

AVALIAÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO: FERRAMENTAS E ESCALAS PARA O DIAGNÓSTICO DE COMPROMETIMENTO**COGNITIVE ASSESSMENT IN AGING: TOOLS AND SCALES FOR DIAGNOSING IMPAIRMENT** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.014-017>

Gregório Otto Bento de Oliveira
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Diego de Carvalho Maia
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Leonardo Domingues Ramos
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Grazieli Aparecida Huppes
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Rosimeire Faria do Carmo
UniLS – Centro Universitário
Taguatinga, Brasília, DF

Abia Matos de Lima
UniLS – Centro Universitário
Taguatinga, Brasília, DF

Maria Clara da Silva Goersch
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Luciana Gobbi
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Victor Martins Aguilar Escobar
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Thiago Caetano Luz
Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

RESUMO

A cognição abrange os processos mentais que nos permitem adquirir, processar e utilizar informações, sendo essencial para a autonomia do idoso. Com o envelhecimento populacional, a avaliação cognitiva se torna uma ferramenta fundamental para o rastreio de possíveis declínios. Para essa finalidade, diversos instrumentos são utilizados, sendo o Miniexame do Estado Mental (MEEM) um dos mais conhecidos e amplamente aplicados. Ele avalia diversas áreas, como orientação, atenção, cálculo, linguagem e memória. Outro instrumento de rastreio frequentemente empregado é o Teste de Desenho do Relógio, que, em sua simplicidade, consegue identificar alterações nas funções executivas e na capacidade visuoespacial. Além



desses, o MOCA (Montreal Cognitive Assessment) se destaca por sua maior sensibilidade em detectar comprometimentos cognitivos leves. O rastreio precoce é crucial, pois a doença neurodegenerativa mais prevalente na população acima de 60 anos é a Doença de Alzheimer, uma condição que causa um declínio progressivo e irreversível da cognição. A detecção em estágios iniciais possibilita a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que podem retardar a progressão dos sintomas, melhorando a qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Palavras-chave: Avaliação cognitiva; Idoso; Rastreio; Miniexame do estado mental; Doença de alzheimer.

ABSTRACT

Cognition encompasses the mental processes that allow us to acquire, process, and use information, and is essential for the autonomy of older adults. As the population ages, cognitive assessment becomes a fundamental tool for screening for potential declines. Several instruments are used for this purpose, with the Mini-Mental State Examination (MMSE) being one of the best-known and most widely used. It assesses various areas, such as orientation, attention, calculation, language, and memory. Another frequently used screening instrument is the Clock Drawing Test, which, in its simplicity, can identify changes in executive functions and visuospatial ability. In addition, the MOCA (Montreal Cognitive Assessment) stands out for its greater sensitivity in detecting mild cognitive impairments. Early screening is crucial, as the most prevalent neurodegenerative disease in the population over 60 is Alzheimer's disease, a condition that causes progressive and irreversible cognitive decline. Early detection enables the implementation of pharmacological and non-pharmacological interventions that can slow the progression of symptoms, improving the quality of life of the patient and their family.

Keywords: Cognitive assessment; Elderly; Screening; Mini-mental state examination; Alzheimer's disease.



1 INTRODUÇÃO

O processo de senescência, embora fisiológico, manifesta-se por declínios funcionais esperados que afetam a capacidade funcional do indivíduo, compreendendo as tarefas básicas, instrumentais e avançadas da vida diária. Essa funcionalidade, intrinsecamente ligada à autonomia, permite que o indivíduo exerça seu poder de decisão e execução sobre aspectos cotidianos como vestimenta, alimentação e entretenimento. No entanto, a avaliação cognitiva emerge como um pilar fundamental para diferenciar o declínio normal do patológico, possibilitando a identificação precoce de transtornos cognitivos maiores (demências) ou menores (declínio cognitivo leve), conforme ressaltado por Aprahamian, Birella e Vanderline (2016).

