PSICOLOGIA.COM.PT
O PORTAL DOS PSICÓLOGOS

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

2007

Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto

Diana Manuela Gomes Cancela
Psicóloga licenciada pela Universidade Lusíada do Porto, Portugal
di_cancela@hotmail.com

RESUMO

Fala-se correntemente do envelhecimento como se tratando de um estado tendencialmente classificado de "terceira idade" ou ainda "quarta idade". No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. É, assim, impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Neste trabalho são abordados aspectos do envelhecimento humano como o envelhecimento e as sensações e percepções, as teorias do envelhecimento, as suas alterações neuroanatómicas, os seus efeitos no desempenho cognitivo, e os factores que influenciam esse mesmo envelhecimento, entre outros.

Palavras-chave: Envelhecimento, teorias, desempenho cognitivo, défice cognitivo

---

Todo organismo multicelular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo. A vida de um organismo multicelular costuma ser dividida em três fases: a *fase de crescimento e desenvolvimento*, a *fase reprodutiva* e a *senescência,* ou envelhecimento. Durante a primeira fase, ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, o organismo vai crescendo e adquirindo capacidades funcionais que o tornam apto a se reproduzir. A fase seguinte é caracterizada pela capacidade de reprodução do indivíduo, que garante a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. A terceira fase, a senescência, é caracterizada pelo declínio da capacidade funcional do organismo.

Fala-se correntemente do envelhecimento como se tratando de um estado tendencialmente classificado de "terceira idade" ou ainda "quarta idade". No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afecta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. É, assim, impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Assim, podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (Fontaine, 2000).

Idade biológica - está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz.

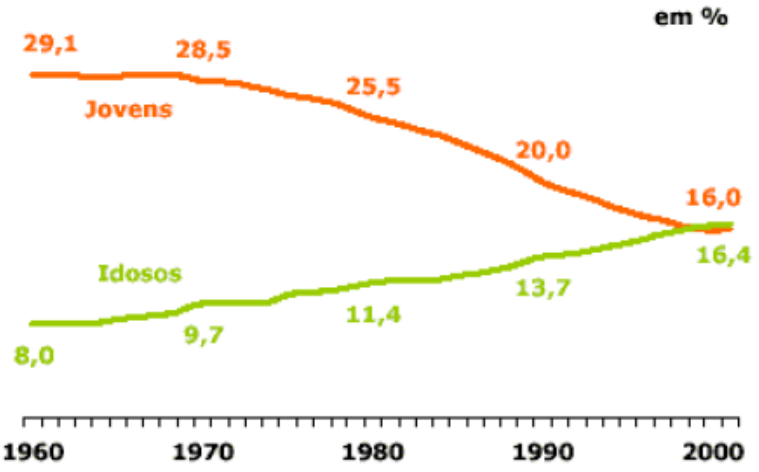
Idade social - refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país.

Idade psicológica - relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente; inclui a inteligência, memória e motivação.

O envelhecimento é antes de mais uma questão demográfica.

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960 – 2001



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Portugal está a tornar-se num país envelhecido. O peso dos idosos na estrutura populacional, tem vindo a aumentar de forma significativa, devido por um lado à diminuição dos nascimentos e por outro ao aumento da esperança de vida. Esta redefinição da estrutura etária tem diferentes implicações: exige políticas sociais que permitam fazer face à nova realidade e onde a saúde e o apoio social terão de ser redimensionados; em termos económicos leva a um esforço acrescido da segurança social, com o pagamento de reformas e também com os serviços especializados destinados a este grupo populacional.

A nível social há ainda outras implicações no âmbito da exclusão social, solidão e pobreza.

ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO

A senescência é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspectos físicos e cognitivos. Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e 65 anos. No entanto, esta é uma idade instituída para efeitos de pesquisa, já que o processo de envelhecimento depende de três classes de factores principais: biológicos, psíquicos e sociais. São estes factores que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura.

