

A AVALIAÇÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO COM BASE NO RELATO DO INFORMANTE

SIMONE GARRUTH. S. M. SAMPAIO

MARIA ANGÉLICA SANCHEZ

ROBERTO A. LOURENÇO

RESUMO

Introdução: Entrevistas padronizadas com informante são ferramentas importantes para o diagnóstico da síndrome demencial, especialmente nas formas iniciais, quando ainda não podem ser detectadas por testes neuropsicológicos. **Objetivos:** Realizar revisão bibliográfica dos instrumentos usados com informante para o diagnóstico de demência. **Métodos:** Foram pesquisados os bancos de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, e páginas especializadas da internet. O material em português, inglês e espanhol foi consultado. **Resultados:** Vinte e dois instrumentos foram identificados, 12 exclusivos do informante. A maioria deles foi desenvolvida nas décadas de 1980 e 1990. Apenas um não era em inglês, mas em francês. Um deles foi traduzido e adaptado para o português, e outros dois estão em processo de tradução. **Conclusões:** Instrumentos com informante devem ser usados como auxiliares no diagnóstico de demência. É recomendada a escolha daqueles que tenham sido traduzidos e adaptados para o português e cujas propriedades psicométricas sejam conhecidas na cultura brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: *Literatura de revisão; Entrevistas; Cuidadores; Demência; Avaliação Geriátrica.*

INTRODUÇÃO

A INCORPORAÇÃO DO RELATO DO INFORMANTE À PRÁTICA CLÍNICA

Para o preenchimento dos critérios diagnósticos de demência estabelecidos pela Associação Psiquiátrica Americana, definidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais - 4ª edição (DSM-IV)¹³, pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional das Doenças - 10ª edição (CID-10)¹¹ e pelo Grupo de Trabalho do Instituto Nacional de Neurologia e da Associação da Doença de Alzheimer e Desordens Relacionadas dos Estados Unidos da América - NINCDS-ADRDA³⁶, são indispensáveis a anamnese com o paciente, o relato de um informante qualificado, a testagem neuropsicológica, e os dados do exame físico e de exames complementares.

Instrumentos padronizados vêm, cada vez mais, sendo utilizados para identificar novos

casos. Estas avaliações são feitas, geralmente, através de testes neuropsicológicos, que são de suma importância para identificar a presença ou não de déficit cognitivo.

No entanto, estes testes têm baixa acurácia em determinadas condições, como nas fases iniciais dos quadros demenciais, nos indivíduos com idades avançadas ou com baixa escolaridade, na presença de défices sensoriais e motores, e diante de doenças agudas e de várias desordens mentais^{9,15,21,29,33,34,46,57,59}.

Informações sobre traços da personalidade, presença de distúrbios do comportamento, velocidade da piora cognitiva e fatores agravantes que ocorreram ao longo do curso da doença também são necessários para o diagnóstico da demência e para o diagnóstico diferencial, e muitas vezes não são avaliadas no contexto das testagens neuropsicológicas.

A incorporação do relato do informante à prática clínica pode ser uma das alternativas às limitações das testagens neuropsicológicas. Por sua convivência com o indivíduo em avaliação, o informante é conhecedor do desempenho atual deste, e, portanto, seu relato é útil na avaliação da doença, ainda em fase inicial¹⁸. Além disso, a coleta da história clínica, de informações sobre a cognição e o comportamento com o informante é essencial, uma vez que a anosognosia, que muitas vezes acompanha o quadro demencial, pode interferir na percepção subjetiva destes défices³⁹.

Visando padronizar as informações, vários instrumentos foram criados baseados em dados coletados com informante sobre cognição e atividades básicas e instrumentais da vida diária, e têm se mostrado ferramentas importantes no diagnóstico da síndrome demencial^{2,19,23,26,27,37,38,47,52}. Além do mais, os dados obtidos com o informante se correlacionaram com o desempenho do paciente na avaliação cognitiva^{10,30,45}.

VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO RELATO DO INFORMANTE

O relato do informante é capaz de sugerir a presença da síndrome demencial em estágios

iniciais ou mesmo de transtorno cognitivo leve, quando ainda não podem ser detectados em testes neuropsicológicos^{10,20,43,54,58}. Os relatos de informantes fornecem um guia seguro sobre o desempenho cognitivo do indivíduo⁴⁷. As mudanças relativamente pequenas podem ser percebidas mais facilmente por familiares do que pelo próprio paciente, sobretudo nos grupos com alta escolaridade⁹. Auxiliam também no diagnóstico etiológico⁴ e na estimativa da gravidade da demência⁴⁰.

Não sofrem influência da escolaridade ou do nível sócio-cultural; podem ser aplicadas por telefone, quando a aplicação face a face não for possível; permitem uma avaliação longitudinal e não apenas um dado pontual; e possibilitam definir o grau de limitação e dependência conforme as necessidades impostas pelo ambiente²⁵.

Apesar das vantagens do relato do informante, a principal limitação deste tipo de entrevista é a possível inexistência de um informante qualificado, ou seja, de uma pessoa que possa responder com exatidão. Além disso, alguns estudos mostram que as entrevistas podem sofrer influência de características do informante, tais como: estado afetivo, personalidade, depressão, ou sobrecarga. Estes estudos reforçam que informantes com estas características tendem a afetar fortemente a sua percepção acerca do comportamento do indivíduo^{23,27}.

