

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA  
BIOMÉDICA

LEONARDO HENRIQUE GRIGOLO CARRABBA

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO PARA O  
INFORMANTE DO DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO (IQCODE) EM UMA  
POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA E ESCOLARIDADE DO SUL DO BRASIL**

Porto Alegre

2014

LEONARDO HENRIQUE GRIGOLO CARRABBA

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO PARA O  
INFORMANTE DO DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO (IQCODE) EM UMA  
POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA E ESCOLARIDADE DO SUL DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Gerontologia  
Biomédica da PUCRS como  
requisito obrigatório para  
obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Irenio Gomes Filho

Porto Alegre

2014

LEONARDO HENRIQUE GRIGOLO CARRABBA

**CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO PARA O  
INFORMANTE DO DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO (IQCODE) EM UMA  
POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA E ESCOLARIDADE DO SUL DO BRASIL**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Gerontologia  
Biomédica da PUCRS como  
requisito obrigatório para  
obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 31 de março de 2014

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Irenio Gomes Filho

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claus Dieter Stobaus

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janete de Souza Urbanetto

C312c Carrabba, Leonardo Henrique Grigolo

Características psicométricas do Questionário para o Informante do Declínio Cognitivo no Idoso (IQCODE) em uma população de baixa renda e escolaridade do sul do Brasil / Leonardo Henrique Grigolo Carrabba. -- 2014.

137 f., il. : gráficos, tabelas ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, 2014.

“Orientador: Prof. Dr. Irenio Gomes Filho”.

1. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. Demência. 4. Declínio cognitivo. 5. Questionários. I. Título.

CDD 618.97

CDU 616-053.9

Aos meus pais, José Albino Castiglioni Carrabba e  
Salette Teresinha Grigolo Carrabba, amo vocês...

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

- *Paulo Freire*

## **Agradecimentos**

São muitas as pessoas que gostaria de agradecer, e também faltam palavras que ajudem a descrever a imensa gratidão que tenho por cada uma delas.

Gostaria de iniciar os agradecimentos dedicando todo meu amor e carinho as pessoas que fazem o alicerce da minha vida, meus pais, José e Salete, que nunca me deixaram desistir de nada e sempre me incentivaram em tudo na vida.

Não posso deixar de mencionar Deus, que compreende minha espiritualidade.

A minha namorada Magali, pelo apoio desde o início ao fim da dissertação, por ouvir sempre que necessário, mesmo quando não precisava, por ser essa companheira maravilhosa e que sempre ficou ao meu lado.

Ao meu orientador e amigo, Irenio Gomes Filho, que mesmo sempre ocupado, com suas mais diversas atividades, encontrava um jeito, de me ajudar. Com aulas, no meio da orientação, pelas ligações, pelo tempo dividido comigo, pelo carinho, pela compreensão, por ser meu amigo. Agradeço por ter sempre colaborado de todas as formas possíveis, por todas suas críticas, por todo seu apoio, por ter me ensinado muitas coisas, das quais, sem elas, não teria amadurecido tanto neste tempo de aprimoramento. Não tenho dúvidas que és um grande homem.

A professora Carla Schwanke, que me acompanha desde a graduação, sempre com os braços abertos, podendo ajudar e auxiliar nos momentos mais difíceis e com seus incontáveis sorrisos.

Ao professor Rodolfo Herberto Schneider porque sem suas críticas, sempre construtivas, não poderia ter viabilizado este trabalho, mesmo discutindo sobre futebol e o nosso Grêmio.

Ao professor Juan José Mouriño Mosquera, que, com sua enorme experiência de vida e ensino, direcionou-me pelos caminhos da pedagogia que me passou nos intervalos do estágio de docência e posteriormente também

quando fui convidado a participar de uma disciplina ministrada por ele. Um prazer em lhe conhecer.

Ao professor Claus Dieter Stobäus, pela enorme contribuição científica e o mais importante, sempre se mostrando amigo. Obrigado por todos abraços e palavras impulsionadoras que nunca esquecerei. Agradeço, que desde o início, sempre foste acolhedor com todos os alunos e sempre humilde. Sempre soube reconhecer nossos sentimentos e sempre, indiscutivelmente com as palavras certas na hora certa. Acredito que tu, Claus, é um modelo a ser seguido.

Ao professor João Feliz Duarte de Moraes que sem duvida alguma, sem sua ajuda, não teria conseguido terminar minhas análises estatísticas.

Agradeço a Fernanda Loureiro que me auxiliou, com ótimas críticas para o desenvolvimento desta dissertação.

Agradeço a todos os colegas do IGG, nosso tão querido e segundo lar, às vezes até primeiro, com todas nossas risadas, correrias, aulas, trabalhos, coleguismo e o mais importante, a AMIZADE.

As colegas Simone Stocher, Karina Zuppa, Rubia Deon, e um brinde ao SSA, nossa tão famosa (para nós) Sociedade Secreta do Artigo, que rendeu um excelente trabalho. Beijão gurias!

Agradeço a toda a equipe de profissionais do AMBEC, que sem dúvida alguma, sem vocês, este trabalho não teria êxito.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos concedida.

E é claro, agradeço a todos os idosos que participaram do estudo podendo assim viabilizá-lo.

# CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO PARA O INFORMANTE DO DECLÍNIO COGNITIVO NO IDOSO (IQCODE) EM UMA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA E ESCOLARIDADE DO SUL DO BRASIL

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento é algo inevitável no mundo inteiro. Quanto maior a idade, maior é a chance dos idosos desenvolverem demências, e rastrear estas demências é cada vez mais difícil, porém existem instrumentos que estão tentando objetivar este rastreio e assim fazê-lo o mais rápido possível. **OBJETIVOS:** Estudar as características psicométricas do IQCODE-BR (*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*) em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, em Porto Alegre (ESF-POA). **MÉTODOS:** Estudo transversal, em uma população de baixa renda e escolaridade. O IQCODE foi aplicado a todos os 87 informantes dos idosos atendidos no Ambulatório de Envelhecimento Cerebral da PUCRS, no período de março a dezembro de 2013, referência para acompanhamento dos idosos da ESF-POA de um estudo transversal de base populacional. Estes idosos eram acompanhados no ambulatório com no mínimo uma consulta neurológica e uma psiquiátrica, recebendo diagnóstico de transtorno depressivo (critérios DSM-IV), comprometimento cognitivo leve (CCL) ou demência (critérios da NIA-AA de 2011), sendo que parte dos idosos atendidos não tinha nenhum desses diagnósticos. A aplicação do IQCODE foi cega para o diagnóstico. **RESULTADOS:** Foram estudados 87 idosos e seus informantes. A média de idade foi de 72 anos (60-90 anos), sendo a maioria mulheres (72,4%) e 31 analfabetos (35,6%). Os idosos foram classificados em 4 grupos, sendo, 30 com demência (G4), 20 com CCL (G3), 21 com depressão (G2) e 16 sem nenhum desses diagnósticos (G1). Foi observada uma associação de CCL e demência com idade avançada e com baixa escolaridade. As médias do IQCODE foram maiores no G2 e G3 que no G1, sendo semelhante entre os 2 primeiros grupos. As médias dos pontos de corte do IQCODE foram ainda maiores no G4. As versões completa e reduzida apresentaram um Alfa de Cronbach de 0,906 e 0,908, respectivamente. As curvas ROC mostraram que

para o diagnóstico de CCL o poder de discriminação é maior quando excluídos os pacientes com depressão, não havendo diferença significativa para o diagnóstico da demência. As versões completa e reduzida mostram acurácias semelhantes. **CONCLUSÃO:** O IQCODE é um excelente instrumento para o rastreio de CCL e demências. Recomendamos o uso da versão curta, com ponto de corte de 3,22 para CCL, desde que seja excluída depressão e de 3,48 para demência independente de ter sintomas depressivos.

**Palavras Chaves:** IQCODE, Rastreio, CCL, Demência, Envelhecimento.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Aging is spreading in the worldwide. How old are the people, it will have more chance to develop dementia and to track them, are hardly, by the way there are tool that are trying to objective this screening to make this diagnoses as fast as possible. **OBJECTIVES:** To study IQCODE-BR (*Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*) psychometrics characteristics in the elderly assisted by Family Health Program(ESF)-POA. **METHODS:** Transversal study from population with low education and social level. IQCODE was applied in all the informants from the 87 elderly assisted in the AMBEC (Outpatient Brain Aging from PUCRS), in the period of March to Dec 2013, and it's a reference for monitoring of the elderly in Family Health Program(ESF)–POA from a cross-sectional population-based study. Those elderly were assisted in the AMBEC, with a minimum a neurological and a psychiatric appointment, receiving a diagnosis of depressive disorder (DSM-IV criteria), Mild Cognitive Impairment (MCI) or dementia (criteria from NIA-AA, 2011), and part of the elderly had no such diagnosis. The application of IQCODE was blind to diagnosis. **RESULTS:** There were studied 87 elderly people and their health home care. The average was 72 years old (60-90 years), most of them were women (72,4%), 31 were illiterate (35,6%). The elderly was classified in 4 groups, by the way, 30 had diagnoses of dementia (G4), 20 had MCI (G3), 21 had depression (G2), 16 did not have none diagnosis (G1). We observed that were a correlation by MCI and dementia with high age and low educational level. The mean cutoff from IQCODE were higher in G2 and G3 than G1, being similar between the first 2 groups. The mean cutoff from G4 were higher than all others. The IQCODE and the short form showed a Cronbach's alpha of 0.906 and 0.908, respectively. The ROC curves showed for diagnosis of MCI a power of discrimination is higher when excluding patients with depression, with no significant difference in the diagnosis of dementia. The complete version and the short form of IQCODE showed similar accuracy. **CONCLUSION:** The IQCODE is an excellent tool for screening MCI and dementia. We recommend using the short form with a cutoff of 3.22 for MCI but also having to exclude depression diagnosis and 3.48 for dementia regardless of having depressive symptoms.

Key-words: IQCODE, Screening, MCI, Dementia, Aging

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE-R: Addenbrook's Cognitive Examination - Revised  
AMBEC: Ambulatório de Envelhecimento Cerebral  
CCL: Comprometimento Cognitivo Leve  
CCLA: Comprometimento Cognitivo Leve Amnésico  
CERAD: Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease  
DA: Doença de Alzheimer  
DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis  
DCV: Doença Cardiovascular  
DSM-IV-TR (4a.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).  
ESF-POA: Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre  
GDS-15: Geriatric Depression Scale  
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IGG-PUCRS: Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
IQCODE: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly  
MCI: Mild Cognitive Impairment  
MEEM: Mini Exame do Estado Mental  
NIA-AA: National Institute on Aging – Alzheimer's Association  
NINCDS-ADRDA: National Institute for Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association)  
OMS: Organização Mundial da Saúde  
PNAD: Programa Nacional de Amostra de Domicílios  
PENEC: Programa de Envelhecimento Cerebral  
SUS: Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	13
2. Revisão da Literatura .....	15
2.1. Envelhecimento Populacional .....	15
2.2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	17
2.3. Depressão .....	18
2.4. Comprometimento Cognitivo leve .....	19
2.5. Doença De Alzheimer.....	21
2.6. <i>Informant Questionnaire On Cognitive Decline In The Elderly (IQCODE)</i> .....	23
3. Justificativa.....	26
4. Objetivos .....	28
4.1. Objetivo Geral .....	28
4.2. Objetivos Específicos .....	28
5. Metodologia.....	29
5.1. Delineamento .....	29
5.2. População .....	29
5.3 Amostra .....	30
5.3.1. Critérios de Inclusão.....	30
5.3.2. Critérios de Exclusão.....	30
5.4. Rotina de coleta de dados.....	30
5.5. Análise Estatística .....	31
5.6. Considerações éticas .....	32
6. Resultados .....	33
6. Discussão.....	43
7. Considerações Finais.....	48
8. Conclusão .....	50
9. Referencias .....	51
10. Apêndices.....	60
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	61
Apêndice B – Artigo Encaminhando para Publicação .....	63
11. Anexos .....	84
Anexo A – IQCODE.....	85
Anexo B – Exame Cognitivo de ADDENBROOKE .....	89
Anexo C – Bateria Neuropsicológica Baseda no CERAD .....	96
Anexo D – M.I.N.I. Versão 5.0.....	103
Anexo E – GDS -15.....	130
Anexo F – Aprovação da Comissão Científica da PUCRS .....	132
Anexo G – Aprovação do CEP, Plataforma Brasil.....	134

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenômeno mundial, e a tendência é que ao longo dos anos isso se multiplique. A população mundial de indivíduos com 60 anos irá aumentar.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), foram responsáveis pela maior parte dos óbitos em idosos, e das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os anos de 1960 e 2003, as doenças cardiovasculares lideraram as causas de óbitos no país.<sup>1</sup>

No decorrer do processo de envelhecimento, ao atingir idades avançadas, devemos nos preocupar com o cuidado desta parcela da população, que poderá desenvolver algum tipo de doença crônico-degenerativa e de doenças que podem alterar a saúde de maneira sistêmica.<sup>2, 3,4</sup>

A demência é uma das mais importantes causas de morbimortalidade entre os idosos, e é caracterizada como uma síndrome crônica cujas características principais são representadas pelo declínio da memória, declínio intelectual e de outras funções como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento, mudanças no comportamento ou na personalidade, além do prejuízo no desenvolvimento psicossocial. Quanto maior for o grau do declínio cognitivo em um indivíduo, maiores serão as incapacidades do mesmo<sup>5, 6,7</sup>.

