

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Fluxograma de avaliação do declínio cognitivo em idosos: revisão de literatura e desenvolvimento do protocolo.

Residente: Bruna Pasquali
Orientador: Maurício Kunz

Porto Alegre, 01 de Dezembro de 2022

CIP - Catalogação na Publicação

Pasquali, Bruna

Fluxograma de avaliação do declínio cognitivo em idosos: revisão de literatura e desenvolvimento do protocolo. / Bruna Pasquali. -- 2023.

29 f.

Orientador: Mauricio Kunz.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Queixa cognitiva. 2. Investigação de síndrome demencial. 3. Declínio cognitivo em idosos. 4. Diagnósticos diferenciais de síndromes demenciais. I. Kunz, Maurício, orient. II. Título.

RESUMO

Introdução: As síndromes demenciais, ou transtornos neurocognitivos maiores, são cada vez mais prevalentes no Brasil, mas o subdiagnóstico é um desafio global. O transtorno neurocognitivo maior tem um impacto imensurável na qualidade de vida do indivíduo, na reestruturação familiar e no custo social para a comunidade. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias para aumentar a precisão do diagnóstico de síndromes demenciais em todos os níveis do sistema de saúde. Neste trabalho, propõe-se o desenvolvimento de um protocolo assistencial para padronizar e qualificar o atendimento de idosos com queixa cognitiva.

Metodologia: Foram realizadas duas etapas neste trabalho: revisão narrativa de literatura e o desenvolvimento de protocolo assistencial de investigação de declínio cognitivo. A revisão narrativa buscou, na literatura científica e em site geral de busca, fluxogramas e guidelines de avaliação de queixas cognitivas em idoso. Foram encontradas 14 referências de guidelines utilizados em instituições públicas e privadas. A partir da análise subjetiva dos fluxogramas encontrados, foi proposto um fluxograma de investigação de declínio cognitivo em idosos.

Resultados: De um total de 1420 referências encontradas, foram incluídos 14 protocolos de investigação de declínio cognitivo. Destes, a maioria menciona o Mini-Exame do Estado Mental como teste de rastreamento cognitivo, exames laboratoriais de diferentes tipos, e a maioria recomenda a realização de neuroimagem (TC ou RM). Alguns protocolos sugerem a exclusão de quadro depressivo e delirium no processo diagnóstico. Assim, foi desenvolvido um protocolo assistencial com fluxograma de avaliação de declínio cognitivo em idosos, especialmente para o contexto de pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Neste fluxograma, foi adicionada a necessidade de exclusão de quadro depressivo, seguido da exclusão de quadro de delirium. Em seguida, sugere-se a caracterização de queixa cognitiva e funcionalidade subjetivamente, seguido de teste de rastreio cognitivo (Mini-Exame do Estado Mental), e avaliação de funcionalidade pelo Pfeffer. Por último, sugere-se a realização de exames laboratoriais e consultoria para neurologia para avaliar necessidade e tipo de exame de neuroimagem.

Discussão: O desenvolvimento do fluxograma de avaliação de declínio cognitivo foi feito com base na revisão de literatura e no contexto de aplicação no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os passos do fluxograma são explicados detalhadamente ao longo do trabalho. Além disso, o protocolo de investigação tem impacto assistencial e pedagógico. O impacto assistencial se evidencia na otimização de recursos e padronização de investigação de declínio cognitivo, no contexto de subdiagnóstico alarmante de demência no mundo. O impacto pedagógico ocorre no ensino de profissionais de saúde a investigar declínio cognitivo de maneira padronizada e alertar aos passos para definir queixa cognitiva, declínio e quando encaminhar a profissionais especialistas.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Demências no Brasil e no mundo

À medida que a expectativa de vida no mundo cresce, o impacto das demências tem aumentado. O transtorno neurocognitivo maior é uma das principais causas de declínio funcional e cognitivo entre idosos, e tem impacto direto na qualidade de vida do indivíduo, na família e na sociedade. Atualmente, estima-se que a maioria dos indivíduos com demência habite países de baixa e média renda (PRINCE *et al.*, 2016), locais particularmente desprovidos de estudos de prevalência. O subdiagnóstico de demência atinge 75% no mundo (GLOBAL STATUS REPORT ON THE PUBLIC HEALTH RESPONSE TO DEMENTIA, 2021) e 77% no Brasil (NAKAMURA *et al.*, 2015), e as causas ainda são muito debatidas na literatura. O número estimado de pessoas vivendo com demência em 2019 era de 55 milhões - com expectativa de aumentar até 139 milhões até 2050.

Dentre os transtornos neurocognitivos maiores mais comuns, a doença de Alzheimer é a mais prevalente. Esta é seguida de demência vascular, e então outros tipos menos prevalentes, como Demência por corpúsculos de Lewy, Demência frontotemporal, Parkinsonismos atípicos, entre outras. (ELAHI; MILLER, 2017)

É importante salientar que a identificação precoce das síndromes demenciais é essencial para traçar estratégias de saúde pública para prevenção. Cerca de 50% dos casos de transtornos neurocognitivos maiores no Brasil são atribuíveis a fatores de risco modificáveis (BORELLI *et al.*, 2022), ressaltando o enorme potencial de mudança de cenário nacional com o diagnóstico precoce. Assim, faz-se essencial criar estratégias de identificação com maior precisão, custo-efetividade e factibilidade nos diferentes cenários de atenção do Sistema Único de Saúde.

1.2. Investigação de síndrome demencial

O grande número de subdiagnóstico de transtorno neurocognitivo maior é relacionado, entre vários outros fatores, à complexidade da avaliação do paciente com síndrome demencial. Ainda hoje, instrumentos de rastreamento cognitivo são criados para diferentes cenários, especialmente para identificar fases clinicamente pouco sintomáticas das doenças neurodegenerativas. Assim, o advento de métodos de biomarcadores também tem se mostrado promissor para a investigação de pacientes em fases precoces de doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer (OLSSON *et al.*, 2016).

O diagnóstico das diferentes síndromes demenciais pode, e deve, ser realizado em todos os âmbitos do sistema de saúde. O consenso brasileiro para diagnósticos de transtornos neurocognitivos maiores foi publicado recentemente com o foco de guiar preferências de práticas para identificar e tratar pacientes em rede primária, secundária e terciária (SMID *et al.*, 2022). Levando em consideração que hospitais terciários possuem tecnologia e pessoal treinado adequadamente para identificar os pacientes com síndrome demencial sem diagnóstico, é gerada a necessidade de padronizar o atendimento para otimizar o processo diagnóstico desses pacientes.

Basicamente, o processo de investigação de síndromes demenciais deve levar em consideração a avaliação clínica e os exames complementares. Entende-se como avaliação clínica a anamnese dirigida para queixas cognitivas, associada à estimativa do grau de funcionalidade do paciente, e o exame cognitivo. Dentro do âmbito de testagem cognitiva, dois tipos diferentes de avaliação são possíveis: os rastreamentos e a bateria cognitiva. A escolha entre teste de rastreio ou bateria cognitiva leva em consideração o contexto de

avaliação, o grau de conhecimento do avaliador, os recursos disponíveis, o tempo disponível e a necessidade do caso.

Os exames complementares recomendados são altamente variáveis. Em termos gerais, não são necessários exames para se estabelecer o diagnóstico sindrômico de demência, mas os exames auxiliam a descartar causas reversíveis de demência, além de servirem como suporte ao diagnóstico. Usualmente, recomenda-se a realização de exames para identificar causas tóxico-metabólicas, hipovitaminose B12, hipotireoidismo, alteração hepática ou renal, e infecção de sistema nervoso central (como neurosífilis).

Os critérios diagnósticos de demência também são frequentemente atualizados para incorporar os rápidos avanços da área. A doença de Alzheimer, por exemplo, teve seus critérios diagnósticos atualizados 6 vezes desde sua primeira definição, em 1984 (MCKHANN *et al.*, 1984). Atualmente, a DA é definida, em contexto de pesquisa, como a presença de biomarcadores definidores da doença - o sistema ATN - e potencialmente identificada em fase assintomática, chamada de DA pré-clínica (JACK *et al.*, 2018).

