

**DO TRANSTORNO COGNITIVO LEVE À DEMÊNCIA INICIAL: UM OLHAR
INTEGRADO DA NEUROPSICOLOGIA CLÍNICA**

**FROM MILD COGNITIVE IMPAIRMENT TO EARLY DEMENTIA: AN INTEGRATED
VIEW FROM CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY**

**DEL TRASTORNO COGNITIVO LEVE A LA DEMENCIA INICIAL: UNA VISIÓN
INTEGRADA DE LA NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-315>

Data de submissão: 25/10/2025

Data de publicação: 25/11/2025

Pedro Donizetti de Oliveira

Especialista em Neuropsicologia

Instituição: Universidade Federal do ABC (UFABC)

E-mail: pedrodonizettipalestrante@gmail.com

RESUMO

O aumento expressivo da população idosa nas últimas décadas tem exigido maior precisão na distinção entre envelhecimento cognitivo típico, Transtorno Cognitivo Leve (TCL) e quadros iniciais de demência. O TCL constitui um estado intermediário, caracterizado por prejuízo cognitivo mensurável em um ou mais domínios, na presença de preservação funcional básica, enquanto a demência inicial já se associa a impacto significativo nas atividades instrumentais de vida diária. Este artigo discute, sob uma perspectiva estritamente neuropsicológica, a trajetória que vai do TCL à demência inicial, enfatizando a evolução histórica do conceito, a heterogeneidade dos subtipos, os domínios cognitivos envolvidos, o impacto funcional, os critérios de diagnóstico diferencial e as principais diretrizes de avaliação e intervenção. Destaca-se o papel central da avaliação neuropsicológica na identificação precoce do declínio, no acompanhamento longitudinal e na orientação de estratégias de reabilitação e psicoeducação. Conclui-se que a compreensão do continuum TCL–demência é fundamental para uma prática clínica qualificada, ética e alinhada às demandas atuais do envelhecimento.

Palavras-chave: Transtorno Cognitivo Leve. Demência Inicial. Neuropsicologia Clínica. Avaliação Cognitiva. Envelhecimento.

ABSTRACT

The significant increase in the older population over recent decades has demanded greater precision in distinguishing typical cognitive aging from Mild Cognitive Impairment (MCI) and early-stage dementia. MCI represents an intermediate condition characterized by measurable cognitive impairment in one or more domains, while basic functional abilities remain preserved; early dementia, in contrast, is already associated with significant impact on instrumental activities of daily living. This article examines, from a strictly neuropsychological perspective, the trajectory from MCI to early dementia, emphasizing the historical development of the concept, the heterogeneity of subtypes, the cognitive domains involved, functional impact, differential diagnostic criteria, and key guidelines for assessment and intervention. The pivotal role of neuropsychological evaluation is highlighted in the early identification of decline, longitudinal monitoring, and in guiding rehabilitation and psychoeducation strategies. The article concludes that understanding the MCI–dementia continuum is essential for clinical practice that is qualified, ethical, and aligned with the current demands of aging populations.

Keywords: Mild Cognitive Impairment. Early Dementia. Clinical Neuropsychology. Cognitive Assessment. Aging.

RESUMEN

El aumento significativo de la población de edad avanzada en las últimas décadas ha exigido una mayor precisión en la distinción entre el envejecimiento cognitivo típico, el trastorno cognitivo leve (TCL) y los cuadros iniciales de demencia. El DCL constituye un estado intermedio, caracterizado por un deterioro cognitivo medible en uno o más dominios, en presencia de una preservación funcional básica, mientras que la demencia inicial ya se asocia con un impacto significativo en las actividades instrumentales de la vida diaria. Este artículo analiza, desde una perspectiva estrictamente neuropsicológica, la trayectoria que va del DCL a la demencia inicial, haciendo hincapié en la evolución histórica del concepto, la heterogeneidad de los subtipos, los dominios cognitivos implicados, el impacto funcional, los criterios de diagnóstico diferencial y las principales directrices de evaluación e intervención. Se destaca el papel central de la evaluación neuropsicológica en la identificación temprana del deterioro, el seguimiento longitudinal y la orientación de las estrategias de rehabilitación y psicoeducación. Se concluye que la comprensión del continuo TCL-demencia es fundamental para una práctica clínica cualificada, ética y alineada con las demandas actuales del envejecimiento.

