

ANÁLISE NEUROPSICOLÓGICA DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO MULTIDOMÍNIO: UM RELATO DE CASO

Paulo Eduardo de Lima Lourenço¹
Yasmin Victória Souza Gonçalves²
Ana Livia Oliveira de Araújo³
Heloísa de Freitas Pacífico⁴

RESUMO

Condições de comprometimento cognitivos associadas à idade são uma pauta recorrente no cotidiano do profissional de saúde. Porém, por se tratarem de quadros de espectro abrangente e impactante, é necessário uma investigação cuidadosa a fim de garantir os tratamentos mais adequados aos pacientes, o que só é possível através do uso de diversas técnicas que envolvem a atuação de uma equipe multiprofissional capacitada. Nesse contexto, este trabalho teve como objetivo o relato de um caso clínico neuropsicológico, avaliado por um serviço de neuropsicologia de uma paciente cujo quadro sintômico condiz com comprometimento cognitivo leve multidomínio de etiologia mista, apresentando todo o processo de diagnóstico, que envolveu uma série de testes neuropsicológicos, como: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) e a Escala de avaliação da Demência – 2ª edição (DRS-2). Após o início de suas queixas em 2012, a paciente foi tratada como um possível caso de Doença de Alzheimer, hipótese descartada após 2 anos de tratamento. Sob avaliação, a paciente foi submetida a dois períodos de avaliações criteriosas, sendo a segunda uma reavaliação após 1 ano, cujos resultados comparativos demonstraram o caráter degenerativo da condição, sobretudo nos critérios de atenção, iniciativa e perseverança, e funcionalidades instrumental e básica. Como resultado das investigações, chegou-se ao diagnóstico sintômico de: amnésia anterógrada; síndrome disexecutiva; déficit de atenção, com presença de apatia; e déficit funcional moderado. Dessa forma, conclui-se que é necessário o acompanhamento contínuo da paciente a fim de garantir a melhor qualidade de vida possível, com o próximo passo sendo a determinação das possíveis etiologias da condição, cuja suspeita clínica mais relevante é de ordem vascular.

Palavras-chave: Comprometimento cognitivo, Neuropsicologia, Diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma pauta cada vez mais presente no cotidiano a nível global, uma vez que nunca antes na história a vida humana foi tão prolongada. De acordo com dados da OMS, estima-se que o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões

¹ Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, paulo.eduardo@academico.ufpb.br;

² Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, yasmin.victoria2@academico.ufpb.br;

³ Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, analivia504@hotmail.com;

⁴ Orientadora: Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento, Universidade Federal da Paraíba - PB, helopacifico@hotmail.com.

até 2050, o que evidencia que a população senil é uma parcela cada vez mais representativa da população. Entretanto, é fato que o envelhecimento traz consigo desafios em diversos aspectos da vida, sobretudo na saúde. Assim, é necessário um olhar voltado à promoção de um envelhecimento saudável, conceito definido pela Organização Panamericana de Saúde (OPA) como um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida.

Uma das condições mais observadas durante o envelhecimento é o comprometimento cognitivo leve (CCL), que designa um quadro em que ocorre o declínio de um ou mais domínios cognitivos, o que pode levar a um relativo prejuízo da capacidade de realização de atividades mais complexas, sem que o indivíduo preencha critérios diagnósticos para demência. Trata-se de um estágio intermediário entre o envelhecimento saudável e a demência, podendo ter diversas etiologias e, assim, diversos prognósticos, que vão desde estagnação até evolução para um quadro demencial típico. Alterações de memória episódica e outras alterações cognitivas envolvendo atenção, linguagem, orientação no tempo e no espaço e reconhecimento de ambientes e pessoas podem estar presentes em casos da patologia. Também é possível que o comprometimento cognitivo seja direcionado para um único domínio, em que o mais frequente é a memória (RADANOVIC, 2015). O comprometimento cognitivo é a segunda causa mais comum de demência entre idosos, uma vez que a condição pode tanto se estabilizar, sobretudo com tratamento adequado, quanto progredir para tais quadros. É mais frequente em homens e geralmente começa após os 70 anos de idade (HUANG, 2023).