1.3. Recomendações de sociedades especializadas

Grandes entidades criaram suas próprias recomendações para investigação de queixa cognitiva e demência.

O Ministério da Saúde (MS) criou recentemente uma linha de cuidado em demência, abrangendo o fluxograma de investigação de queixa cognitiva a nível primário (REF). Quanto ao rastreamento, o MS enfatiza a importância de diferir entre envelhecimento normal ou fisiológico do declínio cognitivo e/ou demência.

As orientações presentes na Linha de Cuidado do MS, propõem que frente a suspeita de demência, proceda-se com uma avaliação clínica, visando, inicialmente, excluir quadros de delírium ou de transtornos psiquiátricos como motivo da queixa cognitiva. Em caso de identificação destas causas citadas anteriormente, deve-se proceder com manejo adequado para tal. Seguindo o fluxo proposto, ao excluir-se as causas delírium ou transtorno psiquiátrico como causa da queixa, deve-se avaliar se o declínio cognitivo afeta múltiplos domínios.

Na linha de cuidado proposta pelo MS sugere-se uma avaliação neuropsicológica breve que pode ser realizada utilizando-se alguns instrumentos práticos: lista de palavras do CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*), MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*), teste do relógio, além da Escala de Depressão Geriátrica.

O MS aponta que a aplicação de instrumentos serve como teste de rastreio, não devendo ser utilizados isoladamente para a conclusão diagnóstica. Tal órgão também salienta que pacientes com testes indicativos de déficit cognitivo devem ser avaliados para estabelecimento de diagnóstico precoce.

Em caso negativo, o diagnóstico de síndrome demencial é excluído. Caso pelo menos dois domínios cognitivos estejam afetados, sugere-se a avaliação de comprometimento funcional. Se não houver declínio funcional, podemos nomear a síndrome como comprometimento cognitivo leve. Em contrapartida, na presença de declínio funcional pode-se diagnosticar a síndrome demencial e sugere-se a solicitação de exames complementares.. Tais exames são propostos para determinar a etiologia da demência

Orientações específicas para a atenção primária foram desenvolvidas no âmbito do **Telessaúde**, um programa desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e incorporado ao SUS (UFRGS, [s. d.]). Tal plataforma também enfatiza em seu conteúdo, a

importância de caracterizar se os achados são atribuíveis aos diagnósticos diferenciais mais comuns: delírium e transtorno psiquiátrico maior.

Não apresentam um fluxograma de avaliação mas recomenda-se que a queixa de declínio cognitivo seja objetivamente avaliada por meio de testes como o miniexame do Estado Mental e pode ser complementada com o teste do desenho do relógio (funções executivas e visuoespaciais) e teste da fluência por categoria semântica.

O Sistema de Saúde Nacional da Inglaterra (National Health System, *NHS*) apresenta orientações preferenciais para avaliação de testagem para demência (WEBSITE, 2021). As diretrizes do NICE atualmente recomendam exames de imagem cerebral como parte necessária da investigação. A recusa de realização do exame por parte do paciente não deve impedir que um diagnóstico seja feito se toda a clínica apontar para tal.

O exame de tomografia computadorizada pode mostrar danos vasculares e áreas de atrofia lobar, mas, essencialmente, exclui tumores cerebrais e hidrocefalia de pressão normal. Tumores cerebrais devem ser considerados se a história for incomumente rápida ou há características novas ou neurológicas súbitas ou flutuantes. Deve-se suspeitar de hidrocefalia de pressão normal se a deterioração cognitiva for associada à marcha anormal ou ao início de um tipo de instabilidade do detrusor gerando incontinência.

A ressonância magnética é mais sensível do que a tomografia computadorizada para detectar danos vasculares e atrofia cerebral. A atrofia ao redor do hipocampo é particularmente relevante. Exames mais avançados como Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET scans) podem mostrar mais detalhes, mas ficam mais reservados para solicitação de um especialista.

Exames de sangue de rotina incluem hemograma completo, VHS, PCR, TSH e provas de função hepática, glicose, vitamina B12 e folato. Exames de sangue raramente ajudam com o diagnóstico, mas é importante que sejam solicitados para a exclusão de causas reversíveis. Teste de screening para sífilis deve ser feito se fatores de risco forem identificados.

A Academia Brasileira de Neurologia também desenvolveu recomendações para o diagnóstico de declínio cognitivo leve e demência em contexto brasileiro (SMID *et al.*, 2022). Assim como o Telessaúde, descrito acima, as recomendações passam por um rastreio cognitivo com sugestão de alguns testes cognitivos breves, e chama atenção a recomendação da Bateria Breve de Rastreio Cognitivo. Esse teste é especialmente útil em contextos de baixa escolaridade. Assim, também se recomenda a realização de exames laboratoriais associados a exames de neuroimagem para o diagnóstico de declínio cognitivo.

Em todos os cenários mencionados acima, existe uma tendência a realizar um teste de rastreamento cognitivo, associado a exames laboratoriais para excluir causas reversíveis de demência e um exame de neuroimagem. No entanto, é notável que cada local personaliza suas recomendações de acordo com o contexto em que os pacientes vivem. Assim, não existe recomendação universal para o protocolo de diagnóstico de declínio cognitivo, e as recomendações tendem a ser regionalizadas. Portanto, o trabalho presente se propõe a desenvolver um protocolo assistencial para o contexto de pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, levando em consideração o contexto social, cultural e doenças prevalentes na região.

2. JUSTIFICATIVA

Primeiramente, este trabalho se faz necessário pela altíssima frequência de subdiagnóstico de demência no Brasil e no mundo. Em se tratando de um ambiente de atenção terciária, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre se situa em uma posição privilegiada para identificar os casos de síndrome demencial que são atendidos na instituição.

A correta identificação de pacientes com síndrome demencial - tanto no contexto hospitalar quanto no contexto ambulatorial - reduz o custo relacionado ao manejo de pacientes com demência, melhora qualidade de vida do paciente, reduz estresse do cuidador e traz, por último, benefício para o indivíduo e para a sociedade.

Assim, a proposta de implementação de um protocolo assistencial para investigação de queixa cognitiva se faz útil não apenas para reduzir o subdiagnóstico em demência, mas para padronizar o atendimento e para aumentar a conscientização da demência no contexto nacional.

3. OBJETIVOS

O objetivo principal deste trabalho é desenvolver um protocolo assistencial de investigação de queixa cognitiva no contexto hospitalar e ambulatorial.

Os objetivos secundários são:

- Revisar recomendações de sociedades brasileiras e internacionais a respeito da investigação de queixa cognitiva
- Desenvolver um fluxograma para investigação de queixa cognitiva em ambiente de internação.
- Desenvolver um fluxograma para investigação de queixa cognitiva em ambiente de ambulatório.
- Propor métrica para avaliação de utilidade do protocolo assistencial proposto.

4. METODOLOGIA

Este trabalho foi desenvolvido em duas etapas: revisão narrativa de literatura e desenvolvimento de protocolo assistencial para investigação de queixa cognitiva.

A primeira etapa foi a revisão narrativa de literatura, que foi realizada busca no MEDLINE com as seguintes palavras-chaves: "(dementia OR cognitive impairment) AND (guideline* OR flowchart OR workup OR investigation OR evaluation) NOT (covid OR training OR improvement OR frailty OR psycho* OR risk)", filtrando a busca apenas para revisões. Não foi limitado o período de tempo nem linguagem. Os descritores foram escolhidos levando em conta: avaliação de declínio cognitivo *latu sensu* (por isso dementia OR cognitive impairment); um descritor do tipo de estudo que foi buscado: guideline OR flochart OR workup OR investigation OR evaluation; excluídas situações específicas que podem se tratar de confundidores da avaliação de queixa cognitiva: NOT (covid OR training OR improvement OR frailty OR psycho* OR risk).

