

Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira

A bibliographic review of the mainly dementias which take on brazilian population

Claudia Lysia de O.Araújo

Juliana Silva Nicoli

RESUMO: Demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global de memória e outras funções cognitivas. O presente trabalho é uma revisão bibliográfica que tem como objetivo identificar e apresentar a produção científica relacionada com a temática. O levantamento bibliográfico foi nas Bases de Dados da Biblioteca Virtual de Saúde - BIREME. Os tipos de demência aqui levadas em conta são: Demência de Alzheimer, Demência por Corpos de Lewy (DCL), Demência Frontotemporal (DFT) e Demência Vascular. Nas demências, os fatores de risco variam de acordo com os estressores genéticos e ambientais, além da idade e histórico clínico, conforme cada indivíduo. As principais alterações cerebrais são: placas senis e emaranhados neurofibrilares, com comprometimento da neurotransmissão colinérgica e atrofia cerebral extensa. Na sua maior parte são patologias de início insidioso e deterioração progressiva. O primeiro sinal/sintoma é a perda da memória seguida de declínio cognitivo e funcional. Podem ser divididas em estágios conforme o acometimento. O diagnóstico é realizado por meio de história clínica, exames laboratoriais e de neuroimagem, exame clínico neurológico e exames neuropsicológicos. Conclui-se que ainda não se tem a cura das demências e que os estudos de células-tronco podem contribuir nesse sentido.

Palavras-chave: Demências; Idoso; Enfermagem.

ABSTRACT: *Dementia can be defined as a syndrome characterized by progressive and general decline of the memory and other cognitive functions. This work is a literature review which aims to: identify and present the scientific output related to the topic. The survey was the basis of bibliographic data of the Virtual Library of Health - BIREME. The types of dementia are Alzheimer's dementia, dementia of Lewy bodies by (DCL), Frontotemporal dementia (DFT) and Vascular Dementia. In the dementia risk factors vary depending on the genetic and environmental stressors, in addition to age and medical history, as each individual. The main changes are brain: senile plaques and tangles neurofibrilares with compromised colinérgica neurotransmission and brain atrophy extensive. Pathologies are in the majority of top insidious and gradual deterioration. The first sign and symptom is the loss of memory, followed by cognitive decline and functional. It can be divided into stages as involvement. The diagnosis is made through medical history, laboratory tests and neuroimaging, clinical neurological examination and neuropsychological testing. It follows that yet there has not had the cure of dementia and that the studies of stem cells-can contribute to this.*

Keywords: *Dementias; Aged; Nursing.*

Introdução

As síndromes demenciais podem ser classificadas em duas categorias: degenerativas e não degenerativas. As demências não degenerativas são decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, dentre outras patologias. Já as demências degenerativas têm sua origem predominantemente cortical, como a Doença de Alzheimer (DA); e subcortical, como a doença de Huntington. Esta divisão entre demência cortical e subcortical é baseada na localização da lesão da enfermidade (Allegrí, 2001) e (Gorzoni & Pires, 2006).

Demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global de memória, associado ao déficit de uma ou mais funções cognitivas (linguagem, agnosia, apraxias, funções executivas), com uma intensidade que possa interferir no desempenho social diário ou ocupacional do indivíduo (Machado *et al.*, 2006) e (Caramelli & Barbosa, 2002).

O desenvolvimento dos sintomas via de regra traz limitações importantes para a vida diária do paciente; no entanto, as dificuldades cognitivas não são as únicas causas do sofrimento de tais pacientes e de seus cuidadores. Distúrbios emocionais e de comportamento são observados concomitantemente, incluindo sintomas, como alteração de humor (sintomas depressivos, euforia, labilidade emocional), delírios, alucinações, apatia, irritabilidade, desinibição, ansiedade, reações catastróficas, agressividade verbal e física, comportamento estereotipado, andar incessante, insônia, alterações no apetite, e do comportamento sexual (Caramelli & Barbosa, 2002).

Crítérios para o diagnóstico incluem o comprometimento da memória e, ao menos, outro distúrbio cognitivo como: apraxia, agnosia, e afasia, que interferem diretamente na autonomia do indivíduo. O diagnóstico diferencial de demência exige a constatação da deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo (Abreu, Forlenza & Barros, 2005).