O objetivo do presente trabalho foi realizar revisão bibliográfica dos instrumentos usados com informante para o diagnóstico de demência.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO. No MEDLINE foram utilizadas como palavras chaves “*dementia and informant*”, “*dementia and caregiver*”, “*neuropsychological tests*”, “*neuropsychological scales*”, “*cognitive and informant*”, “*cognitive and caregiver*” e selecionados os artigos entre os anos de 1968 e 2005. O ano de 1968 foi escolhido como início por ser o ano de publicação da *Blessed Dementia Rating*

Scale⁶, o primeiro instrumento com informante localizado.

No LILACS e SCIELO, foram utilizadas “demência e cuidador”, “cuidador”, “demência e informante”, “informante”, “Alzheimer”, “teste cognitivo”, “avaliação cognitiva” e selecionados aqueles entre os anos de 1995 a 2007.

Páginas disponíveis gratuitamente pela rede mundial de computadores, especializadas em demência, de instituições de ensino, governamentais e das sociedades médicas, foram localizadas através de sites de busca.

Interessou todo o material adquirido em língua portuguesa, inglesa e espanhola. Houve preocupação especial em buscar os instrumentos traduzidos e adaptados transculturalmente para o Brasil.

RESULTADOS

Vários instrumentos para avaliação do déficit cognitivo com dados obtidos com o informante foram localizados. A grande maioria foi desenvolvida em língua inglesa, nas décadas de 1980 e 90.

Não obstante o grande número de instrumentos administrados ao informante – como aqueles voltados para busca ativa de história familiar de DTA, estratificação da demência, estimar a duração da síndrome demencial, avaliação funcional, distúrbios de comportamento e humor, qualidade de vida, capacidade em lidar com dinheiro ou dirigir e sobrecarga do cuidador – optou-se pela seleção apenas dos que se propõem a avaliar o declínio cognitivo.

Os instrumentos estão resumidos na Tabela 1, e divididos naqueles de uso exclusivo com o informante e aqueles acompanhados por avaliações realizadas com o paciente.

INSTRUMENTOS DE USO EXCLUSIVO COM O INFORMANTE

1. *BLESSED DEMENTIA RATING SCALE* (BDRS)⁶

A Escala de Blessed parece ter sido a primeira baseada no relato de um informante. É

composta por 22 itens divididos em três seções que abordam as modificações ocorridas nos últimos seis meses: alterações cognitivas observadas no dia a dia, atividades de vida diária e mudanças de personalidades. Sua pontuação máxima é de 28 pontos, com maiores pontos correspondendo à maior incapacidade. Não é exatamente uma entrevista, mas uma lista para orientar o médico na anamnese.

2. *GERIATRIC EVALUATION BY RELATIVES RATING INSTRUMENT* (GERRI)⁵¹

O Instrumento de Avaliação Geriátrica por Familiares é uma escala que propõe fazer uma avaliação cognitiva, social e de humor. É uma entrevista estruturada composta por 49 questões com cinco opções de respostas que variam de “quase sempre” a “quase nunca”. Apresenta boa correlação entre as três áreas que propõe avaliar, porém validade moderada quando comparada a instrumentos universalmente aceitos.

3. *DEMENTIA QUESTIONNAIRE* (DQ)⁵³

O Questionário de Demência é uma entrevista semi-estruturada composta por 50 questões, que podem ser aplicadas face a face ou por telefone. Inicialmente desenvolvido para busca ativa de história familiar de Doença de Alzheimer, foi posteriormente validado por Kawas *et al.*²⁸ encontrando sensibilidade de 100%, especificidade de 90%, e kappa de 0,83 no estudo de confiabilidade.

4. *COGNITIVE BEHAVIOR RATING SCALE* (CBRS)⁶⁰

A Escala de Avaliação do Comportamento Cognitivo é uma entrevista estruturada, auto-preenchível, composta por 116 questões com cinco opções de resposta. É dividida em nove seções: linguagem, apraxia, orientação, déficits cognitivos maiores, memória, demência, agitação, necessidade de rotina e depressão.

5. *RELATIVE'S ASSESSMENT OF GLOBAL SYMPTOMATOLOGY* (RAGS)⁴²

A Avaliação da Sintomatologia Global por Familiares é um questionário com 21 itens sobre as observações do último mês. Cada item possui

subitens com cinco opções de respostas que variam de “nunca” até “muito”. Estudada por Ippen *et al.*¹⁹, apresentou boa correlação com a ADAS-Cog (Alzheimer’s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale).

6. *INFORMANT QUESTIONNAIRE ON COGNITIVE DECLINE IN ELDERLY – IQCODE*²²

O Questionário do Informante para Detecção do Declínio Cognitivo em Idosos foi desenvolvido na Austrália, em Inglês, composto,

em sua versão completa, por 26 itens e, na versão reduzida, por 16. É um instrumento que pode ser autopreenchido ou utilizado por um profissional na consulta clínica. No estudo original, os autores propuseram que o instrumento fosse aplicado a um parente ou amigo próximo que conviva com o idoso há pelo menos dez anos, com o objetivo de comparar o desempenho atual do indivíduo com o seu desempenho há dez anos. As respostas variam de muito melhor,

TABELA 1. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COGNITIVA A ATRAVÉS DO INFORMANTE.

