

Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: um Levantamento Bibliográfico
Diagnosis of Alzheimer's Disease type in Brazilian Population: a Bibliographical Survey
Diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer em la Población Brasileña: una Revisión Bibliográfica

Endy-Ara Gouvea Gonçalves

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

João dos Santos Carmo

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino – INCT-ECCE

Resumo

No Brasil a Doença de Alzheimer (DA) é responsável por 50% a 60% dos casos de demência nas pessoas idosas. O presente estudo se propõe a levantar e analisar informações acerca do diagnóstico da DA na literatura com os descritores: Demência Senil, Diagnóstico, Doença de Alzheimer, e seus equivalentes em inglês nos bancos de dados eletrônicos Scielo, Periódicos CAPES, Web of Science, Pepsic e PsychInfo. Buscou-se identificar as lacunas no conhecimento sobre o diagnóstico da DA, bem como indicar possíveis caminhos na tentativa de se compreender a DA na nossa população. Constatou-se que há poucos estudos que examinam a DA na população brasileira. Observou-se também a falta de homogeneização conceitual das pesquisas e padronização dos procedimentos e instrumentos utilizados por especialistas da gerontologia.

Palavras-chaves: Demência senil; Diagnóstico; Doença de Alzheimer; Idosos; Neuropsicologia.

Abstract

In Brazil the Alzheimer's Disease (AD) accounts 50% to 60% of all cases of dementia in the elderly. This study intends to raise and analyze information on the diagnosis of AD in the literature with the descriptors: Senile Dementia, Diagnosis, Alzheimer's disease, and their English equivalents in electronic databases Scielo, CAPES Journals, Web of Science, Pepsic and PsychInfo. We sought to identify gaps in knowledge about the diagnosis of AD as well as indicate possible avenues in the attempt to understand the AD in our population. It was found that there are few studies that examine the AD in the Brazilian population. There was also a lack of conceptual blending of research and standardization of procedures and tools used by specialists in gerontology.

Key-words: Senile dementia; Diagnosis; Alzheimer's disease; Elderly; Neuropsychology.

Resumen

En Brasil la enfermedad de Alzheimer (EA) es responsable por 50% a 60% de todos los casos de demencia en los ancianos. El presente estudio tiene la intención de plantear y analizar informaciones sobre el diagnóstico de la EA en la literatura con los descriptores: Demencia senil, diagnóstico, enfermedad de Alzheimer, y sus equivalentes en Inglés en formato electrónico, bases de datos Scielo, Revistas CAPES, Web of Science, Pepsic y PsychInfo. Se ha tratado de identificar lagunas en el conocimiento sobre el diagnóstico de la EA e indicar posibles vías para tratar de entender la EA en nuestra población. Se ha identificado que hay pocos estudios que examinan la EA em la población brasileña. También se ha observado la falta de homogeneización conceptual de las investigaciones y la normalización de los procedimientos y herramientas utilizadas por los especialistas en gerontología.

Palabras-clave: Demencia senil; Diagnóstico; Enfermedad de Alzheimer; Ancianos; Neuropsicología.

A população mundial apresenta significativo aumento na expectativa de vida e, no Brasil, o número de pessoas idosas cresce em ritmo mais acelerado que o número de nascimentos (IBGE, 2010). Concomitante ao envelhecimento populacional há um significativo aumento da prevalência de doenças relacionadas à senescência como as coronariopatias, as neoplasias, a osteoporose e as doenças neurodegenerativas como as demências (Aprahamian, Martinelli & Yassuda, 2009). Mesmo que, para alguns autores como Chaves (2000), a demência não seja considerada um doença e sim um grupo de sintomas que podem estar presentes em algumas doenças ou condições, é urgente a

preparação dos profissionais da área de saúde para acompanhamento da população idosa e das suas necessidades ainda pouco (re)conhecidas.