A abordagem do paciente com demência inclui uma avaliação e monitoramento das habilidades cognitivas, além da capacidade de desenvolver atividades diárias, devido às alterações de comportamento e da gravidade global do quadro (Abreu *et al.*, 2005) e (Smith, 1999).

O diagnóstico etiológico se baseia em exames laboratoriais, de neuroimagem, sendo importante contar com a constatação do perfil neuropsicológico característico. Esses aspectos são importantes para o diagnóstico diferencial das demências, do qual fazem parte a Demência do Corpo de Lewy (DCL), Demência Frontotemporal (DFT), Demência Vascular (DV) e Doença de Alzheimer (DA). (Caramelli & Barbosa, 2002) e (Gallucci, Tamelini & Forlenza, 2005).

O objetivo deste artigo é apresentar uma produção científica relacionada com a temática.

As demências hoje acometem parte da população pré-senil e senil de todo o mundo; além disso, sua incidência vem crescendo assustadoramente. É de extrema importância conhecer melhor essas patologias, no sentido de buscar novas formas de tratamento visto que as demências não dispõem de uma terapêutica de cura.

O conhecimento abrangente das demências pode ajudar no seu diagnóstico precoce e promover melhores condições de vida para o indivíduo acometido, o que na maioria das vezes não ocorre, devido à falta de conhecimento das sociedades sobre as patologias.

Metodologia

Em sendo um artigo de revisão bibliográfica, que aborda e descreve as demências a partir das evidências obtidas em publicações científicas, procura-se aqui oferecer, de forma simplificada e compreensiva, algumas diretrizes a respeito do assunto. O raciocínio embasou-se em assertivas e evidências publicadas em periódicos científicos especializados na temática.

Realizou-se pesquisa eletrônica na base da Biblioteca Virtual de Saúde, onde foram levantados artigos científicos e resumos de livros, assim como tratados publicados nos últimos dez anos.

Foi utilizado, como expressão de busca, o termo “Demência”, palavra essa que foi consultada no DeCS (Descritores em Ciência e Saúde), vocabulário estruturado para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos e outros tipos de materiais, assim como para utilização na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica na base da Biblioteca Virtual de Saúde.

O estabelecimento de critérios fixos, para a seleção das publicações identificadas pelos métodos acima, foram publicações que tinham acesso livre na base da Biblioteca Virtual de Saúde; publicações que se adequassem ao tema proposto inicialmente; porém, dos artigos encontrados, praticamente todos eles guardavam relação com o tema. Foram excluídas as publicações de relatos de casos e cartas dos editores, devido à sua especificidade e também porque detinham opiniões e relatos de casos isolados, não sendo considerados pertinentes a esse trabalho.

Explicitam-se a seguir os resultados das pesquisas eletrônicas:

- a pesquisa realizada na base de dados *Medline* com o emprego das expressões descritoras já citadas, encontraram cerca de 39.782 publicações que versavam sobre demências, mas a grande maioria delas não permitiam acesso livre, sendo necessário ser assinante do periódico. Na pesquisa na base “Lilacs”, foram encontradas 677 publicações, tendo sido selecionados 10 trabalhos realizados no Brasil, que incluíam artigos originais, teses e dissertações.
- na pesquisa realizada na base *Scielo Brasil*, foram encontradas 153 publicações, sendo selecionadas 9, incluindo publicações em espanhol.

As publicações encontradas foram divididas em: *Demências*, *Diagnósticas* e *Genéticas*:

- sobre *Demências*, os artigos selecionados incluíam publicações que versavam não somente a respeito das Demências, mas também sobre cognição, envelhecimento e perfil dos pacientes. Ao todo, foram utilizadas nove publicações e um resumo de livro acerca da temática.
- com relação ao tema *Genética*, foram utilizadas seis publicações, em quase a totalidade eram textos completos e de extrema importância para o entendimento do tema.
- quanto ao *Diagnóstico* se encaixaram as publicações a respeito de testes cognitivos, sendo utilizadas dez publicações.