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar. Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. Ou seja, um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de stress físico, emocional, etc., pode apresentar dificuldades em manterá sua homeostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, a qual pode culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (Firmino, 2006).

O envelhecimento do ponto de vista fisiológico depende significativamente do estilo de vida que a pessoa assume desde a infância ou adolescência. O organismo envelhece como um todo, enquanto que os seus órgãos, tecidos, células e estruturas sub-celulares têm envelhecimentos diferenciados.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações de vários aspectos perceptíveis do organismo. Destacam-se a:

- Diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, fígado e o cérebro;
- Diminuição da capacidade dos rins para eliminar toxinas e medicamentos;
- Diminuição da capacidade do fígado para eliminar toxinas e metabolizar a maioria dos medicamentos;
- Diminuição da frequência cardíaca máxima, mas sem alteração da frequência cardíaca em repouso;
- Diminuição do débito cardíaco (saída de sangue do coração) máximo;
- Diminuição da tolerância à glicose;
- Diminuição da capacidade pulmonar de mobilização do ar;
- Aumento da quantidade de ar retido nos pulmões depois de uma expiração;
- Diminuição da função celular de combate às infecções;

O ENVELHECIMENTO E AS SENSAÇÕES E PERCEPÇÕES

Modalidade	Efeitos da Idade
Gosto	Muito fraco
Olfacto	Muito fraco
Cinestesia	Muito fraco
Tacto	Forte
Temperatura	Forte
Dor	Forte
Equilíbrio	Muito forte
Visão	Muito forte
Audição	Muito forte

Quadro 1. Efeitos da idade nas diferentes modalidades sensoriais (Fontaine, 2000)

O envelhecimento perceptivo é muito diferenciado. Algumas modalidades sensoriais, como o olfacto, o gosto ou a cinestesia, são pouco afectadas pela idade, ao passo que outras, como a audição, a visão e o equilíbrio, são gravemente afectadas. De todas estas modalidade perceptivas, o envelhecimento afecta de forma mais significativa o equilíbrio, audição e visão, sendo que isto

acarreta consequências importante, e por vezes graves, a nível psicológico e social. Por outro lado, os défices sensoriais de natureza auditiva e visual parecem causas importantes de declínio geral no funcionamento das actividades intelectuais (Fontaine, 2000).

TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

("Sebenta" de Psicopatologia do Adulto e da Terceira Idade)

Todas as espécies envelhecem e sofrem alterações notáveis desde o nascimento até a morte. Os cientistas desenvolveram teorias tentando explicar a razão pela qual as pessoas envelhecem, embora nenhuma delas tenha sido comprovada. Em última instância, podem ser extraídas de cada teoria explicações da razão das pessoas envelhecerem e morrerem.

Teoria do Envelhecimento Programado

Esta teoria explica o envelhecimento unicamente através de factores genéticos, ou seja, a velocidade com que uma espécie envelhece é predeterminada por seus genes, ou se preferirmos, os genes determinam quanto tempo as células viverão.

Os defensores desta teoria acreditam que as células do nosso organismo estão geneticamente programadas para morrer após um certo número de divisões celulares (mitose). Atingido esse número seria então desencadeado o processo de morte, cujo momento estaria ligada a idade biológica, variando assim entre as diversas espécies.

À medida que as células morrem, os órgãos começam a apresentar um mau funcionamento e, finalmente, não conseguem manter as funções biológicas necessárias para a manutenção da vida.

Teoria dos Radicais Livres

Actualmente, esta será uma das melhores teorias explicativas do envelhecimento.

A teoria dos radicais livres surgiu em 1954, com o Dr. Denham Harmon, que propôs que as células envelhecem em consequência de danos acumulados devido às reacções químicas que ocorrem no interior das células. Durante essas reacções, são produzidas toxinas denominadas *radicais livres*.