Há nos estudos epidemiológicos formas distintas de se medir a ocorrência de uma determinada doença; a incidência e a prevalência são duas destas diferentes medidas epidemiológicas. A incidência “indica o número de casos novos ocorridos em um certo período de tempo em uma população específica” (Bonita, Beaglehole & Kjelltröm, 2006, p 18), expressando o risco de um indivíduo se tornar doente. Já a prevalência, “refere-se ao número de casos (novos e velhos) encontrados em uma população definida

em um determinado ponto do tempo” (Bonita, et al., 2006, p.18), isto é, determina o número de portadores de uma enfermidade específica em uma população, sendo bastante útil para os sistemas de serviço de saúde.

As síndromes depressivas e demenciais são, no Brasil, os problemas mentais mais prevalentes na população com 65 anos ou mais (Garrido & Menezes, 2002) com valor aproximado de 2,7% (0,1-5,2) (Kalaria, et al., 2008). E a demência do Tipo Alzheimer, aqui denominada como Doença de Alzheimer (DA), é a que apresenta maior incidência na população idosa brasileira (Chaves, 2000); em consonância com as estimativas de prevalência, a incidência de DA para indivíduos com 65 anos ou mais foi de 7,7 a cada 1000 pessoas ao ano (Nitrini, et al., 2004). Comparado aos valores de incidência obtidos em países desenvolvidos com Estados Unidos da América, o Brasil apresenta baixa incidência para demência, e conseqüentemente para DA (Kalaria, et al., 2008).

Muito embora a cura da doença e a reversão da deterioração causada pela DA ainda não tenham sido descobertas, pesquisadores buscam o aperfeiçoamento de tratamentos já disponíveis que visam à melhora cognitiva e diminuição de sintomas comportamentais (Ávila, 2003). Nesse caso, a medicação e a utilização de técnicas cognitivas de reabilitação, além de informações sobre a doença e o apoio a familiares e cuidadores é de suma importância para reverter o quadro clínico e sintomático da doença.

Dessa forma, e como aponta Ávila (2003), quanto mais cedo for feito o diagnóstico da DA e o tratamento for iniciado, melhores serão os resultados obtidos. Isso porque, ainda segundo a autora, será possível manter o nível cognitivo e funcional elevado do paciente, culminando numa melhora da qualidade de vida e do bem estar, uma vez que o idoso se manterá por mais tempo independente sem sobrecarga aos familiares.

Há muitos profissionais de psicologia envolvidos com grupos de suporte a familiares e cuidadores de idosos com a doença, mas ainda é escasso o número de psicólogos que trabalham em programas voltados para os próprios pacientes (Ávila, 2003). Esse é um dado bastante relevante para nossa categoria profissional, uma vez que já é possível observarmos um aumento da demanda de pacientes idosos ou familiares com idosos na família, com queixas variadas. Diante dessa tendência crescente, é esperado que o profissional de psicologia se aproprie de conhecimentos fundamentais acerca da DA, a fim de poder contribuir para amenizar sintomas e desconfortos emocionais vinculados a essa doença e de todo o processo de envelhecimento, bem como utilizar-se de técnicas e conhecimentos de nossa área no possível tratamento de déficits cognitivos, alterações do comportamento e sintomas psiquiátricos (Ávila, 2003). Além disso, também é necessário que psicólogos que integram equipes

multi e interdisciplinares nos sistemas de saúde se apropriem de conhecimentos fundamentais acerca da DA, uma vez que poderão contribuir no tratamento de eventuais pacientes, e no acompanhamento e orientação a familiares e cuidadores.

Como o psicólogo deverá deter um conhecimento amplo acerca de todas as etapas de intervenção junto ao paciente com DA, desde o diagnóstico até o acompanhamento desses pacientes e seus familiares, torna-se fundamental apoderar-se de informações atualizadas acerca as técnicas e procedimentos diagnósticos, o que facilitará o diálogo com outros profissionais da área de saúde. Entretanto, as informações sobre o diagnóstico de DA ainda se encontram dispersas na literatura. O presente estudo objetivou realizar uma revisão crítica da literatura acerca do diagnóstico de DA. A partir de levantamento de estudos na literatura nacional e internacional, buscou-se identificar lacunas no conhecimento sobre o diagnóstico da DA, bem como indicar caminhos possíveis na tentativa de se compreender a DA na população brasileira.