O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) não interfere na realização de atividades sociais e ocupacionais, podendo evoluir para a perda dessas capacidades funcionais ou da autonomia, de acordo com o estágio da enfermidade<sup>6</sup>.

O rastreio de demência tem como base a investigação de CCL em populações de risco com instrumentos como o Mini Exame do Estado Mental. Nesse sentido, faz-se necessário realizar estudos epidemiológicos sobre CCL. Conhecendo mais sobre sua etiologia e prevalência, e podendo contribuir para o planejamento e orientação mais

efetiva das políticas públicas de saúde e assim, melhorar a qualidade de vida no âmbito individual e coletivo.<sup>6, 7,8</sup>

A avaliação do CCL abrange várias etapas e requer um olhar multiprofissional. Para aqueles idosos sem qualquer declínio, dentro do percurso do envelhecimento normal, algumas atividades preventivas podem ser planejadas. No entanto quando o CCL encontra-se estabelecido, necessita-se de estratégias de intervenções que ajudam a evitar a evolução do declínio.<sup>8, 9</sup>

Existem alguns instrumentos que auxiliam no rastreio inicial das demências, podendo eles ser utilizados, por vários profissionais, para colaborar no diagnóstico e a identificação precoce.

O *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE), é um instrumento muito utilizado em todo o mundo, para rastreio do declínio cognitivo e demências.<sup>10,11</sup> Trata-se de um questionário que foi desenvolvido na Austrália, em sua versão original, formado por 26 perguntas, que é aplicado a um familiar ou cuidador, que tenha convívio com o idoso há 10 anos.<sup>12,13</sup>

A relevância deste estudo consiste em tornar-se um referencial que possibilite um melhor e mais rápido rastreio da demência de Alzheimer e, concomitantemente, de declínio cognitivo, para melhorar a qualidade de vida, de maneira preventiva, reduzindo as complicações da doença nos futuros e atuais idosos da população brasileira.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento demográfico é um fenômeno atual, mundial e crescente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, no período entre 2000 e 2050, a população mundial de indivíduos com 60 anos ou mais aumentará de 600 milhões para 2 bilhões.<sup>14</sup>

O Brasil também vem apresentando essa tendência mediante o declínio da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida. Entre 1991 e 2000, sua proporção de idosos teve um crescimento de 1,3%, representando um aumento de quase 4 milhões de pessoas.<sup>15</sup>

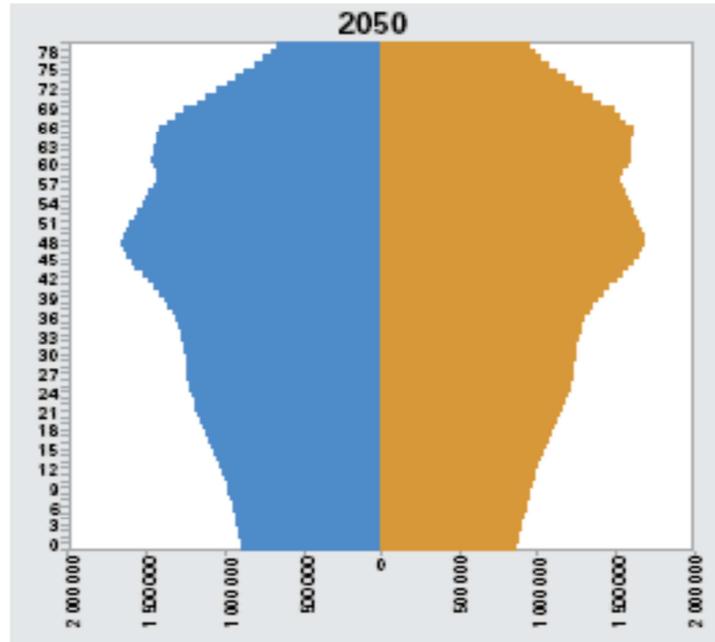
Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 1960, a população de idosos era de 3,3 milhões já em 2010 contava com 20,5 milhões, representando 10,8%, o que vem a confirmar a mudança de status do Brasil de um país jovem, para um país que está envelhecendo.<sup>16</sup>

Atualmente, a população idosa brasileira total equivale a mais de 21 milhões de indivíduos. Estima-se que, entre 2010 e 2050 passará para um pouco mais de 64 milhões de indivíduos, projeções que, vão ao encontro das estimativas mundiais.<sup>17</sup>

Como explica Scheidt, o Brasil, em 2020, terá a sexta população mais idosa do mundo, o que também impacta diretamente na diferenciação da pirâmide populacional nos próximos anos.<sup>18</sup>

Segundo as estimativas do IBGE, a população do Brasil, rapidamente, irá aumentar, invertendo quase que totalmente a nossa atual pirâmide etária, que, se tomará mais próximo de um padrão arredondado.<sup>19,20</sup>

De acordo com os índices e projeções do IBGE, a exibição da pirâmide populacional em 2050, que está apresentada na figura 1.<sup>19</sup>



Fonte: IBGE – Projeção da população em gráficos.

Figura 1. Estrutura etária da população brasileira em 2050.

Uma das maiores preocupações com o envelhecimento, além do envelhecimento senescente que é saudável e fisiológico, é o nível de escolaridade da população. Segunda a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), 38% dos analfabetos da América latina, são brasileiros. A mesma estipulou seis metas para combater o analfabetismo até 2015, e afirma que poucos países vão conseguir chegar a esta meta, e o Brasil está fora desta lista.<sup>21</sup>

Segundo a Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul, entre 2001 e 2009, a taxa de analfabetismo do Rio Grande do Sul foi reduzida e felizmente ainda se mantém abaixo da taxa nacional, de 9,7%. Assim, pode-se constatar que 26,1% da população gaúcha com mais de 10 anos de idade não têm mais do que quatro anos de estudo; 60,6% não têm mais do que oito anos; apenas 7,8% possuem 15 anos ou mais de estudo.<sup>22</sup>

## 2.2. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresentam características de aparecimento tardio e silencioso. A síndrome metabólica é um fator de risco para outras doenças relacionadas com a idade, como as demências em geral, inclusive o declínio cognitivo.<sup>23,24,25</sup>

Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), no Brasil, as DCNT foram responsáveis pela maior parte dos óbitos e das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), somando aproximadamente 69% dos gastos com atenção à saúde em 2002. As doenças cardiovasculares (DCV) lideram, desde a década de 1960, as causas de óbito no país, constituindo, atualmente, a principal causa de morte de cerca de dois terços do total de óbitos com causas conhecidas no país<sup>4</sup>. Em 2003, essas doenças causaram 274.068 óbitos (31,5%) dos óbitos de causas definidas.<sup>1</sup>

Uma das principais consequências do envelhecimento da população é o aumento da prevalência das demências, especialmente da doença de Alzheimer.<sup>26</sup> Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, não são todas as doenças crônicas, que estão ligadas às questões limitadoras e à morte, porém, em sua maioria, elas são responsáveis tanto pela diminuição quanto pela piora da qualidade de vida. E também seguindo os dados divulgados pela PNAD (Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio), quase 80% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e destes, 50% apresentam duas ou mais patologias.<sup>27,28,29</sup>

Segundo Grundy, a humanidade pagará um preço terrível, se não repensar como o estilo de vida das pessoas, deve ser mudado e seguido. Também referencia que a mortalidade por doenças crônicas aumentarão em 17% nos próximos anos.<sup>30</sup>

Portanto o envelhecimento trás consigo alterações, dentre elas, torna os adultos mais propensos ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo esta, a

doença crônica mais comum nos idosos. Outrossim, é um dos fatores de risco cardiovascular modificável.<sup>27</sup>

Embora saibamos que a HAS, é um fator risco modificável, ainda assim, não conseguimos mudar o nosso comportamento e muito menos começamos a alterar nosso estilo de vida, o que proporcionaria uma melhora da qualidade de vida.

### 2.3. DEPRESSÃO

A depressão segundo a OMS é a quarta doença mais incapacitante atualmente e as perspectivas para os próximos anos não são nada agradáveis além de que afeta todas as faixas etárias.<sup>31</sup>

A depressão no idoso é frequente diagnosticada e consiste em sofrimento psíquico. A depressão nos idosos é caracterizada como uma síndrome, e é envolta em múltiplos aspectos clínicos, varias fatores patológicos e de diferentes níveis de tratamento. A depressão no paciente idoso surge em um contexto de perda da qualidade de vida e junto a um isolamento social e ao surgimento de doenças clinicas grave.<sup>32</sup>

Os autores<sup>33</sup> sugerem que além da qualidade de vida diminuída, quando os recursos básicos da sobrevivência humana se tornam escassos, predis põem o desenvolvimento de depressão.

Quando se descobre a depressão tardiamente, geralmente se associa a doenças clinicas e ao declínio das funções do cérebro.<sup>32,34</sup>

O diagnóstico da depressão é feito através de anamnese detalhada, tanto com o paciente como familiares e/ou cuidador, exame psiquiátrico, avaliação neurológica.

Em idosos, a depressão geralmente vem acompanhada de algumas queixas comuns como baixa autoestima, sentimento de inutilidade, alterações do sono e do apetite, ideação recorrente de suicídio.<sup>32</sup> Alguns pesquisadores sugerem que estas queixas são a antecipação da manifestação de demência.<sup>35</sup> Inclusive algumas

pesquisas sugerem que as queixas de memória apresentadas pelos idosos, não são apenas secundárias a depressão.<sup>36,37</sup>

## 2.4. COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE

O conceito clínico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou Mild Cognitive Impairment (MCI), tem sido o mais amplamente estudado na literatura internacional.<sup>7</sup>

A academia Americana de Neurologia recomendou o diagnóstico de CCL para a detecção precoce de demência. O CCL do tipo amnésico refere-se à zona de transição entre o envelhecimento normal e os estágios muito iniciais da Doença de Alzheimer (DA).<sup>7</sup>

Os principais critérios diagnósticos, para CCL, sugeridos foram:

- 1) o indivíduo não seria normal nem demente;
- 2) evidência de declínio cognitivo mensurado objetivamente ou baseado em percepção subjetiva combinada a comprometimento cognitivo objetivo;
- 3) preservação das atividades da vida diária, atividades instrumentais complexas intactas ou minimamente comprometidas.<sup>8</sup>

Os principais critérios diagnósticos para o Comprometimento Cognitivo Leve Amnésico (CCLA) são<sup>9</sup>:

- 1) Comprometimento subjetivo de memória, preferencialmente confirmado por um informante;
- 2) comprometimento objetivo de memória comparado com grupo emparelhado por idade e escolaridade (tem sido usualmente recomendado que o desempenho situe-se abaixo de 1,5 desvio padrão da média);
- 4) independência quanto as atividades da vida diária;
- 5) ausência de demência.

Quanto aos critérios diagnóstico de Mild Cognitive Impairment, segundo National Institute on Aging Alzheimer's Association (NIA-AA)<sup>38</sup> são eles:

1. Queixa cognitiva, geralmente memória e de preferencial confirmada por um familiar, cuidador, ou responsável pelo idoso;
2. Deficiência em um ou mais domínios cognitivos;
3. Comprometimento cognitivo, geralmente de memória, abaixo da média de controles normais da mesma idade e de nível de escolaridade;
4. Atividade de vida diária preservada;
5. Ausência de demência.

