

Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada à idade

Neuropsychological assessment and diagnosis of dementia, mild cognitive impairment and complaint of age-related memory

Gislaine Gil¹, Alexandre Leopold Busse²

Resumo

O acentuado envelhecimento da população brasileira nos últimos anos torna imprescindível o melhor conhecimento das queixas de memória. O artigo relata a utilidade de medidas neuropsicológicas para o diagnóstico diferencial das queixas de memória, aponta alguns instrumentos mais utilizados na prática e comenta o perfil cognitivo de pacientes sem demência, com demência leve e com comprometimento cognitivo leve.

Descritores: Neuropsicologia, Avaliação, Cognição, Memória, Demência, Idoso

Abstract

The sharp aging of the population in recent years makes it essential to improve knowledge of complaints of memory. The article describes the utility of neuropsychological measures for the differential diagnosis of complaints of memory, points out some more tools used in practice and comment on the cognitive profile of patients without dementia, with mild dementia and mild cognitive impairment.

Key words: Neuropsychology, Evaluation, Cognition, Memory, Dementia, Aged

1. Neuropsicóloga, pós-graduanda em Neuropsicologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, responsável pela Avaliação Cognitiva do Check-up Sênior do Fleury e responsável pelo Programa de Estimulação Cerebral do Centro de Envelhecimento Saudável do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

2. Médico Assistente do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Trabalho apresentado na III Jornada de Psicologia – Neurociências e Comportamento promovida pelo Setor de Psicologia do CAISM/ISCMSP

Endereço para correspondência: Gislaine Gil. Av. Angélica, 1761, cj-114 – Higienópolis - 01227-200 – São Paulo – SP - Brasil

Introdução

O envelhecimento populacional trouxe preocupações para os clínicos, dentre estas, entender o que está por trás dos lapsos de memória. Os idosos frequentemente reclamam esquecer o nome de pessoas conhecidas, comentam que o nome de objetos está na ponta da língua e não vêm à tona, não se recordam do nome de lugares que frequentaram; sendo estas, queixas comuns dentro de uma lista cada vez mais numerosa. Basta saber, se estas dificuldades representam declínio cognitivo associado ao envelhecimento, se as queixas fazem parte do diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou se realmente representam uma condição degenerativa do sistema nervoso central.

Déficit progressivo de memória e de pelo menos uma outra função cortical superior (linguagem, função executiva, praxia e função visual) perfaz o diagnóstico de demência que é clínico, mas que requer confirmação do prejuízo cognitivo, por avaliação neuropsicológica detalhada, principalmente nas fases iniciais, segundo os critérios de NINCDS-ADRDA¹.

Para o diagnóstico de CCL, o paciente não deve ter alteração nas atividades de vida diária, mas deve apresentar declínio do desempenho cognitivo, usualmente acompanhado de dificuldades nos testes da avaliação neuropsicológica, mas que não chegam a preencher critérios diagnósticos para demência². A importância deste diagnóstico deve-se a observação em estudos de incidência aumentada de demência no seguimento de sujeitos com diagnóstico de CCL².

Petersen et al³, seguiram por quatro anos um grupo comunitário de idosos com cuidados clínicos primários que tinham alto risco de desenvolver doença de Alzheimer, sendo que baseado em seus achados os idosos receberam o diagnóstico de CCL e a partir dos seguintes critérios: queixa de déficit de memória, atividades normais da vida diária, funções cognitivas gerais normais e função de memória anormal em 1,5

desvio padrão abaixo da média para idade em testes de memória. Atualmente sabe-se que os critérios correspondem ao CCL amnésico.