Método

A pesquisa bibliográfica aqui relatada seguiu alguns critérios de levantamento, seleção e análise da literatura, conforme descrito a seguir.

Fontes para obtenção das informações. Foram consultadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Scielo; Periódicos CAPES; Web of Science; Pepsic; PsychInfo. Os descritores utilizados foram: Demência senil; Diagnóstico; Doença de Alzheimer, e seus equivalentes em inglês.

Após a obtenção dos artigos que abordavam o tema, foram selecionados textos baseados no conteúdo contido em seu resumo/abstract e que refletiam o objetivo traçado em nossa revisão. Ao todo foram obtidos 18 artigos que preenchem o critério temático. Dos 18 textos encontrados, seis deles falavam sobre as características da doença; quatro discorreram sobre epidemiologia e prevalência da DA no Brasil e no mundo; oito textos abordaram o diagnóstico; quatro falaram sobre tratamento e somente dois abordaram com um viés psicológico o tema, discorrendo sobre reabilitação neuropsicológica ou como um levantamento de testes cognitivos e funcionais utilizados no Brasil para diagnóstico de demência; sendo alguns deles computados em mais de uma categoria.

Leitura e análise dos textos. Realizamos uma leitura analítica e comparativa das informações obtidas. Essa leitura envolveu dois momentos: (a) leitura de reconhecimento e familiarização com o conteúdo de cada artigo; (b) nova leitura a fim de pontuar os aspectos relevantes sobre diagnóstico de DA. Primeiramente traçamos a caracterização de demência senil e DA; a seguir procuramos identificar métodos

diagnósticos mais utilizados na prática clínica e qual a situação desse diagnóstico no Brasil. Avaliamos, então, dados importantes acerca do diagnóstico de DA na população brasileira e do tema em geral. Ao final identificamos possíveis encaminhamentos que o psicólogo pode realizar no atendimento a idosos com DA. O que se segue é o resultado do levantamento e análise bibliográfica realizados, tendo em vista a sistematização de conhecimentos sobre diagnóstico de DA em forma de revisão da literatura.

Demência senil

A demência senil é uma síndrome degenerativa e progressiva de declínio adquirido persistente em múltiplos domínios do funcionamento cognitivo, o que acarreta “uma perda de memória, bem como, déficits de linguagem, visuoespacial ou das funções cognitivas como cálculo, abstração e resolução de problemas” (Carvalho, 2000, p. 177). A pessoa acometida com demência pode ainda apresentar agnosias e problemas de funções executivas suficientes para interferir socialmente com a vida do indivíduo. Nota-se que “os déficits cognitivos devem ser suficientemente graves a ponto de comprometer o funcionamento ocupacional ou social”, critério para diagnóstico de demência no Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, versão IV, (APA, 2002, p.168), implicando, portanto, não só em um transtorno mental e físico, mas também em um transtorno psicológico (APA, 2002).

No Brasil as síndromes depressivas e demenciais são os problemas mentais mais prevalentes na população idosa (Garrido & Menezes, 2002), podendo apresentar causas diferentes. As quatro causas de demência mais frequentes são: DA; demência vascular; demência com corpos de Lewy; e demência frontotemporal (Caramelli & Barbosa, 2002). O diagnóstico diferencial está baseado, segundo Caramelli e Barbosa (2002, p. 7), “na busca de perfis clínicos característicos por anamnese adequada, exame neurológico e avaliação neuropsicológica, além de investigação complementar pertinente, que consiste em exames laboratoriais e de neuroimagem”. O que culmina na relevância do profissional de psicologia na detecção da síndrome e encaminhamento do paciente para um profissional habilitado ao diagnóstico.

Doença de Alzheimer: visão geral

A DA é um tipo de síndrome demencial caracterizada por um declínio crônico-degenerativo progressivo nas áreas da cognição, função e comportamento (Decesaro, Mello & Marlon, 2009), com comprometimento das atividades de vida diária (AVDs). A doença apresenta curso lento e progressivo; e vários padrões deficitários são observados, sendo o mais comum aquele com início insidioso, com déficits precoces na memória recente seguidos

pelo desenvolvimento de afasia, apraxia e agnosia após alguns anos (APA, 2002). A duração média da doença, desde a fase inicial dos sintomas até a morte do paciente é entre 7 a 10 anos (Diamond, 2008).