A maioria dos estudos neuropatológicos de pacientes com CCLA verificou a presença de padrão neuropatológico semelhante ao observado na Doença de Alzheimer, mas em grau insuficiente para este diagnóstico, sendo considerada, por alguns autores, uma forma incipiente ou estágio pré-demencial da doença.<sup>9</sup>

Quanto aos fatores associados ao CCL, verificou-se que aqueles idosos com maior escolaridade, com maior suporte social, com um histórico de saúde positivo, com maior engajamento social, com um estilo de vida positivo, com melhor saúde percebida, com menos queixas subjetivas de memória, com melhor saúde mental e com menos sintomas depressivos, apresentam menor declínio cognitivo.<sup>39</sup>

A avaliação do CCL abrange várias etapas e requer um olhar multiprofissional. Para aqueles idosos sem qualquer declínio significativo dentro do percurso do envelhecimento normal, atividades preventivas e de controle destes fatores de risco podem ser planejadas. Para aqueles idosos que não apresentam CCL com potencial risco para demência, existem estratégias de intervenções que ajudam a evitar a evolução do declínio.<sup>39</sup>

Alguns estudos experimentais têm apontado que altos níveis de colesterol aceleram a produção da proteína beta-amiloide, que é um fator muito importante de risco para o desenvolvimento e aparecimento da Doença de Alzheimer.<sup>11,40</sup>

## 2.5. DOENÇA DE ALZHEIMER

Segundo o autor LoGiudice em 2002, a DA representa 60% de todas as demências. Nos primeiros estágios da DA, as perdas das capacidades cognitivas se assemelham as mesmas do CCL, além da evolução da perda de julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuo-espaciais.<sup>41</sup>

O diagnóstico definitivo da DA só pode ser feito após morte e com tecido cerebral, do indivíduo, depois de morto. Pois é necessário ter alterações nas camadas piramidais do córtex cerebral e degenerações sinápticas intensas, tanto em nível hipocampal quanto neocortical. Ainda assim, necessita apresentar duas lesões principais, as placas senis que contém a proteína beta-amiloide, e os emaranhados neurofibrilares.<sup>42,43</sup>

Para se diagnosticar DA, no Brasil, seguem-se os critérios estabelecidos pela NIA-AA (National Institute on Aging – Alzheimer’s Association)<sup>44</sup>, porém existem alguns critérios que ainda são mantidos desde 1984, segundo a NINCDS-ADRDA (National Institute for Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association)<sup>38</sup>, são eles:

### 1) Doença de Alzheimer:

#### I. Critérios para o diagnóstico clínico de doença de Alzheimer provável:

- Demência estabelecida por exame clínico e documentada pelo Mini-Exame do Estado Mental, escala de demência de Blessed, ou avaliação similar, e confirmada por testes neuropsicológicos;
- Piora das funções e habilidades de trabalho usual / atividade de vida diária;
- Déficits em duas ou mais áreas da cognição;
- Piora progressiva da memória e outras funções cognitivas que não seja explicado por “*delirium*” ou depressão maior;
- Ausência de distúrbio da consciência;

- Início entre os 40 e 90 anos, mais frequentemente após os 65 anos; e
- Ausência de doenças sistêmicas ou outras doenças cerebrais que por si só possam provocar declínio progressivo de memória e cognição.

Ainda, necessita apresentar dois dos domínios a seguir:

- 1) Piora ou diminuição da capacidade de adquirir e lembrar-se de novas informações;
- 2) Piora das funções viso espaciais;
- 3) Raciocínio e manipulação de tarefas complexas com deficiência;
- 4) Diminuição nas funções de linguagem (falar, ler, escrever);
- 5) Mudanças de personalidade e/ou comportamento.

II. O diagnóstico de doença de Alzheimer provável é auxiliado por:

- Deterioração progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem (afasia), habilidade motora (apraxia) e percepção (agnosia);
- Prejuízo nas atividades do dia-a-dia e padrões anormais de comportamento;
- História familiar de demência (particularmente se confirmada por exame neuropatológico);
- Exames laboratoriais compatíveis com o diagnóstico:

Punção lombar: normal, pelas técnicas usuais;

EEG: padrão normal ou alterações inespecíficas como o aumento de ondas lentas;

TC de crânio: atrofia cerebral, com progressão documentada por exames seriados.

III. Outras características clínicas consistentes com o diagnóstico de doença de Alzheimer provável, após exclusão de outras causas de demência, incluem:

- “Platôs” no curso progressivo da doença;
- Sintomas associados: depressão, insônia, incontinência, delírios, ilusões, alucinações, incontinência verbal, explosões emocionais, agitação, distúrbios sexuais, perda de peso;
- Outras anormalidades neurológicas, observadas em alguns pacientes, especialmente com doença avançada e incluindo sinais motores, aumento de tônus muscular, mioclonias ou distúrbio da marcha;
- Convulsões em doença avançada;
- TC de crânio normal para a idade.

IV. As características que tornam o diagnóstico de doença de Alzheimer PROVÁVEL incerto ou pouco provável incluem:

- Início abrupto;
- Sinais neurológicos focais (tais como hemiparesia, déficits sensitivos, déficits em campos visuais, distúrbio da coordenação motora) no início do curso da doença; e
- Convulsões ou distúrbios da marcha nos estágios iniciais da doença.

Ainda existe um roteiro para diagnóstico clínico de DA, segundo Nitri e colaboradores, e o departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia que diz, que deve-se estar baseado principalmente nos critérios da NINCDS-ADRDA, porém, deve ser respeitado os critérios da Associação Psiquiátrica Americana (DSM).<sup>45</sup>

## **2.6. INFORMANT QUESTIONNAIRE ON COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY (IQCODE)**

O IQCODE, é um instrumento baseado no relato de um informante, seja ele familiar ou cuidador. Este mesmo relator precisa informar o mais precisamente os dados sobre este idoso, para que não se perca informações. Também, nos últimos

anos é largamente usado como parte do diagnóstico de demência e comprometimento cognitivo leve as informações passadas pelo cuidador.

O IQCODE é mundialmente conhecido, porém é recomendada a utilização junto de um teste que avalie a função cognitiva, como por exemplo, o Mini Exame do Estado Mental (MINI-MENTAL). Além de que pode prever um futuro prejuízo.<sup>46,47,48</sup>

O informante é questionado a respeito das funcionalidades e capacidades cognitivas do familiar com queixa de memória, com perguntas simples de memória e atividades de vida diária, comparando o seu desempenho atual com o dos últimos dez anos.<sup>49,50</sup>

O IQCODE, é um instrumento que ao final, somam-se os pontos obtidos dividindo pelo número de questões que ele possui. No estudo original, o ponto de corte proposto foi de 3,27 a 3,30.<sup>13</sup> Porém em um estudo brasileiro, desenvolvido por Sanchez, o ponto de corte encontrado na região sudeste, foi de 3,52.<sup>51</sup>

O IQCODE é um instrumento que pode ser aplicado a um cuidador ou familiar, quando o sujeito não apresenta condições cognitivas adequadas para realizar testes.<sup>12,49,52,53</sup> E dispõem também de mais de uma versão sendo ela, uma reduzida com 16 questões (Short Form), que estão presentes na versão longa, feita também por Jorm<sup>11</sup>, e outra que é uma versão adaptada, por Thomas et al.<sup>54</sup> Além de ser um ótimo instrumento para rastreio da síndrome demencial.<sup>12,55,56</sup>

Alguns estudos tem mostrado que as informações relatadas pelos familiares sobre os pacientes nos testes de rastreio e diagnóstico, são eficazes para a detecção do comprometimento cognitivo leve e também da demência.<sup>47,57</sup>

Além disso, as pesquisas tem evidenciado que a combinação dos testes cognitivos com as informações contadas pelos cuidadores tem sido comprovada em melhores precisões de rastreio.<sup>12,47,49,58</sup>

Perroco ainda afirma que o IQCODE, não é afetado pelo nível educacional dos idosos que fazem parte da pesquisa. Salienta ainda que os resultados do IQCODE-BR reduzido podem ser indicativos de rastreio de demência e MCI.<sup>50</sup>

Ainda no Brasil, existem poucos estudos a respeito do IQCODE e poucos pesquisadores dispostos a estudá-lo, mas, vale salientar que o IQCODE, traz informações muito importantes e parece que não sofre influência da escolaridade.<sup>51</sup>

### 3. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, o envelhecimento populacional tem sido motivo de preocupação para a comunidade científica e para os gestores públicos, pois este fenômeno, apesar de tardio, ocorre de forma acelerada no Brasil, sem que haja uma adaptação adequada para atenção à saúde dessa população envelhecida. Vale ressaltar que o aumento da idade, traz uma maior probabilidade de desenvolver um quadro demencial. No idoso, a demência é uma das doenças mais incapacitantes, acarretando um grande sofrimento familiar e um aumento da sobrecarga financeira e de cuidado. É necessário, portanto, que a estrutura de atenção à saúde mental do idoso esteja capacitada para atender a esta demanda crescente.

Instrumentos adequados para a triagem de indivíduos com demência nas fases iniciais da doença são extremamente necessários, para que se possa dar um diagnóstico precoce. Com isso há um ganho na resposta terapêutica e na capacitação dos familiares para lidar com a doença, resultando em maior sobrevida e melhor qualidade de vida, tanto para o paciente, quanto para a família, em especial para o cuidador. Um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo para esta triagem é o IQCODE, que é um questionário respondido por um informante que conheça o idoso há mais de 10 anos, composto por 26 perguntas em sua forma tradicional, havendo também uma versão reduzida com 16 perguntas, que mantém a mesma capacidade de identificação da doença.

O presente estudo é singular ao buscar estudar uma população com dificuldades socioeconômicas e características culturais específicas. Apesar do IQCODE já ter sido validado para o Brasil, existem muito poucos estudos das características desse instrumento na população brasileira, que é tão diversa. Não encontramos nenhum estudo na região sul do país, nem que tenha como população alvo aquela atendida pelo Sistema Único de Saúde, que é a parte mais carente da população brasileira. Além disso, não há trabalhos que tenham se preocupado em estudar a influência da depressão nos resultados obtidos pelo instrumento.

Acreditamos ser de extrema importância o estudo das características psicométricas das versões completa e curta do IQCODE em uma população gaúcha idosa, atendida pelo SUS, que leve em consideração a presença de depressão no paciente estudado, condição muito frequente nessa população. Isto permitirá identificar a acurácia do instrumento e o melhor ponto de corte, para que possa ser usado de forma adequada pelo Serviço Público de Saúde na triagem da demência em idosos, possibilitando um diagnóstico precoce, que trará enormes benefícios no cuidado desses pacientes.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GERAL**

Estudar as características psicométricas das versões completa e reduzida do instrumento IQCODE em uma população de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre (ESF-POA).

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Em uma população de idosos atendidos pela ESF-POA, para as duas versões do instrumento IQCODE:

- Determinar a consistência interna;
- Determinar a validade de constructo por análise fatorial exploratória;
- Comparar a média dos resultados entre idosos normais, com quadro depressivo, com comprometimento cognitivo leve e com demência;
- Correlacionar os resultados com os resultados dos instrumentos MEEM (mini exame do estado mental), ACE-R (Versão revisada do Addenbrook's Cognitive Examination) e GDS-15 (Geriatric Depression Scale de 15 questões);
- Determinar o melhor ponto de corte, com respectivas sensibilidade e especificidade para os diagnósticos de comprometimento cognitivo leve e demência, levando em consideração a ocorrência de depressão.

## **5. METODOLOGIA**

O presente estudo é um desdobramento do Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE) da ESF-POA em colaboração com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG-PUCRS). O início do referido Programa se deu com um estudo transversal em uma amostra aleatória da população atendida pela ESF-POA, para identificar os problemas de saúde dos idosos, principalmente as doenças cognitivas e do humor. Esses pacientes foram posteriormente convidados a serem acompanhados em um ambulatório especificamente criado para atender a saúde mental dos idosos da ESF-POA, no Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS, denominado Ambulatório de Envelhecimento Cerebral (AMBEC), com participação de profissionais da equipe multidisciplinar como enfermeiros, neurologistas, psiquiatras, geriatras, fonoaudiólogos, etc..

### **5.1. DELINEAMENTO**

Estudo transversal.

### **5.2. POPULAÇÃO**

A população em estudo foi composta pelos idosos atendidos no AMBEC. Trata-se de um ambulatório destinado a atender idosos do PENCE da ESF-POA, para o qual foram encaminhados os idosos que participaram de um estudo transversal aleatório e que tinham interesse em ter acompanhamento relativo à Saúde Mental. O ambulatório atende, portanto, pessoas com depressão e com declínio cognitivo, mas também aqueles idosos com preocupação em relação à sua Saúde Mental, mas com funções cognitivas normais e sem depressão.

### **5.3 AMOSTRA**

Foram convidados a participar do estudo todos os idosos atendidos no AMBEC no período de março a dezembro de 2013, que estavam acompanhados de um informante que o conhecia há pelo menos 10 anos. Aqueles que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram incluídos no estudo e o informante respondeu à versão completa do IQCODE, com 26 questões.

#### **5.3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- \* idade igual ou superior a 60 anos;
- \* ter sido encaminhado da ESF-POA para atendimento;

#### **5.3.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Pacientes com diagnóstico de outra doença do sistema nervoso central que não CCL ou Demência
- Paciente com diagnóstico de outro transtorno psiquiátrico do eixo I, que não transtorno depressivo ou de ansiedade.

### **5.4. ROTINA DE COLETA DE DADOS**

Todos os que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para aqueles com incapacidade cognitiva, o TCLE (Apêndice A) foi assinado pelo acompanhante. A partir daí, o informante respondeu à versão completa do IQCODE (Anexo A), que é composto por 26 questões. O IQCODE é respondido pelo acompanhante e/ou familiar que o conhece a pelo menos 10 anos, para que se possa fazer uma análise comparativa atual com há de 10 anos atrás.

Existem 05 campos para serem preenchidos no instrumento, sendo eles “(1) muito melhor”, “(2) melhor”, “(3) sem alteração”, “(4) pior”, “(5) muito pior”. Depois de preenchido cada espaço do instrumento, é realizada a soma de cada coluna e multiplica-se o valor obtido pelo valor de cada coluna, após feito isso, soma-se cada valor de todas as colunas multiplicadas, e o valor total divide-se por 26, que é o número de questões respondidas no IQCODE. O valor encontrado é denominado o escore final. Enquanto o acompanhante do paciente respondia as questões o paciente seguiu seu acompanhamento ambulatorial habitual.

