O DIAGNÓSTICO DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE E A DOENÇA DE ALZHEIMER: REFLEXÕES CRÍTICAS

Denilson Aparecida Leite Freire[1]
Veridiana Silva Nogueira[2]

Resumo: Esse trabalho objetivou levantar quais são os testes mais utilizados no diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) na doença de Alzheimer, bem como analisar sua validade e consistência em relação à realidade Brasileira. O método utilizado foi uma análise de conteúdo das principais publicações recomendadas pelos órgãos de classe da área de Psicologia, Neurologia e Psiquiatria. Os achados demonstraram que a Academia Brasileira de Neurologia indica, para rastreamento, o Mini-Exame do Estado Mental (MMS). Foi constatado, também, apesar do MMS ter autorização pela ABN para uso de outros profissionais não médicos, ele não possui uma recomendação oficial pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), assim como outros testes indicados pela ABN para diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer.

Palavras-chaves: Comprometimento Cognitivo Leve. Doença de Alzheimer. Avaliação Psicológica.

INTRODUÇÃO

A demência é um termo genérico que não implica necessariamente em uma etiologia, trata-se de uma síndrome caracterizada por declínios cognitivos, tais como memória e atenção, bem como sintomas comportamentais, físicos e psicológicos (OMS, 2015). As demências ocorrem principalmente durante o envelhecimento, mas não há relação causal com a idade, podendo ocorrer em jovens também. Há vários fatores que podem levar à demência, entre elas estão algumas doenças degenerativas, como a Doença de Alzheimer (DA) que é considerada o tipo mais comum, chegando a representar de 55 a 65% da totalidade dos casos entre idosos (TAY; TASMAN, 2002).

A Doença de Alzheimer (DA) possui uma etiologia crônico-degenerativa caracterizada por declínio cognitivo contínuo e progressivo dos estados normais de consciência, comprometendo significativamente o funcionamento ocupacional e social do indivíduo. As

[1] Doutor em Administração, Graduado em Administração e Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: denilson.freire@hotmail.com.
[2] Mestre em Psicologia. Faculdades Pitágoras de Uberlândia. E-mail: veridianaclinica@hotmail.com.

possíveis causas da doença não são totalmente conhecidas, possivelmente fatores genéticos e ambientais atuam na caracterização neuropatológica e nas suas manifestações clínicas (APA, 1995).

De acordo com as projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá dezesseis vezes contra cinco vezes a população total, o que colocará o Brasil, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo (GRINGBERG, 2006). Kay e Tasman (2002) observaram que a doença de Alzheimer duplicava a cada cinco anos e ocorria, principalmente, na faixa etária de 65 a 85 anos. Entretanto, segundo esses autores, o início dos sintomas iniciava-se por volta dos 40 anos.

Ramdam (2005) afirmava, em seu trabalho de pesquisa, que são necessárias investigações empíricas para que se possa compreender melhor a transição entre o envelhecimento cognitivo normal e o patológico. Segundo esse autor, existiam no Brasil poucos trabalhos de avaliação neuropsicológica nas demências, especialmente na fase denominada de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e na DA. Para Ramdan (2005, p.2):

> A identificação preventiva de pessoas com maior risco de desenvolver DA é importante para o tratamento precoce da doença. O conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou Declínio Cognitivo Leve é utilizado para atingir esse objetivo. O CCL é uma zona intermediária entre o envelhecimento normal e a DA.

Nesse sentido, identificar se há indícios de CCL precocemente, possibilitaria um melhor acompanhamento da sintomatologia, consequências e possíveis intervenções na evolução dessa doença. Uma das formas de efetuar o levantamento do CCL consiste na avaliação psicológica, exigida pela maioria dos critérios diagnósticos vigentes (DSM-V, CID-10) no Brasil. O método utilizado pela avaliação psicológica no CCL trata-se de uma investigação das funções cognitivas, tais como: a memória, a atenção, a linguagem, as funções executivas, o raciocínio, as práxias e as gnosias, por meio de testes psicométricos (LAKS et al.,1995). Esses testes neuropsicológicos baseiam-se na quantificação da alteração das funções cognitivas, em experimentos padronizados, avaliando comportamentos por comparação estatística com outros sujeitos em semelhante situação, culminando em uma classificação desses sujeitos quanto aos seus sintomas (LAKS et al.,1995).

Mas quais são os testes mais aplicados na avaliação psicológica do comprometimento cognitivo leve no Brasil? Eles possuem validação pelos conselhos da Psiquiatria, Neurologia

e da Psicologia? São esses instrumentos originados apenas da Neurologia ou da psiquiatria? Se assim for, como são validados pela psicologia?

Existe uma grande diferença entre os objetivos da psicologia e os da neurologia/psiquiatria. O neurologista e o psiquiatra, possuindo formação em medicina, visam cuidar das funções neurais por meio do diagnóstico e da medicalização; já o psicólogo tem como objetivo, na clínica, cuidar do sofrimento mental. Dai o cuidado para que os testes psicométricos, envolvidos no diagnóstico, ficarem presos no paradigma psiquiátrico de se efetuar diagnóstico e possível medicalização. Espera-se que o psicólogo psicométrico possa efetuar tais investigações, mas visando, após o diagnóstico, proporcionar um suporte clínico ao processo de adoecimento (BOCK et al., 2001).

Bock et al. (2001) vem discutir a dialética entre a psicologia empírica, quantitativa e a psicologia social, qualitativa, afirmando que o fenômeno psicológico aparece, geralmente, deslocado da realidade do qual o indivíduo se insere e que em muitas situações analisar apenas os resultados dos testes e classificar os indivíduos em índices pode não contribuir, efetivamente, para o tratamento desses, devendo ser considerados outros elementos do seu histórico de vida.

Assim, o objetivo desse artigo foi analisar quais são os instrumentos mais utilizados da avaliação neuropsicológica na identificação precoce (CCL) da DA e se tais instrumentos possuem validação científica tanto na psiquiatria/neurologia quanto na psicologia e quais as reflexões quanto ao seu uso no Brasil.