De acordo com Chaves (2000, p. 84) “a DA continua sendo responsável por 50% a 60% dos casos de demência nas pessoas idosas”. Ainda segundo Chaves, a DA é a causa mais frequente de demência senil no Brasil. Além disso, a DA é o tipo de síndrome demencial que mais acomete idosos no mundo, aproximadamente 60% dos casos (Kalaria, et al. 2008) e o diagnóstico na fase inicial da doença é importante para o retardamento do desenvolvimento da doença como citado anteriormente; além de ser importante para garantir ao paciente, seus cuidadores e familiares bem estar e Qualidade de Vida (QV) (Diamond, 2008).

ADANão é um processo natural do envelhecimento, mas um transtorno mental caracterizado por uma atrofia cerebral, que apresenta configuração cerebral com sulcos corticais mais largos e ventrículos cerebrais maiores do que o esperado pelo processo normal de envelhecimento, demonstrado a partir de Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM) (APA, 2002). O exame macroscópico do cérebro na DA revela atrofia mais proeminente nas regiões frontais, temporais e parietais; afetando, sobretudo as áreas corticais associativas (Caramelli, 2000). É possível também visualizar alterações histopatológicas com o exame microscópico, que podem incluir perda neuronal e degeneração sináptica intensa, principalmente nas camadas piramidais do córtex cerebral, estruturas límbicas e os córtices associativos; com relativa preservação das áreas corticais primárias (motora, somatosensitiva e visual) (Caramelli, 2000). O exame microscópico aponta para a presença de lesões principais como placas senis e emaranhados neurofibrilares, degeneração granulovascular, glicose astrocítica e angiopatia amilóide. A presença de corpúsculos de Lewy nos neurônios corticais ocorre ocasionalmente na doença (APA, 2002).

O declínio da memória e da capacidade de pensar são reflexos justamente dessa morte celular progressiva que ocorre com a evolução da doença. Situação muito diferente da perda relativamente menor das células cerebrais que pode ocorrer no processo natural do envelhecimento (Diamond, 2008).

Não se tem ainda dados conclusivos a respeito das causas da DA. Parece não existir uma causa única e específica para a DA, mas um efeito aditivo de múltiplos fatores, e por isso denomina-se a DA como uma patologia multifatorial (Nitrini, 2000), isto é, como sendo multideterminada.

Muito embora a etiologia da DA não seja totalmente conhecida, sabe-se que a prevalência da doença aumenta diante de algumas circunstâncias como a idade, o gênero, a genética através do padrão

familiar, a presença de outros transtornos mentais associados como a Síndrome de Down, entre outros (APA, 2002). Esses eventos podem ser denominados de “fatores de risco”, sob a presença dos quais a prevalência de DA aumenta. Assim temos que quanto maior o número de fatores de risco maior a chance de um determinado indivíduo apresentar a DA (Diamond, 2008). Existem, portanto, segundo Nitrini (2000), quatro importantes fatores de risco bem definidos, a saber: idade; histórico familiar (fator genético); a Síndrome de Down; e a Apolipoproteína E-4 (APOE-4).

Fatores de Risco da Doença de Alzheimer

A prevalência mundial da DA, segundo o DSM-IV (2002), aumenta dramaticamente com a idade, sendo mais comum em mulheres. A prevalência aumenta de 0,6% no sexo masculino e 0,8% no sexo feminino aos 65 anos de idade até atingir o valor de 36% no sexo masculino e 41% no feminino aos 95 anos de idade. Essa estimativa que se refere à maior prevalência em mulheres é de suma importância para o desenvolvimento de estudos brasileiros sobre o tema, uma vez que a população idosa brasileira é predominantemente feminina (IBGE, 2010). Assim, temos que à medida que a idade aumenta a frequência relativa da DA também aumenta progressivamente.