Radicais livres são substâncias tóxicas que possuem um número ímpar de electrões e que por isso procuram ligar-se a outras moléculas para emparelhar o seu electrão livre, acabando por danificar as células. Desta forma, os radicais livres oxidam praticamente tudo, possuindo também a capacidade de gerar novos radicais livres. Nessa busca desenfreada por novos parceiros os

radicais livres destroem enzimas e atacam células, causando nelas sérios danos estruturais cuja consequência será o seu mau funcionamento e morte.

As células nervosas são um dos alvos dos radicais livres. Como as células nervosas não se reproduzem, o número de neurónios tende a diminuir cada vez mais, havendo assim menos conexões sinápticas, conduzindo a perdas da capacidade funcional. Com o passar do tempo, mais e mais lesões são causadas, até muitas células não funcionarem normalmente ou morrerem. Quando isso acontece, o organismo também morre.

Uma vez que os radicais livres resultam de um processo de oxidação, fornecer ao organismo anti – oxidantes é a melhor forma de atenuar os efeitos dos radicais. O principal anti – oxidante endógeno é a melotonina, produzida pela glândula pineal durante o sono. Também as vitaminas C e E são importantes anti – oxidantes, mas estes exógenos.

Esta teoria é assegurada pelas inúmeras evidências científicas de que os radicais livres estão envolvidos praticamente em todas as doenças típicas da idade, como a arteriosclerose, as doenças coronárias, a catarata, o cancro, a hipertensão, as doenças neurodegenerativas e outras.

ALTERAÇÕES NEUROANATÓMICAS

Estudos neuropatológicos e de neuroimagiologia documentaram alterações amplas no cérebro humano envelhecido.

- Atrofia do cérebro

Esta atrofia do cérebro é acompanhada de perda de peso, diminuição do volume cortical e aumento dos sulcos e parece ser provocada sobretudo pela redução da substância branca (leucoaraiose). Uma análise macroscópica demonstra ainda uma dilatação ventricular, causada pelo aumento do líquido cefalorraquidiano.

- Aparecimento de placas senis

- Degenerescência neurofibrilar

Hebb postulou que toda a aprendizagem se traduz pelo reforço ou pela criação de novas dendrites e de novas sinapses - a sinapse estabelece uma junção entre dois neurónios e permite assim a circulação sinal nervoso. A hipótese de Hebb foi confirmada pelos neuropsicólogos. Ao envelhecer esta neuroplasticidade parece menos activa e menos eficaz, o que deveria traduzir-se

por uma diminuição das capacidades de aprendizagem. O indivíduo torna-se então incapaz de realizar novas aprendizagens (Fontaine, 2000).

- Morte neuronal

As regiões mais afectadas pela morte dos neurónios são as circunvoluções frontal superior, temporal superior e frontal ascendente, bem como o córtex visual, ao passo que as circunvoluções parietais ascendente e temporal inferior conservariam a sua integridade. A esta perda neuronal parece vir associar-se uma atrofia dos corpos celulares (Fontaine, 2000).

As consequências desta morte neuronal ficam evidentes se pensarmos que as pessoas mais idosas têm de recrutar mais sistemas neurais para realizar mesmo operações mentais relativamente simples.

- Rarefacção da arborização dendrítica

Trata-se de uma diminuição média do número de dendrites dos neurónios. As áreas especialmente afectadas são o córtex pré-frontal e algumas zonas do hipocampo. Ao envelhecerem, certas zonas cerebrais sofrem assim uma degenerescência, ao mesmo tempo que outras parecem crescer, havendo uma "compensação". No entanto, este aspecto parece não ocorrer em todos os idosos. Assim, podemos interpretar essa compensação como característica do envelhecimento normal, ao passo que a sua inexistência seria um sinal de senilidade. Estamos assim perante uma concepção dinâmica do envelhecimento cerebral (Fontaine, 2000).

Todos os conhecimentos relativos ao envelhecimento cerebral foram elaborados a partir de comparações, *pos mortem*, entre amostras de cérebros jovens e cérebros de pessoas idosas, resultando daqui diversas dificuldades metodológicas. As amostras são, por razões técnicas, pequenas e as colheitas de tecidos nervosos são aleatórias. Daqui resulta que as diferenças interindividuais não são conhecidas, embora sejam consideradas de grande importância pelos investigadores.