Instrumento	Autor	Idioma origem	Tradução e adap. Brasil	Exclusivo informante	Tempo de aplicação/ n° itens**
BDRS	Blessed <i>et al.</i> , 1968	Inglês	Não	Sim	22 itens
GERRI	Schwartz, 1983	Inglês	Não	Sim	49 itens
RQ	Sunderland <i>et al.</i> , 1983	Inglês	Não	Sim	35 itens
DQ	Silverman <i>et al.</i> , 1986	Inglês	Não	Sim	50 itens
CBRS	Williams <i>et al.</i> , 1986	Inglês	Não	Sim	116 itens
RAGS	Raskin & Crook, 1988	Inglês	Não	Sim	21 itens
BCRS	Reisberg & Ferris, 1988	Inglês	Não	Não	-
IQCODE	Jorm & Korten, 1989	Inglês	Sanchez, 2007	Sim	26 itens
PFQ	Crockett <i>et al.</i> , 1989	Inglês	Não	Sim	60 itens
MOQ2	McGlone <i>et al.</i> , 1990	Inglês	Não	Não	49 itens
DECO	Ritchie & Fuhrer, 1992	Francês	Não	Sim	19 itens
CIE	Social Psychiatry Research Unit <i>et al.</i> , 1992	Inglês	Não	Não	37 min
CSI'D	Hall <i>et al.</i> , 1993	Inglês	Não	Não	30 itens
Short MQ	Koss <i>et al.</i> , 1993	Inglês	Não	Sim	14 itens
PAS	Jorm <i>et al.</i> , 1995	Inglês	Não	Não	-
ADCS-CGIC	Olin <i>et al.</i> , 1996	Inglês	Bertolucci & Nitrini, 2003	Não	20 min
STIDA	Go <i>et al.</i> , 1997	Inglês	Não	Não	17 min
IDD-GMS	Lewis <i>et al.</i> , 1998	Inglês	Não	Sim	36 itens
CAMDEX-R***	Roth <i>et al.</i> , 1998	Inglês	Sampaio, 2007	Não	130 itens/30min
BCS	Krishnan <i>et al.</i> , 2001	Inglês	Não	Sim	18 itens
GPCOG	Brodsky <i>et al.</i> , 2002	Inglês	Não	Não	15 itens/6 min
AD8	Galvin <i>et al.</i> , 2005	Inglês	Não	Sim	8 itens

* **BDRS**: BLESSED DEMENTIA RATING SCALE; **GERRI**: GERIATRIC EVALUATION BY RELATIVES RATING INSTRUMENT; **RQ**: RELATIVES' QUESTIONNAIRE; **DQ**: DEMENTIA QUESTIONNAIRE; **CBRS**: COGNITIVE BEHAVIOR RATING SCALE; **RAGS**: RELATIVE'S ASSESSMENT OF GLOBAL SYMPTOMATOLOGY; **BCRS**: BRIEF COGNITIVE RATING SCALE; **IQCODE**, INFORMANT QUESTIONNAIRE ON COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY; **PFQ**: PRESENT FUNCTIONING QUESTIONNAIRE; **MOQ2**: MEMORY OBSERVATION QUESTIONNAIRE 2; **DECO**: DÉTÉRIORATION COGNITIVE OBSERVÉE; **CIE**: CANBERRA INTERVIEW FOR THE ELDERLY; **CSI'D**: COMMUNITY SCREENING INTERVIEW FOR DEMENTIA; **SHORT MQ**: SHORT-MEMORY QUESTIONNAIRE; **PAS**: PSYCHOGERIATRIC ASSESSMENT SCALES; **ADCS-CGIC**: ALZHEIMER'S DISEASE COOPERATIVE STUDY – CLINICAL GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE; **STIDA**: STRUCTURED TELEPHONE INTERVIEW FOR DEMENTIA ASSESSMENT; **IDD-GMS**: INFORMANT INTERVIEW FOR THE DIAGNOSIS OF DEMENTIA AND DEPRESSION IN OLDER ADULTS; **CAMDEX-R**: CAMBRIDGE EXAMINATION FOR MENTAL DISORDERS OF THE ELDERLY – REVISED; **BCS**: BRIEF COGNITIVE SCALE; **GPCOG**: GENERAL PRACTITIONER ASSESSMENT OF COGNITION, **AD8**: EIGHT-ITEM INFORMANT INTERVIEW.

** TEVE-SE ACESSO APENAS ÀS ESCALAS DE DOMÍNIO PÚBLICO. OS DADOS REFERENTES AS DEMAIS FORAM OBTIDOS ATRAVÉS DO ARTIGO PUBLICADO.

***A VERSÃO ORIGINAL FOI TRADUZIDA E VALIDADA POR BOTTINO *ET AL.*, 2001.

que recebe um ponto, a muito pior, cinco pontos. O escore menor ou igual a três indica que não houve alteração; igual a quatro indica uma considerável alteração e igual a cinco indica muita alteração.