À medida que as pesquisas do CCL avançaram⁴, ficou evidente a existência de vários subtipos clínicos, porque apesar da maior parte das pesquisas terem se concentrado no CCL amnésico, outros tipos de CCL também foram identificados. A partir da avaliação da memória e continuando com a avaliação de outros domínios cognitivos como linguagem, funções atencionais, executivas e habilidades visoespaciais, foi possível determinar a classificação de CCL amnésico único domínio (se este for o único domínio cognitivo com prejuízo significativo), CCL amnésico múltiplos domínios (se envolve prejuízo da memória e outros domínios), CCL não amnésico único domínio (se não houver prejuízo significativo da memória e sim de um único outro domínio cognitivo) e CCL não amnésico múltiplos domínios (se o prejuízo acontecer em vários domínios que não a memória). Em pesquisa por nós realizada⁵ em amostra comunitária de São Paulo foi mais frequente idoso que preencheram o critério de CCL múltiplos domínios do que aqueles que preencheram critérios de CCL amnésico.

Mudanças cognitivas relacionadas ao envelhecimento normal são investigadas por avaliação neuropsicológica anuais. O seguimento mostra-se importante, pois os estudos demonstraram declínio na avaliação; em 40% dos idosos após 12 meses de seguimento, sendo que o pior desempenho nos testes cognitivos no início do estudo representou maior risco para declínio subsequente⁶.

É a área da Neuropsicologia que auxilia explorar estas imperfeições da memória e da cognição em geral, e ajudar os profissionais da área da saúde a diagnosticar o problema. Para isto, utiliza-se da Avaliação Neuropsicológica (AN)¹.

A Avaliação Neuropsicológica auxilia no diagnóstico diferencial¹ das queixas mnêmicas/cognitivas, uma vez que, examina o funcionamento neurológico visando evidenciar e detalhar as repercussões das lesões e disfunções cerebrais, sobre o comportamento e sobre a cognição. A avaliação é composta por testes, em geral testes psicométricos e outros que induzem o examinado a perfazer tarefas que requerem uso de funções isoladas. A interpretação dos resultados ocorre através da análise quantitativa e, principalmente, qualitativa na execução dos testes. Este trabalho propõe descrever alguns dos instrumentos neuropsicológicos mais utilizados para o diagnóstico diferencial relacionado às queixas de memória do idoso, comenta o perfil cognitivo das doenças relacionadas à dificuldade de memória e, com isto, reafirma a importância da Avaliação Neuropsicológica no contexto clínico.

Instrumentos Neuropsicológicos

Alguns dos instrumentos neuropsicológicos mais utilizados para avaliar o funcionamento da memória e cognitivo são:

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

Para o rastreamento de amostras e detecção de casos de demência, pode-se utilizar o Mini-Exame do Estado Mental, sendo que no Brasil, a versão padronizada de Brucki et al⁷ do MEEM, mostrou-se adequada tanto para uso institucional (hospital, ambulatório) quanto para uso em estudo populacional (visita domiciliar) e foi aconselhada pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia⁸.

É um teste de fácil e rápida aplicação, com boa adaptabilidade para rastreamento de distúrbios cognitivos, avaliação da gravidade e da intensidade de declínio cognitivo nos casos clínicos, com confiabilidade adequada em situações de teste e reteste (0,80 a 0,95)⁹, permitindo o seguimento evolutivo do paciente.

Consiste em várias questões que foram agrupadas nos domínios cognitivos: orientação temporal, orientação espacial, atenção, cálculo, linguagem, construção visuo-espacial, registro e evocação. O teste foi construído de forma que cada item fosse pontuado como 0 ou 1, ou seja, de acordo com a realização ou não da tarefa, num total máximo de 30 pontos. O corte, segundo o estudo de Brucki et al⁷ para a população brasileira consiste em: para analfabetos a pontuação ≥ 20 ; escolaridade de 1-4 anos pontuação ≥ 25 ; de 5-8 anos de escolaridade pontuação ≥ 27 e 9 anos ou mais pontuação ≥ 28 .