Resultados

Demência por Corpos de Lewy (DCL)

Está associada à terceira causa mais frequente de demência. É caracterizada por quadros em que ocorrem flutuações dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas ou claras, vividas e recorrentes; com sintomas parkinsonianos leves, sintomas esses que não respondem bem à medicação antiparkinsoniana, já que os pacientes normalmente não apresentam tremor, mas apresentam rigidez e distúrbio na marcha (Carvalho, 2000).

Dentre as manifestações acima citadas, pelo menos duas devem ocorrer para haver o diagnóstico provável de DCL (Caramelli & Barbosa, 2002). No entanto, nas fases iniciais ocorre relativa preservação da memória que, com a progressão da doença, acabará comprometida.

Os eventos patológicos que acontecem nesse tipo de demência são os corpúsculos de Lewy, sendo inclusões intracitoplasmáticas eosinofílicas hialinas, encontradas no córtex cerebral, no tronco encefálico, espaços neocorticais. Podem ocorrer outros eventos patológicos relacionados à Doença de Alzheimer, como as placas senis e uma menor extensão de emaranhados neurofibrilares (Machado, 2006) e (Gallucci *et al.*, 2005).

A Demência por Corpos de Lewy pode ser confundida e/ou associada à Parkinson. O que deve ser de extrema importância é a diferenciação no diagnóstico do paciente (Caramelli & Barbosa, 2002).

Demência Frontotemporal (DFT)

É caracterizada por uma síndrome neuropsicológica marcada pela disfunção dos lobos frontais e temporais, associada geralmente à atrofia destas estruturas e com uma parcial preservação das regiões cerebral posterior.

A DFT tem início insidioso e caráter progressivo, com um discreto comprometimento da memória episódica, mas com importantes alterações comportamentais, de personalidade e alterações na linguagem. As alterações comportamentais podem ser: isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiperoralidade, descuido da higiene corporal, sintomas depressivos, estereotipias motoras, exploração incontida de objetos no ambiente, distrabilidade. (Gallucci *et al.*, 2005).

O início dos sintomas ocorre antes dos 65 anos, havendo a presença de paralisia bulbar, acinesia, fraqueza muscular e fasciculações, que dão suporte ao diagnóstico diferencial da DFT.

Importante na DFT, é que fazem parte desta patologia a doença de Pick, a degeneração dos Lobos Frontais, a demência associada ao neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica) e também a Demência Semântica. (Machado, 2006) e (Caramelli & Barbosa, 2002). Nestes três primeiros tipos, ocorre o comprometimento de funções executivas, com relativa preservação da memória. Já no último, caso da Demência Semântica, há perda progressiva do reconhecimento visual, esquecimento do significado das palavras, com anomia (incapacidade de lembrar alguns nomes de objetos), comprometimento em testes de nomeação, na fluência verbal e categorização semântica. Os diagnósticos diferenciais das formas desse tipo de demência baseiam-se na história clínica, no exame neurológico, e na identificação do perfil característico à avaliação neuropsicológica. (Carvalho, 2000).

O que determina a diferenciação da degeneração dos lobos frontais com a da doença de Pick, é que esta é uma forma de degeneração cerebral envolvendo massa cinzenta e branca, com áreas de atrofia ocorrendo predominantemente nos lobos frontal e temporal, tem curso variável, acomete principalmente pessoas de 45 a 65 anos, sendo para seu diagnóstico necessária a aplicação dos seguintes critérios: o da demência progressiva, da predominância de características frontais como euforia, deterioração do comportamento afetivo e social, apatia ou inquietação, podendo ainda ter precedente de comprometimento da memória. (Carvalho, 2000) & (Bottino, 2003).

Os exames de neuroimagem estrutural costumam revelar a localização da atrofia fronto-temporal, e participar amplamente do diagnóstico deste tipo de demência.

Demência Vascular (DV)

O termo Demência Vascular tem ampla conotação, referindo-se a quadros demenciais causados pelas Doenças Cerebrovasculares, que podem ser aceitos como fatores desencadeantes para a evolução das demências. Estão associados a lesões tromboembolíticas, estados lacunares em lesões únicas de locais cerebrais, demências associadas a lesões extensas da substância branca, angioplastia amilóide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos. (Engelhardt *et al.*, 2001).