Vários estudos de validação foram realizados apresentando pontos de cortes variados; no estudo original, o ponto de corte de 3,30 na versão completa, foi definido como o mais adequado para os casos de demência²³.

7. *PRESENT FUNCTIONING QUESTIONNAIRE* (PFQ)¹²

O Questionário de Funcionamento Atual é uma entrevista com 60 itens abrangendo memória, linguagem, tarefas do dia a dia, personalidade e autocuidado. Em cada item é descrito um problema que deve ser respondido como “presente” ou “ausente”. Esta escala diferencia bem pacientes doentes de não doentes e apresenta boa confiabilidade.

8. *DÉTÉRIORATION COGNITIVE OBSERVÉE* (DECO)⁴⁵

A Observação da Deterioração Cognitiva é o único instrumento identificado em nossa revisão, que foi proposto, originalmente, em língua francesa. É composta por 19 questões, com opções de respostas: “melhor ou quase o mesmo”, “não tão bom” e “muito pior”, que avaliam um período de 12 meses com o objetivo de rastrear a demência. Quando comparado com o Mini-Exame do Estado Mental, mostrou-se melhor para avaliar quadros iniciais de demência. Apresentou área sob a curva ROC de 0,94. Há versões validadas para os Estados Unidos e África do Sul.

9. *SHORT-MEMORY QUESTIONNAIRE - SHORT MQ*³⁰

O Questionário de Memória Reduzido é composto por 14 questões com quatro opções de respostas, variando de “quase nunca” a “quase sempre”. Pretende auxiliar no diagnóstico de demência e depressão. Embora tenha apresentado excelente sensibilidade e especificidade, o trabalho inicial possivelmente teve um viés

de informação não diferencial, uma vez que o questionário foi respondido pelos cuidadores quando o paciente era portador de demência, enquanto que os indivíduos não demenciados responderam seus questionários.

10. *INFORMANT INTERVIEW FOR THE DIAGNOSIS OF DEMENTIA AND DEPRESSION IN OLDER ADULTS - IDD-GMS*³²

A Entrevista com o Informante para o Diagnóstico de Demência e de Depressão em Idosos é composta por 36 questões com subitens. É pontuada como “0” se sem patologia, “1” se moderado e “2” se grave. A escala tem por objetivo ser um instrumento de rastreio da demência e depressão em idosos. No seu desenvolvimento, foi adaptada de forma que pudesse ser respondida por um informante e não pelo paciente, como originalmente. Com ponto de corte de “>13” para demência e “>16” para depressão, apresentou sensibilidade de 84% e especificidade de 80%.

11. *BRIEF COGNITIVE SCALE* (BCS)³¹

A Escala Breve de Cognição é uma entrevista estruturada composta por 18 questões com respostas variando de “sem comprometimento” a “comprometimento grave”. Apresentou boa sensibilidade, especificidade e confiabilidade, porém, segundo os próprios autores, ainda merece outros estudos antes de seu uso clínico.

12. *ALZHEIMER DISEASE* (AD8)¹⁴

A escala para avaliar Doença de Alzheimer é um questionário com oito itens que avaliam a habilidade cognitiva. O escore varia de zero a oito e é obtido com a soma dos itens. Foi concebida a partir da combinação do julgamento de especialistas e uma modelagem estatística. Segundo os autores é uma medida confiável para o diagnóstico da síndrome demencial e é sensível para detectar as alterações cognitivas na fase inicial.

INSTRUMENTOS COM O INFORMANTE E COM O PACIENTE

1. *RELATIVE'S QUESTIONNAIRE (RQ)*⁵⁶

O Questionário dos Familiares é uma entrevista estruturada com cinco opções de resposta, variando de “nunca” a “várias vezes ao dia” que aborda as modificações ocorridas nas últimas semanas. Sua versão original consistia de trinta e cinco itens para avaliação da memória. Há um questionário paralelo a ser feito com o paciente (*Patients' Questionnaire*). Em 1984, foi modificado pelo mesmo autor, reduzindo para 28 itens, podendo ser aplicada por telefone ou e-mail. As respostas possuíam não mais cinco, mas nove opções, de “nenhuma vez nos últimos três meses” até “mais que uma vez ao dia”. A correlação da entrevista com o informante com testes neuropsicológicos variou muito de 0,09 a 0,58. A validade do questionário quando comparada a avaliação neuropsicológica não se mostrou suficiente.

2. *BRIEF COGNITIVE RATING SCALE (BCRS)*

44

A Escala de Avaliação Cognitiva Breve é uma entrevista semiestruturada a ser feita com o informante e com o paciente. A seção do informante tem como objetivo avaliar onze domínios da cognição, do comportamento e da função executiva, chamados de eixos. Cada resposta varia de “sem prejuízo”¹ até “demência pré-terminal”⁷.

3. *MEMORY OBSERVATION QUESTIONNAIRE 2 (MOQ2)*³⁵

O Questionário de Observação de Memória-2 é um instrumento simplificado de sua versão anterior. A entrevista do informante é subdividida em duas partes, a primeira (MOQ2-RA) com 22 perguntas sobre a memória com opções de respostas: “verdadeiro” ou “falso”. A segunda (MOQ2-RB) com 27 perguntas sobre mudanças na memória nos últimos meses tem cinco opções de respostas que variam de: “muito pior” a “muito melhor”. Trata-se de uma escala pouco estudada.