O instrumento apresenta limitações ao que diz respeito à avaliação de pacientes mais graves ou com alterações que os impeçam de desempenhar os testes, como é o caso de pacientes com afasia⁹. Por ser um teste cujo resultado é expresso apenas em termos quantitativos, fatores como quadro de depressão poderia prejudicar o rendimento do paciente. Na demência frontotemporal os sintomas comportamentais podem preceder as alterações intelectuais, logo o MEEM pode estar normal no início do quadro⁹.

Escala de avaliação clínica de demência (Clinical Dementia Rating-CDR)

A CDR é usada como um instrumento de avaliação global das demências e quantifica o grau de demência e seus estágios, ou seja, a gravidade do processo demencial. A proposta do instrumento é de avaliar seis importantes domínios: memória, orientação, capacidade de julgamento e de resolver problemas, a relação com o meio social, atividades domésticas, de

lazer e cuidados pessoais.

A pontuação varia de 0 a 3, sendo que, a pontuação zero representa os idosos considerados normais, a pontuação 0,5 seria a suspeita de demência (questionável) e a pontuação 1, 2 e 3 o diagnóstico de demência leve, moderada e grave; respectivamente. A confiabilidade entre examinadores foi estimada em 0,74 de acordo com o teste de Kappa¹⁰. A vantagem do instrumento é que não se observou impacto da escolaridade sobre ele.

Teste de aprendizagem auditivo verbal de Rey (Rey Auditory Verbal Learning Test - RAVLT) e Memória lógica da bateria Wechsler revisada (MLWMS-R)

O RAVLT e o MLWMS-R; inclui-se entre os instrumentos cognitivos mais eficazes no diagnóstico de demência leve, e, portanto, sendo incluídos na avaliação neuropsicológica. Estes verificam entre outros itens, recordação tardia que é um item com alta acurácia diagnóstica na doença de Alzheimer provável⁵.

O RAVLT foi desenvolvido por Andre Rey¹¹. O teste consiste em cinco apresentações de 15 palavras (lista A), seguida de uma segunda lista interferente (lista B), também de 15 palavras, com posterior recordação da primeira lista (Lista A). Após, 30 minutos recorda-se novamente a primeira lista. Na versão atual, o reconhecimento é testado pedindo para o sujeito indicar dentre uma lista de 30 palavras lidas em voz alta, qual faz parte da Lista A. O RAVLT prevê medidas imediatas de memória, a eficiência de aprendizagem, os efeitos de interferências, e recordação após períodos curtos e longos¹¹.

O subteste MLWMS-R avalia a recordação imediata e tardia (após trinta minutos) de duas histórias lidas ao sujeito uma seguida da outra. A pesquisa de Lambert et al¹² demonstrou que pacientes demenciados não utilizam a informação semântica na recordação imediata das duas histórias apresentadas ao examinador e a recordação tardia mostrou-se essencialmente ausente.

Ressalta-se que estes instrumentos são de uso restrito do psicólogo e no Brasil seu uso é restrito na área de pesquisa.

Instrumento de atividade de vida diária

O declínio na atividade de vida diária é o elemento integrante nos critérios diagnósticos de demência. Portanto, devem ser incluídas escalas a este respeito na avaliação neuropsicológica, mesmo porque, o uso de instrumentos combinados tem mostrado resultados promissores na melhora da precisão (ou percentagem de classificação correta) do rastreamento de demência, em especial da demência leve. Diversas esferas da vida do paciente podem estar comprometidas poden-

do ser divididas em: atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais da vida diária. Portanto, abaixo serão descritos o Questionário do informante sobre o declínio cognitivo do idoso (Informant Questionnaire of Cognitive Decline in the Elderly- IQCODE) e a Escala Bayer de Atividades da Vida Diária (The Bayer Activities of Daily Living scale - B-ADL).

IQCODE

O IQCODE é um questionário que pode ser preenchido por um parente ou informante de uma pessoa idosa a fim de determinar se essa pessoa tem apresentado declínio no funcionamento cognitivo. O instrumento contém 26 perguntas sobre situações cotidianas em que uma pessoa tem de utilizar a sua memória e/ou inteligência¹³. Cada situação é classificada pelo informante para a quantidade de mudanças ao longo dos últimos 10 anos, utilizando a seguinte escala: (1) Muito melhor, (2) Um pouco melhor, (3) Não há muita mudança, (4) Um pouco pior e (5) Muito pior.