Todos os pacientes eram acompanhados no ambulatório e foram submetidos a pelo menos uma consulta neurológica e uma consulta psiquiátrica. Na consulta neurológica, todos os pacientes eram submetidos à avaliação cognitiva através do Exame Cognitivo de Addenbrook Revisado (ACE-R) (Anexo B). Quando necessário, os pacientes eram encaminhados para avaliação neuropsicológica, sendo utilizada a bateria do CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease) (Anexo C). Na consulta psiquiátrica, todos os pacientes eram submetidos ao MINI versão 5.0 (Anexo D), instrumento de triagem para transtornos psiquiátricos do eixo I.

O diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve e de Demência seguiram as recomendações da NIA-AA (National Institute on Aging-Alzheimer’s Association) publicadas em 2011. Os diagnósticos de depressão foram baseados nos critérios do DSM-IV-TR (4a. Edição com Texto Revisado do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Tanto o psiquiatra quanto o neurologista era cego em relação ao resultado do IQCODE e também o mestrando que aplicou o IQCODE era cego em relação ao diagnóstico neurológico e psiquiátrico.

## **5.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA**

Os dados foram digitados em um banco especialmente desenvolvido para o projeto, utilizando o programa File Maker Pro 11. A análise estatística foi realizada com

o programa SPSS 17. Na estatística descritiva foram utilizadas frequências, médias e desvios padrões.

Para comparação das variáveis categóricas (dados demográficos) entre os grupos foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, sendo que quando mais de 25% das casas apresentaram um valor esperado abaixo de 5, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para comparação das médias entre os grupos foi utilizada a análise de variância (one way ANOVA), com teste post-hoc de Bonferroni. Para controle de efeito de confusão, a comparação das médias do IQCODE entre os grupos foi corrigida para idade e escolaridade através da regressão linear múltipla de probabilidade (logit). Para analisar a associação entre os valores encontrados no IQCODE e os do MEEM e do ACE-R foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e para analisar a associação entre os valores encontrados no IQCODE e os do GDS (Anexo E) foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman.

Na análise da validade de constructo foi utilizada a análise fatorial exploratória e a consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach. Para estudar a acurácia do IQCODE e os melhores pontos de corte para o diagnóstico de CCL e Demência, foram construídas curva ROC e foi calculada a sensibilidade e a especificidade.

## **5.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O estudo foi realizado após apreciação e aprovação da Comissão Científica do IGG-PUCRS (ANEXO F) e do Comitê de Ética em pesquisa da PUCRS (ANEXO G). Os pesquisadores seguiram as recomendações da resolução 196/96 e 466/13 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o qual assegura aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato, o direito de desistir em qualquer momento do trabalho, e o livre acesso aos dados coletados.

Todos participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Gostaria de deixar registrado também, que o TCLE aprovado previa um estudo mais abrangente, que incluía além da validação do instrumento IQCODE, o estudo da influência da síndrome metabólica no comprometimento do declínio cognitivo de idosos. No entanto, não foi possível concluir o estudo da influência de síndrome metabólica, tendo de ser modificado no andamento do estudo e sendo retirados os dados sobre a síndrome metabólica.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Caracterização da Amostra

No presente trabalho foram estudados 87 idosos e seus cuidadores, com média de idade  $72,1 \pm 7,5$ , com uma variação da faixa etária entre 60 e 90 anos de idade.

Na Tabela 1 são apresentadas as características demográficas. Destaca-se que a maior parte dos idosos era do sexo feminino (72,4%). Dos 87 pacientes, apenas, 16 não apresentavam nenhuma doença, como depressão, MCI ou demência. Dentre a faixa etária que variava entre 70 e 79 anos, 10 apresentavam diagnóstico de CCL, e 14 de demência. Dentre os idosos com 80 anos ou mais, 8 apresentavam demência e somente, 2, não apresentavam nenhuma doença. Em relação à escolaridade, 35,6% são analfabetos. Não houve diferença significativa quanto aos sexos.

Tabela 1. Distribuição dos dados demográficos de acordo com o diagnóstico e na população total em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

VARIÁVEL	GRUPO				P	TOTAL
	Normal	Depressão	CCL	Demência		
IDADE						
m ± dp	68,7 ± 6,9	69,3 ± 6,4	74,2 ± 7,9	74,3 ± 7,3	0,015*	72,1 ± 7,5
Faixa	61 - 82	60 - 82	62 - 90	61 - 86		60 - 90
SEXO - n (%)						
Masculino	4 (25,0)	4 (19,0)	8 (40,0)	8 (26,7)	0,498 <sup>\$</sup>	24 (27,6)
Feminino	12 (75,0)	17 (81,0)	12 (60,0)	22 (73,3)		63 (72,4)
FAIXA ETÁRIA - n (%)						
60-69	11 (68,8)	11 (52,4)	5 (25,0)	8 (26,7)	0,038 <sup>#</sup>	35 (40,2)

70-79	3 (18,8)	9 (42,9)	10 (50,0)	14 (46,7)		36 (41,4)
80 ou +	2 (12,5)	1 (4,8)	5 (25,0)	8 (26,7)		16 (18,4)
ESCOLARIDADE - n (%)						
Analfabeto	4 (25,0)	4 (19,0)	11 (55,0)	12 (40,0)		31 (35,6)
1o. grau incomp	6 (37,5)	15 (71,4)	8 (40,0)	14 (46,7)	0,043 <sup>#</sup>	43 (49,4)
1o. grau compl	6 (37,5)	2 (9,5)	1 (5,0)	4 (13,3)		13 (14,9)
<b>TOTAL – n</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>30</b>		<b>87</b>

\* ANOVA

§ Qui-quadrado de Pearson

# Teste Exato de Fisher

## 6.2 Validade de constructo

Na tabela 2 são mostrados os valores do Alpha de Cronbach calculados para cada questão e para o resultado total das versões completa e reduzida do IQCODE. O valor total foi de 0,906 para a versão completa e 0,908 para a versão reduzida. Todas as questões, individualmente mostraram valores superiores a 0,90, exceto a questão 25 na análise da versão reduzida, cujo valor do Alfa de Cronbach foi de 0,898.

Tabela 2. Resultado da consistência interna medida pelo alfa de Cronbach do IQCODE completo e da versão reduzida em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

Questões	IQCODE completo	IQCODE reduzido (16 perguntas)
Q 01	0,907	-
Q 02	0,908	-
Q 03	0,906	0,906
Q 04	0,904	0,903
Q 05	0,906	0,904
Q 06	0,908	-
Q 07	0,908	0,907
Q 08	0,903	0,900
Q 09	0,905	0,905
Q 10	0,905	0,905
Q 11	0,909	-
Q 12	0,906	0,905
Q 13	0,903	0,901
Q 14	0,903	0,901
Q 15	0,908	-
Q 16	0,909	-
Q 17	0,910	-

Q 18	0,907	-
Q 19	0,903	0,900
Q 20	0,910	-
Q 21	0,909	-
Q 22	0,904	0,900
Q 23	0,904	0,900
Q 24	0,905	0,904
Q 25	0,902	0,898
Q 26	0,903	0,900
<b>Total</b>	<b>0,906</b>	<b>0,908</b>

Na análise fatorial exploratória foi encontrado um percentual de variância global de 57,8 para a versão completa e 65,3 para a versão reduzida, com identificação de 5 e 4 possíveis domínios, respectivamente (tabela 3).

Nas tabelas 4 e 5 é mostrada a análise fatorial exploratória de cada questão, que identifica 5 domínios para a versão completa do IQCODE e 4 domínios para a versão reduzida. Ao analisar as questões às quais cada domínio está ligado com maior afinidade, observa-se que muitas questões pertencem simultaneamente a mais de um domínio, não havendo, portanto, domínios individuais claramente definidos.

Tabela 3. Percentual de variância por domínio e cumulativa das versões completa e reduzida do IQCODE obtidas na análise fatorial, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

<b>Domínios</b>	<b>% da Variância</b>	<b>Cumulative %</b>
<b>IQCODE</b>		
1	17,236	17,236
2	11,581	28,816
3	11,502	40,318
4	9,203	49,521
5	8,245	<b>57,766</b>
<b>IQCODE – forma reduzida</b>		
1	22,329	22,329
2	15,241	37,570
3	14,044	51,613
4	13,696	<b>65,309</b>

Tabela 4. Análise fatorial exploratória das questões do IQCODE completo, de acordo com 5 domínios, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

QUESTÕES	DOMÍNIOS				
	1	2	3	4	5
Q 23	<b>,794</b>				
Q 25	<b>,775</b>	,248			
Q 24	<b>,752</b>				
Q 26	<b>,646</b>	,209		,282	,255
Q 22	<b>,622</b>		,294	,244	
Q 19	<b>,613</b>		,394		,292
Q 03	<b>,437</b>	,308		,324	
Q 05		<b>,662</b>	,411	,221	
Q 02		<b>,605</b>		-,217	,233
Q 01	,307	<b>,603</b>			,212
Q 07		<b>,572</b>		,436	
Q 08	,422	<b>,569</b>			,207
Q 04	,337	<b>,541</b>	,304		
Q 10	,325		<b>,686</b>		,216
Q 09	,209		<b>,619</b>		,302
Q 14	,282	,333	<b>,609</b>		
Q 13	,295	,321	<b>,600</b>		
Q 06		,456	<b>,499</b>		
Q 20				<b>,844</b>	
Q 17			,419	<b>,510</b>	,319
Q 18	,414			<b>,490</b>	
Q 11	,434		,427	<b>-,457</b>	
Q 12	,378	,272		<b>,430</b>	
Q 15					<b>,721</b>
Q 21					<b>,703</b>
Q 16			,288		<b>,654</b>

Tabela 5. Análise fatorial exploratória das questões do IQCODE reduzido, de acordo com 4 domínios, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

QUESTÕES	DOMÍNIOS			
	1	2	3	4
Q 13	<b>,826</b>	,155	,164	
Q 14	<b>,800</b>	,118	,119	
Q 15	<b>,745</b>	,222	,146	,290
Q 16	<b>,643</b>	,195		,415
Q 11	<b>,579</b>	,484	,179	,126
Q 12	<b>,550</b>	,238	,289	,294
Q 06		<b>,831</b>		,245
Q 07	,252	<b>,734</b>	,122	
Q 09	,279	<b>,531</b>	,490	,121
Q 03		,145	<b>,848</b>	,289
Q 02	,375		<b>,705</b>	,130
Q 10	,242	,548	<b>,556</b>	,108
Q 04			,360	<b>,770</b>
Q 08	,208	,365		<b>,712</b>
Q 05	,370	,220	,236	<b>,599</b>
Q 01	,332		,296	<b>,418</b>

## 6.2 Validade de critério concorrente

A distribuição dos resultados finais das versões completa e reduzida do IQCODE em cada grupo diagnóstico é mostrada na tabela 6 e nas figuras 2 e 3. Observa-se uma média do resultado do IQCODE completo e reduzido, respectivamente, de 3,18 e 3,15 para os idosos sem declínio cognitivo e sem depressão, 3,38 e 3,39 para os idosos com depressão, 3,48 e 3,48 para os idosos com CCL e 3,78 e 3,83 para os idosos com diagnóstico de síndrome demencial. Foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $P < 0,001$ ), sendo que a análise *Post Hoc* mostrou não haver diferença significativa entre os grupos com depressão e CCL, sendo estes diferentes, de forma significativa dos indivíduos normais e dos idosos com demência.

Tabela 6. Valores médios, desvios padrões, medianas e faixas dos resultados finais das versões completa e reduzida do IQCODE, de acordo com o diagnóstico, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

IQCODE	Grupo				P*	P%
	Normal (N=16)	Depressão (N=21)	CCL (N=20)	Demência (N=30)		
<b>COMPLETO</b>						
m ± dp	3,18 ± 0,16	3,38 ± 0,22	3,48 ± 0,24	3,78 ± 0,35		
med	3,18	3,39	3,41	3,74	<0,001	<0,001
faixa	2,96 - 3,54	3,00 - 3,76	3,13 - 4,00	3,24 - 4,50		
<b>REDUZIDO</b>						
m ± dp	3,15 ± 0,18	3,39 ± 0,28	3,48 ± 0,27	3,83 ± 0,41		
med	3,13	3,38	3,41	3,78	<0,001	<0,001
faixa	2,94 - 3,57	3,00 - 4,00	3,07 - 4,00	3,27 - 4,69		

\* Valor de P calculado pela análise de variância (*one way ANOVA*).

% Valor de P corrigido para idade e escolaridade.