Estima-se que a prevalência geral do CCL, na população senil, gire em torno de 15 a 50% (RADANOVIC, 2015), embora haja variação extensa deste dado, principalmente ao analisar diferentes locais. No Brasil, estima-se que a incidência entre aqueles com 60 anos ou mais seja de 13,1/1000 por ano (BRUCKI, 2013), mas é difícil estimar com precisão, uma vez que diversos fatores afetam os resultados, como heterogeneidade social, variações em critérios de diagnósticos e, principalmente, escassez de estudos abrangentes no Brasil (BARBOSA, 2022).

Os casos de CCL são heterogêneos e únicos, requerendo uma análise individual e multidisciplinar, uma vez que diversos setores são afetados. Os casos são agrupados em função da presença de esquecimento e da quantidade de domínios afetados. Assim, dividem-se em: CCL amnésico de domínio único, CCL amnésico multidomínio, CCL não amnésico de domínio único e CCL não amnésico multidomínio.

O CCL pode evoluir para um quadro demencial, cujo tipo varia conforme a etiologia da condição, sendo necessário uma análise clínica completa que correlacione os fatores de riscos que corroborem cada situação. O CCL amnésico de domínio único, isso é, um leve declínio da memória, geralmente evolui para demência causada por Alzheimer. O CCL amnésico multidomínio pode evoluir tanto para Alzheimer quanto para a demência vascular (DV). O CCL não amnésico de domínio único pode evoluir para demência frontotemporal e/ou demência semântica. Por fim, o CCL não amnésico multidomínio pode evoluir para demência de corpos de Lewy ou para demência vascular. É preciso ter uma atenção especial para fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica (RADANOVIC, 2015).

O diagnóstico deve ser seguido um protocolo detalhado, que inclui diversas etapas, como anamnese, exame físico, avaliação neuropsicológica, avaliação funcional, avaliação neuropsiquiátrica e exames complementares (BARBOSA, 2022). Quanto à avaliação neuropsicológica, trata-se de uma avaliação que compreende uma investigação abrangente dos processos cognitivos, tais como memória, linguagem, atenção, concentração, orientação no tempo e espaço, praxias, gnosias, funções executivas, habilidades visuoespaciais e visuoespaciais, entre outros (RADANOVIC, 2015). Assim, há diversos instrumentos que podem ser utilizados para avaliar esses diversos campos. Os principais utilizados na triagem são o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), o que se deve por sua facilidade de aplicação e alto grau de sensibilidade (BARBOSA, 2022).

Logo, percebe-se a importância e o impacto da CCL em toda a população global, bem como pode-se concluir a importância de um rastreio correto e multidisciplinar, dada à heterogeneidade da condição. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo a apresentação de um relato de caso de uma paciente geriátrica de 82 anos diagnosticada com CCL, descrevendo detalhadamente as ferramentas neuropsicológicas utilizadas, bem como os fatores que levaram ao diagnóstico adequado da condição.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso realizado sobre a avaliação de uma paciente geriátrica que se apresentou ao Serviço de Neuropsicologia do Envelhecimento (SENE), que foi prestado pela Clínica Escola de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Para tal, utilizou-se de prontuários e resultados de exames realizados sob a tutela do serviço supracitado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente mulher, de 82 anos, destra, com fundamental incompleto (7 anos de escolaridade) se apresentou em novembro de 2018 ao SENE para avaliação neuropsicológica em razão de episódios recorrentes de esquecimento, manifestados gradativamente, iniciando-se em 2012. Após dois anos do início da ocorrência dos episódios de esquecimento, realizou-se uma consulta médica onde foi levantada a suspeita de um quadro de demência por Doença de Alzheimer, sendo, conseqüentemente, iniciado tratamento por meio de Reminyl 8mg. Este medicamento provocou redução de apetite e alterações no humor, especialmente no tocante ao aumento de irritabilidade. Dois anos depois, em 2016, em visita ao geriatra, foi constatada a ineficiência do medicamento, que foi suspenso. Dessa forma, a hipótese inicial foi descartada, ao passo que os sintomas só se intensificaram, chegando ao ponto da paciente desconhecer familiares.