As alterações neuroanatómicas estão associadas a mudanças celulares e químicas. Destacam-se:

- Aumento da proteína amilóide

A proteína amilóide é produzida ao longo de toda a vida, sendo que há medida que o organismo envelhece vai perdendo a capacidade para a sintetizar, acabando esta por se acumular no organismo.

- Emaranhados neurofibrilares

São resíduos do metabolismo celular que a célula não consegue expulsar e que, portanto, se vão acumulando no seu interior. Estes resíduos prejudicam o funcionamento da célula e esta acaba por morrer.

A célula ao morrer produz restos celulares, que se unem à proteína amilóide, formando as placas neuríticas (ou senis). As placas senis vão ocupar o espaço entre os neurónios, impedindo a comunicação neuronal.

As alterações biológicas e psicológicas devidas ao envelhecimento ocorrem habitualmente de forma gradual, ao longo de anos ou décadas e, em consequência, não existe uma idade determinada em que as pessoas possam ser consideradas velhas.

EFEITOS DO ENVELHECIMENTO NO DESEMPENHO COGNITIVO

Os estudos relativos ao desempenho intelectual demonstraram que as aptidões cognitivas atingem o seu pico pelos 30 anos, continuam estáveis até à década dos 50 – 60 anos e, a partir daí começam a diminuir. O declínio acelera-se a partir dos 70 anos.

O declínio das funções intelectuais não é uniforme para todas elas.

Segundo Spar e La Rue (cit in Firmino, 2006):

- A capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem mantém-se estável em toda a vida adulta. Contudo as pessoas idosas têm maior dificuldade em compreender mensagens longas ou complexas e em recuperarem e reproduzirem rapidamente nomes ou termos específicos. O discurso tende também a ser mais repetitivo.
- Os idosos evidenciam uma maior dificuldade nas tarefas de raciocínio que envolvem uma análise lógica e organizada de material abstracto ou não familiar. No desempenho de tarefas que implicam planear, executar e avaliar sequências complexas de comportamento os idosos costumam revelar-se mais lentos do que os jovens. Os idosos são mais lentos nos aspectos perceptivos, mnésicos e cognitivos bem como nas funções motoras.
- No que respeita às aptidões visuais em relação ao espaço, os idosos mantêm a capacidade de reconhecerem os lugares e as caras que lhes são familiares, bem como de reproduzirem e identificarem formas geométricas vulgares. No entanto, revelam um declínio na capacidade de reconhecerem e reproduzirem configurações complexas ou que não lhes sejam familiares.

- Quanto à atenção, as pessoas idosas mantêm a mesma capacidade dos jovens em dirigirem e manterem a atenção sobre um determinados tópico ou acontecimento. No entanto, apresentam dificuldade em filtrarem informação ocasional, em repartirem a atenção por múltiplas tarefas ou desviarem a atenção de um para outro aspecto.
- Em relação à inteligência, esta tende a manter-se estável durante a maior parte da vida adulta, sendo que essa estabilidade atinge a aptidão para definir e usar palavras, para aceder a conhecimentos de cultura geral e para o envolvimento em raciocínios práticos e sociais. O vocabulário, a capacidade de acesso à informação e a compreensão não são muito prejudicados com a passagem dos anos.

A tabela seguinte resume as tendências gerais do envelhecimento para a inteligência e outras áreas específicas do funcionamento cognitivo.