Tais análises poderão contribuir para a avaliação psicológica precoce dos quadros demenciais por meio de procedimentos válidos e confiáveis que possam estabelecer a distinção entre patológico e o normal, visando eliminar as contingências negativas no processo preconizadas por Hamdan (2005) e que dizem respeito à escolha inadequada do instrumento, os resultados falsos negativos e a influência das variáveis socioculturais nessa avaliação.

1 MARCOS TEÓRICOS

Para fundamentar o trabalho os próximos subtópicos discorrerão sobre a avaliação psicológica e o Comprometimento Cognitivo Leve; em seguida apresentará procedimentos de

avaliação dos instrumentos psicológicos mais utilizados no CCl e, finalmente, sobre a importância do contexto sociocultural no processo de avaliação.

1.1 A Avaliação Psicológica e o Comprometimento Cognitivo Leve (CLL)

De acordo com Pasquali (2001) a avaliação psicométrica visa descrever e classificar o comportamento dos indivíduos, objetivando enquadrá-lo dentro de alguma tipologia. Contudo, a avaliação deve ter um cunho científico, pautada na observação e formulação de hipóteses e inferências confiáveis para a prática profissional. Um dos alicerces da prática da avaliação consiste na utilização de técnicas objetivas e projetivas, tornando-se ferramentas essenciais para o trabalho do psicólogo, mas desde que acompanhada de várias outras fontes de informação (FORMIGA; MELLO, 2000).

A avaliação psicológica é o principal instrumento utilizado no diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve, pois parte do pressuposto que a identificação preventiva de pessoas com maior risco de desenvolver a Doença de Alheimer é importante para o tratamento precoce dessa doença (HAMDAN, 2005). O CCl trata-se da análise da zona intermediária entre o envelhecimento normal e o adoecimento.

Assim, o CCL ou declínio cognitivo leve é um conceito utilizado para a avaliação precoce da DA, segundo Morris et al. (2001). Para ele, os indivíduos classificados como tendo CCL apresentam um quadro incipiente da Doença de Alzheimer muito leve.

No entanto, segundo Handam (2005) não existe apenas um único tipo de CCl, pois as manifestações clínicas podem ser diversas, o que ele classifica em três subgrupos distintos:

- CCl tipo amnésico que afeta apenas a memória;
- CCL tipo múltiplos cognitivos (afetando vários processos cognitivos);
- CCL tipo único domínio que afeta outra função cognitiva, mas sem défict de memória.

Essa variedade de manifestações gera dificuldade no diagnóstico do CCL de acordo com Petersen et al. (2001). Contudo, segundo Morris et al. (2001) há alguns critérios que possibilitam o diagnóstico do CLL:

- Quando há evidência de declínio cognitivo;
- Quando esses declínios interferem nas atividades diárias e;
- Quando essas evidências são confirmadas pela opinião dos informantes.

Assim, infere-se, segundo Morris et al. (2001) que portadores de CLL podem evoluir para o mal de Alzheimer, que, McKhann e Col (1994) apresentam os seguintes critérios:

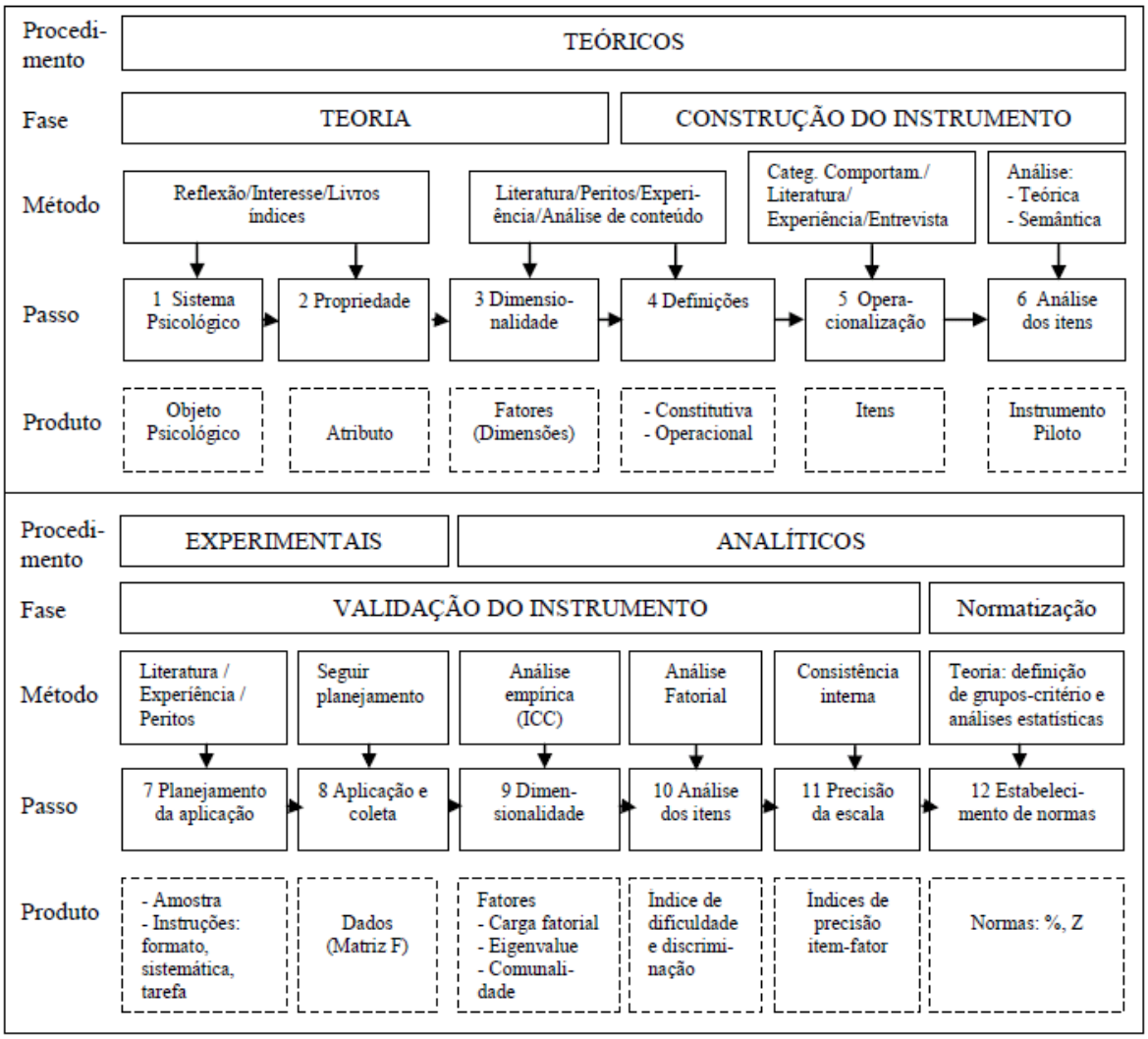
- Demência estabelecida por exame clínico, devidamente documentada pela aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MME), complementado pela Escala de Demência de *Blessed* ou testes similares, confirmados por avaliação neuropsicológica.
- déficits em duas ou mais área de cognição;
- piora progressiva da memória e outras funções;
- ausência de alteração no nível de consciência;
- início dos 40 aos 90 anos, com maior frequência aos 65 anos;
- ausência de doenças sistêmicas ou cerebrais;