Os fatores genéticos são extremamente relevantes, isso porque além do aumento da idade, a presença de um membro da família com demência é o único fator sistemático associado, estando presente em 32,9% de casos diagnosticados (Heyman et al, 1984). Já se sabe que a DA pode ser transmitida de forma autossômica dominante; assim, tanto as características de idade de início da doença, bem como a evolução da mesma identificam subtipos diferentes com os correlatos genéticos (Chaves, 2000). Nesses casos, segundo Chaves, a penetrância é completa: no entanto a manifestação observada na prole não é de 50% mas de aproximadamente 25%. Esta redução da porcentagem da manifestação aponta, como já havia colocado Nitrini (2000), para a importância de outros fatores na determinação da DA, caracterizando-a como multifatorial.

Quando comparados com a população em geral, os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com DA, com início precoce, acabam sendo mais propensos a desenvolver a doença que o restante da população (APA, 2002). Segundo o que se observa no DSM-IV a DA é herdada, em alguns padrões familiares, tal como um traço autossômico dominante, ligada a vários cromossomos, dos quais os cromossomos 1,14 e 19. Um gene localizado no cromossomo 19 é responsável por codificar uma proteína do plasma relacionada com o transporte de colesterol a apolipoproteína E-4 (APOE-4) (Nitrini, 2000). Segundo Nitrini (2000, p.25) “estudos epidemiológicos demonstraram que em

indivíduos com DA, a frequência do alelo $\epsilon 4$ é desproporcionalmente elevada”. Assim, indivíduos portadores de alelos $\epsilon 4$ no cromossomo 19 têm um maior risco de desenvolverem DA de início mais tardio, embora, este gene em si não possa ser visto como a causa da doença (APA, 2002).

A apolipoproteína E-4 (APOE-4) desempenha papel importante no transporte de colesterol do sistema nervoso central. O colesterol é essencial para os processos de regeneração e de manutenção da mielina e das membranas neuronais no cérebro (Nitrini, 2000), tal qual um mecanismo natural de autorregulação do organismo (Diamond, 2008). O alelo $\epsilon 4$ pode condicionar menor vantagem nessas funções do que os outros alelos, uma vez que ele é responsável por aumentar o depósito de proteína beta-amilóide, esta por sua vez, associada ao aumento da frequência de placas neuríticas (Cumming et al, 1998). Os fatores genéticos também apontam para mutações importantes no gene da proteína precursora do amilóide (APP) e nos genes das pré-senilinas um e dois, “cujo efeito comum é o de aumentar a concentração do peptídeo beta-amilóide de 42 aminoácidos no parênquima cerebral” (Nitrini, 2000, p.25). Esse peptídeo contribui para a síntese das placas neuríticas ou placas senis (PS).

Já se sabe, também, que praticamente todos os indivíduos com Síndrome de Down (Trissomia do cromossomo 21) acabam por desenvolver os sintomas, e, portanto, as alterações neuropatológicas típicas da DA, por volta dos 40 anos de idade (Nitrini, 2000). Segundo Nitrini, uma explicação possível para esse fenômeno seria que na síndrome de Down existe uma expressão de 150% do gene da APP, citado anteriormente.

Outra questão controversa tem sido a da maior prevalência de DA em mulheres constatada em muitos estudos. Diversos fatores podem interferir nessa avaliação, tais como maior longevidade e menor escolaridade das mulheres e, ainda, maior sobrevivência das mulheres com DA. Quando o papel desses fatores é corrigido na análise. Alguns estudos continuam a demonstrar ligeiro predomínio da DA em mulheres (Nitrini, 2000, p. 28).

Ainda há pouca informação a respeito de métodos de prevenção da doença. A adoção de um estilo de vida que promova a “saúde cerebral”, que é em essência o mesmo estilo que promove um corpo são e saudável, é sem dúvida a melhor forma de reduzir o risco de DA; além de ser o melhor método para retardar a progressão da doença naqueles que já a apresentam (Diamond, 2008). Nitrini (2000) também aponta para a importância dos fatores protetores, como escolaridade alta, consumo de anti-inflamatórios e reposição de estrogênio.