A baixa pontuação no IQCODE em uma pessoa que não dispõe atualmente de demência também foi encontrada para predizer que eles irão desenvolver demência no futuro¹⁴. Sua vantagem é que o questionário não é afetado pela educação e nível intelectual.

B-ADL

A escala B-ADL é reconhecida como instrumento de aplicação multi-cultural, ou seja, idealizada para ser aplicada em populações de culturas diferentes, apresentando valores adequados de sensibilidade para a detecção de casos leves de demência. Tem a vantagem de ser de fácil aplicação e ser utilizada no contexto de atenção primária para rastreamento de demência¹⁵.

É composta por 25 itens; sendo as duas primeiras perguntas referentes à avaliação das atividades do dia-a-dia, as perguntas de 3 a 20 avaliam diretamente os problemas em relação a tarefas específicas da vida diária e as 5 últimas avaliam aspectos das outras funções cognitivas; que devem ser pontuados por um informante que está familiarizado com o sujeito. O escore total é obtido pela somatória de todos os escores parciais, divididos pelo número de itens respondidos, indo à pontuação final de 1,00 a 10,00¹⁵.

Perfil neuropsicológico das demências, do comprometimento cognitivo leve e do processo de envelhecimento normal.

Perfil neuropsicológico das demências

A Doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência, responsável por mais de 50% dos casos na faixa etária igual ou superior a 65 anos¹⁶. A doença

Tabela 1

Perfil cognitivo na fase inicial da demência por doença de Alzheimer¹⁶

<i>Função Cognitiva</i>	<i>Perfil Cognitivo</i>
Memória	Comprometida a memória declarativa, ou seja, a memória para evocar fatos e eventos, principalmente os adquiridos mais recentemente. Preservada a memória não-declarativa, ou seja, o aprendizado de habilidades sensório-motoras.
Visual	Preservada.
Linguagem	Dificuldade para nomear objetos e pode ocorrer dificuldade para analisar o discurso e compreender a leitura. A fala pode estar lenta com presença de repetição de palavras e frases. Reduzida fluência verbal.
Visuo-espacial	Pode ocorrer desorientação espacial e dificuldade para manusear aparelhos complexos.
Função Executiva	Pode ocorrer déficit de atenção seletiva e/ou lentificação em sua performance. Pode ocorrer dificuldade de planejamento.

se caracteriza por processo degenerativo que acomete inicialmente a formação hipocampal, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários. O exame neuropsicológico na fase inicial aponta:

Na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), os distúrbios de linguagem podem ser as manifestações predominantes do processo demencial, enquanto sintomatologia psicótica (como idéias delirantes, sobretudo de caráter persecutório, e alucinações) é habitualmente mais comum nos pacientes mais idosos.

A segunda causa mais frequente de demência, a demência vascular (DV), em países ocidentais, correspondendo à cerca de 10% dos casos, com dados de prevalência encontrados entre 1,2% a 4,2% em indivíduos acima de 60 anos¹⁶. A demência vascular (DV) tem conotações amplas, referindo-se aos quadros demenciais causados pela presença de doença cerebrovascular. É mais comumente utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos infartos), mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (doença de Binswanger), angiopatia amilóide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos¹⁷.

A depressão é mais comum após o acidente vascular cerebral, e ocorre com mais frequência naqueles localizados em hemisfério dominante e regi-

ões subcorticais. A gravidade do quadro depressivo costuma ser correlacionada com a proximidade da lesão com o pólo frontal de hemisfério dominante.