O termo Transtorno Cognitivo Leve está incluído no CID-10 e é aplicado a pacientes que apresentam um declínio no desempenho cognitivo, mas que não chegam, ainda, a preencher todos os critérios que indicariam uma possível demência, sindrome amnéstica orgânica ou delirium.

1.2 Validação dos Instrumentos de Avaliação Psicológica

Para que um instrumento tenha validação ele precisa passar por um processo científico. Pasquali (1999) apresenta os procedimentos que devem ser seguidos na elaboração e validação de instrumentos de avaliação psicológica, como mostra a Figura 1.

FIGURA 1 - PROCEDIMENTOS PARA ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO



Fonte: Pasquali (1999, p.38).

Obsevando a Figura 1, percebe-se que desde a concepção do instrumento até sua validação há três grandes procedimentos: teóricos, experimentais e analíticos. Os procedimentos teóricos referem-se às etapas de fundamentação teórica e construção do instrumento; os experimentais apontam para a fase inicial da validação do instrumento através de técnicas específicas de validação e os analíticos explicam como o instrumento deva ser validado e depois normatizado. Sem essas etapas, os instrumentos são considerados inadequados para utilização.

Contudo, a maioria das escalas utilizadas no Brasil foi traduzida de questionários validados internacionalmente, sendo necessário que tais instrumentos iniciem o processo de

validação, retornando aos procedimentos teóricos propostos por Pasquali (2009). Especificamente no item de análise teórica e semântica do instrumento, verificando se as afirmativas são compreensíveis na língua portuguesa. Nesse sentido, as etapas que devam ser percorridas para adequação semântica são: tradução, síntese das traduções independentes, avaliação por um Comitê de Juízes, retrotradução, submissão das versões retrotraduzidas aos autores da versão original, validação semântica, submissão da versão adaptada aos autores da versão original e pré- teste, para em seguida, continuar seu processo de validação de acordo com o processo proposto por Pasquali (2009).

Caso o instrumento seja novo são necessários validações estatísticas por meio da Analise Fatorial Exploratória (AFE), mensurando se os itens ou variáveis compõem efetivamente as escalas propostas. Geralmente, na AFE, são realizados os seguintes testes estatísticos (HAIR JR et al., 2005): Análise do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que permite fazer uma análise geral da matriz de correlações; Teste de Esfericidade de *Bartlett´s que* testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade; a Análise da matriz anti-imagem e da *Measure of Sampling Adequacy* (MSA) que consiste na analise do teste de KMO individual para cada uma das variáveis. O teste das *Communalities que* indica se a variável está bem ajustada ao modelo e o Alpha de *Crombach* que tem como objetivo avaliar o grau de consistência e confiabilidade das questões. Seu valor deve ser superior a 60% para ser considerado confiável.

Como a maioria dos instrumentos no Brasil são adaptações de questionários internacionais, recomenda-se, ainda, que seja realizada uma análise fatorial confirmatória. A diferença é que a análise fatorial exploratória analisa o padrão de correção existente entre as variáveis e tenta agrupá-los em fatores. A análise confirmatória pressupõe que já se conhece a teoria e a correlação entre as variáveis e se pretende apenas confirmar o grau de ajuste dos dados à hipótese (BIDO, 2014) no contexto em que a escala será aplicada.

Nesse sentido, há de se verificar se os instrumentos de diagnósticos adaptados e utilizados no DA passaram por uma análise fatorial confirmatória. Os testes estatísticos mais utilizados em uma análise fatorial confirmatória são (THOMPSON, 2004): Qui-quadrado (no output está como CMIN) que testa a hipótese nula de que a estimativa de covariância residual é igual a uma matriz composta apenas por zeros; o Qui-quadrado sobre graus de liberdade que divide o valor do qui-quadrado pelo número de graus de liberdade para obter um valor de ajuste ao modelo menos sensível ao tamanho da amostra; o GFI (goodness-of-fit index, índice

de qualidade de ajuste) que é um coeficiente de determinação geral para modelos de equações estruturais; o AGFI (GFI ajustado para os graus de liberdade): correção "parcial" do valor de GFI para o número de graus de liberdade; o NFI (índice de ajuste normalizado que compara o qui-quadrado para o modelo testado contra o qui-quadrado para o modelo basal presumindo que as variáveis mensuradas são completamente independentes; o CFI (índice de ajuste comparativo) que é similar ao NFI, que faz uso de uma distribuição de qui-quadrado não-central, e que procura levar em consideração a complexidade de um modelo. Tem-se ainda o TLI (índice de Tucker Lewis), também conhecido como índice de Bentler-Bonett não-normalizado (NNFI), é similar ao CFI; o RMR (raiz quadrada média residual) que é a raiz quadrada da média dos quadrados dos resíduos e indica o valor absoluto médio dos resíduos das covariâncias e o RMSEA (raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação): ao contrário do RMR, o RMSEA possui uma distribuição conhecida e, portanto, representa de forma mais adequada quão bem um modelo se ajusta à população, não apenas à amostra utilizada para a estimação (THOMPSON, 2004).