A DV pode ser classificada como a segunda maior causa de quadros demenciais. Tipicamente, a doença apresenta um início mais agudo que a DA, com curso de deterioração em degraus, com períodos abruptos seguidos de períodos de estabilidade.

É importante saber que os pacientes que apresentam essa demência possuem lesões do tipo subcortical, ou seja, degenerativas, nos quais os sintomas primários são os déficits nas funções executivas ou focais múltiplas. (Gallucci *et al.*, 2005).

A apresentação clínica da DV depende da causa e da localização do infarto cerebral, sendo que os fatores de riscos para ela são os mesmos relacionados aos processos de aterogênese e doenças relacionadas à: idade, hipertensão, diabetes, tabagismo, doenças cardiovasculares e cerebrais, dislipidemias, dentre outros. (Machado *et al.*, 2006) e (Caramelli & Barbosa, 2002). Os infartos lacunares frequentemente ocorrem com disartria, disfagia e labilidade emocional, marcha de “petits pas” (marcha característica dessa demência) e bradicinesia. Por outro lado, os pacientes com lesões vasculares no córtex cerebral apresentam afasia, apraxia e distúrbios visoespaciais. (Carvalho, 2000).

O diagnóstico da DV se baseia em história clínica, avaliação neuropsicológica e exames de neuroimagem. É difícil diferenciar a DV da doença de Alzheimer. Os principais determinantes desta diferença entre a DA e a DV são que nesta última deve haver história prévia de DVE, sintomas neurológicos focais (hemiparesia, ataxia, hemianopsia, e/ou alterações como afasia e heminegligência). (Caramelli & Barbosa, 2002). Durante o curso da doença existe a preservação da personalidade até os estágios avançados. (Carvalho, 2000).

Ressalva importante pode ocorrer na Demência Mista, que é uma entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de características e sintomas da Doença de Alzheimer e da Demência Vascular. (Gallucci *et al.*, 2005).

Doença de Alzheimer (DA)

A Doença de Alzheimer é a causa de maior prevalência no grupo etário pré-senil e senil, e seu aumento gradual é observado com o envelhecimento da população. (Engelhardt *et al.*, 2001).

A DA é representada por respostas cognitivas desadaptadas, devido a seu comprometimento cerebral extenso. (Luzardo, Gorini & Silva, 2006). O comprometimento cognitivo é responsável pela perda da autonomia e capacidade decisória, além de afetar o funcionamento ocupacional e social de cada indivíduo. (Dourado, 2006) & (Forlenza, 2005).

Quanto ao curso clínico, a DA tem um início insidioso e de deterioração progressiva. O prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude inicialmente. (Allegri, 2001).

Pode ser dividida em três estágios: inicial, com duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que há perda de memória episódica e grande dificuldade de aprendizagem de novos eventos. (Gallucci *et al.*, 2005).

Evoluindo gradualmente, levando a prejuízos mais sérios em outras funções cognitivas: como o julgamento, raciocínio, habilidades visuo-espaciais. (Carvalho, 2000) e (Teixeira & Caramelli, 2006).

Nos estágios intermediários, com duração de dois a dez anos, ocorrerá progressivamente uma afasia fluente (alteração ou perda da capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada e/ou escrita), agnosia (dificuldade na nomeação de objetos e na forma de expressar ideias e palavras), e apraxia (incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados, embora as funções musculares e sensoriais estejam conservadas). Sintomas extrapiramidais podem ocorrer como: alterações na postura, aumento no tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio. (Almeida, 1997).

Nos estágios terminais, de oito a doze anos, todas as funções cerebrais estão amplamente afetadas, verificando-se alterações marcantes no ciclo sono-vigília, alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade para deambular, falar e realizar cuidados pessoais, ou seja, com progressiva deterioração da memória e da execução das atividades de vida diária (AVD), o que insere a DA entre os quadros progressivos irreversíveis. Podem aparecer sinais e sintomas neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante e a deterioração corporal que é surpreendentemente rápida, apesar do apetite preservado. (Mansur *et al.*, 2005).