Tendo em vista que algumas entidades médicas não publicam guidelines como artigos científicos, e potencialmente ficam excluídas desta análise, utilizamos também a busca no Google para identificar fluxogramas de investigação de queixa cognitiva em idosos. Foi dada especial atenção para protocolos criados por órgãos governamentais para servir de guidelines para os médicos da nação. Os artigos foram revisados para título, e, aqueles que continham as palavras-chave, foram analisados os resumos. Em seguida, foi realizada uma revisão crítica da literatura encontrada e selecionadas as recomendações com maior nível de evidência científica para sua elaboração. Apenas trabalhos com avaliação de queixa cognitiva em etapas foram incluídos neste estudo, desenvolvidos por sociedades ou entidades representativas de especialidades (por exemplo, Associação Brasileira de Neurologia). Estudos de opinião, relatos de caso, e originais foram excluídos.

A segunda etapa foi o desenvolvimento do fluxograma de investigação de queixa cognitiva em idosos. Nesta etapa, foram analisados conjuntamente todos os trabalhos que demonstravam o fluxo de avaliação de queixa cognitiva em todos os diferentes cenários de assistência (ambulatorial e hospitalar). Após, as etapas foram analisadas criticamente com base em evidências demonstradas pelos trabalhos. Em seguida, o contexto de implementação da investigação de queixa cognitiva foi avaliado - no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - levando em consideração particularidades do público-alvo que utilizará o Protocolo Assistencial, as limitações orçamentárias do Sistema Único de Saúde, e o desfecho disponível dentro do contexto (solicitação de exames, disponibilidade de exames, custo de laboratoriais, disponibilidade de consultorias de neurologia e psiquiatria). Por último, os passos foram criados com base nas orientações de desenvolvimento de Protocolo Assistencial apresentado na Intranet da instituição.

5. RESULTADOS

Foram encontradas 1420 referências para avaliação, sendo 520 resultados no MEDLINE, e as primeiras 10 páginas do Google foram buscadas, totalizando 900 websites. Destes, 25 títulos apresentavam as palavras-chave, e foram incluídas 14 referências que descrevem com detalhes o fluxo de investigação de idoso com suspeita de declínio cognitivo (Tabela 1).

Os 14 protocolos de investigação de declínio cognitivo foram originários de instituições públicas (n = 7), de sociedades profissionais (n = 6) ou de artigo de revisão (n = 1). Os protocolos sugerem diferentes tipos de avaliação cognitiva, sendo o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) o mais recomendado (n = 11). A maioria dos protocolos sugere uso de neuroimagem na avaliação de todos idosos com declínio cognitivo (n = 8), sendo que alguns protocolos sugerem para casos específicos (n = 2). Exames laboratoriais foram indicados por quase todos protocolos (n = 12), mas existindo algumas divergências em relação aos marcadores laboratoriais solicitados. Alguns protocolos sugeriram a exclusão de quadro confusional agudo (n = 6) e de depressão (n = 6) para o diagnóstico de demência ou declínio cognitivo leve.

Tabela 1. Protocolos de investigação de declínio cognitivo de fontes públicas e privadas.

	Avaliação cognitiva indicada	Laboratoriais indicados	Neuroimagem indicada	Outras informações
Canadá (DEMENTIA: SCREENING & ASSESSMENT, [s. d.]	MEEM, Mini-Cog, Animal naming, MOCA	Hemograma, eletrólitos, cálcio, TSH e glicose	Não indicam de rotina.	Excluir delirium
Austrália (GUIDELINE ADAPTATION COMMITTEE., 2016)	Instrumento com reliability e validado.	Hemograma, eletrólitos, cálcio, glicose, função renal e função hepática	Sugerem TC ou RM em casos leves. Moderado/severo é	Excluir delirium
British Columbia, Canadá (COGNITIVE IMPAIRMENT - RECOGNITION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT IN PRIMARY CARE, [s. d.]	MEEM, Clock drawing test, MOCA	Sódio, TSH, Cálcio, B12	Não indicam de rotina.	Excluir delirium, uso de álcool, drogas, comorbidades
American Psychological Association (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, APA TASK FORCE FOR THE	MEEM, MOCA	(para psicólogos)	(para psicólogos)	Bateria completa em casos indicados

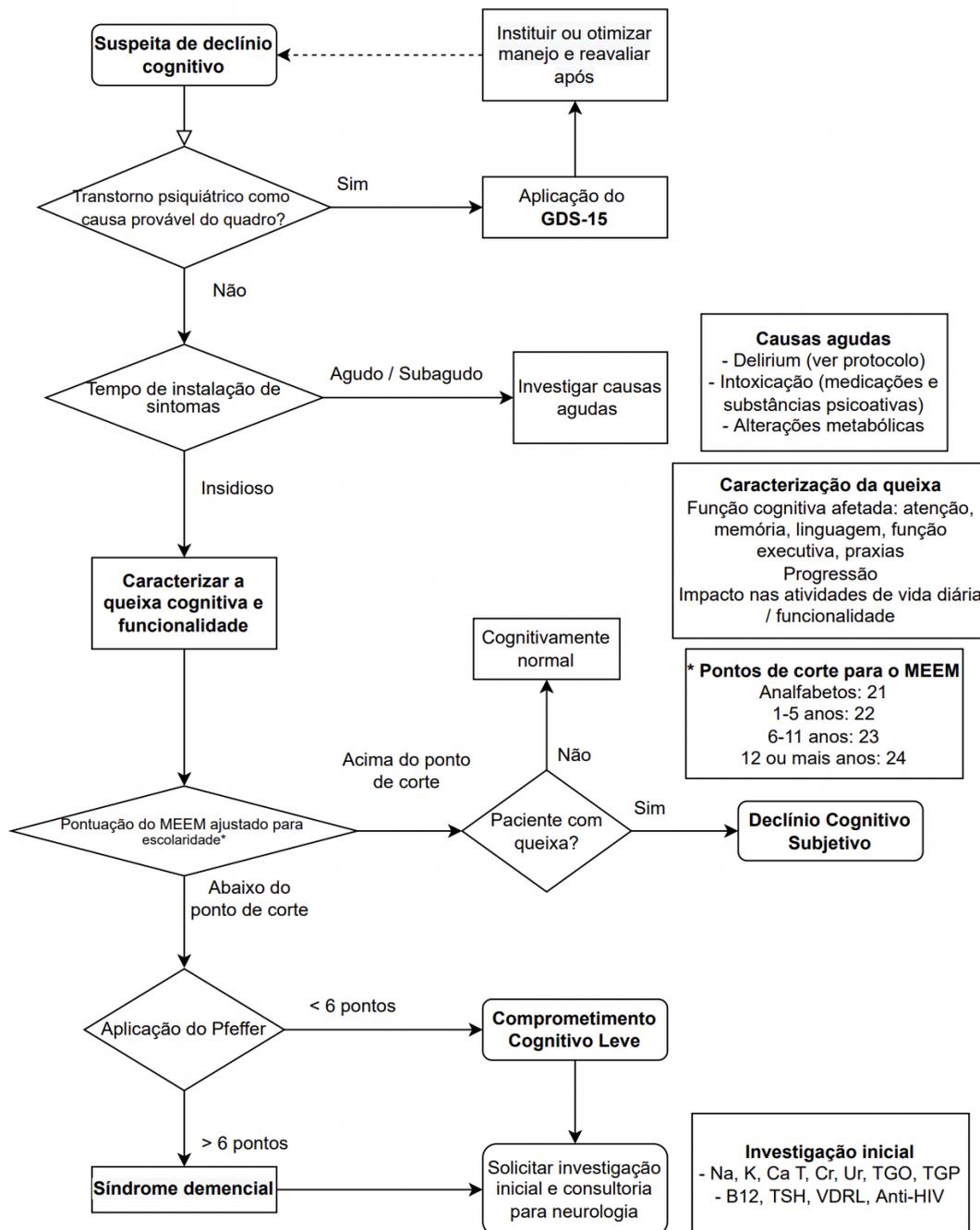
EVALUATION OF DEMENTIA AND AGE-RELATED COGNITIVE CHANGE, [s. d.]				
American Academy of Neurology (PETERSEN <i>et al.</i> , 2018)	Validated assessment			Monitorar fatores de risco, funcionalidade, sintomas neuropsiquiátricos
Inglaterra (WEBSITE, 2021)	Abbreviated Mental Test Score, GPCOG, MOCA, ACE-III, MEEM	Hemograma, PCR, TSH, função hepática, Glicemia de jejum, B12 e folato	TC ou RM	
Brasil, Ministério da Saúde (DIAGNÓSTICO PRECOCE, [s. d.])	Não especificam teste. Sugerem CDR	Hemograma, Anti-HIV, VDRL, FTA-ABS, B12, Na, K, Glicemia de jejum, Ureia, Creatinina, perfil glicêmico, perfil lipídico, avaliação hepática e cálcio, TSH	TC ou RM	Excluir delirium ou depressão antes do diagnóstico.
Brasil, Telessaúde (UFRGS, [s. d.])	MEEM, Rastreo do relógio, fluência semântica.	TSH, B12, Anti-HIV, VDRL e FTA-ABS, Hemograma, Na, K, Glicose, Ureia e Creatinina	TC ou RM	Recomendam uso de GDS-15
American Academy of Neurology (KNOPMAN <i>et al.</i> , 2001)	MEEM,	Hemograma, eletrólitos, glicose, ureia, creatinina, B12, TSH e sífilis	TC ou RM	Excluir depressão
Brasil (SMID <i>et al.</i> , 2022)	MEEM, BBRC, MOCA	Hemograma, Cr, TSH, Albumina, enzimas hepáticas, B12, Cálcio Iônico, Sífilis, Anti-HIV	TC ou RM	LCR em pacientes com quadros atípicos, em menores de 65 anos ou evidência de outra causa.
Portugal (VISUALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO INICIAL DA DEMÊNCIA, [s. d.])	MMSE, Clock drawing test	Hemograma, eletrólitos, cálcio, ureia, creatinina, lesão hepática, TSH, B12, B9, B1, EQU, VDRL	TC ou RM	Excluir depressão e delirium