Pressupondo que o instrumento tenha sido adequadamente validado, existe, no Brasil, a resolução 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia que apresenta os requisitos mínimos e obrigatórios para que os instrumentos sejam aplicados. Esses instrumentos devem apresentar uma fundamentação teórica consistente, as evidências empíricas de validade e precisão, as propriedades psicométricas do instrumento e o sistema de interpretação e análise dos escores. O artigo 4º da resolução 002/2003 afirma que, para um instrumento psicométrico seja aprovado, ele deve possuir:

> I - apresentação da fundamentação teórica do instrumento, com especial ênfase na definição do construto, sendo o instrumento descrito em seu aspecto constitutivo e operacional, incluindo a definição dos seus possíveis propósitos e os contextos principais para os quais ele foi desenvolvido;
> II - apresentação de evidências empíricas de validade e precisão das interpretações propostas para os escores do teste, justificando os procedimentos específicos adotados na investigação;
> III - apresentação de dados empíricos sobre as propriedades psicométricas dos itens do instrumento;
> IV - apresentação do sistema de correção e interpretação dos escores, explicitando a lógica que fundamenta o procedimento, em função do sistema de interpretação adotado, que pode ser:
> a) referenciada à norma, devendo, nesse caso, relatar as características da amostra de padronização de maneira clara e exaustiva, preferencialmente comparando com estimativas nacionais, possibilitando o julgamento do nível de representatividade do grupo de referência usado para a transformação dos escores.
> b) diferente da interpretação referenciada à norma, devendo, nesse caso, explicar o embasamento teórico e justificar a lógica do procedimento de interpretação utilizado.

> V - apresentação clara dos procedimentos de aplicação e correção, bem como as condições nas quais o teste deve ser aplicado, para que haja a garantia da uniformidade dos procedimentos envolvidos na sua aplicação ;
> VI - compilação das informações indicadas acima, bem como outras que forem importantes, em um manual contendo, pelo menos, informações sobre:
> a) o aspecto técnico-científico, relatando a fundamentação e os estudos empíricos sobre o instrumento;
> b) o aspecto prático, explicando a aplicação, correção e interpretação dos resultados do teste ;
> c) a literatura científica relacionada ao instrumento, indicando os meios para a sua obtenção.

Observa-se que tais exigências percorrem as mesmas etapas propostas por Pasquali (2009) sobre o processo de validação de instrumentos de pesquisas.

Assim, um teste psicométrico adaptado para ser considerado confiável deve atender a três exigências: ter sido construído e validado estatisticamente; ter sido adaptado semanticamente e culturalmente e revalidado estatisticamente na realidade em que se pretende aplicá-lo e, ter sido aprovado para aplicação pelos conselhos de classe, como é o caso do Conselho Federal de Psicologia no Brasil.

1.3 O olhar Psicológico, Neurológico e Psiquiatrico sobre a Doença de Alzheimer

Existem diferenças epistemológicas entre a Psiquiatria, A neurologia e a Psicologia, influenciando o olhar desses profissionais sobre a doença de Alzheimer. Tanto os psiquiatras, quanto os neurologistas possuem formação médica, e portanto, utilizam-se da medicalização após constada a doença. A diferença entre eles é que os psiquiatras realizam seus diagnósticos baseados em um conjunto de sintomas sendo que, na sua grande parte, não podem ser confirmados por exames laboratoriais. Os neurologistas, por outro lado, se baseiam no princípio que todas as manifestações possuem uma localização anatômica/fisiológica e que podem ser confirmadas pelo diagnóstico. Os psicólogos não possuem formação médica, e portanto, não podem medicalizar. Eles são especialistas em identificar sintomas patológicos mentais e atuarem no sofrimento dos indivíduos, auxiliando-os no processo de recuperação da saúde mental ou na busca de autoconhecimento desses.

Em relação à Doença de Alzheimer há evidências biológicas da sua origem, fazendo com que a maioria dos testes sejam de base biológica e sendo um campo de estudo relevante para a neurologia. Contudo, tanto psiquiatras quanto psicólogos atuam, também, sobre a doença. Um estudo realizado provou que nessa doença existe um percentual de 30%a 40% de

traços depressivos nos pacientes, além de outros aspectos cognitivos e comportamentais como afasia, perda da memória, alteração da consciência, dentre outros. Portanto, as possíveis causas da doença não são totalmente conhecidas, possivelmente fatores genéticos e ambientais atuam na caracterização neuropatológica e nas suas manifestações clínicas (APA, 1995).

Com isso, muitos dos instrumentos de diagnóstico da Doença do Alzheimer vêm da neurologia, devido aos aspectos orgânicos que desencadeiam a doença. Além desses testes biológicos, existem os testes de avaliação cognitiva e comportamental, elaborados, na sua grande maioria, também por neurologistas e psiquiatras.

Os neurologistas/psiquiatras objetivam, na sua maioria, a identificação e o tratamento da doença por meio da medicalização e muitos não acreditam nos processos psicoterápicos. O fazer psicológico é diferente, ele visa cuidar do sofrimento do indivíduo.

Há, dentro da psicologia, estudos neuropsicológicos, buscando uma aproximação entre neurologia e psicologia na avaliação neuropsicológica. Essa avaliação busca investigar as relações entre cérebro e comportamento, focando nos distúrbios do Sistema Nervoso Central (SPREEN; STRAUSS, 1998). Ela investiga as funções psíquicas superiores como a mémoria, linguagem, atenção, as apraxias e as gnosias por meio de testes psicométricos (LAKS et al., 1995).