A demência por corpos de Lewy (DCL) corresponde à terceira causa mais frequente de demência em estudos de autópsias realizados em vários centros de pesquisa¹⁸. Caracteriza-se clinicamente por um quadro de demência em que ocorrem: flutuação dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígido-acinéticos, de distribuição simétrica. Duas das manifestações acima descritas são necessárias para o diagnóstico de DCL provável¹⁸. Os pacientes com DCL costumam apresentar episódios frequentes de quedas ou síncope.

A demência frontotemporal (DFT) ocorre mais frequentemente na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), com presença de história familiar em parentes de primeiro grau em cerca de 30% dos casos, com padrão de herança sugestiva de transmissão autossômica dominante. Desse grupo de demências fazem parte a doença de Pick, a degeneração dos lobos frontais e a demência associada à doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica). Pode também ser incluída a demência semântica, também denominada como variante temporal das DFTs. O diagnóstico diferencial das diversas formas de DFT se baseia na história clínica, no exame neurológico e na identificação de perfil característico à avaliação neuropsicológica.

Tabela 2

Perfil cognitivo na demência vascular de pequenos vasos e infartos corticais¹⁷

	<i>Perfil Cognitivo</i>
Pequenos Vasos	Rendimento cognitivo pode parecer adequado, mais lentificado. A lentificação, em geral é acompanhada de comprometimento leve da memória e do funcionamento executivo; principalmente perda da flexibilidade mental e dificuldade em lidar com situações complexas.
Infartos Corticais	Déficits articulatórios e da prosódia, com mais conteúdo e menos anomia.

Tabela 3

Perfil cognitivo alterado na demência por corpos de Lewy¹⁸

Perfil Cognitivo

Alterada	Memória, atenção, velocidade psicomotora, habilidade visuo-espacial e visuo-construtiva, linguagem e função executiva.
-----------------	--

Tabela 4

Perfil cognitivo e comportamental na demência fronto-temporal²¹

Função Cognitiva e Comportamento

Preservada	Memória.Habilidades visuoespaciais.
Alterada	Alterações de comportamento podem se apresentar como isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental e descuido da higiene pessoal.Linguagem com redução da fluência verbal, estereotipias e ecolalia.

Na degeneração dos lobos frontais, na doença de Pick e na demência associada à doença do neurônio motor, ocorre comprometimento predominante de funções executivas com relativa preservação da memória¹⁹.

Na demência semântica o desempenho em testes de nomeação, categorização semântica e fluência verbal (número de animais em um minuto) está muito comprometido; com anomia, perda progressiva do significado das palavras e da capacidade de reconhecimento visual (objetos e seres vivos, incluindo faces conhecidas)²⁰.

No paciente com demência associada à doença do neurônio motor o exame neurológico revela déficit de força muscular, amiotrofia e fasciculações acometendo os membros superiores e inferiores e também, muitas vezes, a língua²¹.

O diagnóstico diferencial entre a degeneração dos lobos frontais e a doença de Pick só é possível com base no exame anatomopatológico¹⁹.

Perfil Neuropsicológico do CCL

Seguindo os critérios adaptados de Petersen et al (1999)³ representa o quadro de CCL: queixas de memória, ao menos uma resposta positiva em nove perguntas sobre funcionamento cognitivo; prejuízo objetivo de memória, considerado como um desvio padrão abaixo da média em comparação com sujeitos da mesma idade e escolaridade; funcionamento cognitivo geral normal e sem prejuízo significativo das atividades da vida diária. Para a identificação deste perfil, Rivas-Vasquez et al²² realizaram uma análise da literatura existente sobre as baterias neuropsicológicas empregadas para se avaliar adequadamente à presença de MCI, propondo os seguintes testes: cognição geral (MMSE), linguagem (Teste de Nomeação de Boston e o teste de associação de palavras oralmente controladas - FAS),