Não possuía histórico de uso de cigarros ou drogas ilícitas; fez uso de álcool durante 30 anos, deixando o hábito aproximadamente 10 anos antes da primeira visita ao serviço; é hipertensa há aproximadamente 30 anos; possui histórico de angina, além de possuir familiares que sofrem de outros problemas cardiovasculares, como infarto; é sedentária. Foi relatado, por sua acompanhante, que a paciente possui um sono sem movimentação atípica, mas com múltiplos despertares durante a noite, e que a paciente, embora apresente perda de peso, não demonstra alterações em seu apetite. Ainda de acordo com a cuidadora, a paciente apresenta déficit de iniciativa e planejamento de atividades, indícios de ansiedade, discurso repetitivo e ocorrência de quadros agressivos ao ser questionada sobre determinados assuntos.

Sob cuidado do SENE, a paciente foi submetida a dois períodos de avaliação neuropsicológica, através do uso de diversos instrumentos de avaliação e rastreio, a fim de compreender melhor o quadro cognitivo da paciente. No primeiro momento, foi relatado o uso de risedronato sódico 35 mg, cloridrato de propranolol 40 mg, captopril 25 mg e cloreto de magnésio 144 mg. No segundo momento apenas o risedronato sódico 35 mg havia sido suspenso.

Em ambos os momentos, foram utilizados os mesmos testes e questionários, havendo, posteriormente, análise comparativa dos resultados obtidos. As ferramentas utilizadas foram: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Teste de Aprendizagem Verbal de Hopkins – Revisado (TAVH), Escala de avaliação da Demência – 2ª versão (DRS-2), Testes de Fluência (F.A.S., verbos, categoria única e categorias alternadas), Questionário de Reserva Cognitiva, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala Cornell

para depressão na demência, Inventário Neuropsiquiátrico (NPI), Escala de apatia baseada no cuidador – versão brasileira, Escala de avaliação de incapacidade na demência (DAD), Questionário de atividades funcionais de Pfeffer e Escala clínica de rastreio de demências (CDR).

Quanto ao desempenho cognitivo global, medido através dos testes de rastreio MoCA e DRS-2, foram registradas pontuações abaixo da média na primeira avaliação (MoCA – 04/30; DRS-2 – 84/144), com piora no retorno (MoCA – 03/30; DRS-2 – 80/144), o que indica deterioração cognitiva.

Quanto ao quesito atenção, medida pela subescala de DRS-2, a paciente apresentou desempenho deficitário na primeira avaliação (31/37), com piora no retorno (29/37).

Quanto à memória, avaliada por sua respectiva subescala de DRS-2, a paciente apresentou desempenho deficitário durante a primeira avaliação, se mantendo constante no retorno (05/25). No que se refere à capacidade de aprendizagem e memória verbal a curto prazo, mensuradas através das 3 fases de ensaio do TAVH, durante o primeiro período de avaliação, a paciente demonstrou um desempenho deficitário (03/36), permanecendo nessa faixa no segundo momento de avaliação (04/36), apesar da leve melhora no escore z. A memória verbal a longo prazo (ensaio 4 do TAVH) apresentou perfil deficitário no primeiro e no segundo período de avaliação, permanecendo o desempenho constante entre os intervalos (0/12). Por sua vez, o reconhecimento também se mostrou prejudicado no primeiro período de avaliação, no qual a paciente apresentou um perfil deficitário (1/12), que se intensificou durante o retorno (0/12). A memória semântica, averiguada pelo teste de fluência categórica, com animais, se apresentou, na primeira avaliação (08/30), na faixa de média inferior, com uma leve piora no retorno (07/30), mas ainda na mesma faixa.