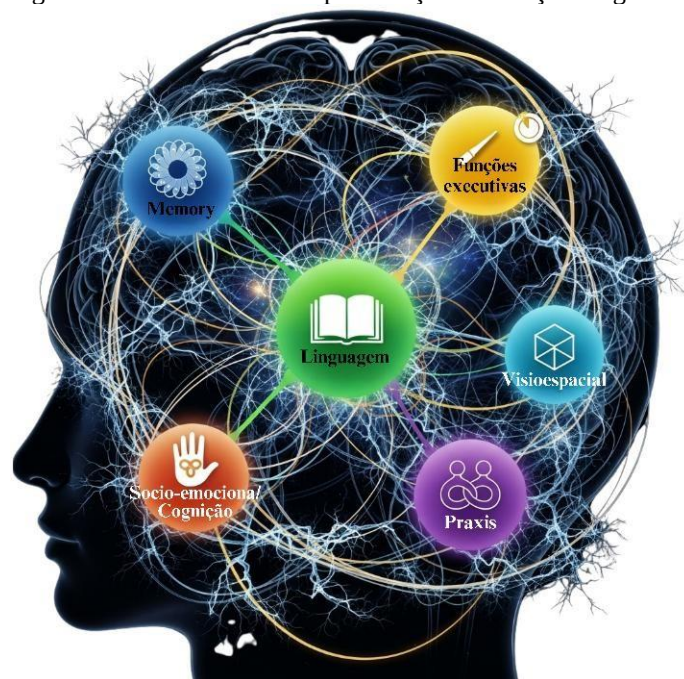
Para uma análise precisa, faz-se necessário o uso de instrumentos de rastreio cognitivo validados, que oferecem uma abordagem quantitativa e qualitativa das diversas funções cerebrais. A escolha do instrumento mais adequado depende da função cognitiva a ser investigada — como memória, atenção, linguagem ou funções executivas. Adicionalmente, a autonomia não se restringe à cognição, sendo igualmente influenciada pelo humor e comportamento. Embora o foco primário deste texto seja a cognição, a detecção de alterações do humor em pessoas 60+ é crucial e pode ser realizada através de instrumentos de rastreio específicos, os quais complementam a avaliação multidimensional da saúde do idoso.

A relevância dessa avaliação é ampliada pela crescente prevalência de doenças que comprometem a cognição em nível global, configurando um desafio de saúde pública. A identificação precoce, mediante a utilização de instrumentos adequados, permite o planejamento de intervenções terapêuticas e de suporte, otimizando a qualidade de vida e minimizando o impacto desses transtornos. A compreensão aprofundada dos aspectos cognitivos na senescência e o domínio das ferramentas de avaliação são, portanto, imperativos para profissionais de saúde que atuam na gerontologia, visando o manejo integral e humanizado do processo de envelhecimento.

2 AVALIAÇÃO E RASTREIO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS NA SENESCÊNCIA

A cognição é um constructo neuropsicológico multifacetado, definido como a capacidade de adquirir e processar informações. Ela abrange um conjunto de funções cognitivas inter-relacionadas, tais como memória, linguagem, função executiva, praxia, cognição socioemocional e habilidade visuoespacial, **figura 1** (SOUZA; TEIXEIRA, 2014). Cada uma dessas funções desempenha um papel crítico na adaptação do indivíduo ao seu ambiente, e seu declínio pode sinalizar a presença de patologias subjacentes, muitas das quais irreversíveis, como as demências. A identificação precoce desses déficits é, portanto, essencial para a implementação de estratégias de manejo clínico adequadas.

Figura 1 – A teia da mente: representação das funções cognitivas



Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

A memória, por exemplo, é um processo complexo que se desdobra em três etapas: codificação, armazenamento e recuperação (evocação) de informações. A linguagem, por sua vez, constitui o meio de comunicação e exige a avaliação de seus componentes — fonologia, sintaxe e semântica — por meio de tarefas como compreensão, nomeação, repetição, leitura e escrita (CAIXETA; TEIXEIRA, 2014). O comprometimento em qualquer um desses domínios pode prejudicar significativamente a funcionalidade diária e a autonomia do indivíduo idoso.