raciocínio conceitual (similaridades da escala de Inteligência de Adulto de Wechsler_III), praxia construtiva (cubos da escala de Inteligência de Adulto de Wechsler_III e Figura complexa de Rey-Osterrieth), memória de trabalho (Sequência número-letra da escala de Inteligência de Adulto de Wechsler_III), evocação imediata e tardia de estímulo visual e verbal (Memória lógica e Reprodução visual da escala de Memória da Wechsler_III e o teste de aprendizagem verbal de Rey) e funções executivas (Teste das Trilhas A e B). Esta bateria foi proposta porque essas medidas têm apresentado elevada sensibilidade, em estudos empíricos, para avaliar MCI e DA pré-clínica, sugerindo que o seguimento de indivíduos poderá ajudar a determinar quais instrumentos neuropsicológicos apresentam maior sensibilidade em detectar o MCI e quais sujeitos deste grupo tendem a evoluir para demência no futuro²².

Nosso estudo encontrou diferenças estatisticamente significativas⁵ na pontuação dos testes: Testes das Trilhas item A, Memória Lógica da escala Wechsler de memória revisada nos itens de recuperação imediata e tardia, e no teste de recordação de Selective nos itens aprendizagem total, no teste de Reprodução Visual da escala Wechsler de memória revisada nos itens recuperação imediata e tardia, no teste de nomeação de Boston nos itens recordação de nomes espontaneamente e número de paragnosia, no subteste Cubos da escala de inteligência para adultos da Wechsler revisada e no Q.I estimado da bateria Wechsler de inteligência adulta revisada, sendo que idosos com CCL tiveram performance pior que o grupo controle⁵.

Perfil neuropsicológico na senescência

O nível de eficiência cognitiva apresenta uma variabilidade entre os idosos e dependem da condição intelectual e fatores como saúde física, atividade

exercida, estimulação cognitiva anterior e atual, meio social e expectativa sobre a velhice²³. Em relação à função cognitiva mnêmica, faz-se necessário entender quais as etapas da memória e quais os tipos de memória de acordo com o tipo de informação para entender o que faz parte do envelhecimento normal.

A memória é composta por etapas, entre estas: aquisição, estocagem ou memorização e evocação. Com o envelhecimento há problemas na aquisição ativa da informação, logo atividades que requerem que as informações sejam transformadas, reorganizadas e associadas a outras informações já existentes; mostram declínio. Na fase de estocagem estratégias de associação são importantes como: uso de estratégias de imagens visuais, auditivas e elaboração semântica, mas os idosos usam pobremente estes recursos²³.

Em relação ao tipo de informação, os idosos não têm dificuldade quanto à memória de procedimento; tipo de memória implícita que se refere à ausência de capacidade de evocar voluntariamente informações armazenadas que é responsável por habilidades como dirigir e ler. Também não apresentam dificuldade em relação à memória explícita (capacidade de evocar voluntariamente informações armazenadas) do tipo semântica, logo conseguem recordar quem descobriu o Brasil, qual é o gosto de uma uva, quem foi Monteiro Lobato, ou seja, das memórias adquiridas ao longo da vida. Teste de complementação de letras (*stem-completion tests*)²⁴ e o vocabulário da bateria Wechsler adulto de inteligência_III, por mensurarem respectivamente as memórias referidas anteriormente, tendem a se manter estáveis com o avançar da idade. Por outro lado, testes medindo habilidades fluidas como novas combinações e aprendizado novo mostraram declínio com a idade, por exemplo, no Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal¹¹. Nesse, houve diferença significativa de desempenho entre os idosos e jovens quando comparado os itens de evocação livre de palavras, diminuindo a diferença de desempenho na recordação com pistas e diminuindo ainda mais o desempenho na prova de reconhecimento²³.

A avaliação neuropsicológica também reflete as alterações passíveis de serem reconhecidas no processo de envelhecimento normal.