Quanto às funções executivas, a avaliação foi feita através da análise de subescalas do DRS-2 e dos testes F.A.S., onde foi identificada uma diminuição geral na pontuação no retorno, com perfil geral deficitário. No primeiro período de avaliação, a paciente apresentou um desempenho deficitário na subescala de conceituação da DRS-2 (23/39), havendo, ainda, um agravamento no retorno (22/39). Em outros domínios como planejamento e sequências de ações a paciente demonstrou desempenho deficitário tanto no primeiro período de avaliação, quanto no retorno. Nas subescalas de iniciativa e perseverança de DRS-2, foi identificado, inicialmente (20/37), um quadro deficitário, com um agravamento na segunda avaliação (18/37) e manutenção da faixa. Na subescala de construção, a paciente se apresentou desempenho dentro da média, tanto no primeiro período de avaliação, quanto no segundo, não sendo registrado oscilação nas pontuações. A flexibilidade cognitiva, avaliada objetivamente

por meio do teste F.A.S., mostrou estar comprometida nos dois períodos de avaliação, com uma leve piora no retorno (05/60 e 04/60 respectivamente).

Quanto ao humor, a GDS-15 sugeriu uma possível ausência de sintomatologia de tipo depressiva grave, entretanto, a Escala de Apatia Baseada no Cuidador destacou uma série de características de apatia, a exemplo da perda de interesse e disposição em realizar atividades diárias, ou então, somente realizar determinada tarefa após alguém solicitar. Esses comportamentos foram registrados durante ambos períodos de avaliação.

Quanto à linguagem, a paciente apresentou fala não fluida, repetitiva, sem riqueza de detalhes, com anomia e pausas prolongadas. A capacidade de escrita também aparentou estar comprometida. Apresentou uma redução considerável na quantidade de palavras emitidas de forma espontânea, principalmente no primeiro período de avaliações. No retorno, observou-se melhora na fluidez da fala da paciente, embora a baixa iniciativa para se expressar tenha se mantido.

Tabela 1 - Resultados e significado dos instrumentos neuropsicológicos

Domínio	Teste	Escore Bruto	Escore Z	Percentil	Interpretação
1º Período de avaliações					
RASTREIO	MEEM	14/30	-5,17	0,10	Deficitário
	MoCA	04/30	-2,0	2,0	Deficitário
2º Período de avaliações					
RASTREIO	MEEM	14/30	-5,17	0,10	Deficitário
	MoCA	04/30	-2,0	2,0	Deficitário
1º Período de avaliações					
COGNIÇÃO GLOBAL E FUNÇÕES EXECUTIVAS	ATENÇÃO	31/37	-2,73	0,1	Deficitário
	INICIATIVA E PERSEVERANÇA	20/37	-4,46	0,1	Deficitário
	CONSTRUÇÃO	6/6	00	50	Média
	CONCEITUAÇÃO	23/39	-4,32	0,1	Deficitário
	MEMÓRIA	05/25	-7,92	0,1	Deficitário
	TOTAL	84/144	-10,44	0,1	Deficitário
2º Período de avaliações					
COGNIÇÃO GLOBAL	ATENÇÃO	29/37	-4,10	0,1	Deficitário
	INICIATIVA E PERSEVERANÇA	18/37	-5,10	0,1	Deficitário