Diagnóstico da Doença de Alzheimer

Como já fora apontado anteriormente, o

diagnóstico na fase inicial da doença é fundamental para o retardamento do processo, quanto para a garantia de um suporte ao paciente e sua família no que tange a qualidade de vida e o bem estar mesmo na presença da DA (Diamond, 2008).

A demência do tipo Alzheimer caracteriza-se por um diagnóstico clínico e patológico combinado, que só pode ser atingido de forma definitiva quando um paciente satisfaz os critérios clínicos e apresenta na biópsia cerebral ou exame post mortem as alterações histológicas da doença (inúmeras placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares no hipocampo e neocórtex) (Chaves, 2000, p. 88).

Os critérios preestabelecidos mais utilizados no diagnóstico de DA são o do DSM versões III-R e IV e os critérios propostos pelo National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) em conjunto com o Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA). Os critérios do NINCDS em conjunto com o ADRDA são compatíveis com as definições do DSM III e também com a Classificação Internacional de Doenças (McKhann et al, 1984).

Em 2011 em consenso realizado pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, propôs-se uma nova recomendação para o diagnóstico da DA no Brasil, baseados numa revisão das propostas de critérios clínicos e de pesquisas e consensos internacionais. "A nova proposta para o diagnóstico de demência exige o comprometimento funcional e cognitivo, atingindo este último pelos dois dos seguintes domínios: memória, função executiva, linguagem, habilidade visual-espacial e alteração de personalidade" (Frota et al, 2011, p. 6).

Houve um importante avanço nessa última revisão proposta pelo grupo de pesquisadores (Frota et al, 2011). Nos critérios anteriores a DA somente era diagnosticada na presença da demência propriamente dita, enquanto na nova proposta a DA pode ser diagnosticada em três diferentes fases, a saber: DA pré-clínica; comprometimento cognitivo leve (CCL) devido à DA; e demência. Essa foi, sem dúvida, uma mudança bastante significativa na definição da doença, uma vez que é possível uma detecção mais precoce através dos exames de RM, Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) e biomarcadores, não se restringindo, portanto, apenas à fase de demência.

O diagnóstico pré-clínico deve ser restrito à pesquisa, baseado na presença de alterações nos exames de RM, PET e biomarcadores que poderiam sinalizar as alterações fisiopatológicas da DA em pacientes assintomáticos (Dubois et al, 2010). O diagnóstico de CCL é clínico, podendo, "em situações de pesquisas serem utilizados marcadores biológicos buscando uma maior probabilidade de evolução para a DA" (Frota et al, 2011, p. 6) e, portanto, com um importante caráter preventivo da doença. Importante

salientar que os biomarcadores não são utilizados rotineiramente, pois ainda falta padronização entre os laboratórios e definição de pontos de corte, além de difícil disponibilidade e acesso para o uso cotidiano.

Na fase da demência foram aceitas "outras formas de início que não a amnésica e incluída a necessidade de exame de neuroimagem" (Frota et al, 2011, p. 6). A fase de demência é dividida por sua vez em três subtipos: a DA provável, possível e definida. Sendo o primeiro subtipo caracterizado por um início insidioso; história clara ou observação de piora cognitiva; déficits cognitivos iniciais e mais proeminentes em apresentação amnésica e não amnésica, como linguagem, cognição visuo-espacial e funções executivas; além de realização de tomografia ou RM do crânio a fim de excluir outras possibilidades diagnósticas ou co-morbidades, principalmente a doença vascular cerebral (Frota et al, 2011). A DA possível apresenta curso atípico; com evidências de outras etiologias e detalhes de história insuficientes sobre instalação e evolução da doença (Frota et al, 2011). E por fim, a DA definida, "preenche critérios clínicos e cognitivos para demência da DA e exame neuropatológico demonstra a presença de patologia da DA segundo os critérios do National Institute on Aging – NIA e do Reagan Institute Working Group" (Frota et al, 2011, p. 8).

Além disso, outros exames complementares podem ser utilizados para um diagnóstico mais completo, como indica Caramelli et al (2011). Dentre os exames complementares mais indicados estão: exames de sangue; neuroimagem estrutural; neuroimagem molecular e funcional; exame do líquido cefalorraqueano; eletroencefalograma (EEG) e potenciais evocados; além de estudo genético.