Sociedade Espanhola de Neurologia (DE NEUROLOGIA, [s. d.])	MMSE e GDS-FAST	Hemograma, Perfil metabólico, função tireoidea, B12, ácido fólico, função hepática	TC ou RM	
França (DE SANTÉ, [s. d.])	MMSE, MOCA, GP-COG, 6-CIT, MIS, 5 palavras de Dubois, Codex	TSH, Hemograma, PCR, Na, Ca, Glicemia, Albumina, Creatinina	TC ou RM	
India (SHAJI <i>et al.</i> , 2018)	MEEM, ACE	Desordens metabólicas, tireoide, B12, falência renal, falência hepática, malignidades	Eventualmente TC ou RM	Excluir delirium e depressão

Legenda: MEEM: Mini-Exame do Estado Mental, MOCA: Montreal Cognitive Assessment, ACE: Addenbrooke Cognitive Evaluation, CDR: Clinical Dementia Rating, BBRC: Bateria Breve de Rastreo Cognitivo, GDS: Geriatric Depression Scale, GP-COG, 6-CIT, TC: Tomografia Computadorizada, RM: Ressonância Magnética.

Com base nos resultados encontrados na revisão de literatura, foi desenvolvido o protocolo assistencial de investigação de queixa cognitiva em idosos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do Protocolo Assistencial de Avaliação de Declínio Cognitivo em idoso.



6. DISCUSSÃO

Neste trabalho, foi revisada literatura para identificar protocolos, fluxogramas e guidelines para avaliação de declínio cognitivo em idosos e foi desenvolvido um protocolo assistencial para declínio cognitivo em idosos para o contexto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este protocolo assistencial foi desenvolvido com base nas recomendações de entidades médicas especializadas e governamentais de diversos países. Este protocolo apresenta um fluxograma de investigação de declínio cognitivo a nível hospitalar, para uso em unidades de internações do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta seção se propõe a revisar criticamente os passos que são referentes a avaliação psiquiátrica - especialmente a seleção dos passos no fluxograma. A seguir, serão discutidos: (1) detalhamento dos passos do fluxograma, com foco na avaliação psiquiátrica, (2) o impacto assistencial do protocolo assistencial, e (3) o impacto pedagógico do protocolo assistencial.

Cada etapa do fluxograma foi selecionada cuidadosamente com base na revisão de literatura. A escolha do gatilho para iniciar o protocolo ("Suspeita de declínio cognitivo") foi selecionada de acordo com discussão entre a equipe de desenvolvimento do fluxograma. Foi-se evitado o termo "avaliação de queixa cognitiva" visto que alguns pacientes em estágio demencial apresentam anosognosia com maior frequência (CACCIAMANI *et al.*, 2021), perdendo a chance de identificar esses pacientes. Assim, o termo "Suspeita de declínio cognitivo" pode ser do paciente, do acompanhante ou da equipe assistencial. A avaliação psiquiátrica ocorre antes da avaliação da queixa dadas características únicas inerentes ao quadro mental, e principalmente pela prevalência de depressão em idosos (ISMAIL *et al.*, 2017).

A avaliação psiquiátrica é o primeiro passo do fluxograma. A relação de depressão e transtorno neurocognitivo maior é complexa e interligada - tanto como causa, consequência ou coincidência (BENNETT; THOMAS, 2014). A depressão maior apresenta um importante fator de risco modificável de demência, com um risco de 1.9 vezes maior de desenvolver perda cognitiva (DINIZ *et al.*, 2013). Ao mesmo tempo, a depressão maior também é uma causa importante de declínio cognitivo potencialmente reversível, e deve ser identificada precocemente para manejo de quadro de humor e para reduzir o risco de desenvolver transtorno neurocognitivo maior no futuro (BENNETT; THOMAS, 2014).

As incertezas diagnósticas diferenciais resultam do fato de que os sintomas depressivos também podem ocorrer nos estágios iniciais dos processos demenciais. O processo de diagnóstico diferencial de declínio cognitivo em idosos deve começar com a exclusão do diagnóstico de depressão e, somente após a avaliação e consequente tratamento antidepressivo, outros procedimentos diagnósticos e terapêuticos devem ser instituídos.

O uso de uma abordagem de raciocínio clínico estruturado pode ajudar os médicos a obter um diagnóstico preciso em pacientes que apresentam dificuldades de memória (LEE *et al.*, 2013). Delirium, depressão e causas reversíveis precisam ser excluídos, seguidos de diferenciação entre envelhecimento cognitivo normal, comprometimento cognitivo leve e demência. A obtenção de história colateral e avaliação funcional precisa são críticas. As formas comuns de demência podem ser diferenciadas clinicamente pela ordem em que os sintomas aparecem e pela evolução dos déficits cognitivos ao longo do tempo. Tipicamente, os primeiros sinais de demência de Alzheimer envolvem comprometimento da memória episódica, enquanto a demência envolvendo causas predominantemente vasculares pode apresentar perda precoce da função executiva e memória episódica relativamente preservada. A demência frontotemporal e os distúrbios do espectro do corpo de Lewy podem

apresentar perda precoce da função executiva e da função visuoespacial, bem como características clínicas características.

A escolha do uso da Escala de Depressão Geriátrica foi baseada em sua fácil aplicabilidade clínica por médicos não especialistas, não demanda longos períodos de tempo, e foi desenvolvida especificamente para a população da faixa etária proposta (KITCHING, 2015). Este formulário curto é particularmente útil quando se deseja resultados rápidos. A GDS é uma ferramenta que foi desenvolvida com base em descobertas de que indivíduos idosos com depressão geralmente apresentam sintomas únicos, como sintomas físicos, ansiedade e declínio da função cognitiva. A versão reduzida de 15 itens da GDS (GDS-15), foi desenvolvida posteriormente e teve como objetivo melhorar a sua aplicabilidade e adesão. Assim, essa escala se destaca em comparação com outras, como Hamilton Depression Scale, Patient Health Questionnaire - 9 e Beck Depression Inventory, que costumam levar mais tempo e não são específicas para idosos.

