco testes numa amostra com 10% de prevalência de demência foi aproximadamente 40% a 50%²⁷.

Após esta revisão, diversos estudos acerca de instrumentos de triagem e intervenções terapêuticas foram feitos. A RTI International e a University of North Carolina Evidence-based Practice Center juntamente com membros da USPSTF conduziram uma recente revisão sistemática da literatura¹⁰. O MEEM continua a ser o instrumento mais utilizado por clínicos gerais. Dentre os trabalhos que puderam ser selecionados, nenhum estudo foi randomizado e controlado envolvendo a triagem de pacientes com possível declínio cognitivo¹⁰.

Há três problemas metodológicos que tornam difícil a avaliação da acurácia dos testes de rastreio cognitivo para demência. Primeiro, a acurácia dos instrumentos foi testada até certo limite, permanecendo dúvida acerca da extensão de sua capacidade. Poucos testes foram avaliados em mais de dois ou três pequenos ensaios clínicos⁴⁸. Em segundo lugar, os estudos estabeleceram pontos de corte fixos para o diagnóstico de demência, mas a mesma possui alterações cognitivas variáveis e progressivas, necessitando-se adequar os valores aos estágios da doença⁴⁸. Ainda nesse aspecto, diversas amostras antes de 2000 possuíam pacientes com comprometimento cognitivo leve. Terceiro, os sujeitos avaliados nos estudos variam muito quanto ao nível educacional e estado clínico da demência, sendo que este muitas vezes não é referido⁴⁸. Poderíamos citar um quarto ponto crítico, no qual grande parte dos pesquisadores não se preocuparam em avaliar os casos leves, iniciais da doença, em que o diagnóstico precoce resultaria num maior impacto socioeconômico e terapêutico¹⁰.

Diversos estudos clínicos acerca da utilização de testes de rastreio envolveram idosos em ambulatórios ou instituições específicas ou profissionais especializados em idosos, neuro-

logia ou psiquiatria. Um recente estudo promovido por Reilly et al. (2004) na Inglaterra e Irlanda avaliou a utilização de instrumentos psicométricos por médicos especialistas na região. Entre os 331 respondedores, 95% utilizavam o MEEM, 50% o TDR, 6% o Exame do Estado Mental de Middlesex e 6% o Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination (CAM-DEX)⁴⁹. Em 2006, Shulman e colaboradores publicaram uma pesquisa acerca da utilização de testes de rastreamento cognitivo entre membros da International Psychogeriatric Association (IPA), da American Academy of Geriatric Psychiatry e da Canadian Academy of Geriatric Psychiatry⁸. Esse estudo tentou reunir a opinião de psiquiatras, geriatras e outros profissionais acerca da realização de triagem cognitiva, da frequência de utilização dos instrumentos, dos resultados em termos de praticidade, e de diversas outras variáveis de impacto acerca dos testes⁸.

Um total de 20 instrumentos foi selecionado pela IPA como os mais significantes no rastreamento cognitivo. Destes, os 334 entrevistados identificaram o MEEM, o TDR, o Delayed Word Recall, o Teste de Fluência Verbal, o Similarity e o Trail Making Test como os mais relevantes e utilizados. Particularmente, o MEEM foi apontado como o instrumento universal para triagem, apesar de limitações como a influência de linguagem, cultura, educação, tempo de administração (seis a dez minutos para execução, enquanto no restante dos testes foram apontados dois minutos, em média) sendo utilizado por todos os entrevistados⁸. O TDR foi eleito como o segundo mais utilizado após o MEEM. Apesar da popularidade, foi apontado como de difícil pontuação. Além do uso isolado do MEEM, diversos clínicos apontaram o uso combinado deste com o TDR como teste inicial de triagem ou do TDR com a memória evocada de três palavras (Delayed Word Recall), apesar de vários entrevistados não identificarem tal combinação como o Mini-Cog de Borson et al.⁵⁰. Tanto a avaliação quantitativa quanto a qualitativa obteve a mesma importância nos questionários, sendo o TDR apontado como o mais qualitativo e, neste caso, com algum problema para a pontuação⁸.