É importante ressaltar que o tempo de progressão da demência é variável de acordo com cada indivíduo, podendo muitas vezes não preencher as medianas temporárias acima citadas nos estágios iniciais, intermediários e terminais.

De acordo com a idade do paciente e dos fatores de riscos, existem diferentes tipos de neurodegeneração que acometem regiões cerebrais distintas. As principais alterações cerebrais características da DA são: placas senis ou neurolíticas e os emaranhados neurofibrilares. (Forlenza, 2005).

Uma característica dessa demência é o declínio da memória decorrente da depleção da acetilcolina nos núcleos basais de Meynert e da atrofia do lobo temporal, principalmente na formação hipocampal. (Christofolletti *et al.*, 2006).

Diagnóstico das demências

O diagnóstico das demências é pautado em bases clínicas, devendo os profissionais atentar para os critérios de uma classificação da doença, podendo estar estes dentro dos seguintes parâmetros: POSSÍVEL - de curso atípico ou associado a outros fatores causais para demência. PROVÁVEL - com distúrbio de memória associado a uma ou mais funções cognitivas afetadas. DEFINIDA - cujos achados clínicos são confirmados com o exame anatomopatológico, conforme a topografia da demência. (Mansur *et al.*, 2005).

O diagnóstico diferencial das demências se baseia na história clínica, nos exames laboratoriais e de imagem, no exame neurológico, na diferenciação do perfil característico à avaliação neuropsicológica. (Caramelli & Barbosa, 2002).

Exames laboratoriais realizados são geralmente os seguintes: hemograma completo, concentração sérica de uréia, creatinina, tiroxina (T4) livre, hormônio tireóideo-estimulante (TSH), albumina, enzimas hepáticas (TGO, TGP, Gama – GT), vitamina B₁₂ e cálcio, reações sorológicas para sífilis e HIV. O exame do LCR (líquor céfalo-raquidiano) é indicado na investigação de demência no início pré-senil (antes do 65 anos), apresentação ou curso clínico atípico, hidrocefalia comunicante, e quando houver suspeita inflamatória ou infecciosa do SNC.

A Tomografia Computadorizada (TC), ou preferencialmente a Ressonância Magnética (RM), deve ser realizada com a finalidade de excluir outras possibilidades diagnósticas, além de comorbidades. O SPECT (Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único) não é recomendado rotineiramente, mas pode auxiliar no diagnóstico de outras demências, em especial as de forma degenerativa, como DA, Demência FrontoTemporal, Demência Corpus Lewy e Degeneração córtico-basal. (Nitrini *et al.*, 2005).

A Eletroencefalografia (EEG) é recomendada como método auxiliar, principalmente quando o diagnóstico permanecer em aberto após avaliações clínicas iniciais, situação essa em que o EEGq (quantitativo) pode ser útil. (Nitrini *et al.*, 2005) e (Bazzarella, 2003).

No caso de demências degenerativas, os exames laboratoriais são normais e os de neuroimagem revelam atrofia cortical, embora inespecífica, podendo apresentar topografia sugestiva. (Caramelli & Barbosa, 2002).

Discussões aqui conclusivas

As demências são resultantes de uma série de estressores genéticos e ambientais, que variam com o tempo, idade e cada indivíduo acometido. Existe uma cascata de eventos fisiopatológicos que atuam diretamente no âmbito molecular, que levam à falta de neurotransmissores, consequentemente causando a patologia demencial. Dentre elas, a DA é a forma demencial com maior prevalência na sociedade.

O curso clínico da maioria das demências tem início insidioso e de deterioração progressiva, com prejuízo na memória de fixação. No decorrer da doença há uma progressiva deterioração na execução das atividades funcionais e de vida diária. E com o passar do tempo, o quadro torna-se progressivo e irreversível, podendo aparecer sinais e sintomas neurológicos, deterioração corporal e outras patologias associadas.

O diagnóstico diferencial das demências se baseia na história clínica, exames laboratoriais e de imagem, exame neuropatológico, diferenciação do perfil característico à avaliação neuropsicológica.