4. *CANBERRA INTERVIEW FOR THE ELDERLY (CIE)*⁵⁵

A Entrevista de Canberra para o Idoso foi desenvolvida para auxiliar o diagnóstico de demência e depressão, segundo os critérios de CID-10 e DSM-III-R, e pode ser aplicada por leigos. As informações são obtidas do próprio paciente e de um informante, e processadas por um software próprio. Embora os autores não tenham, inicialmente, validado o instrumento, descreveram uma boa confiabilidade.

5. *COMMUNITY SCREENING INTERVIEW FOR DEMENTIA - CSI'D*¹⁷

A Entrevista de Rastreamento da Demência em Comunidade é uma escala composta por duas seções: um teste cognitivo para o paciente e uma entrevista para um informante. A seção do informante possui 30 questões sobre memória, cognição, atividades de vida diária, problemas diversos, personalidade e depressão, com três opções de resposta: “não”, “às vezes” e “sim”. Foi construída, inicialmente, para estudos transculturais entre os índios Cree (grupo indígena de Quebec, Ontário, Manitoba e Saskatchewan, no Canadá) que falavam sua língua originária, e canadenses fluentes em inglês. A escala foi capaz de diagnosticar satisfatoriamente os portadores da síndrome demencial nas duas culturas, mostrando-se apta para uso transcultural. Obteve sensibilidade de 87% e especificidade de 83% pelos critérios de demência da DSM-III-R. Os autores destacaram que a entrevista com o informante foi mais facilmente aplicável nas duas culturas que o teste cognitivo.

6. *PSYCHOGERIATRIC ASSESSMENT SCALES - PAS*²⁴

As Escalas de Avaliação Psicogeriátrica consistem de duas partes: uma entrevista com o paciente e uma com um informante. A seção do informante tem três escalas: declínio cognitivo, mudanças comportamentais e acidente vascular encefálico. Seu objetivo é destacar as modificações em um período não especificado quando comparado com idades mais jovens.

7. *ALZHEIMER'S DISEASE COOPERATIVE STUDY - CLINICAL GLOBAL IMPRESSION OF CHANGE (ADCS-CGIC)*⁴¹

A Escala de Impressão Clínica Global de Mudança é um instrumento de impressão clínica baseada em observações durante a consulta, em um breve teste de cognição e em dados fornecidos pelo informante. As opções de resposta são: “1 – melhora marcada”, “2 – melhora moderada”, “3 – melhora mínima”, “4 – sem mudança”, “5 – piora mínima”, “6 – piora moderada”, “7 – piora marcada”. Deve ser determinado um estado inicial do paciente, sendo preenchida uma primeira parte da escala (basal), cujas informações vão servir de referência para avaliações posteriores.

8. *STRUCTURED TELEPHONE INTERVIEW FOR DEMENTIA ASSESSMENT (STIDA)*¹⁶

Entrevista Estruturada para Avaliação da Demência por Telefone foi idealizada como parte do NIMH Genetics Initiative Alzheimer’s Disease Study Group. É composta por três partes: breve história médica, perguntas sobre habilidades cognitivas e funcionais, e breve teste cognitivo. As duas primeiras partes devem ser feitas com um informante, a terceira com o paciente. O instrumento tem por objetivo distinguir indivíduos com cognição normal daqueles com prejuízos na cognição e nas atividades de vida diária, sugestivos de fase inicial de demência. Os autores descreveram sensibilidade e especificidade acima de 90% quando os dados obtidos pelo informante também foram utilizados em pacientes com Clinical Dementia Rating (CDR) maior que 0,5.

9. *CAMBRIDGE EXAMINATION FOR MENTAL DISORDERS OF THE ELDERLY – REVISED (CAMDEX-R)*⁴⁸

O Exame para Desordens Mentais em Idosos de Cambridge é um instrumento internacionalmente utilizado para o diagnóstico sintomático, particularmente as formas leves, para o diagnóstico etiológico e para a avaliação da gravidade. Ele procura também diferenciar quadros de depressão, delírium, distúrbios da personalidade e do comportamento³. Não é um instrumento de rastreio, mas utilizado, especialmente, para os casos suspeitos.

O CAMDEX-R é composto por nove seções

nomeadas de “A” a “I”. A primeira seção é uma entrevista clínica estruturada a ser feita com o paciente, que reúne questões referentes a história da doença atual, história patológica pregressa e história familiar; a seção B é um teste neuropsicológico, o Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG-R).

A seção H é uma entrevista estruturada com 130 perguntas, a ser realizada com um familiar ou informante que conheça bem o paciente. Deve ser aplicada idealmente na ausência do paciente, preferencialmente face a face, embora também possa ser feita por telefone. É composta por questões cujos objetivos são o diagnóstico de déficit cognitivo, o grau de dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária e a possível presença de distúrbios comportamentais. Segundo os autores, demora cerca de 20 minutos para ser realizada. Diferentemente do CAMCOG-R, a seção H não é pontuada, não possuindo um ponto de corte sugestivo do diagnóstico. Trata-se de uma escala de impressão clínica.