O diagnóstico da depressão em pacientes com demência leve e moderada deve ser considerado na presença de sinais e sintomas depressivos, mesmo sem caracterizar uma síndrome depressiva completa. Assim, o uso da GDS-15 deve ser contextualizado na avaliação clínica, e não usado de maneira isolada para diagnosticar transtornos de humor. A GDS-15 tem papel importante na identificação dos sintomas de humor, mas não é suficiente para diagnosticar uma doença.

Excluída a causa psiquiátrica da suspeita de declínio cognitivo no idoso, deve-se excluir causas agudas - determinadas no fluxograma como estado confusional agudo, ou *delirium*. O protocolo assistencial de *delirium* do Hospital de Clínicas de Porto Alegre apresenta com detalhamento e precisão o diagnóstico e manejo desses quadros, potencialmente reversíveis e de grande utilidade em contexto de internação.

Após exclusão de causa aguda, caracteriza-se o declínio cognitivo de acordo com as funções cognitivas acometidas e seu impacto na funcionalidade do paciente. Deve-se atentar que o acometimento de memória episódica de maneira isoladamente é altamente sugestivo de Doença de Alzheimer, por definição. (PETERSEN *et al.*, 2021) Com a caracterização da queixa, então se deve aplicar testes objetivos de avaliação cognitiva - aqui selecionado o Mini-Exame do Estado Mental e Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.

A seleção do MEEM e do Pfeffer foram de acordo com o contexto de aplicação. O MEEM apresenta facilidade de treinamento por vários profissionais da equipe assistencial, grande base científica que sustenta seu uso, alta sensibilidade para quadros demenciais (apesar de menor para quadros de Comprometimento Cognitivo Leve), e rapidez na sua aplicação. Foi optado por usar ponto de corte variável pela idade para aumentar a precisão do rastreio (KOCHHANN *et al.*, 2010). Foram ponderados outros testes de rastreio cognitivo, como o MOCA e a Bateria Breve de Rastreio Cognitivo, mas a aplicação em contexto de protocolo assistencial é impactada pelo tempo e pela necessidade de treinamento pela equipe, o que dificulta a implementação e aumenta a variabilidade inter-examinador. Já o questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer foi selecionado porque avalia questões de Atividades Básicas de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária, dois domínios de funcionalidade acometidos em graus diferentes em pacientes com demência. Assim, pode-se estimar o estágio de declínio cognitivo com maior precisão do que com escalas mais direcionadas, como o Katz (LINO *et al.*, 2008), Lawton (BARBOSA *et al.*, 2014) e Barthel (MINOSSO *et al.*, 2010). Assim, a consultoria para neurologia deve ser aberta em casos de MEEM abaixo do ponto de corte junto com Pfeffer acima do ponto de corte. Assim, a neurologia que ponderará a solicitação do melhor exame de neuroimagem para o paciente,

de acordo com a síndrome demencial. Esse passo evita a solicitação de Ressonância Magnética indiscriminadamente e sem critérios para os pacientes com declínio.

O desenvolvimento deste protocolo também tem caráter pedagógico. A criação de um protocolo de investigação de queixa cognitiva formaliza a necessidade de avaliação qualificada de idosos com queixa cognitiva, a nível institucional, entre a equipe assistencial. Indivíduos com declínio cognitivo podem ser identificados por todos os profissionais de saúde, não apenas a equipe médica - isso traz um potencial de reduzir o subdiagnóstico de demência (PAGE *et al.*, 2008). Assim, a criação e divulgação deste protocolo aumenta a conscientização da avaliação cognitiva do idoso e abre uma janela de oportunidade para reduzir o sub diagnóstico de demência. O atendimento aos pacientes é dado quase em sua totalidade por médicos residentes no HCPA; estes, ao se confrontarem com um paciente idoso com queixa cognitiva, terão acesso ao protocolo assistencial para fornecer a atenção adequada ao paciente com queixa. Nesse contexto, o protocolo assistencial pode ser apresentado de maneira formal para formação de profissionais de saúde que, indubitavelmente, atenderão pacientes com demência sem diagnóstico em sua prática diária.

Este trabalho está sujeito a limitações desde sua concepção. Tendo em vista que a revisão de literatura foi realizada de forma narrativa, alguns fluxogramas podem não ter sido identificados. O uso de buscador indexado (Google) inevitavelmente gera viés de seleção, sendo que os mais frequentes são exibidos prioritariamente na pesquisa, tendo influência de instituições que pagam para divulgar seus sites com prioridade também. O desenvolvimento do fluxograma foi realizado com base no contexto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e pode não ser generalizável para outras instituições ou contextos. Assim sugere-se que este protocolo seja avaliado e discutido entre profissionais de outras instituições antes de ser implementado em outros contextos.

7. CONCLUSÕES

Em suma, o protocolo assistencial para investigação de declínio cognitivo foi desenvolvido com base em recomendações de sociedades nacionais e internacionais de diversos países. Este protocolo tem potencial para identificar idosos com síndrome demencial e reduzir o impacto do subdiagnóstico de demência no contexto institucional. Além do objetivo assistencial, esse protocolo também tem finalidade prática para formação de profissionais de saúde que atuam em rede assistencial.

8. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, APA TASK FORCE FOR THE EVALUATION OF DEMENTIA AND AGE-RELATED COGNITIVE CHANGE. **Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change**. [S. l.]: 2021, [s. d.]. Disponível em: <https://www.apa.org/practice/guidelines/guidelines-dementia-age-related-cognitive-change.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 3317–3325, 2014. Disponível em: Acesso em: 19 nov. 2022.

BENNETT, S.; THOMAS, A. J. Depression and dementia: cause, consequence or coincidence?. **Maturitas**, [s. l.], v. 79, n. 2, p. 184–190, 2014.

BORELLI, W. V. *et al.* Preventable risk factors of dementia: Population attributable fractions in a Brazilian population-based study. **The Lancet Regional Health - Americas**, [s. l.], v. 11, p. 100256, 2022.

CACCIAMANI, F. *et al.* Awareness of Cognitive Decline in Patients With Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in aging neuroscience**, [s. l.], v. 13, p. 697234, 2021.

COGNITIVE IMPAIRMENT - RECOGNITION, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT IN PRIMARY CARE. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/cognitive-impairment>.

DEMENTIA: SCREENING & ASSESSMENT. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/dementia/dementia--screening-and-assessment>. Acesso em: 16 nov. 2022.

DE NEUROLOGÍA, S. E. **Guía oficial de práctica clínica en Demencia**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

DE SANTÉ, H. A. **Une démarche diagnostique progressive et personnalisée en médecine générale**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_4_demarche_diagnostique_trouble_cognitif_mg.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

DIAGNÓSTICO PRECOCE. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/unidade-hospitalar-especializada/diagnostico-precoce/#pills-fluxo-de-avaliacao>. Acesso em: 16 nov. 2022.

DINIZ, B. S. *et al.* Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, [s. l.], v. 202, n. 5, p. 329–335, 2013.

ELAHI, F. M.; MILLER, B. L. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. **Nature reviews. Neurology**, [s. l.], v. 13, n. 8, p. 457–476, 2017.

GLOBAL STATUS REPORT ON THE PUBLIC HEALTH RESPONSE TO DEMENTIA. [S. l.]: World Health Organization, 2021.

GUIDELINE ADAPTATION COMMITTEE. **Clinical Practice Guidelines and Principles of Care for People with Dementia**. [S. l.: s. n.], 2016. Disponível em: <https://cdpc.sydney.edu.au/wp-content/uploads/2019/06/Dementia-Guideline-Recommendations-WEB-version.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2022.

ISMAIL, Z. *et al.* Prevalence of Depression in Patients With Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA psychiatry**, [s. l.], v. 74, n. 1, p. 58–67, 2017.

JACK, C. R. *et al.* NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. **Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association**, [s. l.], v. 14, n. 4, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29653606/>. Acesso em: 1 out. 2022.

KITCHING, D. Depression in dementia. **Australian prescriber**, [s. l.], v. 38, n. 6, p. 209–2011, 2015.