Palabras clave: Trastorno Cognitivo Leve. Demencia Inicial. Neuropsicología Clínica. Evaluación Cognitiva. Envejecimiento.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global e irreversível, acompanhado por um aumento proporcional da incidência de queixas cognitivas, alterações funcionais e diagnósticos de transtornos neurocognitivos. Nesse cenário, a distinção entre alterações cognitivas esperadas para a idade e declínios que sinalizam um processo patológico torna-se tarefa central para a neuropsicologia clínica.

Por muitos anos, a prática clínica oscilou entre duas posições extremas: considerar toda queixa de memória como “coisa da idade” ou, no extremo oposto, associar qualquer falha cognitiva à possibilidade de demência. A formalização do Transtorno Cognitivo Leve (TCL) representou um marco importante ao delimitar um estágio intermediário, no qual o indivíduo apresenta prejuízo cognitivo mensurável, porém ainda não preenche critérios para demência e mantém relativa independência funcional.

A demência inicial, por sua vez, corresponde à fase em que o declínio cognitivo já compromete, de maneira objetiva, a autonomia nas atividades instrumentais da vida diária, indicando uma mudança qualitativa no curso do funcionamento. Distinguir com segurança TCL e demência inicial é essencial para o prognóstico, o planejamento terapêutico, a orientação familiar e a tomada de decisões clínicas.

Este artigo busca analisar, de forma rigorosa, o continuum entre TCL e demência inicial sob o olhar da neuropsicologia clínica, articulando elementos conceituais, perfis cognitivos, impacto funcional, curso evolutivo e implicações para avaliação e intervenção.

2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE TRANSTORNO COGNITIVO LEVE

A compreensão atual do TCL é resultado de uma construção progressiva na literatura. Antes da década de 1990, o campo dispunha basicamente de duas categorias diagnósticas para o envelhecimento cognitivo: envelhecimento normal e demência. Pacientes com queixas importantes, mas preservação funcional, ficavam em uma espécie de “zona cinzenta”, frequentemente subdiagnosticada.

Os trabalhos de Petersen e colaboradores, ao final dos anos 1990, foram decisivos para a proposição de critérios específicos para o TCL. Esses critérios incluíam: queixa subjetiva de memória corroborada por informante confiável, desempenho objetivo reduzido em testes de memória em relação a normas para idade e escolaridade, preservação global das atividades de vida diária e ausência de demência. A partir desse modelo inicial, outros grupos ampliaram o conceito, reconhecendo que o comprometimento poderia envolver também domínios não mnemônicos, como funções executivas, linguagem e habilidades visuoespaciais.

Com o tempo, consolidou-se a compreensão de que o TCL é uma condição heterogênea, envolvendo diversos perfis cognitivos e múltiplas trajetórias possíveis. Essa heterogeneidade levou à proposição de subtipos clínicos, aproximando a classificação da realidade observada na prática neuropsicológica.