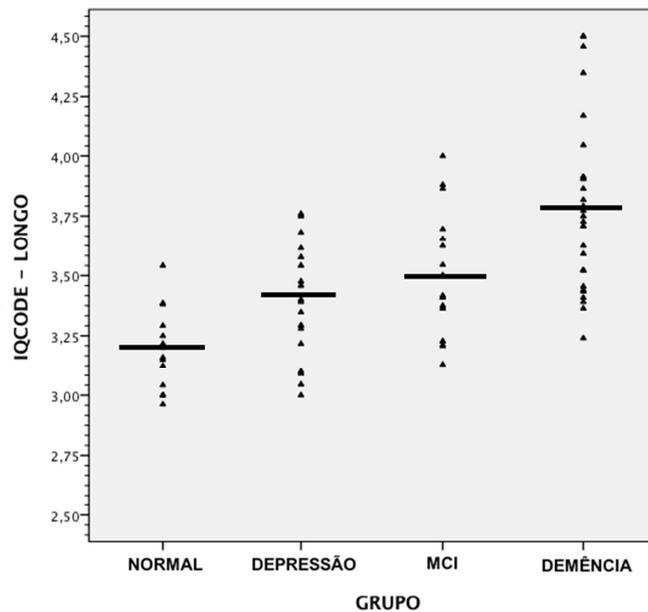


Figura 2. Distribuição dos resultados finais da versão completa do IQCODE, de acordo com o diagnóstico, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

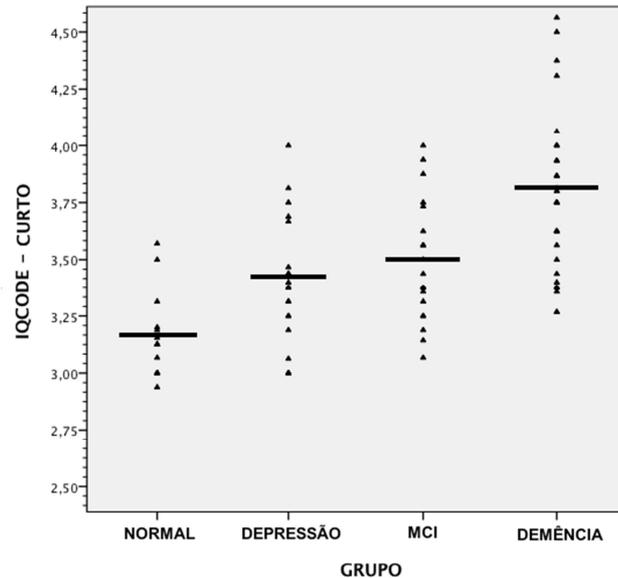


Figura 3. Distribuição dos resultados finais da versão reduzida do IQCODE, de acordo com o diagnóstico, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

A correlação entre o IQCODE (versões completa e reduzida) e os instrumentos que avaliam a cognição, ACE-R (Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised) e Mini Exame do Estado Mental, foi moderada e estatisticamente significativa, apresentando um coeficiente de correlação, respectivamente, de -0,492 e -0,483 para o ACE-R e -0,527 e -0,512 para o MEEM. Também foi observada uma correlação significativa com o instrumento de queixas depressiva, porém fraca, com valor de R igual a 0,250 e 0,239, para as formas completa e reduzida, respectivamente (tabela 7).

A tabela 8 mostra os coeficientes de correlação com os instrumentos de avaliação cognitiva, quando retirados os idosos com sintomas depressivos (N= 44). Observa-se uma correlação mais forte com valores de R abaixo de -0,6.

Tabela 7. Correlação das formas completa e reduzida do IQCODE com os instrumentos de avaliação cognitiva (ACE-R e MEEM) e com o GDS, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

ESCALA	IQCODE COMPLETO		IQCODE REDUZIDO	
	r	P	r	P
ACE-R	-0,492*	<0,001	-0,483*	<0,001
MEEM	-0,527*	<0,001	-0,512*	<0,001
GDS*	0,250 <sup>§</sup>	0,022	0,239 <sup>§</sup>	0,029

\* Coeficiente de correlação de Pearson

§ Coeficiente de correlação de Spearman

Tabela 8. Correlação das formas completa e reduzida do IQCODE com os instrumentos de avaliação cognitiva (ACE-R e MEEM), em 66 idosos sem depressão atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

ESCALA	IQCODE COMPLETO		IQCODE REDUZIDO	
	r*	P	r*	P
ACE-R	-0,630	<0,001	-0,655	<0,001
MEEM	-0,661	<0,001	-0,679	<0,001

\* Coeficiente de correlação de Pearson

#### 6.4 Acurácia e pontes de corte

Para o diagnóstico de CCL e incluindo os pacientes com depressão, a curva ROC aponta o ponto de corte de 3,35 para o IQCODE completo e 3,33 para a versão reduzida, com sensibilidade de 75% e 70% e especificidade de 62,2% e 62,2%, respectivamente (Figura 4). Para o diagnóstico de demência nessa mesma população, foram observados os pontos de corte de 3,42 para o IQCODE completo e 3,48 para a versão reduzida, com sensibilidade de 86,7% e 76,7% e especificidade de 66,7% e 71,9%, respectivamente (Figura 5). As figuras 6 e 7 mostram os resultados das curvas ROC para o diagnóstico de CCL e demência, excluindo os idosos com depressão.

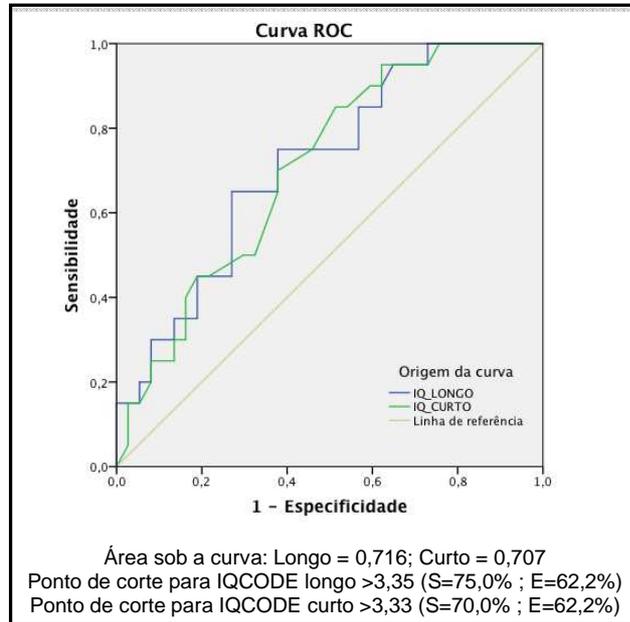


Figura 4. Curva ROC mostrando a relação da sensibilidade com a especificidade dos valores do IQCODE para o diagnóstico de CCL, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

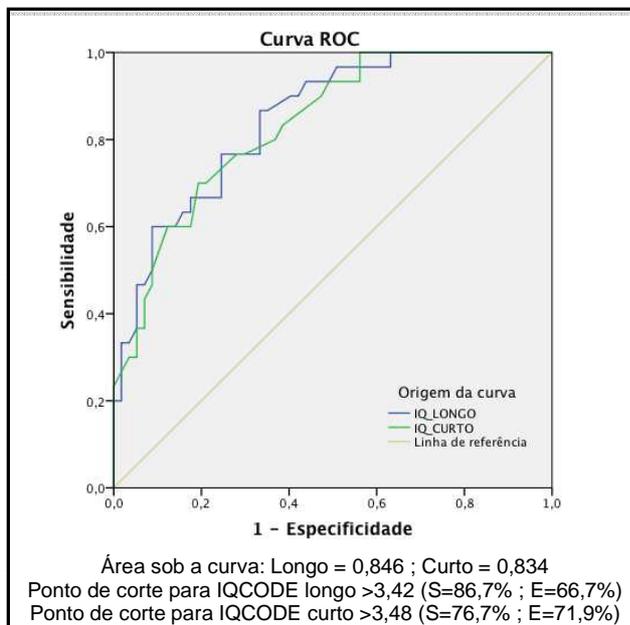


Figura 5. Curva ROC mostrando a relação da sensibilidade com a especificidade dos valores do IQCODE para o diagnóstico de Demência, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

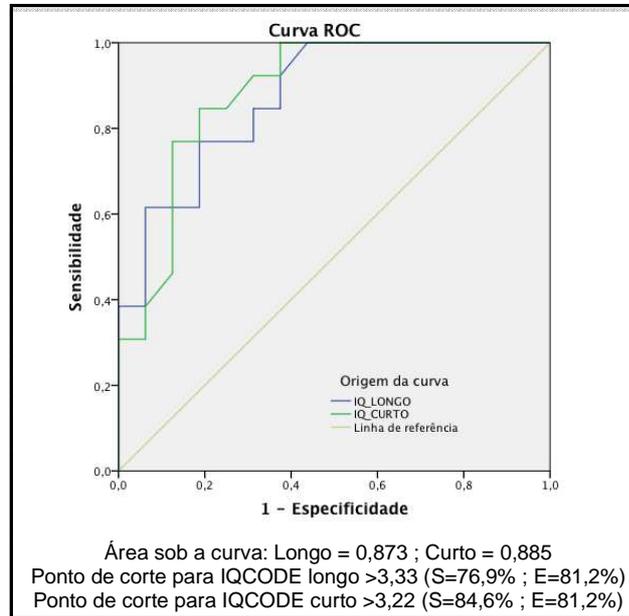


Figura 6. Curva ROC mostrando a relação da sensibilidade com a especificidade dos valores do IQCODE para o diagnóstico de CCL, em 66 idosos sem depressão atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

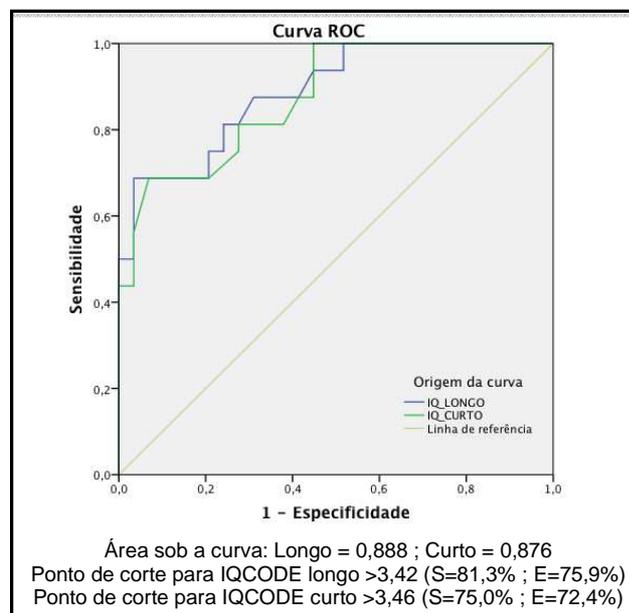


Figura 7. Curva ROC mostrando a relação da sensibilidade com a especificidade dos valores do IQCODE para o diagnóstico de Demência, em 66 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

## 6. DISCUSSÃO

Este estudo buscou fundamentalmente determinar a acurácia do IQCODE e sugerir pontos de corte para o diagnóstico de CCL e demência em uma população com baixa renda e escolaridade do Sul do Brasil. O texto da discussão segue a mesma sequência da apresentação dos resultados para que seja lógico e dando sequência ao mesmo raciocínio em ordem vertical.

A prevalência do sexo feminino neste estudo foi de 63 pacientes dos 87 estudados, corroborando com a literatura, que sempre apresenta um maior número da população feminina em estudos, assim como os estudos de Closs<sup>59</sup> e de Jacondino<sup>60</sup>, que se assemelham por ser em um ambulatório de geriatria. Uma possível explicação para que as mulheres sejam em maior número nos estudos de população idosa, pode ser o fato que as mulheres buscam desde cedo aconselhamento médico, tratamento, e sempre estão presentes quando o assunto trata-se de sua saúde<sup>61</sup>, enquanto os homens tendem a tardar o quanto podem, pela procura de ajuda. Talvez pelo fato de que os homens por terem, trabalhos mais perigosos e estão expostos a mais riscos seja um fator que aumente as chances de provocar o óbito. Conforme sugere Jacondino<sup>60</sup>, o uso de tabaco, álcool, drogas, acidentes de trânsito, são fatores que aumentam esta possibilidade, fazendo com que a população feminina seja maior. De acordo com Grillo e Gorini<sup>62</sup>, também sugerem que os homens por ser quem sustentam a família, não encontram espaço para procurar ou ir a um serviço de saúde, como unidades básicas de saúde, que funcionam em horário comercial, o que impossibilita um trabalhador utilizar o serviço, para a prevenção de doenças. No Rio Grande do Sul, as mulheres vivem em média mais tempo que os homens, fato este, comprovado pelo IBGE<sup>16</sup>, o que também pode ser explicado por estes mesmos motivos já descritos.