Tabela 1 - Resultados e significado dos instrumentos neuropsicológicos

Domínio	Teste	Escore Bruto	Escore Z	Percentil	Interpretação
	CONSTRUÇÃO	6/6	00	50	Média
	CONCEITUAÇÃO	22/39	-4,67	0,1	Deficitário
	MEMÓRIA	05/25	-7,92	0,1	Deficitário
	TOTAL	80/144	-11,30	0,1	Deficitário
1º Período de avaliações					
APRENDIZAGEM E MEMÓRIA VERBAL	HOPKINS Imediata	03/36	-2,75	0,4	Deficitário
	HOPKINS Tardia	0/12	-2,04	0,2	Deficitário
	HOPKINS Reconhecimento	1/12	-3,15	0,1	Deficitário
2º Período de avaliações					
APRENDIZAGEM E MEMÓRIA VERBAL	HOPKINS Imediata	04/36	-2,58	0,5	Deficitário
	HOPKINS Tardia	0/12	-2,04	0,2	Deficitário
	HOPKINS Reconhecimento	0/12	-3,57	0,1	Deficitário
1º Período de avaliações					
MEMÓRIA SEMÂNTICA	Fluência de categorias (animais)	08/20	-0,87	19	Média inferior
2º Período de avaliações					
MEMÓRIA SEMÂNTICA	Fluência de categorias (animais)	07/20	-1,14	13	Média inferior
1º Período de avaliações					
FUNÇÕES EXECUTIVAS	F.A.S	05/60	-2,02	2	Deficitário
2º Período de avaliações					
FUNÇÕES EXECUTIVAS	F.A.S	04/60	-2,14	2	Deficitário

Fonte: De autoria própria.

Tabela 2 - Resultados e significado dos instrumentos afetivos, comportamentais e funcionais

Domínio	Teste	Escore Bruto	Interpretação
1º Período de avaliações			
HUMOR	GDS-15	03/15	Escore ≤ 07 → Ausência de sintomatologia de tipo depressiva grave
	Escala de apatia baseada no cuidador – versão brasileira	15/42	Presença significativa de sintomatologia apática
2º Período de avaliações			

Tabela 2 - Resultados e significado dos instrumentos afetivos, comportamentais e funcionais

Domínio	Teste	Escore Bruto	Interpretação
HUMOR	GDS-15	04/15	Escore $\leq 07 \rightarrow$ Ausência de sintomatologia de tipo depressiva grave
	Escala de apatia baseada no cuidador – versão brasileira	15/42	Presença significativa de sintomatologia apática
1º Período de avaliações			
COMPORTAMENTAL	NPI	Delírios	0 Ausente
		Alucinações	0 Ausente
		Agitação/agressividade	1 Presença leve
		Depressão/Distímia	0 Ausente
		Ansiedade	1 Presença leve
		Elação/Euforia	0 Ausente
		Apatia/indiferença	0 Ausente
		Desinibição	0 Ausente
		Irritabilidade/labilidade	1 Presença leve
		Distúrbio motor	0 Ausente
		Comportamento noturno	1 Presença leve
		Alimentação e apetite	0 Ausente
2º Período de avaliações			
COMPORTAMENTAL	NPI	Delírios	0 Ausente
		Alucinações	1 Presença leve
		Agitação/agressividade	1 Presença leve
		Depressão/Distímia	0 Ausente
		Ansiedade	1 Presença leve
		Elação/Euforia	0 Ausente
		Apatia/indiferença	0 Ausente
		Desinibição	0 Ausente
		Irritabilidade/labilidade	1 Presença leve
		Distúrbio motor	0 Ausente
		Comportamento noturno	1 Presença leve
		Alimentação e apetite	0 Ausente
1º Período de avaliações			

Tabela 2 - Resultados e significado dos instrumentos afetivos, comportamentais e funcionais

Domínio	Teste	Escore Bruto	Interpretação
FUNCIONALIDADE	Questionário de Atividade Funcional (FAQ; Pfeffer)	10/30	$\geq 06 \rightarrow$ Indícios de síndrome demencial
	Iniciativa	9/13	69% da iniciativa preservada
	Planejamento e organização	9/10	90% de planejamento e organização preservada
	DAD Realização efetiva	13/14	92% de realização efetiva preservada
	Total	31/37	83% da funcionalidade instrumental e básica preservada (< 95% indica perda funcional)
2º Período de avaliações			
FUNCIONALIDADE	Questionário de Atividade Funcional (FAQ; Pfeffer)	12/30	$\geq 06 \rightarrow$ Indícios de síndrome demencial
	Iniciativa	8/13	66% da iniciativa preservada
	Planejamento e organização	8/9	88% de planejamento e organização preservada
	DAD Realização efetiva	11/14	78% de realização efetiva preservada
	Total	27/35	77% da funcionalidade instrumental e básica preservada (< 95% indica perda funcional)

Fonte: De autoria própria.