3 SUBTIPOS DE TCL E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

A classificação em subtipos auxilia o clínico a compreender melhor o perfil de risco e a provável evolução de cada caso. De maneira geral, a literatura descreve quatro grandes subtipos:

a) TCL amnéstico de domínio único

Caracteriza-se por déficit isolado de memória episódica, com desempenho significativamente inferior ao esperado em testes de aprendizagem e evocação tardia, enquanto os demais domínios apresentam funcionamento dentro de faixas normativas. Este subtipo associa-se a maior risco de conversão para demência do tipo Alzheimer.

b) TCL amnéstico de múltiplos domínios

Envolve prejuízo de memória associado a alterações em outros domínios, como atenção, funções executivas ou linguagem. A presença de múltiplos domínios comprometidos sugere maior gravidade do quadro e maior probabilidade de progressão para demência.

c) TCL não-amnéstico de domínio único

O déficit principal recai em um domínio não mnemônico (por exemplo, atenção ou funções executivas), com memória relativamente preservada. Esse perfil pode estar associado a etiologias diversas, incluindo alterações vasculares, frontotemporais ou condições psiquiátricas.

d) TCL não-amnéstico de múltiplos domínios

Há prejuízo em dois ou mais domínios não diretamente relacionados à memória. Em geral, suscita investigação para quadros vasculares, subcorticais ou demências de apresentação não típica.

A correta identificação do subtipo orienta a escolha de testes, o foco da reabilitação cognitiva e o grau de vigilância no acompanhamento longitudinal.

4 DOMÍNIOS COGNITIVOS NO TCL: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO

O TCL pode afetar diferentes domínios cognitivos. A seguir, apresenta-se uma síntese dos principais perfis observados na prática neuropsicológica.

4.1 MEMÓRIA EPISÓDICA

Na forma amnésica, observa-se prejuízo predominante na aquisição e evocação de novas informações. O paciente relata dificuldade em lembrar recados, conversas recentes e compromissos, exigindo repetição frequente para consolidar conteúdos simples. Em avaliação, a curva de aprendizagem tende a ser mais lenta, com menores ganhos entre tentativas e queda na evocação tardia. O reconhecimento costuma mostrar desempenho relativamente melhor, embora também possa estar comprometido à medida que o quadro se aproxima de um processo demencial.

4.2 FUNÇÕES EXECUTIVAS

Alterações executivas leves são comuns, mesmo na ausência de déficit mnemônico. O paciente pode apresentar dificuldade em planejar atividades, organizar tarefas sequenciais, alternar entre demandas simultâneas e manter estratégias eficientes durante a execução de testes. A família frequentemente descreve o idoso como “mais confuso com detalhes”, “mais atrapalhado” ou “menos organizado”, ainda que continue realizando as atividades habituais com maior esforço.

4.3 ATENÇÃO

Atenção sustentada e atenção dividida estão entre as primeiras a demonstrar queda de eficiência. Lapsos frequentes, fadiga cognitiva, dificuldade em manter o foco em atividades prolongadas e maior sensibilidade à interferência de estímulos concorrentes são queixas comuns. Esses elementos podem ser erroneamente atribuídos apenas a estresse ou ansiedade, exigindo análise cuidadosa para diferenciação.

4.4 LINGUAGEM

Em alguns casos, observa-se leve redução de fluência verbal, com acesso lexical mais lento e anomia ocasional. A organização sintática e a compreensão global tendem a permanecer conservadas nos estágios iniciais, mas o empobrecimento semântico pode ser detectado em tarefas específicas.

4.5 HABILIDADES VISUESPACIAIS

Pacientes com TCL podem apresentar dificuldades discretas em cópia de figuras complexas, organização espacial em tarefas gráficas e, em menor grau, alterações de orientação espacial. Quando essas alterações são mais pronunciadas, devem motivar investigação para possíveis etiologias vasculares ou parietais.

5 IMPACTO FUNCIONAL COMO EIXO DE DISTINÇÃO ENTRE TCL E DEMÊNCIA INICIAL

Embora o TCL envolva prejuízo cognitivo objetivo, a autonomia nas atividades básicas de vida diária permanece preservada. O indivíduo continua capaz de cuidar da higiene, alimentar-se, locomover-se e manejar tarefas simples sem supervisão constante. Contudo, podem surgir sinais precoces de dificuldade em atividades mais complexas, tais como organizar agendas, lidar com situações novas ou manter múltiplas tarefas sob controle.