A idade média da população do estudo foi de 72 anos e foi observada uma maior prevalência das faixas etárias de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos. Esta mesma distribuição etária é observada em alguns outros estudos transversais com idosos<sup>60</sup>. Considerando que o Brasil é um país jovem e de cabelos brancos, o mesmo está apresentando uma rápida modificação de sua pirâmide populacional, o que antes tinha

um formato de pirâmide, hoje já apresenta um formato, que se assemelha a um barril, arredondado, e a previsão que nos próximos anos, esta mesma pirâmide fique invertida, com uma população de idosos muito maiores do que a de jovens e de recém-nascidos.<sup>18,19,20</sup>

Ainda sobre a idade, a proporção de indivíduos com 80 anos ou mais é maior nos grupos com CCL e com demência. Quanto à escolaridade, somente 13 pessoas possuíam o primeiro grau completo, enquanto 31 pessoas eram analfabetas e 43 com primeiro grau incompleto. O índice de analfabetismo entre os idosos também é importante, pois quanto mais velhos são os idosos e menor é o nível de escolaridade maior é a chance deste indivíduo desenvolver demência, conforme alguns estudos sugerem.<sup>63,64</sup> Frisa-se que quanto mais longevidade tem os idosos e menores foram os níveis de escolaridade, maior foi à prevalência de idosos com demência.

Alguns estudos existentes avaliam e mostram que mesmo o IQCODE sendo um ótimo instrumento para rastreio de demência, quando se usa mais instrumentos combinados, os resultados obtidos, potencializa a efetividade na identificação do problema.<sup>12,46,56</sup> Quando associado a outros instrumentos aumenta as chances de diagnóstico. Cabe salientar que o IQCODE é uma ferramenta para auxílio no diagnóstico de demências.<sup>40,46,65</sup>

O IQCODE se mostrou um excelente instrumento para rastreio de CCL e da síndrome demencial, apesar de ter apresentado diferentes pontos de cortes, de acordo com o que foi analisado. Está pesquisa sugere que o IQCODE, consegue detectar a síndrome demencial e o início da mesma, porém é afetado quando um paciente está sofrendo pela depressão, o que nos leva a pensar que a depressão interfere diretamente no rastreio da demência e do CCL.

O Alpha de Cronbach, deste estudo, tanto do IQCODE completo, quanto da versão reduzida, demonstraram-se positivo, obtiveram um valor superior a 0,90. Juntamente e de acordo com os trabalhos apresentados por Sanchez<sup>51</sup>, também Jorm e Korten<sup>13</sup>, Jorm e Jacomb<sup>56</sup>, Fuh et al.<sup>66</sup>, Tang et al.<sup>64</sup>, com um alpha de 0,94, 0,94, 0,95,

de 0,97 e 0,95 respectivamente. O que possibilita a sua utilização na versão curta sem prejuízo na qualidade do instrumento.

As variâncias e a explicação total do instrumento, de acordo com os testes estatísticos realizados no SPSS, mostraram-se fiel ao que se encontra atualmente na literatura, que explicam 57,7% e 65,3% respectivamente para o IQCODE completo e a versão reduzida, porém quando, é realizada a análise fatorial exploratória, não é possível, agrupar em domínios adequadamente e separadamente, pois, a maioria das questões se enquadra em mais de um domínio apresentado. Assim, não se consegue dar sequencia a análise fatorial exploratória, pois não se consegue definir as questões em domínios certos, o que sugere, que a afinidade entre as questões do instrumento estão diretamente interligadas, não conseguindo colocar devidamente nos eixos. Isso ainda é mais expressivo na versão reduzida.

Quando um paciente está sendo afetado pela depressão, o IQCODE apresenta interferências nas características de alguma maneira, prejudicando, assim a pontuação obtida pelo instrumento. Quando analisado pela curva ROC, nos paciente que apresentam diagnóstico de depressão tanto, no rastreio de declínio cognitivo leve como o de demência, evidencia-se um leve aumento do ponto de corte. Quando foram excluídos os pacientes com depressão a correlação entre os instrumentos aumentaram.

A distribuição dos resultados do IQCODE entre os diferentes grupos de diagnóstico trazem informações importantes. Quando comparadas as médias dos grupos CCL e depressão nota-se que estes, estão muito próximos um do outro, o que sugere que a depressão causa interferência direta no rastreio das demências. Por isso é muito importante saber diferenciar depressão das demências e no que isto implica, também, é importante fazer um diagnóstico certo, tratamento certo, para um prognóstico melhor. A dificuldade é conseguir um instrumento que consiga rastrear unicamente a demência ou o início deste declínio das funções cognitivas, a depressão muitas vezes mascara este diagnóstico, e por muitas vezes atrapalha na terapêutica do processo. Outro fator que pode interferir é quando um profissional não está bem treinado para fazer o diagnóstico corretamente. É importante destacar que se deve

fazer um diagnóstico certo, pois muitas vezes a depressão consegue dissuadir o profissional que está realizando o diagnóstico, sendo que as pontuações dos escores do IQCODE, tanto o completo como a versão reduzida evidenciam esta realidade.

A utilização do IQCODE com outros instrumentos é indicada, pois aumenta as chances de diagnóstico. A correlação do IQCODE com o MEEM e o ACE-R aumenta quando os pacientes que tem sintomas depressivos são retirados. No entanto este é mais um dado que corrobora, que a depressão pode e afeta a direção apontada pelos instrumentos, por isso, é necessário um profissional treinado para realizar o diagnóstico correto, para fins de evitar, eventuais falhas de diagnóstico.

De acordo com a literatura os pontos de cortes sugeridos pelo IQCODE, são diferentes, em cada população estudada.<sup>12,49,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75</sup> É importante destacar que os pontos de corte obtidos neste trabalho são diferentes dos encontrados na literatura. Porém vale ressaltar que, as médias dos pontos de corte permanecem distintas mesmo que ainda próximas umas das outras, mas ainda não existe um ponto de corte universal.

Este trabalho sugere a utilização da versão reduzida do IQCODE, pois, em todos os aspectos psicométricos a versão reduzida foi semelhante à versão completa, sem nenhuma perda significativa de informação. Foram encontrados 04 pontos de corte, para o uso do IQCODE, o completo e a versão reduzida. Usando o IQCODE completo, para o rastreio de demência, o ponto de corte sugerido pelos autores, é de 3,42 (S=86,7% ; E=66,7%), enquanto que para a versão reduzida é de 3,48 (S=76,7% ; E=71,9%), mesmo tolerando que o paciente esteja apresentando sintomas depressivos. Já, para o rastreio do CCL, os pontos de corte sugeridos, utilizando o IQCODE completo é de 3,33 (S=76,9% ; E=81,2%) e utilizando a versão reduzida, é de 3,22 (S=84,6% ; E=81,2%), porém, devemos ressaltar a importância, de que todo quadro depressivo deve ser afastado, pois a depressão pode interferir na pontuação do instrumento.

Muitos dos idosos que eram saudáveis tinham uma qualidade de vida superior aos demais, não iam acompanhados para as consultas. Assim como no estudo de

Sanchez<sup>67</sup>, que também teve perdas semelhantes com as deste estudo e que devido aos cuidadores necessitarem trabalhar, e na maioria das vezes, não conseguir arcar com os custos de transporte, e muitas vezes como acabam ficando um dia ou um turno inteiro no local para fazer todas as consultas, têm um custo adicional com alimentação.

Assim sendo, evidencia-se que as dificuldades socioeconômicas e demográficas da população implicam diretamente na execução de trabalhos e estudos.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta dissertação os autores conseguiram avaliar o IQCODE, sendo ele, um ótimo instrumento para rastreio de demência, e também do princípio do comprometimento cognitivo leve.

Um dos pontos fortes deste estudo, é que é um dos poucos estudos a cerca do IQCODE, dentro do Brasil. Além de ajudar a melhorar o entendimento da doença, o IQCODE, fornece informações importantes para o diagnóstico precoce da síndrome demencial. Outro ponto positivo é que este estudo corrobora com os dados obtidos pelo autor do instrumento. Além de que a versão reduzida pode ser usada sem prejuízo algum de informações.

Este estudo teve algumas limitações como a pequena participação de idosos, devido aos critérios de exclusão que foram seguidos rigidamente e também por estes eventuais critérios, teve muitas perdas, de aproximadamente 100 idosos, e muitas vezes impulsionadas pelo fato de os idosos não estarem acompanhados.

Algumas das limitações, durante o decorrer desta pesquisa sem dúvida alguma, foi a falta de idosos, que caracterizamos como a principal delas. Além de que os idosos muitas vezes, não iam às datas das consultas, pois não tinham como se deslocar, por motivos financeiros, ou até mesmo porque não tinham quem os levassem.

Muitas vezes, os familiares não dispunham de tempo, pois tinham trabalho, ou até mesmo não tinham como levar os idosos.

Todas as aplicações do IQCODE foram feitas individualmente e presencial, devido ao questionário requerer isso e também para conversar e interpretar a resposta dada para cada tipo de pergunta feita, pois é necessário avaliar o que o entrevistado quer dizer, devido à baixa escolaridade da grande maioria. Porém não foi analisada a escolaridade dos acompanhantes. Acreditamos que os cuidadores, sejam eles familiares ou não, possuem um nível socioeconômico e cultural semelhante aos idosos estudados.

Como visão para o futuro, espera-se que os resultados aqui obtidos possam se disseminar entre o conhecimento dos profissionais e toda a comunidade científica.

Também, estabelecer estratégias, para aperfeiçoar a prevenção do diagnóstico e rastrear o mais breve possível o CCL e as demências, para fins de melhorar a qualidade de vida da população de idosos do Brasil e no mundo.

Finalmente, espero que este estudo sirva como alicerce para novos estudos e que os resultados aqui obtidos sejam impulsionadores para novas pesquisas e estudos que contemplem um número maior de idosos e que possam ser estudadas outras variáveis junto ao IQCODE.

## 8. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo estudar as características psicométricas das versões completa e reduzida do instrumento IQCODE.

O instrumento IQCODE demonstrou ser uma ferramenta excelente para rastreio de demência e do comprometimento cognitivo leve, evidenciando que teve um ótimo desempenho na captura precoce de alguma alteração.

O coeficiente de Cronbach se mostrou positivo e semelhante às apresentadas em outros estudos, conferindo confiabilidade do instrumento para nossa população também. Não foi possível dividir em domínios pela análise fatorial exploratória, pois existe, uma correlação muito forte e interligada entre as questões desta ferramenta, como já visto no desenvolvimento do instrumento original, que não sugere divisão em domínios.

O IQCODE mostrou também uma boa validade de critério em nossa população, com boa acurácia para o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve e demência, com a ressalva que em pacientes com depressão, diminui a especificidade para o diagnóstico de CCL.

Recomendamos a utilização da versão reduzida do IQCODE, por ser mais breve e rápida, sem prejuízo da qualidade das informações obtidas pelo instrumento, lembrando que deve ser usado junto com outros instrumentos, para potencializar o diagnóstico precoce, além de uma anamnese inicial. Os pontos de corte que sugerimos para a versão reduzida do IQCODE-BR no rastreio das demências é de 3,48, não importando possíveis sintomas depressivos, (S = 77% e E = 72%). Quando utilizado para rastrear CCL, o ponto de corte sugerido é de 3,22 (S = 85% e E = 81%), desde que afastado um quadro depressivo. É importante destacar a área sobre a curva de ROC, pois os valores de Sensibilidade e Especificidade apresentaram um valor ótimo nas análises realizadas.

## 9. REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde, Observatório de Doenças Crônicas não Transmissíveis, 2005, Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/brazil\\_case\\_study\\_por\\_v5.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/brazil_case_study_por_v5.pdf) .
2. Laka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA*, 2002, 288: 2709-2716.
3. Girman CJ, Rhodes T, Mercuri M, Pyörälä K, Kjekshus J, Pedersen TR et al. for the 4S Group and the AFCAPS/TexCAPS Research Group, The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS). *Am J Cardiol*, 2004; 93:136-41.
4. Whitmer RA, Gunderson EP, Barret-Connor E, Quesenberry CP Jr, Yaffe K. Obesity in middle age and future risk of dementia: a 27year longitudinal population based study. *BMJ*. 2005;330:1360.
5. Macedo MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da ClinicalDementia Rating. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 912-17.
6. Machado Juliana Costa, Ribeiro Rita de Cássia Lanes, Cotta Rosângela Minardi Mitre, Leal Paulo Fernando da Glória. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em viçosa , minas gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2012 Jun 01] ; 14(1): 109-122. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000100012&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100012&lng=pt).
7. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, Dekosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment ( an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the

- American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56(9):1133-42. Comment in: *Neurology*. 2001;56(9):1131-2.
8. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni I, Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*. 2004;256(3):240-6.
  9. Morris JC, Storandt M, Miller JP, Mckeel DW, Price JL, Rubin EG, et al. Mild cognitive impairment represents early-stage Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 2001;58(3):397-405.
  10. Fassbender K, Simons M, Bergmann C, et al. Simvastatin strongly reduces levels of Alzheimer's disease beta-amyloid peptides. Abeta 42 and Abeta 40 in vitro and in vivo. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2001;98:5856-5861.
  11. Simons M, Keller P, De Strooper B, Beyreuther K, Dotti CG, Simons K. Cholesterol depletion inhibits the generation of beta-amyloid in hippocampal neurons. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1998;95:1354-1357.
  12. Morales JM, Bermejo F, Romero M, De-Ser T. Screening of dementia in community-dwelling elderly through informant report. *Int J Ger Psychiatry*. 1997;12:808-816.
  13. Jorm AF, Korten AE. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *BR J Psychiatric*. 1988;152:209-13.
  14. United Nations Department of Economics and Social Affairs. Population Ageing and development: 2009[Internet]. New York; 2009[Capturado] em 01 de junho de 2012]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.pdf>.
  15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
  16. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo demográfico de 2010. [acesso 2013 Set. 18] Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo>

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
18. Scheidt PPR. Promovendo caminhos para a educação em saúde com idosos portadores de cardiopatias e seus familiares no setor de emergência de um hospital universitário. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
19. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acessado 2014 jan. 11] Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/)
20. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico: Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade – 1980-2050. Revisão de 2008.
21. Todos pela educação [acesso em 02 de fev 2014]. Disponível em: <http://www.todospelaeducacao.org.br/comunicacao-e-midia/educacao-na-midia/29444/unesco-38-dos-analfabetos-latino-americanos-sao-brasileiros/>
22. FEE: Fundação Economia e Estatística. Resumo Estatístico do Rio Grande do Sul, Março 2011. Disponível em [http://www.fee.tche.br/sitefee/download/resumo/resumo-rs-2011\\_site.pdf](http://www.fee.tche.br/sitefee/download/resumo/resumo-rs-2011_site.pdf) [Acessado 22 de fev. 2014].
23. Morley JE. The metabolic syndrome and aging. J Gerontol A BiolSci Med Sci. 2004;56:139-142.
24. Penninx BW, Nicklas BK, Newman AB, et al. Metabolic syndrome and physical decline in older persons: results from the Health, Aging and Body Composition Study. J Gerontol A BiolSci Med Sci. 2009;64:96-102.
25. Rasgon N, Jarvik L. Insulin resistance, affective disorders, and Alzheimer's disease: review and hypothesis. J Gerontol A BiolSci Med Sci. 2004;59:178-183; discussion 184-192.