Assim, deve-se evitar uma tendência a acreditar, por parte dos neurologistas, que sendo a doença do Alzheimer uma doença degenerativa, só caberá, ao paciente, como único e ultimo recurso a medicalização. A grande crítica da psicologia sócio-histórica à psicologia contemporânea é que o pensar psicológico se tornou positivista, influenciado pela busca da psicologia em conseguir um lugar de status na ciência (BOCK et al, 2001). Nesse sentido, surge uma psicologia experimental, empírica e quantitativa, mecanicista que é traduzida nas diferentes perspectivas psicológicas: ora se foca no inconsciente, ora no consciente, ora no interno, ora no externo, traduzindo-se em abordagens distintas, tais como as comportamentais, psicanalistas, humanistas, dentre outras. Todas elas tentando compreender o homem e o seu contato com o mundo. Contudo, segundo Bock et al. (2001) nenhuma delas superou as perspectivas mecanicistas e deterministas de pressupor uma regularidade no ser humano, como uma máquina de funcionamento próprio e que possa ser desvendado.

Assim, tais perspectivas psicológicas se contrapõem sobre o que é o fenômeno psíquico, ora processo, ora estrutura, ora manifestação, ora biológico, ora psíquico. Seja como

for, Bock et al. (2001) afirmam que todas se tornam incompletas para compreender o homem, pois o fenômeno psicológico não aparece apenas na realidade na qual o indivíduo se insere, como algo que ele abrigasse no seu corpo e que precisasse apenas ser revelado e trabalhado.

Contudo a psicologia sócio-histórica afirma que o fenômeno não pertence à natureza humana, não preexiste ao homem, logo não tem essência e que ele se desenvolve ao longo do tempo, junto com o indivíduo. Para isso não se deve excluir a psicologia científica, mas também, deve-se considerar a psicologia social, como um contraponto a ser considerado no diagnóstico psicológico. Assim, não se pode falar dos sintomas do mal de Alzheimer sem considerar a vida, as condições econômicas, sociais e culturais nas quais os homens se inserem (BOCK et al., 2001).

O papel do neuropsicólogo se faz ainda mais relevante diante do diagnóstico precoce da doença de Alzheimer, principalmente no diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), uma vez que os sintomas iniciais da DA são representados pelos déficits cognitivos e diminuição da funcionalidade. Assim, o neuropsicólogo estaria apto a identificá-los precocemente viabilizando um diagnóstico rápido e o tratamento imediato do paciente (GONÇALVES; CARMO, 2012).

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, analisando os relatórios, artigos científicos e legislações que discorressem sobre usos de testes psicométricos voltados para o diagnóstico precoce da DA (CCL). A pesquisa foi realizada na internet, utilizando a ferramenta "Google Acadêmico" e complementada pela visitação nas bases de dados recomendados pelos órgãos da Psiquiatria, Neurologia e Psicologia, especificamente: Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), American Psychological Association (APA); Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP); Conselho Federal de Psicologia (CFP); Academia Brasileira de Neurologia (ACN) e a Sociedade Brasileira de NeuroPsicologia (SBNp).

A análise dos documentos encontrados foi feita, então, por meio da técnica de análise de conteúdo. Neste procedimento, foram levantados os testes mais aplicados no diagnóstico da D.A que atendessem às exigências de validade, conformidade, tradução e adaptação. E, finalmente foi verificado se tais testes foram aprovados pelos órgãos e conselhos da Psicologia.

3 ANÁLISES E DISCUSSÕES

Analisando as recomendações para uso dos testes psicométricos no diagnóstico de DA pelos órgãos e conselhos pesquisados, apurou-se que a testagem neuropsicológica é exigida para o diagnóstico de doença de Alzheimer pela maioria dos critérios diagnósticos vigentes (NINCDS-ADRDA, DSM-IV, CID-10). A pesquisa mais relevante, até a data da elaboração desse artigo, foi realizada em 2011 pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Na publicação há uma seção dedicada a uma revisão e ampliação das principais recomendações sobre os testes empregados no Brasil para diagnóstico e avaliação cognitiva, funcional e comportamental da demência na doença de Alzheimer (CHAVES et al., 2011). A revisão de literatura foi feita nas bases de dados**:** MEDLINE, LICACS e SCIELO e os artigos foram classificados por nível de evidência, para se estabelecerem as recomendações em três dimensões: avaliação funcional; avaliação dos sintomas neuropsiquiátricos, avaliação dos instrumentos de rastreio e avaliação clínica.

Nas modalidades de avaliação os seguintes aspectos foram considerados para a análise dos instrumentos, seguindo as indicações de validação explicitadas no marco teórico desse artigo e que são:

- Tradução e adaptação;
- Consistência interna;
- Validade convergente e divergente;
- Estabilidade temporal;
- Validade diagnóstica (acurácia: sensibilidade e especificidade);
- Análise das influências sociodemográficas (idade, escolaridade e gênero).

As dimensões analisadas, seus objetivos e os testes recomendados estão descritos no Quadro 1.

QUADRO 1 - TESTES RECOMENDADOS PELA ABN PARA DIAGNÓSTICO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Avaliação	Objetivo da Dimensão	Testes recomendados
Funcional	Avalia se há perda progressiva da capacidade para realizar as atividades de vida diária (incapacidade funcional)	Escalas IQCODE, DAFS-R, DAD, ADL-Q e Bayer para avaliação das atividades instrumentais da vida diária e escala Katz para avaliação das atividades básicas.

Sintomas Neuropsiquiátricos	Avalia os sintomas comportamentais e psicológicos da doença , na maior parte deles os sintomas são avaliados conforme a informação dos familiares e/ou cuidadores.	Escalas NPI e CAMDEX e a Cornell para depressão em demência
Instrumentos de Rastreio	Avaliam descritores de atendimento em serviços de atenção primária utilizam-se instrumentos que não requeiram treinamento extensivo, que possam ser aplicados por diversos profissionais de saúde e que sejam breves	Mini-Exame do Estado Mental
Baterias multifuncionais	Avaliação neurológica multifuncional para avaliar funções cognitivas brevemente	CAMCOG-R, ADAS-COG, CERAD e MDRS, que avaliam brevemente várias funções cognitivas
Avaliação Clínica	Para avaliação dos estágios da doença em que o paciente se encontra	Uso da Escala CDR.