Na demência inicial, por outro lado, há comprometimento mensurável das atividades instrumentais de vida diária, como administração financeira, uso de transporte público, gerenciamento de medicamentos, preparo de refeições mais elaboradas e manutenção de compromissos e prazos. A família passa a perceber erros concretos, repetitivos e progressivos, e não apenas esquecimentos esporádicos.

Assim, o impacto funcional constitui o critério central na distinção entre TCL e demência inicial. A avaliação neuropsicológica deve sempre incluir instrumentos e entrevistas direcionados à análise da funcionalidade, evitando uma abordagem restrita aos resultados de testes.

6 PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DA DEMÊNCIA INICIAL

Na demência inicial, a intensidade e a abrangência dos déficits cognitivos se ampliam. A memória episódica apresenta queda acentuada: o paciente não apenas esquece informações, mas mostra dificuldade relevante para aprender novos conteúdos, com curvas de aprendizagem planas e baixa retenção mesmo em condições de repetição. O reconhecimento também se torna menos eficiente, e são observadas intrusões semânticas e confusões de conteúdo.

As funções executivas sofrem deterioração significativa. O planejamento torna-se deficiente, a flexibilidade cognitiva reduz-se, o indivíduo pode perseverar em respostas incorretas e demonstrar dificuldades marcantes diante de situações que exigem raciocínio abstrato ou resolução de problemas novos.

A linguagem tende a apresentar anomia mais evidente, redução da fluência verbal e empobrecimento semântico. Em alguns quadros, especialmente nas demências frontotemporais, alterações de pragmática comunicativa e comportamento social são mais proeminentes que os déficits de memória.

A atenção, por sua vez, demonstra queda expressiva em tarefas que exigem alternância e divisão de foco, contribuindo para a lentificação geral do desempenho. Em associação, habilidades

visuoespaciais mais comprometidas podem levar a erros em trajetos conhecidos, confusão espacial e dificuldades em tarefas construtivas.

Esse conjunto de alterações cognitivas, somado à piora funcional, diferencia a demência inicial do TCL, mesmo quando os resultados de testes parecem, em alguns casos, discretamente sobrepostos.

7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E PAPEL DA NEUROPSICOLOGIA CLÍNICA

O diagnóstico diferencial entre TCL e demência inicial não pode ser realizado de forma precipitada nem baseado em um único instrumento. Requer integração de múltiplas fontes de informação: história clínica, exame neurológico, avaliação neuropsicológica detalhada, análise funcional, observação comportamental e, quando disponíveis, exames complementares.

A neuropsicologia clínica contribui de modo particular ao oferecer uma compreensão estruturada do perfil de desempenho em diferentes domínios, complementada por uma análise qualitativa dos erros e estratégias. O foco não recai apenas na quantidade de acertos, mas na forma como o sujeito organiza seu pensamento, mantém o esforço, responde a pistas e lida com situações de maior complexidade.

Além disso, a avaliação deve considerar fatores como escolaridade, contexto sociocultural, histórico ocupacional, presença de sintomas ansioso-depressivos e uso de medicações com impacto cognitivo. Tais variáveis podem intensificar ou mimetizar quadros de TCL e demência, exigindo cautela na formulação diagnóstica.

8 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA, ENTREVISTA CLÍNICA E INFORMANTES

Uma avaliação consistente inicia-se por uma anamnese detalhada, enfocando início, evolução, contexto e repercussão das alterações cognitivas. A percepção do próprio paciente é relevante, mas muitas vezes insuficiente; por isso, é fundamental entrevistar informantes próximos, que descrevam o funcionamento prévio e atual em diferentes contextos.

Na entrevista, o paciente com TCL geralmente mantém bom nível de insight, relatando suas dificuldades com preocupação e, por vezes, ansiedade. Na demência inicial, observa-se com frequência minimização dos sintomas, falta de consciência do prejuízo e discrepância marcante entre o relato do paciente e do familiar.