26. Prince M, Acosta D, Chiu H, Scazufca M, Varghese M. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *Lancet*. 2003;361(9361):909-17. Comment in: *Lancet*. 2003;361(9361):888-9.
27. Achutti A, Azambuja MI. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre seguridade social. *Rev CiêncSaúdeColetiva*. 2004; 9(4): 833-840.
28. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil. Revisão de 2008.
29. Lima-Costa Maria Fernanda, Matos Divane Leite, Camargos Vitor Passos, Macinko James. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2011 Sep [cited 2014 Jan 28]; 16(9): 3689-3696. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001000006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000006>.
30. Grundy SM. Metabolic Syndrome: Controversy in clinical endocrinology. *Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor*. *J Clin Endo and Metabolic*. 2007; 92: 399-404.
31. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança: Geneva (CH): MS;2001.
32. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no Idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, Rio Claro, Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98.
33. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(1):23-6.
34. Paterniti S, Verdier-Taillefer M-H, Dufouil C, Alpérovitch A. *The British Journal of Psychiatry* (2002)181: 406-410doi:10.1192/bjp.181.5.406

35. Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(11):983-91.
36. Wang, PN, Wang SJ, Fuh JL, Teng EL, Liu CY, Lin CH, et al. Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(3):295-9.
37. Wang L, van Belle G, Crane PK, Kukull WA, Bowen JD, McCormick WC. Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65 and older. *J Am Geriatric Soc*. 2004; 52(12):2045-51
38. MCKHANN, G.; DRACHMAN, D.; FOLSTEIN, M. 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* 34:939-44, 1984.
39. Rabelo, DF. Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde* 2009;1(1):56-68.
40. Lopes MA, Hototian SR, Bustamante SEZ, Azevedo D, Tatsch M, Bazzarela MC, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in a community sample in Ribeirão Preto, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;17:770-776.
41. LoGiudice, D. Dementia: An update to refresh your memory. *Intern Méd J* 32:535-40, 2002.
42. Braak, H, Braak E, Neuropathological Staging of Alzheimer Related Changes. *Acta Neuropathol* 82:239-59, 1991.
43. Caramelli, P – Neuropatologia da doença de Alzheimer, In: Forlenza, O.V; Caramelli, P (eds). *Neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: Atheneu, pp.107-118, 2000.
44. DeKosky ST et al. Revision of the criteria for Alzheimer's disease: A symposium. *Alzheimer's & Dementia* 7 (2011) e1–e12.
45. Nitrini Ricardo, Caramelli Paulo, Bottino Cássio Machado de Campos, Damasceno Benito Pereira, Brucki Sonia Maria Dozzi, Anghinah Renato. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. *Recomendações do*

Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq. Neuro-Psiquiatr. [serial on the Internet]. 2005 Sep [cited 2014 Jan 19] ; 63( 3a ): 720-727. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2005000400034&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000400034&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2005000400034>.

46. Bustamante SEZ, Bottino CM, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvoc J, et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: Resultados preliminares. ArqNeuropsiquiatr. 2003;61:601-606.
47. Ayalon, L, The IQCODE versus a single-item informant measure to discriminate between cognitively intact individuals and individuals with dementia or cognitive impairment. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 2011. Disponível em <http://jgp.sagepub.com/content/24/3/168.full.pdf> .
48. Isella V, Villa L, Russo A, Regazzoni R, Ferrarese C, Appollonio IM. Discriminative and predictive power of an informant report in mild cognitive impairment. J NeurolNeurolNeurosurg Psychiatry. 2006;77(2):166-171.
49. Mulligan R, Mackinnon A, Jorm AF, Giannakopoulos P, Michel JPA. Comparison of alternative methods of screening for dementia in clinical settings. Arch Neurol. 1996; 53:2-62.
50. Perroco TR, Damin AE, Frota NA, Silva MM, Rossi V, Nitrini R, et al. IQCODE curto como ferramenta de triagem para a MCI e demência em uma população com baixo nível de escolaridade: resultados preliminares. Dement.Neuropsychol.2008, 2 (4) :300-304.
51. Sanchez, Maria Angélica dos Santos, Lourenço Roberto Alves. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009 July [cited 2014 Jan 26] ; 25( 7 ): 1455-1465. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700003&lng=en).

52. Jorm AF. The Informant Questionnaire on cognitive Decline in the Elderly(IQCODE): a review, *IntPsychogeriatr*. 2004;16:1-19.
53. Jorm AF. Methods of screening for dementia: a meta-analysis of studies comparing an informant questionnaire with a brief cognitive test. *Alzheimer Dis AssocDisord*. 1997;11:158-162.
54. Thomas LD, Gonzales MF, Chamberlain A, Beyreuther K, Masters CL, Flicker . Comparison of clinical state, retrospective informant interview and the neuropathologic diagnosis of Alzheimer's disease. *Int J Ger Psychiatric*. 1994;9:233-236.
55. Mackinnon A, Khalilian A, Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Mulligan R, et al. Improving accuracy for dementia in a community sample by augmenting cognitive testing with informant report. *J ClinEpidemiol*. 2003;56:358-366.
56. Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability and some norms. *Psychol Med*. 1989;19:1015-1022.
57. Fong TG, Jones RN, Rudolph JL, et al. Development and validation of a brief cognitive assessment tool: the sweet 16. *Arch Intern Med*. 2010;171(5):432-437.
58. Mackinnon A, Mulligan R. Combining cognitive testing and informant report to increase accuracy in screening for dementia. *Am J Psychiatry*. 1998;155(11):1529-1535.
59. Closs VE. Associação do estado nutricional e do índice de alimentação saudável de pacientes com Síndrome metabólica. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011. Biblioteca.
60. Jacondino CB. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados na estratégia saúde da família. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.
61. Souza S. Pires A. Conceição C. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clin Geral*. 2011; 27(2): 176-82.

62. Grillo FF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1): 49-54.
63. Magalhães, M. O. C. et al. (2008). Risk factors for dementia in a rural area on northeastern Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 66 (2-A): 157-62.
- Gatz M, Mortimer JA, Fratiglioni, et al. Potentially modifiable risk factors for dementia in identical twins. *Alzheimer's & Dementia* 2006;2:110-117.
64. Tang WK, Chan SSM, Chiu HFK et al. Can IQCODE detect poststroke dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18: 706-710.
65. Hototian S, Lopes MA, Bustamante SEZ, Azevedo D, Tatsch M, Litvoc J, et al. Identification of dementia suspects subjects in three districts of São Paulo city, Brazil. *IntPsychogeriatr.* 2005;17:271-272.
66. Fuh JL, Teng EL, Lin KN, et al. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening tool for dementia for a predominantly illiterate Chinese population. *Neurology* 1995; 45: 92–96.
67. Sanchez MAS. Questionario baseado no relato do informante para detecção de declínio cognitivo em idosos: Tradução, Adaptação transcultural e estudo da confiabilidade. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
68. Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24, 145–153.
69. Law, S. and Wolfson, C. (1995). Validation of a French version of an informant-based questionnaire as a screening test for Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 167, 541–544.
70. Lim, H. J., Lim, J. P. P., Anthony, P., Yeo, D. H. H. and Sahadevan, S. (2003). Prevalence of cognitive impairment amongst Singapore's elderly Chinese: a community-based study using the ECAQ and the IQCODE. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 142–148.

71. Del-Ser, T., Morales, J. M., Barquero, M. S., Canton, R. and Bermejo, F. (1997). Application of the Spanish version of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly" in the clinical assessment of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, 3–8.
72. Hancock P, Larner AJ. Diagnostic utility of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) and its combination with the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R) in a memory clinic-based population. *International Psychogeriatrics* (2009), 21:3, 526–530.
73. Ozel-Kizil ET, Turan ED, Yilmaz E, Cangoz B, Uluc S. Discriminant Validity and Reliability of the Turkish Version of Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE-T). *Archives of Clinical Neuropsychology* 25 (2010) 139–145.
74. Ehrensperger MM, Berres M, Taylor KI, Monsch AU. Screening properties of the German IQCODE with a two-year time frame in MCI and Early Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 2010, 22:1, 91-100.
75. Narasimhalu K, Lee J, Auchus AP, Chen CPLH. Improving detection of dementia in Asian Patients with low education: Combining the mini-mental state Examination and the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008; 25:17-22

## 10. APÊNDICES

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: Síndrome metabólica e incidência de declínio cognitivo em idosos da estratégia da saúde da família do município de Porto Alegre-RS, que tem como objetivos: Estudar a associação entre síndrome metabólica e declínio cognitivo em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família do município de Porto Alegre e o papel do instrumento IQCODE para o diagnóstico de declínio cognitivo. A pesquisa terá duração de 01 ano, com o término previsto para agosto de 2013.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário (IQCODE).

Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Eu, ..... fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do tratamento recebido e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. O pesquisador Leonardo Henrique Grigolo Carrabba certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, bem como o seu tratamento não será modificado em razão desta pesquisa e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Fui informado que caso existirem danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar o Dr. Irenio Gomes da Silva Filho no telefone 9999-9939 ou o pesquisador Leonardo Henrique Grigolo Carrabba no telefone 9808-6214 e o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS no telefone 3320-3345, para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação..

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Compromisso.

\_\_\_\_\_  
Rúbrica Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Rúbrica Acompanhante

  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP - PUCRS

**APÊNDICE B – ARTIGO ENCAMINHANDO PARA PUBLICAÇÃO**

**TITULO****Características psicométricas das versões completa e reduzida do IQCODE em idosos de baixa renda e escolaridade**

Running title - Características psicométricas do IQCODE em idosos

Autores: **Leonardo Henrique Grigolo Carrabba**<sup>1</sup> leonardo.enf@hotmail.com  
**Caroline Menta**<sup>1</sup> caroline\_menta@yahoo.com.br  
**Elisa Melo Fasolin**<sup>1</sup> fasolinem@gmail.com  
**Fernanda Loureiro**<sup>1</sup> fernandaloureiro@uol.com.br  
**Irenio Gomes**<sup>1</sup> irenio.filho@pucrs.br

<sup>1</sup> Enfermeiro, mestrando do Programa de pós graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Médica psiquiatra, mestranda do Programa de pós graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Fonoaudióloga, pós doutoranda do Programa de pós graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>4</sup> Médico Neurologista, Pós Doutor e professor do Programa de pós graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Endereço para correspondência:

Irenio Gomes

Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Instituto de Geriatria e Gerontologia

90619-900, Porto Alegre - RS

E-mail: [irenio.filho@pucrs.br](mailto:irenio.filho@pucrs.br)

Av. Ipiranga, 6690 – Hospital São Lucas – 3º andar

**Descritores:** Comprometimento Cognitivo Leve, Idoso, Demência, Envelhecimento.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento é algo inevitável no mundo inteiro. Quanto maior a idade, maior é a chance dos idosos desenvolverem demências e rastrear estas demências é cada vez mais difícil, porém existem instrumentos que estão tentando objetivar este rastreio e assim fazer-lo o mais rápido possível. **OBJETIVOS:** Estudar as características psicométricas do IQCODE- BR em idosos atendidos pela ESF-POA. **MÉTODOS:** Estudo transversal de uma população de baixa renda e escolaridade. Foi aplicado o IQCODE nos informantes de 87 idosos que foram triados por psiquiatras e neurologistas para diagnóstico de depressão, comprometimento cognitivo leve (CCL) ou demência. **RESULTADOS:** Foram estudados 87 idosos. A média de idade foi de 72 anos (60-90 anos), a maioria mulheres (72,4%), 31 eram analfabetos (35,6%), 30 possuíam demência, 21 tinham depressão, 16 não apresentavam nenhum diagnóstico. As médias do IQCODE foram maiores nos grupos com depressão e CCL comparados com o grupo de normais. A média do IQCODE foram ainda maiores no grupo com demência. As versões do IQCODE completa e reduzida mostraram-se com acurácia semelhantes. **CONCLUSÃO:** O IQCODE é um excelente instrumento para o rastreio de CCL e demências. Sugerimos o uso da versão curta com o ponto de corte 3,22 para CCL, excluindo o diagnóstico de depressão e de 3,48 para demência, não importando sintomas depressivos.