Fonte: Adaptado de Chaves et al. (2001)

No Quadro 2 há uma breve descrição dos testes recomendados pela Associação Brasileira de Neurologia (ABN).

QUADRO 2 - BREVE DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS RECOMENDADOS PELA ABN

Instrumento	Breve Descrição
Informante do declínio cognitivo no idoso (*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* - IQCODE)	Questionário para detecção do declínio cognitivo com base no relato do informante, que foi desenvolvido na Austrália, no idioma Inglês, composto, em sua versão original, por 26 itens.
Avaliação Direta do Estado Funcional *(Direct Assessment of Functional Status-Revised* - DAFS-R)	Baseia-se na observação direta do indivíduo enquanto ele executa atividades e analisa a orientação temporal, comunicação, habilidade para lidar com dinheiro, habilidade para fazer compras, habilidade para vestir-se, higiene e alimentação.
Avaliação de Incapacidade em Demência *(Disability Assessment for Dementia* - DAD)	Baseada no modelo de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde, que define incapacidade funcional como qualquer restrição na habilidade de executar uma atividade, tarefa ou comportamento da vida diária. A DAD inclui a avaliação de atividades básicas, instrumentais e de lazer.
Avaliação de atividades de vida diária *(Activities of Daily Living Questionnaire* -ADL-Q)	Avalia capacidade de realizar atividades cotidianas, baseadas nas informações do cuidador, avaliando atividade como cuidados pessoais, cuidados em casa/família, trabalho/lazer, compras/dinheiro, viagem e comunicação.
Escala de Katz	Avalia os resultados de tratamentos em idosos para predizer o prognóstico nos doentes crônicos. Consta de seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade, da seguinte forma: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho.
Inventário Neuropsiquiátrico (Neuropsychiatric Inventory - NPI)	Avalia, pelo clínico quatro grupos sindrômicos (apatia, delírios/alucinações, agitação/vocalizações aberrantes e depressão)
Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - Revised Version (CAMDEX- R)	Avalia a extensão e gravidade do déficit cognitivo, além de avaliar as alterações comportamentais e a adaptação do indivíduo às atividades de vida diária. Escala para diagnóstico diferencial.
Escala Cornell para Depressão na Demência (*Cornell Scale for Depression in Dementia)*	Avalia a evolução de sintomas psiquiátricos em pacientes com demência. Foi laborada de forma a obter informações, não somente pelo exame clínico do paciente, mas também por meio de questionário aplicado ao cuidador. Sua utilização é indicada quando o objetivo é quantificar os sintomas e não fazer o diagnóstico.
Mini-Exame do Estado Mental	É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva que avalia

	vários domínios: orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.
Exame Cognitivo Cambridge- Revisada (Cambridge Cognitive Examination-Revised - CAMCOG-R)	Examina as funções de linguagem, memória, funções executivas e percepção, além da fluência ideacional e raciocínio visual.
Sub-escala Cognitiva da Escala de Avaliação de Doença de Alzheimer (*Alzheimer's Disease Assessment Scale cognitive subescale* - ADAS-COG)	Avalia a memória (reconhecimento e evocação), linguagem (discurso e compreensão) e praxia (cópia e ideomotora) por meio da nomeação de objetos e da escrita.
Consórcio para Estabelecer um Registro para doença de Alzheimer (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* - CERAD)	Bateria composta por teste de Fluência Verbal, Teste de Nomeação de Boston (versão reduzida, teste da Memória da Lista de Palavras, teste de apraxia Construtiva, teste de evocação Tardia da Lista de Palavras, teste de Reconhecimento da Lista de Palavras e teste da Evocação Tardia da Praxia. Nesta prova são reproduzidos de memória os quatro desenhos copiados anteriormente.
Escala de Avaliação da Demência Mattis (*Mattis Dementia Rating Scale* - MDRS)	Avalia atenção, Iniciativa/Perseveração (I/P), Construção, Conceituação e Memória, fornecendo informações das habilidades preservadas e comprometidas.
A escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating - CDR)	Escala utilizada para graduar demência especialmente na doença de Alzheimer

Fonte: elaborado pelos autores.

Especificamente para o diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve, a recomendação de 2011 pela Academia Brasileira de Neurologia, dividiu a análise da doença de Alzheimer em três fases: demência, comprometimento cognitivo leve e pré-clínica, sendo esta última somente para pesquisa clínica (FROTA et al, 2011). Assim, o Comprometimento Cognitivo Leve pode ser avaliado por dois conjuntos de critérios: critério clínico central, para uso na prática clínica, sem necessidade de testes ou procedimentos altamente especializados e os critérios de pesquisa clínica que incorporam informações obtidas no uso de biomarcadores e destinadas à pesquisa em centros especializados. No caso do objetivo desse artigo, concentrar-se-á nos critérios para uso na prática clínica, pois, segundo Frota et al.(2011, p.6) pode utilizar o diagnóstico de CCL "em situações de pesquisas sem serem utilizados marcadores biológicos, buscando uma maior probabilidade de evolução para a DA", tornando-se, portanto, com um importante caráter preventivo da doença pelos neuropsicólogos. São critérios para diagnóstico de CCL (FROTA et al, 2011, p.8):

- Queixa de alteração cognitiva relatada pelo paciente, informante próximo ou profissional;
- Evidência de comprometimento cognitivo em um ou mais domínios cognitivos; tipicamente incluindo a memória, obtida através de avaliação que compreenda os

seguintes domínios cognitivos: memória, função executiva, linguagem e habilidades visuais-espaciais; ou exame neuropsicológico;

- Preservação da independência nas atividades funcionais. Pode haver problemas leves para executar tarefas complexas anteriormente habituais, tais como pagar contas, preparar uma refeição ou fazer compras. O paciente pode demorar mais, ser menos eficiente e cometer mais erros ao executar essas atividades. No entanto, ainda é capaz de manter sua independência com mínima assistência.