A função executiva é um dos domínios mais sofisticados da cognição. Ela coordena o planejamento, a organização, o monitoramento e a revisão de comportamentos direcionados a um objetivo, permitindo a adaptação a novas situações (CAIXETA; TEIXEIRA, 2014; CECCHINE et al., 2016). A praxia (CAIXETA; TEIXEIRA, 2014)

representa a integração entre o comando mental e a execução motora, essencial para a realização de gestos aprendidos. Já a cognição socioemocional (SOUZA; TEIXEIRA, 2014) engloba o reconhecimento de emoções e a motivação, sendo um campo de crescente interesse na gerontologia.

A habilidade visuoespacial está ligada à percepção e manipulação de informações espaciais, permitindo a orientação e o traçado de rotas mentais. Sua deficiência, conhecida como agnosia, pode resultar em desorientação em ambientes familiares (CAIXETA; TEIXEIRA, 2014). O declínio específico em cada uma dessas funções cognitivas fornece pistas cruciais que podem auxiliar no diagnóstico diferencial de diversas doenças neurodegenerativas.

Para auxiliar nesse processo, existem instrumentos de rastreio cognitivo. É imperativo ressaltar que



esses instrumentos não fornecem um diagnóstico definitivo, mas servem como ferramentas auxiliares para guiar a investigação clínica. A aplicação desses testes exige capacitação profissional rigorosa para evitar a indução de respostas, o que comprometeria a validade dos resultados. A repetição de instruções ou a facilitação das respostas podem falsear o desempenho, inviabilizando a correta identificação dos déficits cognitivos e, por consequência, a recomendação de tratamentos adequados.

2.1 ANAMNESE E O PAPEL DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) NO RASTREIO COGNITIVO

Antes da aplicação de qualquer ferramenta psicométrica, a anamnese emerge como a etapa inaugural e mais crucial no processo de investigação diagnóstica de distúrbios cognitivos. Ao adotar uma perspectiva holística, a anamnese permite ao profissional de saúde compreender o indivíduo em sua singularidade, contextualizando suas particularidades e histórico de vida. Neste momento, o indivíduo com 60+ anos relata suas queixas subjetivas, as quais servem de base para a formulação de hipóteses clínicas e a escolha dos instrumentos de avaliação mais adequados para uma investigação aprofundada. As informações coletadas na anamnese direcionam o processo investigativo, que pode culminar em encaminhamento para avaliação médica ou solicitação de exames complementares, como os de imagem.

A partir da coleta de dados na anamnese, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é frequentemente o primeiro instrumento de rastreio cognitivo a ser empregado. Composto por 30 itens, o MEEM é reconhecido como a porta de entrada para a avaliação inicial da função cognitiva em idosos, oferecendo uma visão geral de múltiplos domínios. Seus itens cobrem orientação temporal e espacial (dia, mês, ano e local), memória de curto prazo (repetição e evocação de palavras), cálculo mental, linguagem (nomeação, repetição, comando verbal), praxia (cópia de desenho) e escrita.

A pontuação do MEEM proporciona uma avaliação rápida e objetiva, auxiliando na identificação de déficits cognitivos significativos que justifiquem uma avaliação neuropsicológica mais detalhada. Embora o MEEM seja um instrumento de rastreio valioso, é fundamental ressaltar que ele não é um instrumento diagnóstico. Ele serve, antes de tudo, para auxiliar na triagem de indivíduos que podem apresentar comprometimento cognitivo, direcionando a conduta clínica e a busca por um diagnóstico preciso, que frequentemente requer uma bateria de testes mais ampla e a avaliação de um especialista.