Dois pontos de conflito foram identificados entre os entrevistados. Primeiro, houve questionamento a respeito do benefício do uso de testes simples como o MEEM juntamente com o contexto clínico versus a aplicação de instrumentos mais detalhados como Alzheimer's Disease Assessment Scales Cognitive Subscale (ADAScog) e o CAMCOG. Segundo, a disfunção frontal ou executiva foi apontada como problema específico para rastreamento, sendo necessário teste objetivo. Muitos entrevistados utilizam o TDR e o teste de fluência verbal para tal⁸.

De forma geral, sem considerar o tipo de profissional que irá aplicar o teste de rastreamento (especializado na área ou não), há evidência a favor da utilização do MEEM como instrumento único para a triagem, usando-o de forma isolada ou em combinação com outro teste. Este poderia ser o TDR ou a fluência verbal, pois atenderiam a avaliação da função executiva de maneira simples. Naqueles pacientes em que há suspeita de declí-

nio cognitivo leve, seja demência ou comprometimento cognitivo leve, o uso combinado de testes é recomendado⁵¹. Deve-se levar em conta a população senso avaliada, assim como o nível educacional e faixa etária que são fatores influenciadores no resultado do rastreamento.

REFERÊNCIAS

1. Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ, et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons. Higher than previously reported. *JAMA*. 1989;262:2551-6.
2. Herrera Jr. E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo. *Rev Psiq Clin*. 1998;25:70-73.
3. Herrera Jr. E, Caramelli P, Silveira ASB, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16:103-108.
4. Nitrini R, Caramelli P, Herrera Jr. E. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;18:241-246.
5. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60:61-69.
6. Sloane PD, Zimmerman S, Suchindran C. The Public Health Impact of Alzheimer's Disease, 2000-2050: potential Implication of Treatment Advances. *Annu Rev Public Health*. 2002;23:213-31.
7. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Intern Med*. 1995;122:422-9.
8. Shulman KI, Herrmann N, Brodaty H. IPA survey of brief cognitive screening instruments. *Int Psychogeriatr*. 2006;18:281-294.
9. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Krasnov C. Screening for dementia. A systematic evidence review. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. [Acesso jun/2008]. Disponível em < www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm. >
10. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for Dementia in Primary Care: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2003;138:927-937.
11. Drickamer MA, Lachs MS. Should patients with Alzheimer's disease be told their diagnosis? *N Engl J Med*. 1992;326:947-51.
12. Jha A, Tabet N, Orrell M. To tell or not to tell—comparison of older patients' reaction to their diagnosis of dementia and depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:879-85.
13. O'Connor DW, Pollitt PA, Hyde JB, Brook CP, Reiss BB, Roth M. Do general practitioners miss dementia in elderly patients? *BMJ*. 1988;297:1107-10.
14. Lagaay AM, van der Meij JC, Hijmans W. Valida-