Aptidão	Sentido da mudança no envelhecimento	Comentário
Inteligência		
Vocabulário, fundo de conhecimento	Estável ou crescente	Pode declinar ligeiramente em idade muito avançada; mais pronunciado em tarefas novas.
Capacidades perceptivomotoras	Em declínio	O declínio começa pelos 50 - 60 anos.
Atenção		
Campo de atenção	Estável a declínio ligeiro	
Atenção complexa	Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção.
Linguagem		
Comunicação	Estável	Na ausência de défice sensorial.
Sintaxe, conhecimento de palavras	Estável	Varia com o grau de instrução.
Fluência, nomeação	Declínio ligeiro	Lapsos ocasionais em encontrar palavras.
Compreensão	Estável a declínio ligeiro	Mensagens complexas dificultam mais.
Discurso	Variável	Pode ser mais impreciso, repetitivo.
Memória		
Curto prazo (imediata)	Estável a declínio ligeiro	Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo.
De trabalho	Declínio ligeiro	Défices de codificação e recuperação.
Secundária (recente)	Declínio moderado	Pode recordar mais facilmente características incidentais do que informação consciente.
Implícita	Estável a declínio ligeiro	Intacta para aspectos mais importantes da história pessoal.
Remota	Variável	
Visuo - Espacial		
Copiar desenhos	Variável	Intacta para figuras simples, mas não para complexas.
Orientação topográfica	Em declínio	Mais notável em terreno familiar.
Raciocínio		
Resolução de problemas	Em declínio	Alguma redundância e desorganização.
Raciocínio prático	Variável	Intacto para situações familiares.

Funções Executivas	Declínio ligeiro	Planeamento / monitorização menos eficiente de comportamentos complexos.
Velocidade	Em declínio	Lentificação do pensamento e da acção é a mudança mais constante no envelhecimento.

Tabela 2. Efeitos do envelhecimento no desempenho cognitivo (Spar e La Rue, 2005)

As alterações cognitivas que surgem com o avançar da idade estão relacionadas com o declínio de três recursos fundamentais do processamento cognitivo: a velocidade a que a informação pode ser processada, a memória de trabalho e as capacidades sensorial e perceptual (Park, 1999 cit. in Spar e La Rue, 2005).

Velocidade de Processamento

De todas as alterações cognitivas a mais fácil de predizer é a diminuição da velocidade de processamento da informação e da resposta. A lentificação da execução de componentes perceptuais e operações mentais pode afectar a atenção, a memória e a tomada de decisão, influenciando também o desempenho mesmo em tarefas que não têm requisitos de velocidade óbvios (Salthouse, 1996 cit. in Spar e La Rue, 2005).

Memória de Trabalho

A memória de trabalho está relacionada com a retenção a curto prazo e a manipulação de informação registada na memória consciente. Exemplos disto são a recordação consciente de números de telefone durante o tempo suficiente para tomar nota deles, calcular mentalmente o preço de venda de um artigo que tem um desconto ou percorrer mentalmente um percurso em que se tenciona viajar. A informação desvanece-se da memória de trabalho no espaço de cerca de dois segundos, e por isso, para manter os pormenores "vivos" durante um período mais longo é necessário ensaiar ou continuar a concentrar a atenção (Baddeley, 1986 cit. in Spar e La Rue, 2005).

O envelhecimento está associado a um declínio das aptidões da memória de trabalho, especialmente quando é necessária a manipulação activa da informação (por exemplo, repetir números por ordem inversa). Por sua vez, as diminuições da memória de trabalho colocam limites a outras aptidões cognitivas complexas, como o raciocínio e outros processos executivos ou aprender e recordar informação nova.

Alterações sensoriais e perceptuais

A maior parte dos adultos idosos experimenta decréscimos da acuidade visual e auditiva, bem como outras alterações perceptuais.

Os efeitos combinados da lentificação do sistema nervoso central, do decréscimo da memória de trabalho e das alterações sensoriais e perceptuais limitam os recursos de processamento que as pessoas idosas podem utilizar em determinadas circunstâncias. Isto aumenta a probabilidade de ocorrer uma sobrecarga de processamento em situações que anteriormente se apresentavam fáceis. Na velhice avançada, mesmo as actividades básicas como andar ou manter o controlo postural tornam-se menos automáticas, tendo como resultado que as pessoas mais velhas têm de dedicar recursos cognitivos mais conscientes a estas actividades.