As demais seções compreendem o exame físico, exames complementares e medicações em uso.

10. *GENERAL PRACTITIONER ASSESSMENT OF COGNITION (GPCOG)*⁸

A Avaliação da Cognição pelo Clínico Geral é uma escala composta por nove itens de avaliação cognitiva a ser feita com o paciente e seis questões com o informante. Combina itens do CAMCOG-R, da Psychogeriatric Assessment Scale e itens para avaliação da atividade instrumental da vida diária. Tem como objetivo diagnosticar a demência no âmbito da atenção primária à saúde. Os autores descreveram sensibilidade de 85% e especificidade de 86%.

DISCUSSÃO

A utilização de dados coletados com o informante seja pela anamnese, seja por uma entrevista estruturada, vem sendo cada vez mais valorizada tanto na prática clínica quanto em estudos científicos. Vários autores incentivam o

uso de escalas com informante para o diagnóstico precoce da síndrome demencial.

O diagnóstico das demências é dificultado pela baixa escolaridade, um sério problema, ainda, em nosso país. Se verdadeiro, não ser influenciado pela escolaridade é uma das grandes vantagens desse tipo de instrumento, quando comparado com as avaliações neuropsicológicas, embora, na presente revisão, não localizamos trabalhos que tenham colocado esta hipótese como seu principal objetivo de estudo.

O relato do informante, como apresentado em vários estudos, é um pilar importante para subsidiar não apenas o diagnóstico, mas também para nortear o estagiamento da doença. Ademais, alguns estudos também reforçam sua utilidade na detecção precoce do declínio cognitivo.

Nenhum dos instrumentos para diagnóstico de demência com informante foi desenvolvido no Brasil, e apenas dois deles foram traduzidos e adaptados para o português; a primeira versão do CAMDEX⁷ e o ADCS-CGIC⁵.

Outros dois instrumentos, o IQCODE⁵⁰ e a seção H do CAMDEX-R⁴⁹ que, amplamente utilizados em serviços públicos e privados, com traduções informais para a língua portuguesa, foram submetidos a um meticuloso trabalho de tradução e adaptação transcultural para o Brasil e de avaliação de sua estabilidade. As características psicométricas da versão brasileira destes instrumentos estão sendo avaliadas.

Tais instrumentos foram escolhidos por suas características. O IQCODE por ser uma escala breve, administrada somente ao informante, com uma duração média de dez minutos, de fácil administração e que permite estudos longitudinais para avaliação do declínio, ao contrário de outras entrevistas que, em geral, avaliam o estado atual do indivíduo.

A seção H, ainda que extensa, é uma entrevista que complementa a anamnese, fornecendo impressões clínicas que subsidiam o diagnóstico da demência. É parte do CAMDEX-R, cujas demais seções também estão sendo submetidas ao processo de adaptação transcultural.

Este processo, seguindo uma metodologia adequada, se faz necessário para que as diferenças culturais não alterem as características psicométricas das escalas e para que possamos dispor de instrumentos confiáveis para uso da prática clínica.

Os autores recomendam, portanto, a utilização dos instrumentos traduzidos e adaptados, e cujas características de medidas da escala já tenham sido estabelecidas no Brasil

REFERÊNCIAS

1. AINSLIE, N. K; MURDEN, R. A. Effect of education on the clock-drawing dementia screen in non-demented elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, v. 41, n. 3, p. 249-52, Mar. 1993.
2. ALLEGRI, R. F; *et al.* Relación entre las quejas subjetivas de memoria y el reporte familiar en pacientes con demencia de tipo Alzheimer. *Actas Esp Psiquiatr*, v. 28, n. 6, p. 373-8, 2000.
3. BALL, S. L. *et al.* Personality and behaviour changes mark the early stages of Alzheimer's disease in adults with Down's syndrome: findings from a prospective population-based study. *J Spinal Cord Med*, v. 21, n. 7, p. 661-73, July 2006.
4. BARBER, R; SNOWDEN, J. S; CRAUFURD, D. Frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: retrospective differentiation using information from informants. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v. 59, n. 1, p. 61-70, July 1995.
5. BERTOLUCCI, P. H; NITRINI, R. Proposta de uma versão brasileira para a escala ADCS-CGIC. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 61, n. 3B, p. 881-90, Sept. 2003.
6. BLESSED, G; TOMLINSON, B. E; ROTH, M. The association between quantitative measures of dementia and senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br J Psychiatry*, v. 114, n. 512, p. 797-811, July 1968.
7. BOTTINO, C.M.C. *et al.* Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 59, p. 20, 2001. Supplement 3.
8. BRODATY, H. *et al.* The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*, v. 50, n. 3, p. 530-4, Mar. 2002.
9. BUSTAMANTE, S. E. *et al.* Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 61, n. 3A, p. 601-6, 2003.