- tion of medical history taking as part of a population based survey in subjects aged 85 and over. *BMJ*. 1992;304:1091-2.
15. Cooper B, Bickel H, Schaufele M. Early development and progression of dementing illness in the elderly: a general-practice based study. *Psychol Med*. 1996;26:411-19.
 16. Olafsdottir M, Skoog I, Marcusson J. Detection of dementia in primary care: the Linköping study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000;11:223-9.
 17. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med*. 2001;160:2964-2968.
 18. Somerfield MR, Weisman CS, Ury W, Chase GA, Folstein MF. Physician practises in the diagnosis of dementing disorders. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39:172-175.
 19. Glasser M. Alzheimers disease and dementing disorders: practices and experiences of rural physicians. *Am J Alzheimers Care Rel Disord Res*. 1993;8(4):28-35.
 20. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:777-781.
 21. Bush C, Kozak J, Elmslie T. Screening for cognitive impairment in the elderly. *Can Fam Physician*. 1997;43:1763-1768.
 22. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.ed. Washington, D.C.: American Psychiatry Association, 1994.
 23. Eefsting JA, Boersma F, Van den Brink W, Van Tilburg W. Differences in prevalence of dementia based on community survey and general practitioner recognition. *Psychol Med*. 1996;26:1223-30.
 24. Sternberg SA, Wolfson C, Baumgarten M. Undetected dementia in community-dwelling older people: the Canadian Study of Health and Aging. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:1430-4.
 25. Ross GW, Abbott RD, Petrovitch H. Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men. *The Honolulu-Asia Aging Study*. *JAMA*. 1997;277:800-5.
 26. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2.ed. Alexandria, VA: International Medical Publishing; 1996:531-40.
 27. Costa PT Jr, Williams TF, Somerfield M. *Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias*. Clinical Practice Guideline no. 19. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1996. AHCPR publication no. 97-0702.
 28. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23:433-41.
 29. Scanlan JM, Brush M, Quijano C, Borson S. Comparing clock tests for dementia screening: naive judgments vs formal systems—what is optimal? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:14-21.
 30. Schramm U, Berger G, Muller R, Kratzsch T, Peters J, Frolich L. Psychometric properties of Clock Drawing Test and MMSE or Short Performance Test (SKT) in dementia screening in a memory clinic population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:254-60.
 31. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:548-61.
 32. Kirby M, Denihan A, Bruce I, Coakley D, Lawlor BA. The clock drawing test in primary care: sensitivity in dementia detection and specificity against normal and depressed elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:935-40.
 33. Powlishta KK, Von Dras DD, Stanford A. The clock drawing test is a poor screen for very mild dementia. *Neurology*. 2002;59:898-903.
 34. Teng EL, Chui HC. The Modified Mini-Mental State (3MS) examination. *J Clin Psychiatry*. 1987;48:314-318.
 35. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:216-22.
 36. Frank RM, Byrne GJ. The clinical utility of the Hopkins Verbal Learning Test as a screening test for mild dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15:317-24.
 37. Hogervorst E, Combrinck M, Lapuerta P, Rue J, Swales K, Budge M. The Hopkins Verbal Learning Test and screening for dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2002;13:13-20.
 38. Jarvenpaa T, Rinne JO, Raiha I. Characteristics of two telephone screens for cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2002;13:149-55.
 39. Lawrence J, Davidoff D, Katt-Lloyd D, Auerbach M, Hennen J. A pilot program of improved methods for community-based screening for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:205-11.
 40. Wilder D, Cross P, Chen J. Operating characteristics of brief screens for dementia in a multicultural population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1995;3:96-107.
 41. Braekhus A, Laake K, Engedal K. A low, 'normal' score on the Mini-Mental State Examination predicts development of dementia after three years. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43:656-61.
 42. Law S, Wolfson C. Validation of a French version of an informant-based questionnaire as a screening test for Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry*. 1995;167:541-4.
 43. Lindeboom J, Launer LJ, Schmand BA, Hooyer C, Jonker C. Effects of adjustment on the case-finding potential of cognitive tests. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:691-5.
 44. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkachorn A, Ebrahim S. Chula Mental Test: a screening test for elderly people in less developed countries. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1996;11:714-20.
 45. McDowell I, Kristjansson B, Hill GB, Hebert R. Community screening for dementia: the Mini Mental State Exam (MMSE) and Modified Mini-Mental State Exam (3MS) compared. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:377-83.
 46. Heun R, Papassotiropoulos A, Jennssen F. The validity of psychometric instruments for detection of dementia in the elderly general population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:368-80.
 47. Solomon PR, Brush M, Calvo V. Identifying dementia in the primary care practice. *Int Psychogeriatr*.

- 2000;12:483-93.
48. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:1143-53.
49. Reilly S, Challis D, Burns A, Hughes J. The use of assessment scales in Old Age Psychiatry Services in England and Northern Ireland. *Aging Ment Health*. 2004;8:249-55.
50. Borson S, Brush M, Gil E. The clock drawing test: utility for dementia detection in multiethnic elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1999;54:534-540.
51. Holsinger T, Deveau J, Boustani M, Williams JW Jr. Does this patient have dementia? *JAMA*. 2007;297:2391-404.
-

Artigo Recebido: 26/05/2008

Aceito para publicação: 05/08/2008