Importante é priorizar cada paciente, a fim de promover o bem-estar, não somente individual, mas também para familiares e cuidadores.

Considerações Finais

As demências ainda precisam ser muito estudadas e conhecidas pela sociedade; afinal, por mais que existam estudos em vários âmbitos dessas patologias, a grande maioria deles ainda não se apresenta de forma inteiramente completa a respeito do assunto.

Em uma larga quantidade de artigos localizados por esta pesquisa, a dificuldade observada foi que, na sua maioria, eles não eram, na rede, de visibilidade livre aos interessados nessas questões. Diante de tal constatação, pode-se deduzir que se verifica uma prejudicial limitação de informações, haja vista que, a nosso ver, seria necessário disponibilizar, na rede, uma maior quantidade de publicações de acesso gratuito, livre, socializando esclarecimentos mais abrangentes e exaustivos dessas preocupantes patologias, altamente incidentes na sociedade contemporânea que envelhece a olhos vistos.

Referências

- Abreu, I.D., Forlenza, O.V. & Barros, H.L. (2005, junho). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. psiquiatr. clín.*, 32(3): 131-6.
- Allegri, R.F. *et al.* (2001). Perfis Diferenciais de Perda de Memória entre a Demência Frontotemporal e a do Tipo Alzheimer. *Psicol. Reflex. Crit.*, 142: 317-24.
- Almeida, O.P. (1997, março). Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 43(1): 77-81.
- Bazzarella, M.C.S. (2003). Critério diagnóstico provisório para depressão na Doença de Alzheimer. *Rev. psiquiatr. clín.*, 30(3): 102-3.
- Bottino, C.M.C. (2003). Diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer: contribuição da neuroimagem estrutural. *Rev. psiquiatr. clín.*, 30(3): 100-1.
- Caramelli, P. & Barbosa, M.T. (2002, abril). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24(1): 7-10.

Carvalho, A.M. (2000). *Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos*. Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo (SP), Brasil.

Christofoletti, G. *et al.* (2006, outubro-dezembro). Risco de queda em idosos em doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Revista Brasileira Fisioterapia*, 10(4).

Dourado, M. *et al.* (2006). Consciência da doença na demência. *Rev. psiquiatr. clín.*, 33(6): 313-21.

Engelhardt, E. *et al.* (2001, dezembro). Doença de Alzheimer e espectroscopia por ressonância magnética do hipocampo. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 59(4): 865-870.

Forlenza, O.V. (2005, junho). Tratamento farmacológico da Doença de Alzheimer. *Rev. psiquiatr. clín.*, 32(3): 137-48.

Gallucci Neto, J., Tamelini, M.G.G. & Forlenza, O.V. (2005, junho). Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. psiquiatr. clín.*, 32(3): 119-30.

Gorzoni, M.L. & Pires, S.L. (2006). Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev. psiquiatr. clín.*, 33(1): 18-23.

Luzardo, A.R., Gorini, M.I.P. & Silva, A.P.S. (2006, dezembro). Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria, 15(4): 587-94.

Machado, J.C.B. *et al.* (2006). Doença de Alzheimer. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X. & Gorzoni, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 15: 133-47. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Mansur, L.L. *et al.* (2005, dezembro). Linguagem e cognição na Doença de Alzheimer. *Psicol. Reflex. Crit.*, 18(3): 300-7.

Nitrini, R. *et al.* (2005, setembro). 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. Neuro-Psiquiatr.*, 63(3): 720-7.

Smith, M.A.C. (1999, outubro). Doença de Alzheimer. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 21(2): 3-7.

Teixeira Jr., A.L. & Caramelli, P. (2006, setembro). Apatia na doença de Alzheimer. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 28(3): 238-41.

Recebido em 20/04/2010

Aceito em 20/05/2010

Claudia Lysia de O.Araújo - Professora Titular II, Faculdades Integradas Teresa D'Ávila, Lorena (SP). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, da Escola de Enfermagem da USP.

E-mail: claudia-lysia@ig.com.br

Juliana Silva Nicoli - Aluna do 4º ano de Enfermagem das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila, Lorena (SP).

E-mail: junicoli@hotmail.com