KNOPMAN, D. S. *et al.* Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). **Neurology**, [s. l.], v. 56, n. 9, p. 1143–1153, 2001. Disponível em: Acesso em: 16 nov. 2022.

KOCHHANN, R. *et al.* The Mini Mental State Examination: Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. **Dementia & Neuropsychologia**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 35–41, 2010. Disponível em: Acesso em: 19 nov. 2022.

LEE, L. *et al.* Structured approach to patients with memory difficulties in family practice. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, [s. l.], v. 59, n. 3, p. 249–254, 2013.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008. Disponível em: Acesso em: 19 nov. 2022.

MCKHANN, G. *et al.* Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. **Neurology**, [s. l.], v. 34, n. 7, 1984. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6610841/>. Acesso em: 1 out. 2022.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 218–223, 2010. Disponível em: Acesso em: 19 nov. 2022.

NAKAMURA, A. E. *et al.* Dementia underdiagnosis in Brazil. **The Lancet**, [s. l.], v. 385, n. 9966, p. 418–419, 2015.

OLSSON, B. *et al.* CSF and blood biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. **Lancet neurology**, [s. l.], v. 15, n. 7, p. 673–684, 2016.

PAGE, S. *et al.* Nurses making a diagnosis of dementia--a potential change in practice?. **International journal of geriatric psychiatry**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 27–33, 2008.

PETERSEN, R. C. *et al.* NIA-AA Alzheimer's Disease Framework: Clinical Characterization of Stages. **Annals of neurology**, [s. l.], v. 89, n. 6, p. 1145–1156, 2021.

PETERSEN, R. C. *et al.* Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of

the American Academy of Neurology. **Neurology**, [s. l.], v. 90, n. 3, p. 126–135, 2018.

PRINCE, M. *et al.* Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. **Alzheimer's research & therapy**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 23, 2016.

SHAJI, K. S. *et al.* Clinical Practice Guidelines for Management of Dementia. **Indian journal of psychiatry**, [s. l.], v. 60, n. Suppl 3, p. S312, 2018. Disponível em: Acesso em: 16 nov. 2022.

SMID, J. *et al.* Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sindrômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, [s. l.], 2022. Disponível em: https://www.demneuropsy.com.br/wp-content/uploads/2022/09/DN_v16n3suppl1.pdf.

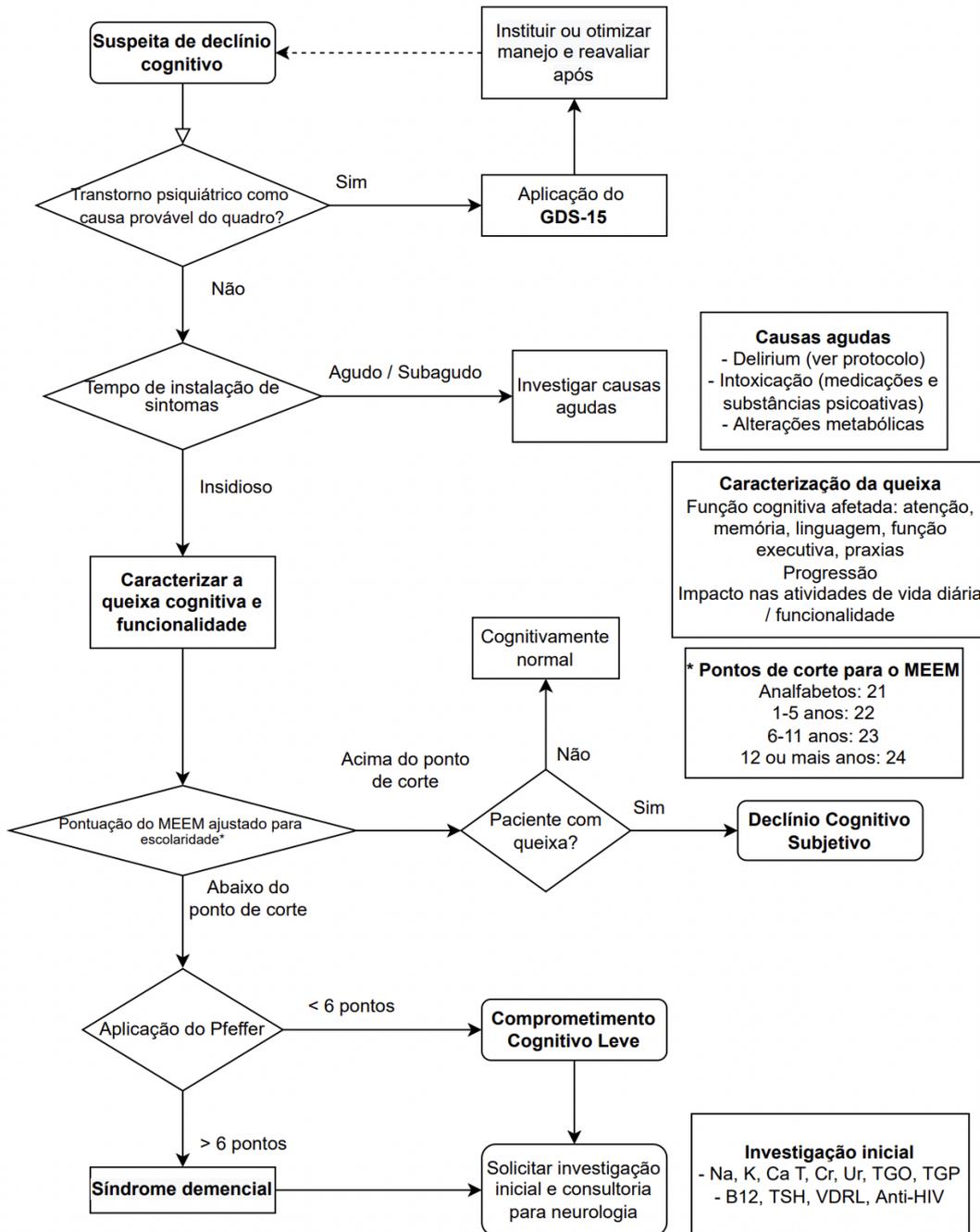
UFRGS. **Resumo clínico - Demência**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/neurologia_resumo_de_mencia_TSRS.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

VISUALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO INICIAL DA DEMÊNCIA. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10076/9813>. Acesso em: 16 nov. 2022.

WEBSITE, N. H. S. **Tests for diagnosing dementia**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/diagnosis-tests/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

APÊNDICES E ANEXOS

1. PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE QUEIXAS COGNITIVAS EM IDOSOS



Instrumentos usados no protocolo

Rastreo de sintomatologia depressiva

Geriatric Depression Scale - 15 questions

Selecione a resposta que mais se aproxima do seu estado durante a semana, marcando-a

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. Encontra-se satisfeito com a sua vida em termos gerais? | () Sim () <u>Não</u> |
| 2. Tem abandonado muitos de seus interesses e atividades? | () <u>Sim</u> () Não |
| 3. Sente que a sua vida está vazia? | () <u>Sim</u> () Não |
| 4. Você se aborrece com frequência? | () <u>Sim</u> () Não |
| 5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo | () Sim () <u>Não</u> |
| 6. Tem medo que algum mal vá lhe acontecer? | () <u>Sim</u> () Não |
| 7. Você se sente feliz a maior parte do tempo? | () Sim () <u>Não</u> |
| 8. Você sente que sua situação não tem saída? | () <u>Sim</u> () Não |
| 9. Você prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? | () <u>Sim</u> () Não |
| 10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? | () <u>Sim</u> () Não |
| 11. Você acha maravilhoso estar vivo? | () Sim () <u>Não</u> |
| 12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? | () <u>Sim</u> () Não |
| 13. Você se encontra cheio de energia? | () Sim () <u>Não</u> |
| 14. Você acha que sua situação é sem esperança? | () <u>Sim</u> () Não |
| 15. Você acha que a maioria das pessoas está melhor do que você? | () <u>Sim</u> () Não |

TOTAL:

_____ **Pontos**

Mini-Exame do Estado Mental

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)		
ORIENTAÇÃO		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	5	
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local¹) (nº ou andar²).	5	
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . (Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até 5 vezes, para que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____)	3	
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo³ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	5	
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	3	
LINGUAGEM		
* Identificar lápis e relógio de pulso (sem estar no pulso).	2	
* Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”. (Falar essa frase de forma inteira e apenas uma vez).	3	
* Ler (“só com os olhos”) e executar: FECHE OS OLHOS	1	
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)	1	
* Copiar o desenho: <div style="text-align: center;">  </div>	1	
TOTAL:	30	

Questionário de Atividades de Vida Diária de Pfeffer

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FUNCIONAL – PFEFFER						
	0	1	2	3	0	1
1. Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
2. Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
3. Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
4. Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
5. Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						
6. Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?						
7. Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?						
8. Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?						
9. Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?						
10. Ele (Ela) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?						
PONTUAÇÃO						

ESCORE		
0. Normal	2. Necessita de ajuda	0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo
1. Faz, com dificuldade	3. Não é capaz	1. Nunca o fez e agora teria dificuldade

Abrangência

O protocolo visa abranger pacientes idosos com queixa cognitiva no âmbito das unidades de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Definição

Demência é definida como uma síndrome caracterizada por um declínio cognitivo e/ou comportamental cujos sintomas interferem nas atividades de vida diária (AVD) levando a prejuízo funcional em relação a níveis prévios e não explicáveis por delirium ou transtorno psiquiátrico maior. (McKhann et al. 2011; Smid et al. 2022).

Estima-se que aproximadamente 75% dos pacientes com demência sejam subdiagnosticados no Brasil e no Mundo (Nakamura et al. 2015; “World Alzheimer Report 2022: Life after Diagnosis: Navigating Treatment, Care and Support” 2022). Isso torna essencial a identificação de pacientes quando em ambiente terciário, com recursos tecnológicos e humanos especializados e disponíveis para realização do diagnóstico de

demência. O diagnóstico usualmente ocorre a nível ambulatorial, mas o diagnóstico em internação é uma possibilidade que não pode ser perdida.

Dentre as síndromes demenciais mais comuns, a doença de Alzheimer é a mais prevalente. Esta é seguida de demência vascular, e então outros tipos menos prevalentes, como Demência por corpúsculos de Lewy, Demência frontotemporal, Parkinsonismos atípicos, entre outras. (Elahi and Miller 2017)

Funções cognitivas

A avaliação da queixa cognitiva necessita, obrigatoriamente, identificar a função cognitiva afetada. As funções cognitivas usualmente avaliadas no paciente idoso são resumidas na tabela a seguir (Tabela 1).

Quadro 1. Funções cognitivas e exemplos de queixas relacionadas.

Memória: repetir perguntas, contar histórias repetidas vezes, esquecer onde colocou objetos, lembrar uma pequena quantidade de compras sem uma lista, lembrar de fatos recentes em detalhes, lembrar de compromissos e datas;

Linguagem: tem dificuldade em se expressar ou em entender. Pode usar "coisa" ao se referir a um objeto. Pode esquecer nomes de objetos ou de pessoas. Pode errar palavras, travar frequentemente na fala, com ecolalia. Casos graves geram mutismo.

Funções visuoespaciais: seguir um mapa e encontrar a localização desejada, ler o mapa e ajudar nas instruções quando alguém está dirigindo, achar o carro em um estacionamento lotado, achar o caminho certo para encontrar alguém em um local predeterminado, localizar-se dentro de uma loja, em locais familiares ou que costuma ir muitas vezes; fica confuso ao anoitecer, quando a luz muda suas percepções.

Funções executivas: planejar um dia destinado a múltiplas tarefas (ex.: banco, supermercado, farmácia, cuidado com a casa), capacidade de prever mudanças e se planejar de acordo, desenvolver uma agenda para executar tarefas planejadas, pensar antes de executar, manter o trabalho e casa organizados, capacidade para lidar com finanças simples (pequenas quantidades de dinheiro, troco) e complexas (banco, contas, cartão de crédito), ter uma maneira organizada para lidar com medicações;

Atenção: dificuldade em fazer duas coisas ao mesmo tempo, capacidade de se concentrar em uma tarefa sem se distrair por estímulos externos; leva mais tempo para fazer atividades rotineiras.

Comportamento e cognição social: desinibição (sem pudor), comportamento social inaceitável ou inapropriado, perda de decoro ou "modos" no convívio social, impulsividade nos atos ou atos com pouco cuidado, apatia, inércia, perda de interesse e motivação por atividades ou relações, perda de empatia, pouca resposta aos sentimentos ou necessidades dos outros, pouco afeto ou diminuição do interesse social ou interpessoal, irritabilidade, labilidade emocional, agitação, agressividade, comportamento obsessivo, compulsivo, estereotipado, ritualístico ou perseverativo, questionar se o indivíduo pode ser levado a encontros sociais e quando levado se comporta adequadamente.

Indicação do protocolo assistencial

Todos os pacientes com idade igual ou superior a 65 anos e que apresentem suspeita de declínio cognitivo. Essa suspeita de declínio deve ser avaliada: (1) pela queixa cognitiva pelo paciente, (2) pela queixa do acompanhante, ou (3) pela avaliação clínica do profissional de saúde acerca de declínio cognitivo. Estes pacientes apresentam alta prevalência de sintomas de etiologia psiquiátrica como causa de queixa cognitiva, sendo indicada a avaliação com GDS-15 como teste de rastreio. Aqueles que apresentarem sintomas importantes de depressão devem ser tratados inicialmente como quadro psiquiátrico antes de seguir investigação. Isso significa, iniciar manejo nos que não tinham história prévia, e otimizar tratamento naqueles que já tinham iniciado.

Em seguida, se coleta o tempo de evolução dos sintomas, pois é essencial para se diferenciar queixa cognitiva de diferentes etiologias. Causas agudas e subagudas são definidas como início rápido, de dias a semanas, e devem ser investigadas em contexto de alterações agudas intra ou extra-hospitalares. O quadro 2 apresenta as principais causas que devem ser excluídas em casos de queixas cognitivas agudas em idosos, e incluem estado confusional agudo (vide protocolo assistencial específico), intoxicação por medicamentos ou substâncias (uso de álcool, benzodiazepínico, iatrogenia, antipsicótico, etc), alterações metabólicas (hiperamonemia, uremia), entre outras causas.

Quadro 2. Causas agudas de declínio cognitivo

Estado confusional agudo (ver protocolo assistencial específico)
Uso de substâncias (lícitas ou ilícitas)
Prescrição de medicações (opioides, benzodiazepínicos, antipsicóticos, sedativos, alta carga anticolinérgica)
Intoxicação exógena
Abstinência
Infecção não-controlada (septicemia, sepse)
Alteração hidroeletrólítica
Causas neurológicas (Wernicke, TCE, encefalopatia hipertensiva)
Outras causas (Insuficiência cardíaca, distúrbio hematológico grave, doença renal crônica, queimaduras, hiper/hipotermia, trauma grave)

Na vigência do idoso com queixa cognitiva de instalação lenta, crônica, insidiosa, e excluídas as causas mencionadas acima, então se determina a necessidade de caracterizar a queixa cognitiva e o seu impacto na funcionalidade do paciente. Neste momento, faz-se essencial a diferenciação entre queixa de memória (sugestiva de Doença de Alzheimer, por exemplo) da queixa de linguagem (sugestiva de demência frontotemporal, por exemplo) de acordo com a tabela 1. A funcionalidade deve ser avaliada através das atividades que o

paciente realiza sozinho. O impacto na funcionalidade auxilia a graduar o impacto dessa queixa na rotina de vida diária do paciente - se impacta em atividades básicas (tomar banho, vestir-se, comer, continência urinária) ou em atividades instrumentais (tomar os próprios medicamentos, tomar condução sozinho, pagar as contas, entre outros).