10. CARR, D. B. et al. The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology*, v. 55, n. 11, p. 1724-6, Sept. 2000.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação internacional de doenças. 10. ed. São Paulo: EDUSP, 1993.
12. CROCKETT, D. et al. The assessment of everyday functioning using the Present Functioning Questionnaire and the Functioning Rating Scale in the elderly samples. *Clin Gerontol*, v. 8, p. 3-25, 1989.
13. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
14. GALVIN, J. E. et al. The AD8: a brief informant interview to detect dementia. *Neurology*, v. 65, n. 4, p. 559-64, Aug. 2005.
15. GANGULI, M. et al. Effects of age, gender, and education on cognitive tests in a rural elderly community sample: norms from the Monongahela Valley Independent Elders Survey. *Neuroepidemiology*, v. 10, n. 1, p. 42-52, 1991.
16. GO, R. C. et al. Development and validation of a Structured Telephone Interview for Dementia Assessment (STIDA): the NIMH Genetics Initiative. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, v. 10, n. 4, p. 161-7, 1997.
17. HALL, K. S. et al. The development of a dementia screening interview in two distinct languages. *Int J Methods Psychiatr*, v. 3, p.1-28, 1993.
18. HENDERSON, A. S; HUPPERT, F. A. The problem of mild dementia. *Psychol Med*, v. 14, n. 1, p. 5-11, 1984.
19. IPPEN, C. G; OLIN, J. T; SCHNEIDER, L. S. Can caregivers independently rate cognitive and behavioral symptoms in Alzheimer's disease patients? *Am J Geriatr Psychiatry*, v. 7, n. 4, p. 321-30, 1999.
20. ISELLA, V. et al. Discriminative and predictive power of an informant report in mild cognitive impairment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v. 77, n. 2, p. 166-71, Feb. 2006.
21. JAGGER, C. et al. Misclassification of dementia by the mini-mental state examination: are education and social class the only factors? *Age ageing*, v. 21, n. 6, p. 404-11, Nov. 1992.
22. JORM, A. F; KORTEN, A. E. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *Br J Psychiatry*, v. 152, p. 209-13, Feb. 1988.
23. JORM, A. F. et al. Complaints of cognitive decline in the elderly: a comparison of reports by subjects and informants in a community survey. *Psychol Med*, v. 24, n. 2, p. 365-74, May 1994.
24. JORM, A. F. et al. The Psychogeriatric Assessment Scales: a multidimensional alternative to categorical diagnoses of dementia and depression in the elderly. *Psychol Med*, v. 25, p. 447-60, 1995.
25. JORM, A. F. Assessment of cognitive impairment and dementia using informant reports. *Clin Psychol Rev*, v. 16, n. 1, p. 51-73, 1996.
26. JORM, A. F. Methods of screening for dementia: a meta-analysis of studies comparing an informant questionnaire with a brief cognitive test. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, v. 11, n. 3, p. 158-62, Sept. 1997.
27. JORM, A. F. et al. Informant ratings of cognitive decline in old age: validation against change on cognitive tests over 7 to 8 years. *Psychol Med*, v. 30, n. 4, p. 981-5, July 2000.
28. KAWAS, C. et al. A validation study of the Dementia Questionnaire. *Arch Neurol*, v. 51, n. 9, p. 901-6, Sept. 1994.
29. KOIVISTO, K. et al. Population-based dementia screening program in Kuopio: the effect of education, age, and sex on brief neuropsychological tests. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, v. 5, n. 3, p. 162-71, July/Sept. 1992.
30. KOSS, E. et al. Memory evaluation in Alzheimer's disease caregivers appraisals and objectives testing. *Arch Neurol*, v. 50, n. 1, p. 92-7, Jan. 1993.
31. KRISHNAN, K. R. et al. Informant-rated cognitive symptoms in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia. Initial development of an informant-rated screen (Brief Cognitive Scale) for mild cognitive impairment and dementia. *Psychopharmacol Bull*, v. 35, n. 3, p. 79-88, Summer 2001.
32. LEWIS, S. et al. An informant interview for the diagnosis of dementia and depression in older adults (IDD-GMS). *Int J Geriatr Psychiatry*, v.13, n. 5, p. 298-309, May 1998.
33. MACKENZIE, D. M. et al. Brief cognitive screening of the elderly: a comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE), Abbreviated Mental Test (AMT) and Mental Status Questionnaire (MSQ). *Psychol Med*, v. 26, n. 2, p. 427-30, Mar. 1996.
34. MCCURRY, S. M. et al. The cognitive abilities screening instrument (CASI): data from a cohort of 2524 cognitively intact elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 14, n. 10, p. 882-8, Oct. 1999.
35. MCGLONE, J. et al. Screening for early dementia using memory complaints from patients and relatives. *Arch Neurol*, v. 47, n.