Os testes neuropsicológicos devem abranger, de forma sistemática, memória, atenção, funções executivas, linguagem e habilidades visuoespaciais. Instrumentos de avaliação funcional complementar e escalas de atividades de vida diária ajudam a quantificar o impacto prático dos déficits.

Testes de rastreio são úteis como ponto de partida, mas não substituem avaliações abrangentes quando há suspeita de TCL ou demência inicial.

9 TRAJETÓRIA LONGITUDINAL: ESTABILIDADE, REVERSÃO E PROGRESSÃO

O TCL não é, necessariamente, um estágio fixo ou pré-determinado. Estudos longitudinais mostram que parte dos indivíduos com TCL permanece estável ao longo de anos, outra parte apresenta regressão dos sintomas, sobretudo quando fatores clínicos ou emocionais são tratados, e uma parcela evolui para demência.

A probabilidade de progressão aumenta em casos com:

- comprometimento de múltiplos domínios;
- presença de sintomas neuropsiquiátricos associados;
- piora funcional progressiva;
- idade mais avançada;
- história familiar de demência.

O acompanhamento periódico por meio de reavaliações neuropsicológicas estruturadas permite monitorar o curso do quadro, identificar mudanças sutis e ajustar intervenções de forma mais precisa.

10 INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA, REABILITAÇÃO E PSICOEDUCAÇÃO

A intervenção em TCL e demência inicial não se restringe ao rótulo diagnóstico. A neuropsicologia clínica desempenha papel fundamental na construção de estratégias que visam preservar a autonomia, retardar o declínio e promover qualidade de vida.

Programas de estimulação cognitiva e reabilitação podem incluir treino de memória, de atenção e de funções executivas, com foco tanto em remediação quanto no ensino de estratégias compensatórias. A organização de rotinas previsíveis, a adaptação do ambiente e o uso de recursos externos (agendas, lembretes, dispositivos eletrônicos) são ferramentas relevantes, desde que implementadas de forma gradativa e compatível com o nível de funcionamento do paciente.

A psicoeducação familiar é parte indispensável do processo. Explicar a natureza do TCL e da demência inicial, esclarecer expectativas realistas, orientar sobre sinais de progressão e discutir formas de apoio sem superproteção são elementos centrais para um manejo adequado. A família precisa ser ouvida e apoiada, pois também enfrenta desgaste emocional e reorganização de papéis.

11 IMPLICAÇÕES ÉTICAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de TCL ou demência inicial envolve implicações emocionais, familiares, sociais e legais. O neuropsicólogo deve atuar com rigor técnico e sensibilidade, evitando tanto o subdiagnóstico, que priva o paciente de acompanhamento adequado, quanto o superdiagnóstico, que pode gerar angústia desnecessária e estigma.

A comunicação dos resultados exige clareza, linguagem acessível e cuidado para não reduzir o sujeito a um rótulo. É fundamental reforçar capacidades preservadas, apontar possibilidades de intervenção e enfatizar o papel ativo do paciente e da família no manejo do quadro.

A compreensão do continuum entre TCL e demência inicial, ancorada na avaliação neuropsicológica abrangente, constitui um dos pilares para uma prática clínica qualificada frente ao envelhecimento. Ao reconhecer nuances, trajetórias e singularidades, a neuropsicologia contribui não apenas para diagnósticos mais precisos, mas para um cuidado mais humano, ético e centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS

- PETERSEN, R. C. et al. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, v. 56, n. 3, p. 303–308, 1999.
- RADANOVIC, M.; STELLA, F.; FORLENZA, O. V. Comprometimento cognitivo leve e demência de Alzheimer: diagnóstico, prognóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 42, n. 4, p. 147–154, 2015.
- JEKEL, K. et al. Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, v. 27, n. 6, p. 927–945, 2015.
- PERNECZKY, R. et al. Activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 54, p. 1001–1006, 2006.