Tabela 1 – Categorias e Itens de Avaliação do MEEM

Domínio Cognitivo	Descrição e Exemplos de Itens Avaliados	Pontuação Máxima
Orientação Temporal	Avalia a capacidade do indivíduo de se situar no tempo, incluindo perguntas sobre: - Ano, estação, mês, data e dia da semana.	5 pontos
Orientação Espacial	Avalia a capacidade de se situar no espaço, com perguntas sobre:- Local atual (país, estado, cidade, hospital/casa, andar/sala).	5 pontos
Registro	Avalia a memória imediata , ou seja, a capacidade de reter novas informações por um curto período. O examinador pronuncia três palavras não relacionadas e pede ao paciente para repeti-las imediatamente.	3 pontos
Atenção e Cálculo	Avalia a capacidade de atenção sustentada e o raciocínio matemático. O item mais comum é a subtração seriada de 7 a partir de 100, por cinco vezes. Uma alternativa é pedir para soletrar a palavra "MUNDO" de trás para frente.	5 pontos
Evocação	Avalia a memória de curto prazo . O examinador pede ao paciente para evocar as três palavras que foram registradas anteriormente no item "Registro".	3 pontos
Linguagem	Avalia diversas subfunções da linguagem, incluindo: - Nomeação: O paciente deve nomear objetos comuns (ex: relógio, caneta). - Repetição: O paciente deve repetir uma frase complexa. - Comando: O paciente deve seguir um comando de três etapas (ex: "Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão."). - Leitura: O paciente deve ler e obedecer a uma ordem escrita (ex: "Feche os olhos"). - Escrita: O paciente deve escrever uma frase completa com sentido, sujeito e verbo.	8 pontos
Habilidade Visuoconstrutiva	Avalia a praxia e a habilidade visuoespacial por meio da cópia de um desenho complexo, geralmente dois pentágonos sobrepostos.	1 ponto
Pontuação Total	A pontuação máxima geral é de 30 pontos . O escore total sugere a presença ou ausência de um déficit cognitivo, com pontos de corte ajustados para fatores como idade e nível de escolaridade.	30 pontos

Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

Na **tabela 1**, é descrito como o MEEM é um instrumento de rastreio cognitivo de 30 pontos que avalia múltiplos domínios. A pontuação é dividida entre orientação, memória, atenção, cálculo, linguagem e habilidade visuoespacial. O teste serve como ferramenta inicial crucial para identificar déficits cognitivos.

2.2 AVALIAÇÃO COGNITIVA COMPLEMENTAR E O PAPEL DOS INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), embora seja uma ferramenta de rastreio amplamente utilizada, possui limitações significativas, especialmente em indivíduos com alta escolaridade, que podem compensar déficits cognitivos, falseando os resultados. Por essa razão, a avaliação cognitiva deve ser

complementada com outros testes, como o Teste do Desenho do Relógio e o de Fluência Verbal. Estes instrumentos, juntamente com exames complementares, fornecem uma visão mais robusta das funções cognitivas, permitindo uma investigação mais aprofundada para o diagnóstico diferencial de doenças neurodegenerativas. A combinação de testes permite cobrir as particularidades de cada domínio cognitivo, indo além da triagem inicial.

Para a avaliação específica da memória, o Teste de Memória Visual de Nitrini et al. (2004) é um método eficaz, pois não é influenciado pela escolaridade, **figura 2**. O teste consiste em apresentar dez figuras em uma prancha para memorização em três momentos distintos. A capacidade de evocar as figuras após um tempo e de identificá-las em uma prancha com figuras distratoras fornece um indicador preciso da memória de evocação e reconhecimento. Este método, apesar de padronizado com figuras específicas (sapato, chave, pente, avião, casa, tartaruga, balde, livro, colher e árvore), pode ser adaptado por profissionais para outras pranchas, mantendo a validade metodológica.

Figura 2 – Representação do Teste de Memória Visual de Nitrini



Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

A linguagem é minuciosamente avaliada por meio dos testes de fluência verbal, tanto lexical (por letra) quanto semântica (por categoria, como "animais"). A fluência é mensurada pelo número de palavras geradas em um período determinado, geralmente entre um e dois minutos. Para as funções executivas, a Bateria de Avaliação Frontal (FAB) de Beato et al. (2007) é uma ferramenta abrangente, subdividida em seis subtestes: Similaridades, Fluência Lexical, Série Motora, Instruções Conflitantes, Vai-não-vai e Comportamento de Preensão, que avaliam, respectivamente, conceituação, flexibilidade mental, programação, controle de interferência, controle inibitório e autonomia ambiental.



A praxia, a capacidade de executar movimentos intencionais, pode ser avaliada com testes específicos como os de "gestos arbitrários com as mãos" e "mímica", que avaliam a praxia ideomotora (SOUZA; TEIXEIRA, 2014). As capacidades visuoespaciais e a praxia construtiva são frequentemente avaliadas com o Teste do Desenho do Relógio, onde o indivíduo é instruído a desenhar um relógio com os ponteiros marcando uma hora específica. A Bateria Breve de Rastreio Cognitivo de Nitrini et al. (1994) sugere a combinação dos testes de memória visual, fluência verbal e desenho do relógio para complementar o MEEM (APRAHAMIAN; BIRELLA; VANDERLINDE, 2016). Outro

instrumento complementar é o MoCA (Montreal Cognitive Assessment), que é mais sensível para déficits leves em indivíduos com maior escolaridade.