Algumas das alterações comportamentais registadas com o envelhecimento, tais como a lentificação do processamento da informação e da resposta, podem estar relacionadas com alterações generalizadas, tais como a diminuição do volume do cérebro e da densidade da substância branca.

A afectação da memória de trabalho, os problemas com o aumento do esforço para aprender e recordar e as alterações da eficiência das funções executivas são alguns dos achados que sugerem um ligeiro grau de disfunção cerebral frontal / subcortical no envelhecimento normal. Para além das alterações frontais, são também importantes as alterações no hipocampo, que parecem desempenhar um papel crucial na memória. Técnicas de imagiologia por ressonância magnética demonstraram uma diminuição do volume do hipocampo, levando a concluir que esse menor volume hipocâmpico estaria relacionado com as alterações da memória ou ainda aumentando a probabilidade de demência (Spar e La Rue, 2005).

FACTORES QUE INFLUENCIAM O ENVELHECIMENTO COGNITIVO

Existe uma série de factores que parecem influenciar o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade. São eles (Spar e La Rue, 2005):

- **Factores genéticos** - Cerca de 50 % da variabilidade cognitiva na terceira - idade pode ser devida a factores genéticos.

- **Saúde** – Idosos de óptima saúde ultrapassam em muitos testes cognitivos os que não têm doenças do foro médico.

- **Instrução** – A instrução explica até 30% da variabilidade cognitiva na terceira idade.

- **Actividade mental** – Actividades mentalmente estimulantes estão em correlação com melhor desempenho cognitivo e menor declínio longitudinal.

- **Conhecimentos especializados** – Especialistas a envelhecer podem desenvolver estratégias compensadoras para manterem um alto nível de desempenho, apesar de certa erosão das capacidades cognitivas subjacentes.

- **Personalidade e humor** – A depressão está em correlação com insuficiência autopercebida da memória e com défices do desempenho se os sintomas são graves.

- **Meio social e cultural** - Os lapsos quotidianos da memória poderão ser julgados mais severamente quando experimentados por idosos do que por adultos jovens.

- **Treino cognitivo** - Idosos cognitivamente intactos beneficiam da prática e do treino em capacidades cognitivas específicas.

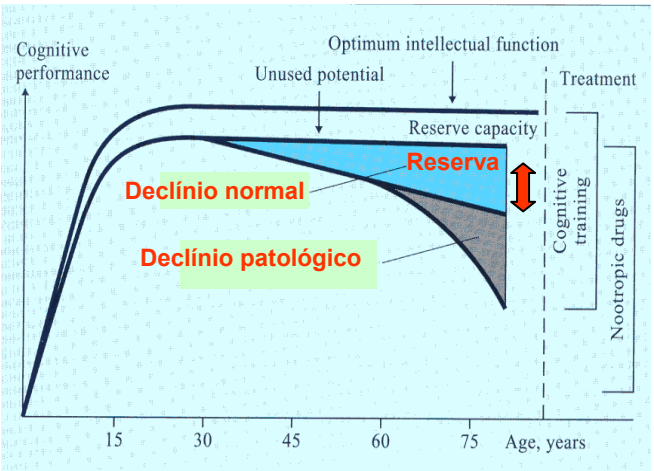
- **Diferenças entre os sexos** - As tendências cognitivas no envelhecimento são semelhantes nos dois sexos, mas em mulheres podem revelar défices em tarefas espaciais numa idade inferior à dos homens e estes podem mostrar défices em tarefas verbais numa idade inferior à das mulheres.

- **Diferenças raciais e étnicas** - Foram descritas em alguns testes cognitivos diferenças no desempenho a favor dos idosos brancos, mas quando o grau de instrução está equiparado entre os grupos estas diferenças são menores.

DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO

O envelhecimento dito "normal" é marcado pela presença de défices cognitivos, no entanto, esses défices devem ser cuidadosamente avaliados, no sentido de perceber a sua gravidade e impedir a sua evolução para quadros mais graves, entre os quais a demência.