Após avaliação minuciosa do perfil da paciente, é possível afirmar que houve um comprometimento gradual da funcionalidade relacionada a atividades complexas, instrumentais e básicas do cotidiano. Dessa forma, é possível concluir que a paciente apresenta amnésia anterógrada, síndrome disexecutiva, déficit de atenção, com presença de apatia e déficit funcional moderado. Este perfil neuropsicológico é compatível com comprometimento cognitivo multidomínio de etiologia mista, uma vez que diversos domínios foram comprometidos de forma progressiva. Quanto à etiologia, é necessário fazer investigações mais profundas, uma vez que, como relatado anteriormente, não se trata, ainda, de um caso típico de Doença de Alzheimer, embora o CCL possa evoluir para esta patologia. Ademais, visto que a paciente apresentou histórico de uso de álcool, apresenta hipertensão arterial sistêmica e possui histórico de angina, há uma grande inclinação para o quadro de Demência Vasculare, que é causada por pequenos acidentes vasculares. Assim, recomenda-se a

realização de exame de ressonância magnética para verificar áreas e extensão de possíveis danos de patologia cerebrovascular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CCL é uma condição extremamente importante e frequente no cotidiano do profissional de saúde, embora, em diversos contextos, seja negligenciada ou, ainda, confundida com outras condições, como a própria demência. É necessário, entretanto, uma investigação minuciosa e que envolva outras áreas além do profissional médico, como no caso relatado, onde a investigação neuropsicológica foi essencial para traçar o perfil da paciente e, assim, compreender melhor os domínios de maior comprometimento.

Ademais, o desconhecimento dos diferentes tipos de CCL também é maléfico, uma vez que pode levar a uma impressão errônea e, conseqüentemente, uma conduta terapêutica inadequada. No caso relatado, pode-se observar tal quadro, visto que durante dois anos a paciente foi tratada como um caso de Alzheimer, embora após avaliar o perfil multidomínio do comprometimento e o histórico clínico de doenças vasculares da paciente tudo aponte para uma condição de etiologia cerebrovascular. Essa ocorrência, além de causar um retardo no início do tratamento adequado, causou sofrimento direto à paciente em decorrência dos efeitos adversos da medicação.

Por fim, é necessário considerar a quantidade relativamente baixa de estudos aprofundados sobre o tema no Brasil, que se apresenta como um fato incômodo, dada a relevância da temática para a saúde pública. Isso se torna ainda mais relevante no tocante à epidemiologia da condição, cuja quantidade de trabalhos é ainda mais reduzida, além de serem, no geral, estudos antigos e, provavelmente, não mais condizentes com a realidade, principalmente levando em consideração a facilidade de subnotificação que uma condição como essa pode ter. Assim, a fim de traçar uma melhor conduta profissional, é necessário realizar mais estudos na área, principalmente no Brasil.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Breno José Alencar Pires et al. Diagnóstico do comprometimento cognitivo vascular: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, p. 53-72, 2022.

BRUCKI, Sonia Maria Dozzi. Epidemiologia do comprometimento cognitivo leve no Brasil. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 7, p. 363-366, 2013.

ENVELHECIMENTO Saudável. **Organização Pan-Americana de Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>. Acesso em: 14 de novembro de 2023.

EM 2023, Brasil terá a quinta população mais idosa do mundo. **Jornal da USP**, 2018.

Disponível em:

<https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>. Acesso em: 12 de novembro de 2023.

HUANG, Juebin. Comprometimento cognitivo e demência vasculares. **Manual MDS**, 2023.

Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/delirium-e-dem%C3%Aancia/comprometimento-cognitivo-e-dem%C3%Aancia-vasculares>.

Acesso em: 10 de novembro de 2023.

RADANOVIC, Márcia; STELLA, Florindo; FORLENZA, Orestes V. Comprometimento cognitivo leve. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 162-168, 2015.