A avaliação cognitiva não se limita aos testes psicométricos. O Questionário do Informante sobre Declínio Cognitivo do Idoso (IQCODE), aplicado a cuidadores formais ou informais, oferece uma perspectiva valiosa sobre as mudanças no desempenho funcional e cognitivo do idoso (APRAHAMIAN; BIRELLA; VANDERLINDE, 2016). Além disso, exames clínicos e de neuroimagem são fundamentais para confirmar hipóteses diagnósticas e identificar causas reversíveis de declínio cognitivo, como disfunções da tireoide, deficiência de vitaminas e infecções (APRAHAMIAN, BIRELLA, VANDERLINDE, 2016). A abordagem multidimensional garante um diagnóstico mais preciso e um plano de tratamento mais eficaz.

3 AS PRINCIPAIS FORMAS DE DECLÍNIO COGNITIVO E A IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

O universo das demências é vasto e complexo, com a Doença de Alzheimer se destacando como a mais prevalente na população idosa. O processo frequentemente se inicia com o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), um estado de transição entre a cognição normal e a demência. Nesse estágio, o indivíduo apresenta queixas de memória e alterações neuroanatômicas leves, mas mantém sua funcionalidade preservada, o que o distingue de um quadro de demência. Instrumentos como o MoCA, **tabela 2**, são cruciais para a identificação precoce desses casos (PORTO; NITRINI, 2014), permitindo o monitoramento e a intervenção oportuna.

A Doença de Alzheimer, a principal neurodegenerativa, classicamente afeta a memória recente, levando a repetição de informações e dificuldades na aquisição de novos aprendizados. Contudo, seu quadro clínico pode ser atípico, manifestando-se inicialmente com comprometimentos visuoespaciais ou síndromes frontotemporais (CAIXETA et al., 2014), o que exige uma investigação clínica minuciosa. Em contraste, a Demência Frontotemporal se manifesta com alterações significativas de personalidade e comportamento, como apatia ou desinibição social, rigidez mental e mudanças em hábitos alimentares, enquanto a função motora é geralmente preservada (CAIXETA et al., 2014).



Tabela 2 – Doença de Alzheimer e Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) – Teste de MoCA

Característica	Cognição Normal	Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)	Doença de Alzheimer (DA)
Definição	Ausência de alterações cognitivas significativas.	Estágio intermediário entre o envelhecimento normal e a demência.	Tipo mais comum de demência, caracterizada por um declínio progressivo e irreversível da função cognitiva.
Queixas de Memória	Ocasionais, sem impacto significativo nas atividades diárias.	Presentes, frequentemente percebidas pelo indivíduo e/ou familiares.	Constantes e progressivas, com impacto substancial na vida diária.
Funcionalidade	Preservada em todas as atividades de vida diária (AVDs) e instrumentais (AIVDs).	Preservada nas AVDs e AIVDs, embora possa haver um esforço maior para realizá-las.	Comprometida nas AVDs e AIVDs, necessitando de assistência crescente.
Alterações Neuroanatômicas	Ausentes ou mínimas, compatíveis com o envelhecimento normal.	Leves, como atrofia hipocampal, mas não preenchem critérios para demência.	Atrofia cerebral difusa, placas senis (beta-amiloide) e emaranhados neurofibrilares (tau).
Progressão	Estável ao longo do tempo.	Risco aumentado de progressão para demência (especialmente DA), mas alguns casos podem permanecer estáveis ou regredir.	Progressiva e irreversível, levando à deterioração cognitiva e funcional.
Exemplos de Instrumentos de Rastreio/Diagnóstico	Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), MoCA (em casos de suspeita).	MoCA, Teste de Memória Visual de Nitrini et al. (2004), Questionário de Atividades Funcionais (FAQ).	MEEM, MoCA, Exames de Neuroimagem (RM, PET), Análise de Biomarcadores no LCR.
Prognóstico	Bom, com manutenção da autonomia.	Pode progredir para DA ou outras demências; alguns casos permanecem estáveis.	Ruim, com progressão da doença e perda da autonomia.
Intervenções	Estilo de vida saudável, estimulação cognitiva.	Monitoramento regular, intervenções não farmacológicas (exercício, dieta, estimulação cognitiva).	Farmacológicas (inibidores da colinesterase, memantina) e não farmacológicas (terapia ocupacional, suporte familiar).

Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

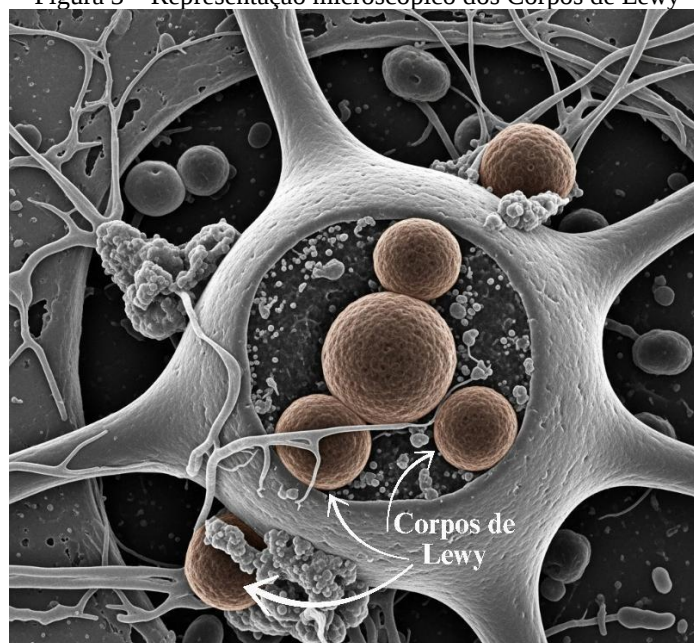
A Demência por Corpos de Lewy (DCL), por sua vez, é caracterizada pelo acúmulo de filamentos de alfa-sinucleína em sinapses neuronais, **figura 3**. A Demência por Corpos de Lewy (DCL) representa uma entidade neurodegenerativa complexa, patologicamente definida pela agregação e pelo acúmulo patogênico de filamentos de alfa-sinucleína no citoplasma neuronal. Esse processo, culminando na formação das inclusões intracitoplasmáticas denominadas Corpos de Lewy, compromete a integridade e a função das sinapses, e se correlaciona com as manifestações clínicas características da DCL, as quais incluem o parkinsonismo, as flutuações cognitivas e as alucinações visuais complexas. O rigoroso escrutínio histopatológico, portanto, se estabelece como critério diagnóstico definitivo, delineando a DCL de outras demências, como a doença de Alzheimer e a demência vascular (PARMERA et al, 2022).

Promoção da Saúde: Perspectivas Integradas

AVALIAÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO: FERRAMENTAS E ESCALAS PARA O DIAGNÓSTICO DE COMPROMETIMENTO