Conclusão

Há vinte anos, os idosos com quadro degenerativo normalmente eram diagnosticados em estágios moderados ou graves da sua evolução, quando o eram, pois muitos familiares passivamente aceitavam a "esclerose" do seu idoso como parte integrante do processo de envelhecimento. Os critérios mais definidos de demência e atualmente os estudos de comprometimento cognitivo leve, propiciaram não somente

a diferenciação dos quadros nosológicos, mas também o diagnóstico em fases mais precoces; a fim de possibilitar intervenções terapêuticas e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida para o paciente e seu cuidador. Como observado, a Avaliação Neuropsicológica é o exame de grande valia como parte desta investigação nos quadros de suspeita de demência e CCL, sendo que, as avaliações seriadas propiciam observar a mudança para quadro degenerativo em alguns pacientes diagnosticados inicialmente como CCL ou mesmo com queixa de memória relacionada ao processo de envelhecimento.

Referências Bibliográficas

1. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. 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*. 1984; 34(7):939-44.
2. Devanand DP, Folz M, Gorlyn M, Moeller JR, Stern Y. Questionable dementia: clinical course and predictors of outcome. *J Am Geriatr Soc*. 1997; 45(3):321-8.
3. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangalos EG. Aging, memory, and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 1997; 9(Suppl 1):65-9.
4. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*. 2004; 256(3):240-6.
5. Moreno MPQ, Gil G, Arrais J, Litvoc J, Bottino CMC. Neuropsychological profile of community subjects with amnesic mild cognitive impairment from Brazil. *Alzheimers Dement*. 2006; 3(suppl.1): s373. [P3-005]
6. Dal Forno G, Kawas CH. Cognitive problems in the elderly. [Review] *Curr Opin Neurol*. 1995; 8(4):256-61.
7. 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(3B):777-81.
8. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3A):720-7.
9. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40(9):922-35.
10. Burke WJ, Miller JP, Rubin E, Morris JC, Cohen LA, Duchek J, et al. Reliability of the Washington University Clinical Dementia Rating (CDR). *Arch Neurol*. 1988; 45(1):31-2.
11. Rey A. L'examen clinique en psychologie. Paris: Press Universitaires de France; 1964. 221p.
12. Lamberty GJ, Lamberty KJ, Winger MJ, Holt CS. Sensitivity to levels of importance in the logical memory subtest. *J Clin Geropsychol*. 1999; 5(1):31-8.
13. Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med*. 1989; 19(4):1015-22.
14. Jorm AF. The Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): a review. [Review] *Int Psychogeriatr*. 2004;16(3):275-93.

15. Hindmarch I, Lehfeld H, Jongh P, Erzigkeit H. The Bayer activities of daily living scale (B-ADL). *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1998; 9(Suppl.2):20-6.
 16. Herrera Junior E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Psiquiatr Clin. (São Paulo)* 1998; 25(2):70-3.
 17. Román GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN international workshop. *Neurology*. 1993; 43(2):250-60.
 18. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson D, Hansen LA, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology*. 1996; 47(5):1113-24.
 19. Bottino CMC. Demências frontotemporais. In: Forlenza OV, Caramelli P, editores. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 231-41.
 20. Hodges JR, Patterson K, Oxbury S, Funnell E. Semantic dementia. Progressive fluent aphasia with temporal lobe atrophy. *Brain*. 1992;115:1783-806.
 21. Neary D, Snowden JS, Mann DMA, Northen B, Goulding PJ, Macdermott N. Frontal lobe dementia and motor neuron disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1990;53(1):23-32.
 22. Rivas-Vasquez RA, Mendez C, Rey GJ, Carranza EJ. Mild cognitive impairment: new neuropsychological and pharmacological target. *Arch Clin Neuropsychol*. 2004; 19(1): 11-27.
 23. Camargo CHP, Gil G, Moreno MDP. Envelhecimento normal e cognição. In: Bottino CMC, Laks J, Blay SL. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
 24. Pompéia S, Paes AT, Bueno OFA. Teste de complementação de letras: estímulos para uso no Brasil. *Psicol Teor Pesqui*. 2003; 19(1):65-71.
-

Trabalho recebido: 23/08/2008

Trabalho aprovado: 27/02/2009