Assim, para avaliação do estado mental e rastreio cognitivo na detecção de DA a ABN recomenda a utilização do Mini-Exame do Estado Mental (padrão). Podendo, ainda, serem utilizados outros instrumentos como o CASI-S, a Bateria Breve de Rastreio Cognitivo e o Exame Cognitivo de *Addenbrooke-R* podem ser utilizados ampliando o escopo da avaliação cognitiva.

Apesar da indicação pela Academia Brasileira de Neurologia, foi realizada uma pesquisa para verificação se tais instrumentos foram validados pelo Conselho Federal de Psicologia. A pesquisa foi realizada no site do conselho, utilizando-se do sistema Satepsi - Sistema de Avaliação de Testes e Instrumentos Psicológicos. Como resultado foi constatado que nenhum dos testes e instrumentos recomendados pela ABN foi aprovado ou recomendado pelo Conselho Federal de Psicologia. É verdade que o Mini Exame do Estado Mental, recomendado pela ABN, pode ser aplicado por outros profissionais, inclusive neuropsicólogos, mas não há indicação pelo CFP que os psicólogos podem utilizar tal instrumento na avaliação psicológico, trazendo uma questão a ser refletida: poderá o profissional de psicologia, mesmo os que atuam como neuropsicólogos, validarem tais testes e utilizarem o seu número de CRP para validar tais resultados?

A área de neuropsicologia vem, entretanto, utilizando alguns dos testes aprovados pelo CFP combinados ao Mini Exame do Estado Mental para realizar diagnósticos de comprometimento leve:

- Segundo Handam (2008) os testes mais empregados no diagnóstico de DA são o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), as escalas funcionais, como a de *Pfeffer* e o Teste do Desenho do Relógio (TDR). O MEEM avalia as dimensões em relação à orientação no tempo, no espaço, de registro, de atenção de cálculo, de memória de evocação e de linguagem. A escala de Pfeffer é composta por dez itens que evidencia a

funcionalidade através do grau de independência para realização das atividades instrumentais de vida diária. O teste do relógio objetiva avaliar a percepção do paciente em relação aos horários.

- Albanos (2009) efetuou uma análise correlacionando o Mini-Exame do Estado Mental (MMS) com outros instrumentos como: o Teste do Relógio, a Bateria Rápida de Avaliação Frontal (BREF), o Escore Clínica de Demência (CDR), a Escala de Depressão Geriátrica – versão curta (EDG), o de Atividades da Vida Diária (AVKATZ), Inventário de Atividades da Vida Diária (AIVDLAWTON), o Queixas Mnésicas para Fatos Recentes (MacNair-Pc; MacNair- Ac) e o Teste de Semelhanças (TS). Além dos testes, foram analisados também aspectos sociais, como: escolaridade, idade, tabagismo/etilismo, atividade física, etc. Os resultados demonstraram que o MMS possui boa correlação com todos os testes, mas ainda não distinguia uma demência da outra e que, assim, seria necessário o auxílio de outros testes específicos.
- Outra pesquisa, publicada por Schlindwein-Zanini (2010), realizou uma avaliação neuropsicológica abreviada constituída pelo Mini-exame do Estado Mental, o Teste do Desenho do Relógio, o Teste de Fluência Verbal, o Questionário de Atividades Funcionais (Pfeffer) e a Escala para Depressão Geriátrica (EDG), combinando instrumentos da Neurologia com os da Psicologia.
- Segundo Montiel et al. (2014) os testes do desenho do relógio (TDR) e de fluência verbal (FV) são de simples aplicação e amplamente utilizados em avaliações neuropsicológicas que procuram investigar síndromes demenciais em idosos.

Por qual razão nenhum dos testes aplicados pela Psicologia e que podem auxiliar no diagnóstico de Alzheimer, como o Teste do Relógio, não foram considerados pela Academia Brasileira de Neurologia? Entra-se em uma questão ética a ser refletida e demonstra a necessidade da aproximação dos conselhos superiores de Psicologia e os de Neurologia acerca da validação de testes a serem aplicados.

Outra dificuldade, apontada na pesquisa, é que nem sempre os indivíduos identificados com CCL irão desenvolver DA, alguns poderão ficar estáveis e outros desenvolverem outras formas de demência, cabendo ao psicólogo um maior cuidado na avaliação, combinando outras técnicas e considerando todo o contexto sócio-histórico do indivíduo, evitando uma visão centrada apenas na triangulação: paciente - alzheimer - medicalização, evitando o olhar preditivo de que a doença somente pode ser atenuada por meio de medicamentos e que,

inevitavelmente o paciente caminhará para a morte. Sendo assim, é legítimo o papel do psicólogo na avaliação neuropsicológica, podendo esse profissional, segundo Gonçalves e Carmo (2012, p.175)

> contribuir, e muito, para o processo diagnóstico da mesma em equipes multi e interdisciplinares no sistema de saúde. Principalmente se levarmos em conta que os sintomas iniciais da DA são representados pelos déficits cognitivos e diminuição da funcionalidade, o psicólogo estaria apto a identifica-los precocemente viabilizando um diagnóstico rápido e o tratamento imediato do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do artigo foi analisar quais são os testes mais indicados para o diagnóstico do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) na prevenção da doença de Alzheimer e suas implicações para a área de psicologia.

Os achados demonstraram que a Academia Brasileira de Neurologia (ABN) indica, para rastreamento, o Mini-Exame do Estado Mental (MMS). Esse instrumento foi validado pela academia por meio de uma análise bibliográfica das publicações nacionais que efetivaram a validação do instrumento à realidade Brasileira.

Foi constatado, também, apesar do MMS ter autorização pela ABN para uso de outros profissionais não médicos, ele não possui uma recomendação oficial pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), assim como outros testes indicados pela ABN para diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer. Esse fato se torna relevante diante do fato que alguns neuropsicólogos efetuam pré-diagnósticos e assinam tais testes utilizando seus registros de classe, revelando a necessidade do Conselho avaliar e validar o uso de tais testes pelos psicólogos.