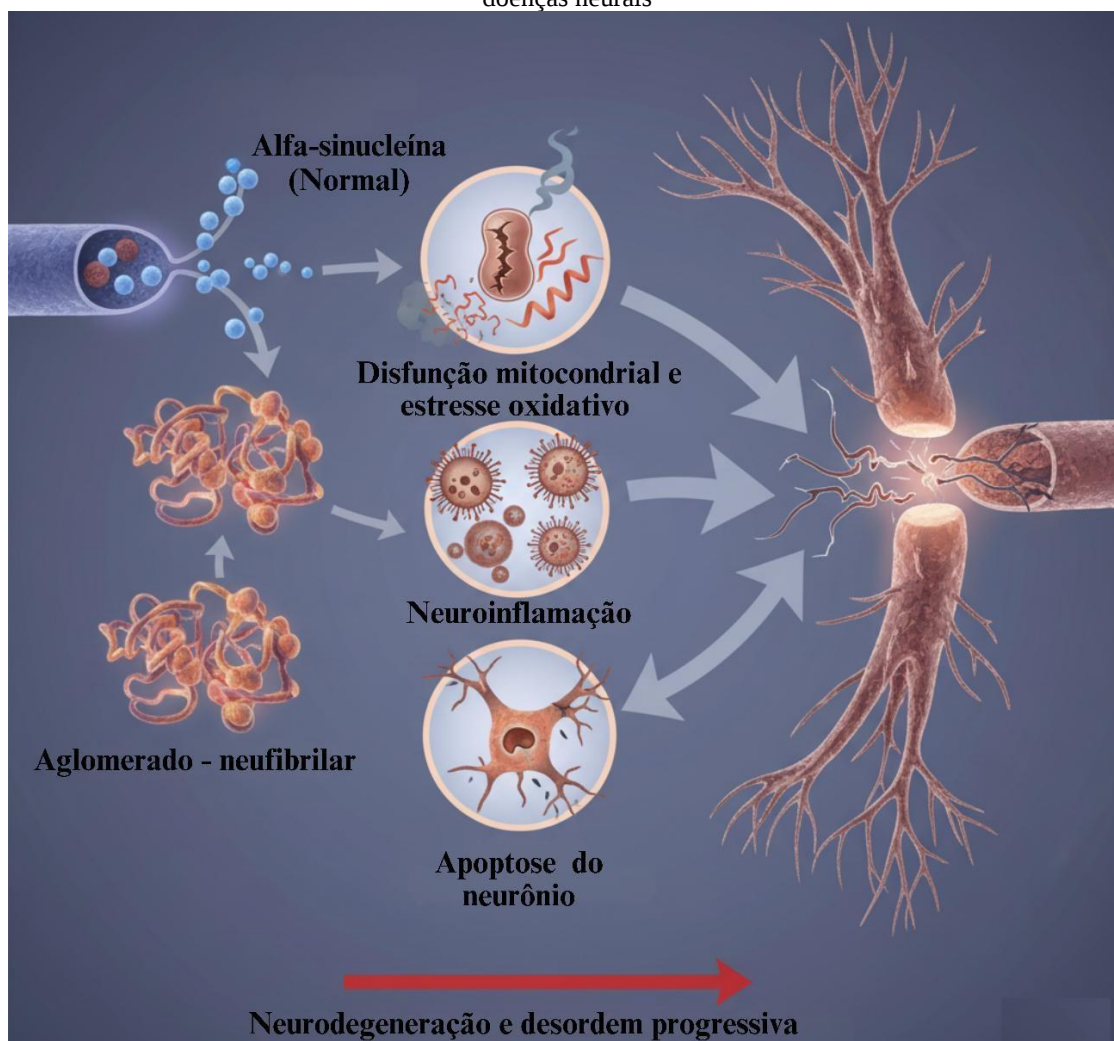
A alfa-sinucleína, uma proteína pré-sináptica, é crucial para a homeostase neuronal, mas sua malformação e subsequente oligomerização desencadeiam uma cascata de eventos citotóxicos, incluindo o estresse oxidativo, a disfunção mitocondrial e a neuroinflamação. Tais eventos convergem para a apoptose neuronal e a perda de conectividade sináptica, que são os mecanismos subjacentes à progressão da doença, **figura 4**. A investigação científica recente tem focado na elucidação dos mecanismos moleculares que regulam a propagação da alfa-sinucleína de um neurônio para outro, um processo análogo ao "príon", que pode explicar a disseminação regional da patologia no sistema nervoso central e a heterogeneidade fenotípica observada nos pacientes com DCL (ANTUNES et al, 2020). Seus sintomas incluem flutuações na atenção, alucinações visuais recorrentes e parkinsonismo. Quedas frequentes e síncope também podem ser manifestações clínicas (TUMAS, 2014). A Doença de Parkinson, outra neurodegenerativa, é primariamente um distúrbio do movimento, com sinais cardinais como bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural (PINHEIRO; BARBOSA, 2016). É fundamental reconhecer que essas condições coexistem e se manifestam de formas diversas.