No gráfico seguinte podemos verificar que é normal o envelhecimento ser acompanhado de um declínio cognitivo; no entanto, a partir de determinado ponto (que será caracterizado por determinadas características específicas) esse declínio passa a ser patológico e, portanto, merecedor de um cuidado e atenção especiais.



Evolução do potencial cognitivo ao longo da vida

O DSM – IV TR (2000) refere a categoria de declínio cognitivo relacionado com a idade, indicando o funcionamento de pessoas idosas com alterações cognitivas ligeiras que se encontram dentro dos limites normais para a idade e que não sejam atribuíveis a uma perturbação do foro médico.

Contudo, foram propostos critérios de diagnóstico para uma categoria análoga, mas mais restrita, de **défice de memória associado à idade (DMAI)**. As pessoas com DMAI devem ter idade igual ou superior a 50 anos, ter queixas subjectivas de perda de memória que afecta actividades de vida de diária e o seu desempenho em testes padronizados de memória deve ser inferior ao nível médio dos adultos jovens. Com base em avaliações objectivas, a prevalência do DMAI tem sido estimada em 85% para pessoas com mais de 80 anos, o que significa que 5 em cada 6 indivíduos saudáveis, com idade muito avançado, tenham um desempenho em testes de memória comprometido e tenham também lapsos ligeiros de memória em actividades de vida diária (Larrabee e Crook, 1994 cit in Spar e La Rue, 2005).

Para além do DMAI, podem existir adultos idosos cujas capacidades cognitivas estejam um pouco mais deterioradas do que se esperava para a idade, mas que em geral ainda lidam bem e não parecem dementes. Fala-se então de **défice cognitivo ligeiro (DCL)**. A área mais frequentemente afectada no DCL é a aprendizagem e memorização de nova informação, embora nalguns casos possam notar-se problemas de linguagem, das capacidades visuo-espaciais ou do raciocínio. Muitas vezes pode haver uma dificuldade subtil nas actividades de ordem mais elevada da vida diária tais como a gestão dos bens, mas esta é com frequência intermitente e pode ser resolvida por meio de um esforço suplementar ou por abordagens compensatórias, como tomar notas ou verificar duas vezes o trabalho (Spar e La Rue, 2005).

Recentemente foram descritos três tipos diferentes de defeito cognitivo ligeiro:

1) Puramente amnésico;
2) Defeito isolado não mnésico;
3) Defeitos cognitivos múltiplos.

De acordo com os critérios da Mayo Clinic Alzheimer, considera-se a existência de defeito cognitivo ligeiro se houver: 1) queixas de memória pelo doente, família ou médico; 2) actividades de vida diária normais; 3) função cognitiva geral normal; 4) alteração objectiva numa área do funcionamento cognitivo evidenciado pelas pontuações > 1,5 desvio - padrão das normas para a idade ou função mnésica anormal para a idade; 5) pontuação de 0,5 na Clinical Dementia Rating Scale; 6) ausência de demência (Castro - Caldas e Mendonça, 2005).

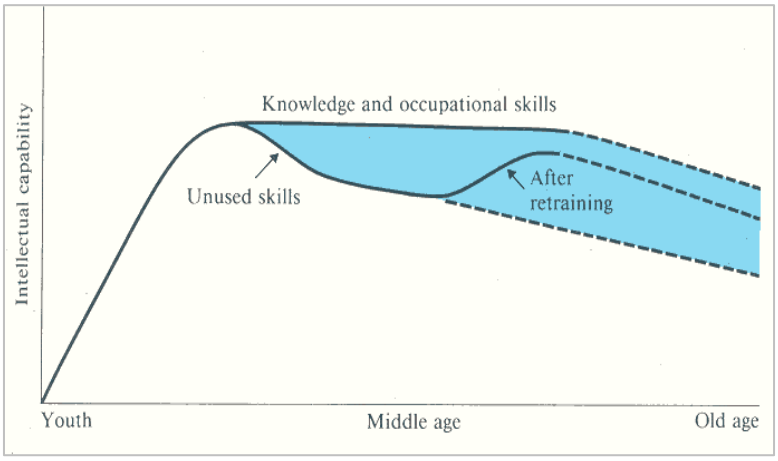
O quadro seguinte resume as principais diferenças entre DMAI e DCL:

Característica	Défice de memória associado à idade (DMAI)	Défice cognitivo ligeiro
Apresentação clínica	Queixas de memória. Estado mental normal Actividade normais da vida diária.	Queixas ou problemas de memória notados por um informante. Estado mental normal. Actividades normais da vida diária.
Resultados do teste da memória	1 desvio - padrão abaixo do nível médio dos adultos jovens num teste de memória padronizado.	1,5 desvio - padrão abaixo do nível médio dos sujeitos com igual idade num teste de memória padronizado.
Evolução clínica	Geralmente estável durante períodos de pelo menos 4 anos.	Evolui para demência à taxa de 10% - 12% por ano, mas alguns mantêm-se imunes de demência durante períodos de pelo menos 8 anos.

Uma vez que uma proporção significativa de pessoas com DCL acaba por desenvolver demência, as intervenções precoces são susceptíveis de proporcionar benefícios tornando mais lenta a evolução clínica. É também importante o acompanhamento permanente do sujeito diagnosticado com DCL, no sentido de ir avaliando a sua evolução, adoptando o profissional uma postura próxima do paciente, explicando-lhe o que é o défice cognitivo ligeiro e qual a importância de acompanhar o seu desempenho ao longo do tempo, encorajando a compensação activa do impacto funcional do défice, sob a forma de simplificação de listas, tomada de notas, aumento da organização e partilha com outras pessoas da responsabilidade por tarefas mentalmente mais exigentes.

O idoso com DCL, assim como todos os idosos, deve ser alvo de um programa de estimulação cognitiva que ajude a superar e compensar os défices adquiridos.

O seguinte gráfico demonstra como o treino, estimulação e / ou reabilitação cognitiva melhoram a capacidade intelectual dos sujeitos.



Reisberg e col. elaboraram um escala de classificação do declínio cognitivo que facilita a identificação do estado do sujeito.

Estádio		Fase clínica	Sintomatologia
1	Ausência de declínio cognitivo	Normal	Ausência de queixas mnésicas e de perturbações objectivas.
2	Declínio cognitivo muito ligeiro	Perda da memória	Queixa mnésica centrada nos nomes próprios e locais sem ligação com os testes de memória. A pessoa continua a estar adaptada socialmente.
3	Défice cognitivo ligeiro	Início do estado de confusão	Os défices mnésicos tornam-se objectivos relativamente aos testes de memória. A pessoa começa a estar incapacitada na sua vida diária. O paciente adopta uma atitude de negação. A família toma consciência da gravidade da situação.
4	Declínio cognitivo médio	Estado de confusão grave	O estado do paciente manifesta-se claramente na consulta clínica. A perda de autonomia é patente. A capacidade de aprendizagem declina fortemente. A pessoa sofre de "buracos" mnésicos na sua história pessoal. Apesar de tudo, reconhece os rostos e locais familiares. A negação torna-se permanente.
5	Declínio cognitivo mediamente grave	Início do estado demencial	A pessoa deixa de estar apta a viver só. Não está orientada no tempo, nem no espaço. Só reconhece o nome das pessoas muito próximas. Continua a ser capaz de comer e de se lavar, mas manifesta apraxias graves, em especial ao vestir-se.
6	Declínio cognitivo grave	Estado demencial médio	A perda de autonomia é total. A pessoa torna-se incontinente e incapaz de se alimentar. A memória é parcelar e a inteligência declina gravemente. O reconhecimento dos familiares é episódico. A personalidade muda, aparecem ilusões, obsessões, ansiedade e flutuações do humor.
7	Declínio cognitivo muito grave	Demência profunda	Perda da linguagem, os comportamentos tornam-se todos incoerentes, a perda de autonomia é total.

Quadro . Escala de declínio cognitivo de Reisberg e col. (1982)