- 11, p. 1189-93, Nov. 1990.
36. MCKHANN, G. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, v. 34, n. 7, p. 939-44, July 1984.
 37. MORRIS, J. C. et al. Very mild Alzheimer's disease: informant-based clinical, psychometric and pathologic distinction from normal aging. *Neurology*, v. 41, n. 4, p. 469-78, Apr. 1991.
 38. MULLIGAN, R. et al. Comparison of alternative methods of screening for dementia in clinical settings. *Arch Neurol*, v. 53, n. 6, p. 532-6, June 1996.
 39. NERI, M. et al. The validity of informant reports in assessing the severity of dementia: evidence from the CAMDEX Interview. *Dement Geriatr Cogn Disord*, v. 9, n. 1, p. 56-62, Jan./Feb. 1998.
 40. NERI, M. et al. The validity of informant report for grading the severity of Alzheimer's dementia. *Aging (Milano)*, v. 13, n. 1, p. 22-9, Feb. 2001.
 41. OLIN, J. T. et al. Clinical evaluation of global change in Alzheimer's disease: identifying consensus. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, v. 9, n. 4, p. 176-80, Oct. 1996.
 42. RASKIN, A; CROOK, T. Relative's Assessment of Global Symptomatology (RAGS). *Psychopharmacol Bull*, v. 24, n. 4, p. 759-63, 1988.
 43. READY, R. E; OTT, B. R; GRACE J. Amnesic behavior in dementia: symptoms to assist in early detection and diagnosis. *J Am Geriatr Soc*, v. 51, n. 1, p. 32-7, Jan. 2003.
 44. REISBERG, B; FERRIS, S. H. The Brief Cognitive Rating Scale (BCRS). *Psychopharmacol Bull*, v. 24, n. 4, p. 629-36, 1988.
 45. RITCHIE, K; FUHRER, R. A comparative study of the performance of screening tests for senile dementia using receiver operating characteristics analysis. *J Clin Epidemiol*, v. 45, n. 6, p. 627-37, June 1992.
 46. ROCCA, W. A. et al. Validation of the Hodkinson abbreviated mental test as a screening instrument for dementia in an Italian population. *Neuroepidemiology*, v. 11, n. 4-6, p. 288-95, 1992.
 47. ROTH, M. et al. CAMDEX: a standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry*, v. 149, n. 6, p. 698-709, Dez. 1986.
 48. ROTH, M; TYM, E; MOUNTJOY, C. Q. CAMDEX-R: the Cambridge examination for mental disorders of the elderly – revised. Cambridge: University Press, 1998.
 49. SAMPAIO, S. G. S. M. Tradução, adaptação transcultural e confiabilidade de uma entrevista com informante para o diagnóstico de demência. 178 f. Dissertação (Mestrado em ciências médicas). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
 50. SANCHEZ, M. A. S. Questionário baseado no relato do informante para a detecção do declínio cognitivo em idosos: tradução, adaptação transcultural e estudo da confiabilidade. 120 f. Dissertação (Mestrado em ciências médicas). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
 51. SCHWARTZ, G. E. Development and validation of the Geriatric Evaluation by Relatives Rating Instrument (GERRI). *Psychol Rep*, v. 53, n. 2, p. 479-88, Oct. 1983.
 52. SENANARONG, V. et al. The IQCODE: an alternative screening test for dementia for low educated Thai elderly. *J Med Assoc Thai*, v. 84, n. 5, p. 648-55, May 2001.
 53. SILVERMAN, J. M. et al. Reliability of the family history method in genetic studies of Alzheimer's disease and related dementias. *Am J Psychiatry*, v. 143, n. 10, p. 1279-82, Oct. 1986.
 54. SMITH-GAMBLE, V. et al. Informant reports of changes in personality predict dementia in a population-based study of elderly african americans and yoruba. *Am J Geriatr Psychiatry*, v. 10, n. 6, p. 724-32, Nov./Dez. 2002.
 55. SOCIAL PSYCHIATRY RESEARCH UNIT; NATIONAL HEALTH; MEDICAL RESEARCH COUNCIL, AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY. The Canberra Interview for the Elderly: a new field instrument for the diagnosis of dementia and depression by ICD-10 and DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand*, v. 85, p. 105-13, 1992.
 56. SUNDERLAND, A. HARRIS, J. E; BADDELEY, A. D. Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, v. 22, p. 341-57, 1983.
 57. TANGALOS, E. G. et al. The Mini-Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance. *Mayo Clin Proc*, n.71, n. 9, p. 829-37, Sept. 1996.
 58. TIERNEY, M. C. et al. The prediction of Alzheimer disease – the role of patient and informant perceptions of cognitive deficits. *Arch Neurol*, v. 53, n. 5, p. 423-7, May 1996.
 59. WIND, A. W. et al. Limitations of the Mini-Mental State Examination in diagnosing dementia in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 12, n.1, p. 101-8, Jan. 1997.

60. WILLIAMS, J. M. et al. Family observations everyday cognitive impairment in dementia. Arch Clin Neuropsychol, v. 1, n. 2, p. 103-9, 1986.

ABSTRACT

Introduction: Standardized interviews with informant are important tools for dementia diagnosis, especially in its initial forms, when the neuropsychological tests are inconclusive. **Objectives:** To review literature of dementia-diagnosis instruments used with informant. **Methods:** Research was done in MEDLINE, LILACS and SCIELO databanks, and specialized sites on the Internet. Material was consulted in Portuguese, English and Spanish. **Results:** Twenty-two instruments were identified, 12 exclusive to informants. Most were developed in the

1980's and 1990's. Only one was not in English, but in French. One instrument was translated and adapted to Portuguese, and other two are being translated. **Conclusion:** Instruments with informant should be used as auxiliary ones in dementia diagnosis. It is recommended to choose those already translated and adapted to Portuguese and with their psychometric properties known in the Brazilian culture.

KEYWORDS: Review Literature; Interviews; Caregivers; Dementia; Geriatric Assessment.