Figura 3 – Representação microscópico dos Corpos de Lewy



Fonte: Autor, 2025

Figura 4 – Alfa-sinucleína: implicações da malformação e oligomerização na neurotoxicidade e progressão de doenças neurais



Fonte: (Adaptada). Autor, 2025

O diagnóstico de demência é um desafio e requer cautela. A utilização de instrumentos de rastreio, como os mencionados, é uma etapa crucial, mas jamais deve ser a única base para um diagnóstico. A anamnese detalhada, a aplicação de testes complementares, como a prancha de figuras de Nitrini para indivíduos com baixa escolaridade ou analfabetos, e a análise de exames como neuroimagens são essenciais. Além disso, é importante ressaltar a importância de uma equipe multiprofissional — composta por neurologistas, geriatras, psicólogos, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais — para um diagnóstico preciso.

A abordagem multidisciplinar não só auxilia no processo diagnóstico, mas também é vital para o manejo e tratamento dos sintomas, uma vez que a maioria das doenças neurodegenerativas não tem cura. Os testes e instrumentos de rastreio servem como guias para direcionar o tratamento, que deve ser contínuo e personalizado. O suporte para o indivíduo idoso e seus cuidadores, sejam formais ou informais, é fundamental para garantir a melhor qualidade de vida possível e um manejo humanizado da condição.



Portanto, o rastreio e o diagnóstico devem ser um processo colaborativo, rigoroso e pautado na evidência científica.

4 CONCLUSÃO

A avaliação cognitiva na população com 60+ anos é um processo complexo e multifacetado, essencial para identificar e diferenciar o declínio normal do patológico. Para isso, é crucial reconhecer que existem diversas funções cognitivas — como memória, linguagem, e funções executivas — e que a percepção de qual delas está comprometida direciona a escolha dos instrumentos de rastreio. Uma consideração fundamental é o nível de escolaridade do indivíduo, pois a baixa educação pode mascarar ou confundir os resultados dos testes, levando a uma interpretação errônea. Portanto, a seleção de ferramentas apropriadas, como testes de memória visual que não dependem da alfabetização, é vital para evitar que dificuldades cognitivas sejam erroneamente atribuídas a um processo neurodegenerativo.

O rastreio vai além da cognição. Alterações de comportamento e humor, por exemplo, também devem ser investigadas, pois podem estar diretamente associadas a certas demências ou ser um indicativo para a exclusão de outras patologias. Nesse contexto, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é uma ferramenta valiosa. Adicionalmente, é fundamental que o profissional considere a Doença de Alzheimer como a demência mais prevalente, sem, contudo, negligenciar outros tipos como a demência por Corpos de Lewy ou a demência frontotemporal. A abordagem de avaliação deve ser sempre abrangente, combinando a análise de múltiplos domínios e fatores, para se chegar a um diagnóstico preciso e a um plano de cuidado adequado.



REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ana Carolina Greis et al. **Papel da alfa-sinucleína associada à Doença de Parkinson**. 2020.
- APRAHAMIAN, I.; BIELLA, M. M.; VANDERLINDE, F. Rastreio cognitivo em idosos. In: FREITAS, E. V. de; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- BEATO, R. G. et al. Brazilian version of the Frontal Assessment Battery (FAB). Preliminary data on administration to healthy elderly. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 1, p. 59-65, 2007.
- CAIXETA, L. et al. Neuropsicologia das doenças degenerativas mais comuns. In: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (Orgs.) **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. Modelo integrado para avaliação neurocognitiva no idoso. In: _____. **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- PARMERA, Jacy Bezerra et al. Diagnóstico e manejo da demência da doença de Parkinson e demência com corpos de Lewy: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, n. 3 suppl 1, p. 73-87, 2022.
- PINEIRO, J. E. S.; BARBOSA, M. T. Doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento em idosos. In: FREITAS, E. V. de; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- PORTO, F. H. de G.; NITRINI, R. Neuropsicologia do envelhecimento normal e do comprometimento cognitivo leve. In: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (Orgs.) **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- SOUZA, L. C. de; TEIXEIRA, A. L. Rastreio cognitivo em idosos na prática clínica. In: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (Orgs.) **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- TUMAS, V. Neuropsicologia da doença de Parkinson e da demência com corpos de Levy. In: CAIXETA, L.; TEIXEIRA, A. L. (Orgs.) **Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2014.