Outra questão discutida no artigo é o cuidado que o psicólogo deve ter no seu processo contra transferencial, evitando ter uma visão da doença de Alzheimer como sendo uma doença essencialmente degenerativa e necessita apenas de medicalização e que o doente, inevitavelmente poderá caminhar para a morte, buscando potencializar outras funções psíquicas diagnosticadas no CCl.

Esse estudo tem como limitação a análise centrada apenas nas recomendações da Associação Brasileira de Neurologia, uma vez que se torna referência no diagnóstico e tratamento da doença. Como oportunidades de estudo, poder-se-ia efetuar um levantamento de estudos de CCL feito exclusivamente pelos neuropsicólogos no Brasil, assim como realizar

pesquisas quantitativas e abrangentes de instrumentos psicológicos já existentes e de novos e que contribuam para o diagnóstico de CCL. Essas ações poderão fortalecer ainda mais a ação dos neuropsicólogos na área das demências senis, constituindo um novo e forte campo para atuação dos psicólogos.

DIAGNOSIS OF THE MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AND THE ALZHEIMER: CRITIC REFLECTIONS

Abstract: This study aimed to question what are the most widely used tests in the diagnosis of mild cognitive impairment in the disease of Alzheimer and to examine their validity and consistency in relation to the Brazilian reality. The method used was a content analysis of key publications recommended by the professional bodies in the field of psychology, neurology and psychiatry. The findings showed that the Brazilian Academy of Neurology indicates, for tracking, the Mini-Mental State Examination (MMS). It has been found, too, despite the MMS have authorization by ABN for use of other non-medical professionals, that it does not have an official recommendation by the Federal Council of Psychology (CFP), as well as other tests indicated by ABN for clinical diagnosis of Alzheimer's Disease.

Keywords: Mild Cognitive Impairment. Alzheimer's Disease. Psychological Evaluation.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 32, n. 3, Jun., 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Fev.. 2013.

ALBANO, D. P. D. Testes neuropsicológicos aplicados à demência de alzheimer: velhas e novas perspectivas de aplicação. Monografia em Psicologia no Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, 2009.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (4a ed). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S.; JULIANO, Y. O Mini – Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria,** nº 52, pp:1-7, 1994.

BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S,M,; CAMPACCI, S,R.; JULIANO Y. O. Mini-Exame do Estado Mental em uma População Geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatra**. 1994. n.52 p. 1-7

BOCK, A. M.B. GONÇALVES, M.G.M, FURTADO, O. (Orgs). **Psicologia Sócio-Histórica**: Uma perspectiva Crítica em Psicologia. São Paulo: Cortez, 2001.

CHAVES M.L; GODINHO, C.C, PORTO, C.S; MANSUR, L.; CARTHERY-GOULART, M.T, YASSUDA, M.S. Doença de Alzheimer. Avaliação cognitiva,

GONÇALVES, E. G.; CARMO, J. S. Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: um Levantamento Bibliográfico. **Revista Psicologia e Saúde,** v. 4, n. 2, jul./dez. 2012, p. 170-176.

HAMDAN, A. C., BUENO, O. F. A. (2005). Relações entre controle executivo e a memória episódica no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. **Estudos de Psicologia**, n.10, v.1, p. 63-71.

HAMDAN, Amer Cavalheiro. Avaliação neuropsicológica na doença de Alzheimer e o comprometimento cognitivo leve. **Psicol. Argum**. 2008, jul./set., n.26, v.54, p.183-192

KAY, J.; TASMAN, A. **Psiquiatria**: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos. São Paulo: Manole, 2002.

LAKS, J.; ROZENTHAL, M.; ENGEHARDt, E. A avaliação neuropsicológica nas demências. **Revista Brasileira de Neurologia**, 1995, n.31, v.1, p. 43-46.

MACKINNON, A.; MULLIGAN, R. Combining cognitive testing and informant report to increase accuracy in screening for dementia. **Am J Psychiatry**, nº 155, pp:1529-35, 1998

MALLOY-DINIZ, L.F.; CARVALHO, A.M. O exame neuropsicológico e suas contribuições à psiquiatria. **Psiquiatria Biológica**, v. 9, nº 2, pp.:66-77, 2001.

MCKHANN, G.; DRACHMAN, D.; FOLSTEIN, M.. Clinical diagnosis of Alzheimer's comportamental e funcional. **Dement. Neuropsychol**. 2011; n.5 supl.1, p. 21-33

disease: report of the NINCDS/ADRDA workgroup under auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. **Neurology**, p.34:939, 1984

MONTIEL, José Maria et al . **Testes do desenho do relógio e de fluência verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer**. Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 16, n. 1, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 fev. 2015

OEWENSTEIN, D.A.; RUBERT, M.; ARGUELLES, T.; DUARA, R. Neuropsychological test performance and the prediction of functional capacities among Spanishspeaking and English – speaking patients with dementia. **Arch Clin Neuropsychol.,** v.10, nº 2, pp.:75-88, 1995.

PAPALIA, D.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração.** Brasília: LABPAM / IBAPP, 1999.

PETERSEN, R.C, SMITH, G.E, WARING, S.C. Mild Cognitive Impairment. Clinical characterization and Outcome. **Arch Neurol***, n.* 56, p.303-308, 1999.

SCHLINDWEIN-ZANINI*, R.* Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Revista Neurociências**, v.18, n.2, p.220-226, 2010.

SHULMAN, K. I. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? **International Journal Geriatric Psychiatry**, n.15, p. 548-546, 2000.

SPREEN, O., STRAUSS, E. **A compendium of neuropsychological tests**: Administration, norms, and commentary. New York: Oxford University Press, 1998.

THOMPSON, B. **Exploratory and confirmatory factor analysis**: Understanding concepts and applications. Washington, DC: American Psychological Association, 2004.