O quadro cognitivo então deve ser objetivamente medido através do Mini-Exame do Estado Mental, levando-se em consideração a idade do paciente. Os pontos de corte utilizados são demonstrados no quadro especificado no fluxograma, de acordo com estudo brasileiro de validação destes valores (Kochhann et al. 2010). Idosos com suspeita de declínio cognitivo não devida a quadro psiquiátrico descompensado, de início insidioso e pontuação no MEEM acima do ponto de corte, devem ser questionados se possuem queixa de esquecimento. Se sim, recebem a classificação de Declínio Cognitivo Subjetivo, de acordo com critérios internacionais (Jessen et al. 2020). Se não, são classificados como cognitivamente normais.

Idosos que tenham pontuação abaixo do ponto de corte para escolaridade no MEEM devem ser avaliados com o questionário de funcionalidade para atividades de vida diária, desenvolvida por Pfeffer (Pfeffer et al. 1982). Os idosos que apresentarem significativa perda de funcionalidade, com pontuação da escala de Pfeffer acima de 5, recebem a classificação de síndrome demencial.

Esses pacientes devem ser investigados para causas reversíveis de demência e chamada a consultoria da neurologia para avaliação etiológica. No entanto, pacientes que tenham pontuação abaixo do ponto de corte para escolaridade no MEEM e não apresentem perda de funcionalidade, com escala de Pfeffer abaixo de 6, são classificados como Declínio Cognitivo Leve.

Avaliação clínica:

1. A anamnese é o principal componente da avaliação clínica. Deve-se caracterizar a queixa cognitiva, o grau de impacto na vida diária do paciente, o tempo de evolução, a associação com outros sintomas, comorbidades, medicações em uso, história de doença mental prévia, história familiar e suporte social do paciente.

2. O exame cognitivo vem na sequência - o Mini-Exame do Estado Mental é classicamente o mais usado e o mais conhecido. Existem testes cognitivos de fácil acesso que podem ser utilizados na investigação de queixa cognitiva - como o teste de fluência semântica (Neves et al. 2020), teste do relógio (Sunderland et al. 1989), teste de dígitos (Sunderland et al. 1989; Woods et al. 2011), o Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al. 2005), entre outros.

3. A avaliação objetiva da funcionalidade é essencial para diferenciar o Declínio Cognitivo Leve de Demência. Sugere-se a aplicação do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (Pfeffer et al. 1982). Também existem outros instrumentos caso julgados necessários, como Clinical Dementia Rating (Chaves et al. 2007), Escala de

Atividades Básicas de Vida Diária de Katz (Lino et al. 2008), Escala de Lawton (Santos, dos Santos, and Junior 2008), entre outras.

Manejo inicial

Tendo em vista que paciente idoso com queixa cognitiva pode ter como diversas etiologias, sugerimos um manejo inicial amplo e abrangente. Este paciente, em contexto hospitalar, apresenta risco elevado de quadro de estado confusional agudo; portanto, sugerimos intervenção multicomponente (vide Protocolo Assistencial de Prevenção e Manejo de Delirium em Unidades de Internação e Emergência - página 4).

Indicadores de Adesão e de Impacto Assistencial

Aferição da Adesão:

- Frequência da aplicação de MEEM em pacientes com 65 anos e queixa cognitiva em unidades de internação.
- Solicitação de consultoria para neurologia e psiquiatria com paciente apresentando MEEM e GDS-15.

Aferição de impacto:

- Incidência do diagnóstico de síndrome demencial nas unidades de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Glossário

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental. GDS-15: Geriatric Depression Scale - 15 item (Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens). Pfeffer: Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.

Referências Bibliográficas

Chaves, Márcia Lorena Fagundes, Ana Luiza Camozzato, Cláudia Godinho, Renata Kochhann, Artur Schuh, Vanessa Lopes de Almeida, and Jeffrey Kaye. 2007. "Validity of the Clinical Dementia Rating Scale for the Detection and Staging of Dementia in Brazilian Patients." *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 21 (3): 210–17.

Elahi, Fanny M., and Bruce L. Miller. 2017. "A Clinicopathological Approach to the Diagnosis of Dementia." *Nature Reviews. Neurology* 13 (8): 457–76.

Jessen, Frank, Rebecca E. Amariglio, Rachel F. Buckley, Wiesje M. van der Flier, Ying Han, José Luis Molinuevo, Laura Rabin, et al. 2020. "The Characterisation of Subjective Cognitive Decline." *Lancet Neurology* 19 (3): 271–78.

Kochhann, Renata, Juliana Santos Varela, Carolina Saraiva de Macedo Lisboa, and Márcia Lorena Fagundes Chaves. 2010. "The Mini Mental State Examination: Review of Cutoff Points Adjusted for Schooling in a Large Southern Brazilian Sample." *Dementia & Neuropsychologia* 4 (1): 35–41.

Lino, Valéria Teresa Saraiva, Silvia Regina Mendes Pereira, Luiz Antônio Bastos Camacho, Sergio Telles Ribeiro Filho, and Salo Buksman. 2008. "[Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index)]." *Cadernos de saude publica* 24 (1): 103–12.

McKhann, G. M., D. S. Knopman, H. Chertkow, B. T. Hyman, C. R. Jack, C. H. Kawas, W. E. Klunk, et al. 2011. "The Diagnosis of Dementia due to Alzheimer's Disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association Workgroups on Diagnostic Guidelines for Alzheimer's Disease." *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* 7 (3). <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>.

Nakamura, Antonio Eduardo, Davi Opaleye, Giovanni Tani, and Cleusa P. Ferri. 2015. "Dementia Underdiagnosis in Brazil." *The Lancet* 385 (9966): 418–19.

Nasreddine, Ziad S., Natalie A. Phillips, Valérie Bédirian, Simon Charbonneau, Victor Whitehead, Isabelle Collin, Jeffrey L. Cummings, and Howard Chertkow. 2005. "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment." *Journal of the American Geriatrics Society* 53 (4): 695–99.

Neves, Tatiana Reis Fabiano, Narahyana Bom de Araújo, Felipe de Oliveira Silva, José Vinícius Alves Ferreira, Thomas Rune Nielsen, Knut Engedal, Jerson Laks, and Andrea Camaz Deslandes. 2020. "Accuracy of the Semantic Fluency Test to Separate Healthy Old People from Patients with Alzheimer's Disease in a Low Education Population." *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 69 (2): 82–87.

Pfeffer, R. I., T. T. Kurosaki, C. H. Harrah Jr, J. M. Chance, and S. Filos. 1982. "Measurement of Functional Activities in Older Adults in the Community." *Journal of Gerontology* 37 (3): 323–29.

Santos, Roberto Lopes dos, Roberto Lopes dos Santos, and Jair Sindra Virtuoso Júnior. 2008. "Confiabilidade Da Versão Brasileira Da Escala de Atividades Instrumentais Da Vida Diária." *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*. <https://doi.org/10.5020/18061230.2008.p290>.

Smid, J. *et al.* Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sindrômico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, [s. l.], 2022. Disponível em: https://www.demneuropsy.com.br/wp-content/uploads/2022/09/DN_v16n3suppl1.pdf.

Sunderland, T., J. L. Hill, A. M. Mellow, B. A. Lawlor, J. Gundersheimer, P. A. Newhouse, and J. H. Grafman. 1989. "Clock Drawing in Alzheimer's Disease. A Novel Measure of Dementia Severity." *Journal of the American Geriatrics Society* 37 (8): 725–29.

Woods, David L., Mark M. Kishiyama, E. William Lund, Timothy J. Herron, Ben Edwards, Oren Poliva, Robert F. Hink, and Bruce Reed. 2011. "Improving Digit Span Assessment of Short-Term Verbal Memory." *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 33 (1): 101–11.

"World Alzheimer Report 2022: Life after Diagnosis: Navigating Treatment, Care and Support." 2022, September. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2022.pdf>.

Elaborado por: Bruna Pasquali, Maurício Kunz, Márcia Lorena Fagundes Chaves,
Raphael Machado Castilhos, Wyllians Vendramini Borelli

Responsável: Serviço de Neurologia, Serviço de Psiquiatria.