Considerações em torno dos resultados apresentados

Muito embora já se saiba que a população idosa chega ao número de 21 milhões no Brasil, estudos de prevalência específicos dessas síndromes nos idosos ainda são escassos. "Estudos epidemiológicos de qualquer doença têm grande importância para orientar políticas de saúde pública. Quando a etiopatogenia é parcialmente desconhecida, como ocorre na DA, esses estudos têm alcance ainda maior, pois podem fornecer pistas para a compreensão dos processos etiopatogênicos" (Nitri, 2000, p.23). Há poucos estudos que examinam alterações relacionadas à DA na população brasileira. Ainda hoje observamos a falta de homogeneização conceitual das pesquisas e padronização dos procedimentos e instrumentos utilizados por especialistas da área de gerontologia.

Embora se reconheça que o diagnóstico clínico é sabidamente o ponto chave para a identificação da DA, excluindo seus diagnósticos diferenciais (Arahamian et al, 2009), o que se observa com o levantamento bibliográfico sobre o diagnóstico da DA no Brasil é uma

carência de informações e falta de uniformidade dos procedimentos, instrumentos utilizados por médicos, médicos geriatras, gerontólogos e principalmente da avaliação cognitiva realizada pelos profissionais de psicologia. Bem como a ausência de indicação de questionários validados para a população brasileira.

É importante salientar que o diagnóstico para DA no Brasil não precisa, necessariamente, seguir os mesmos protocolos estabelecidos em outros países. Isso porque, a população brasileira possui peculiaridades e diferenças das demais populações, o que exige uma especificidade diante das nossas próprias demandas e características populacionais. A padronização do diagnóstico de DA para nossa população faz-se essencial para a continuidade e desenvolvimento de novos estudos e tratamentos para esse tipo de demência senil.

Provas rápidas e de fácil aplicação como o Teste do Desenho do Relógio (TDR) e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) podem contribuir na identificação de pacientes com declínio cognitivo, a serem encaminhados para investigações mais detalhadas, favorecendo o aproveitamento máximo de recursos humanos e econômicos no sistema de saúde. No entanto, não há exame isolado ou combinado, de forma consensual, para triagem cognitiva com sensibilidade alta o suficiente para rastrear efetivamente os pacientes com quadro muito inicial de demência ou mesmo de comprometimento cognitivo leve. (Arahamian, et al., 2009, p. 31)

Baseado na nova proposta diagnóstica aqui apresentada, têm-se que o diagnóstico exige o comprometimento funcional e cognitivo (Frota et al, 2011), sendo assim legítimo o papel do psicólogo na avaliação neuropsicológica de um paciente com suspeita da DA, podendo esse profissional, contribuir, e muito, para o processo diagnóstico da mesma em equipes multi e interdisciplinares no sistema de saúde. Principalmente se levarmos em conta que os sintomas iniciais da DA são representados pelos déficits cognitivos e diminuição da funcionalidade, o psicólogo estaria apto a identifica-los precocemente viabilizando um diagnóstico rápido e o tratamento imediato do paciente.

É por este motivo, que se identificou a necessidade e importância da continuidade de estudos na área de diagnóstico de DA e avaliação neuropsicológica voltada para a DA na população brasileira, principalmente, munindo o profissional da área de psicologia de informações básicas acerca da doença e do seu diagnóstico. Para que ele seja capaz de indentificá-la quando diante de um paciente com provável DA, encaminhando-o para o tratamento precoce e melhor indicado.

Referências bibliográficas

American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e

estatístico de transtornos mentais – DSM IV. Porto Alegre: Artmed. Aprahamian, I., Martinelli, J.E. & Yassuda, M.S. (2009). Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. Revista Brasileira de Clínica Médica, 7, 27-35.

Ávila, R. (2003). Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. Revista de Psiquiatria Clínica, 30 (4), 139-146.

Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellström, T. (2006). Epidemiologia básica (2a ed). (J.A. Cesar, Trad.). São Paulo: Editora Santos. (Obra original publicada em 1996)

Caramelli, P. (2000). Neuropatologia da Doença de Alzheimer. In O.V. Frolenza & P. Caramelli. Neuropsiquiatria geriátrica (pp. 107-118). São Paulo: Atheneu.

Caramelli, P. & Barbosa, M.T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? Revista Brasileira de Psiquiatria, 24 (Supl1), 7-10.

Caramelli, P., Teixeira, A.L., Buchpiguel, CA., Lee, HW., Livramento, J.A., Fernandez, L.L., Anghinah, R. & Grupo para Recomendações em DA e Demência Vascular da Academia Brasileira de Neurologia. (2011). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil – Exames complementares. Dementia & Neuropsychologia, 5 (3), 11-19.

Carvalho, M. (2000). Tratamento dos transtornos do comportamento nas demências primárias. In O.V. Frolenza & P. Caramelli P. Neuropsiquiatria Geriátrica (pp. 177-188). São Paulo: Atheneu.

Chaves, M.I.F. (2000). Diagnóstico diferencial das doenças demenciais. In O.V. Frolenza & P. Caramelli. Neuropsiquiatria Geriátrica (pp. 81-106). São Paulo: Atheneu.

Cummings, J.L., Vinters H.V., Cole, G.M. & Khachaturian, Z.S. (1998). Alzheimer's disease; etiologies, pathophysiology, cognitive reserve, and treatment opportunities. Neurology, 51 (Suppl 1), 2-17.

Decesaro, M.N., Mello, R. & Marlon, S.S. (2009). Capacidade funcional em idosos com Doença de Alzheimer. Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem: Transformação social e sustentabilidade ambiental. Trabalho 2657/2/2. Acessado de http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02657.pdf.

Diamond, J. (2008). Report on Alzheimer's Disease and current research. Toronto: Alzheimer Society of Canada.

Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., Cummings, J.L., DeKosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Delacourte, A., Frisoni, G., Fox, N.C. & Galasko, D. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. The Lancet Neurology, 9 (11), 1118-1127.

Frota, N.A.F., Nitrini, R., Damasceno, B.P., Forlenza, O.V., Dias-Tosta, E., Silva, A.B. da, Junior, E.H., Magaldi, R.M. & Grupo para Recomendações em Doença de Alzheimer e Demência Vascular da Academia Brasileira de Neurologia. (2011). Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. Dementia & Neuropsychologia, 5 (3), 6-10.

Garrido, R. & Menezes, P.R. (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24 (Supl 1), 3-6.

Heyman, A., Wilkinson, W.E., Stafford, J.A., Helms, M.J., Sigmon, A.H. & Weinberg, T. (1984). Alzheimer's Disease: a study of epidemiological aspects. Annals of Neurology, 15, 335-341.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira (2010). Rio de Janeiro: IBGE.

Kalaria, R.N., Maestre, G.E., Arizaga, R., Friedland, R.P., Galasko, D., Hall, K., et al. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. The Lancet Neurology, 7, 812-826.

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. & Stadlan, E.M. (1984). 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. [Versão eletrônica]. Neurology, 34, 939-944.

Nitrini, R. (2000). Epidemiologia da Doença de Alzheimer. In O.V. Frolenza & P. Caramelli. Neuropsiquiatria Geriátrica (pp. 23-34). São Paulo: Atheneu.

Nitrini R., Caramelli P., Herrera E. Jr, Bahia, V.S., Caixeta, L.F., Radanovic, M., Anghinah, R., Charchat-Fichman, H., Porto, C.S.,

Carthery, M.T., Hartmann, A.P.J., Huang, N., Smid, J., Lima, E.P., Takada, L.T. & Takahashi, D.Y. (2004). Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease and Association Disorders*, 18, 241–46.

Recebido: 30/08/2012
Última revisão: 01/11/2012
Aceite final: 16/11/2012

Sobre os autores:

Endy-Ara Gouvea Gonçalves - Graduanda em Psicologia – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar
Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

João dos Santos Carmo - Doutor – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar
Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre
Comportamento, Cognição e Ensino – INCT-ECCE)