**Palavras Chaves:** Comprometimento Cognitivo Leve, Idoso, Demência, Envelhecimento.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Aging is spreading in the worldwide. How old are the people, it will have more chance to develop dementia and to track them, are hardly, by the way there are tool that are trying to objective this screening to make this diagnoses as fast as possible. **OBJECTIVES:** To study IQCODE-BR psychometrics characteristics in the elderly assisted by ESF-POA. **METHODS:** Transversal study from population with low education and social level. IQCODE was applied in all the informants from the 87 elderly that were tracked by a psychiatrist and neurologist to diagnoses depression, MCI or Dementia. **RESULTS:** There were studied 87 elderly people. The average was 72 years old (60-90 years), great of them were women (72,4%), 31 were illiterate (35,6%), 30 had diagnoses of dementia, 21 had depression, 16 did not have any diagnosis. The higher cutoff points were in the groups with depression and MCI, than normal group. The highest cutoff point was in the dementia group. The both versions about IQCODE, the long and the short one seemed to be with similar accuracy. **CONCLUSION:** The IQCODE is an excellent tool for screening MCI and dementia. We recommend using the short form with a cutoff of 3.22 to MCI but also having to exclude the depression diagnosis and 3.48 for dementia regardless of having depressive symptoms.

Key-words: MCI, Aged, Dementia, Aging

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenômeno mundial, que vem ocorrendo de forma tardia e acelerada nos países em desenvolvimento. Segundo projeção da Organização Mundial de Saúde, o Brasil terá a quinta maior população de idosos do mundo em 2050, com aproximadamente 64 milhões de pessoas com 60 anos ou mais.<sup>1</sup> No processo de envelhecimento ocorre uma maior vulnerabilidade a doenças e, com isso, uma maior frequência de doenças crônico-degenerativas que podem alterar a saúde de maneira sistêmica.<sup>2,3,4</sup>

A demência é uma das mais importantes causas de morbimortalidade entre os idosos, sendo caracterizada como uma síndrome crônica cujas características principais são representadas pelo declínio da memória e de outras funções intelectuais, tais como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, planejamento e sequenciamento, bem como mudanças no comportamento ou na personalidade, acarretando prejuízo no desenvolvimento psicossocial do indivíduo.<sup>5,6</sup> O declínio cognitivo é uma das principais causas de incapacidade no idoso, interferindo na realização de atividades sociais e ocupacionais.

A grande maioria dos quadros demenciais são degenerativos, sendo a principal causa a doença de Alzheimer, não havendo ainda um tratamento satisfatório. As poucas drogas que modificam um pouco a evolução da doença são mais efetivas nas fases iniciais.<sup>7</sup> O declínio cognitivo inicial, que ainda não interfere nas atividades habituais é denominado Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), que pode evoluir para a perda das capacidades funcionais ou da autonomia.<sup>4</sup>

Dessa forma, é de extrema importância a validação de instrumentos que consigam identificar a doença em sua fase inicial. Um dos instrumentos de rastreio mais difundidos mundialmente é o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE).<sup>8,9</sup> Trata-se de um questionário que foi desenvolvido na Austrália, formado por 26 perguntas, que é aplicado a um familiar ou cuidador, que tenha convívio com o idoso há mais de 10 anos<sup>10,11</sup>, já traduzido e validado para a população brasileira.<sup>12</sup>

O objetivo do presente trabalho foi verificar as características psicométricas do IQCODE em uma população atendida pela Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre, que é composta por pessoas com baixa renda e escolaridade e características culturais próprias, comparando as versões completa e reduzida.

## MÉTODO

O presente estudo é um desdobramento do Programa de Envelhecimento Cerebral (PENCE) da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre (ESF-POA), em colaboração com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (IGG-PUCRS).

Participaram do estudo, todos os idosos (60 anos ou mais), atendidos no Ambulatório de Envelhecimento Cerebral (AMBEC) no período de março a dezembro de 2013, que estavam acompanhados de um informante que o conhecia há pelo menos 10 anos. O AMBEC foi criado especificamente para atender a saúde mental dos idosos do PENCE, no Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS. Aqueles que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram incluídos no estudo e o informante respondeu à versão completa do IQCODE, com 26 questões. Foram excluídos os pacientes com diagnóstico de outra doença do sistema nervoso central que não CCL ou Demência e os paciente com diagnóstico de outro transtorno psiquiátrico do eixo I, que não transtorno depressivo ou de ansiedade.

Todos os pacientes foram submetidos a pelo menos uma consulta neurológica e uma consulta psiquiátrica. Na consulta neurológica, os pacientes foram submetidos a avaliação cognitiva através do Exame Cognitivo de Addenbrook Revisado (ACE-R). Quando necessário, os pacientes eram encaminhados para avaliação neuropsicológica, sendo utilizada a bateria do CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease). Na consulta psiquiátrica, os pacientes foram submetidos ao MINI versão 5.0, instrumento de triagem para transtornos psiquiátricos do eixo I.

O diagnóstico de CCL e de Demência seguiram as recomendações da NIA-AA (National Institute on Aging-Alzheimer's Association) publicadas em 2011.<sup>13</sup> Os diagnósticos de depressão foram baseados nos critérios do DSM-IV-TR (4a. Edição com Texto Revisado do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Tanto o psiquiatra quanto o neurologista eram cegos em relação ao resultado do IQCODE e também o enfermeiro que aplicou o IQCODE estava cego em relação ao diagnóstico neurológico e psiquiátrico.

Os dados foram digitados em um banco especialmente desenvolvido para o projeto, utilizando o programa File Maker Pro 11. A análise estatística foi realizada com o programa SPSS 17. Na estatística descritiva foram utilizadas frequências, médias e desvios padrões. Para comparação das variáveis categóricas (dados demográficos) entre os grupos foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, sendo que quando mais de 25% das casas apresentaram um valor esperado abaixo de 5, foi utilizado o teste exato de Fisher. Para comparação das médias entre os grupos foi utilizada a análise de variância (one way ANOVA), com teste post-hoc de Bonferroni. Para controle de efeito de confusão, a comparação das médias do IQCODE entre os grupos foi corrigida para idade e escolaridade através da regressão linear múltipla de probabilidade (logit). Para analisar a associação entre os valores encontrados no IQCODE e os do MEEM e do ACE-R foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson e para analisar a associação entre os valores encontrados no IQCODE e os do GDS foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Na análise da validade de constructo foi utilizada a análise fatorial exploratória e a consistência interna foi avaliada pelo alfa de Cronbach. Para estudar a acurácia do IQCODE e os melhores pontos de corte para o diagnóstico de CCL e Demência, foram construídas curva ROC e foi calculada a sensibilidade e a especificidade. Os pesquisadores seguiram as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o qual assegura aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato, o direito de desistir em qualquer momento do trabalho, e o livre acesso aos dados coletados.

## RESULTADOS

Foram estudados 87 idosos com idade entre 60 e 90 anos, com média de  $72,1 \pm 7,5$ . Os dados apresentados na Tabela 1 são referentes às características demográficas. Destaca-se que a maior parte dos idosos era do sexo feminino (72,4%). Em relação à escolaridade, 35,6% eram analfabetos. Os idosos foram classificados em 4 grupos: 30 com demência, 20 com CCL, 21 com depressão e 16 sem nenhum desses diagnósticos. Foi observada uma associação de CCL e demência com idade avançada e com baixa escolaridade. Não houve diferença significativa quanto ao sexo.

A distribuição dos resultados finais das versões completa e reduzida do IQCODE em cada grupo diagnóstico é mostrada na tabela 2. Observa-se uma média do resultado do IQCODE completo e reduzido, respectivamente, de 3,18 e 3,15 para os idosos sem declínio cognitivo e sem depressão, 3,38 e 3,39 para os idosos com depressão, 3,48 e 3,48 para os idosos com CCL e 3,78 e 3,83 para os idosos com diagnóstico de síndrome demencial. Foi observada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $P < 0,001$ ), sendo que a análise *Post Hoc* mostrou não haver diferença significativa entre os grupos com depressão e CCL, sendo estes diferentes, de forma significativa dos indivíduos normais e dos idosos com demência.

A versão completa e a reduzida apresentaram um alfa de Cronbach de 0,906 e 0,908, respectivamente. Todas as questões, individualmente mostraram valores superiores a 0,90, exceto a questão 25 na análise da versão reduzida, cujo valor do Alfa de Cronbach foi de 0,898. Na análise fatorial exploratória foi encontrado um percentual de variância global de 57,8 para a versão completa e 65,3 para a versão reduzida, com identificação de 5 e 4 possíveis domínios, respectivamente. Ao analisar as questões às quais cada domínio está ligado com maior afinidade, observa-se que muitas questões pertencem simultaneamente a mais de um domínio, não havendo, portanto, domínios individuais claramente definidos.

A correlação entre o IQCODE (versões completa e reduzida) e os instrumentos que avaliam a cognição, ACE-R (Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised) e Mini Exame do Estado Mental, foi moderada e estatisticamente significativa,

apresentando um coeficiente de correlação, respectivamente, de -0,492 e -0,483 para o ACE-R e -0,527 e -0,512 para o MEEM.

A figura 1 mostra as curvas ROC construídas para o diagnóstico de CCL e demência em todos os idosos estudados (A e B) e excluindo os idosos com depressão (C e D). Para o diagnóstico de CCL, excluindo os pacientes com depressão, é identificado um ponto de corte de 3,22 para a versão reduzida, com sensibilidade de 84,6% e especificidade de 81,2%. Para o diagnóstico de demência na população total é identificado um ponto de corte de 3,48 para a versão reduzida do IQCODE, com sensibilidade de 76,7% e especificidade de 71,9%, respectivamente.

## DISCUSSÃO

A população estudada, apesar de ser uma amostra de conveniência, contemplou idosos com e sem problemas de saúde mental e todos fazem parte da ESF-POA. Em nossa população houve associação entre idade e escolaridade. A frequência de indivíduos com idade mais avançada foi maior no grupo com CCL e demência. Diversos estudos evidenciam que a idade avançada e a escolaridade atuam como fatores de risco para o declínio cognitivo e o desenvolvimento de demência, assim como uma maior escolaridade atua como fator de proteção para o mesmo.<sup>14,15,16.</sup> Como essas variáveis podem ter um efeito que confunda a análise do IQCODE, foi corrigida entre os grupos.

O IQCODE mostrou ter uma boa associação com o diagnóstico da síndrome demencial, sendo que, CCL e depressão tiveram resultados semelhantes. Quando comparadas as médias dos grupos CCL e depressão nota-se que está muito perto uma da outra, o que indica que a depressão causa interferência no rastreamento das demências. Assim como sugerem alguns autores, a depressão tem relação na detecção do comprometimento cognitivo leve.<sup>17,18</sup> A depressão muitas vezes mascara este diagnóstico, e por muitas vezes atrapalha na terapêutica do processo.

A consistência interna deste trabalho, tanto da versão completa como da reduzida, demonstraram-se bons também, obtiveram um valor superior a 0,90, em nossa população, assim como na literatura.<sup>12,19,20,21</sup>

Quando, é realizada a análise fatorial exploratória, não é possível, agrupar em domínios adequadamente e separadamente, pois, a maioria das questões se enquadra em mais de um domínio apresentado. Assim, não se consegue dar sequência a análise fatorial exploratória, pois não se consegue definir as questões em domínios certos, o que sugere, que a afinidade entre as questões do instrumento estão diretamente interligadas, não conseguindo colocar devidamente nos eixos. Isso ainda é mais expressivo na versão reduzida.

Não encontramos domínios para o IQCODE, pois o mesmo não foi criado com divisões e se mantém como instrumento, que investiga atividades de vida diária junto

da comparação do desempenho cognitivo dos últimos 10 anos. A maior parte das questões se correlaciona em mais de um domínio. Inferimos que por causa da afinidade que elas possuem diretamente interligadas, não há como separá-las em domínios.

Constatou-se que o coeficiente de correlação com ACE-R e o MEEM, foi moderado, exibindo valores abaixo de  $r = -0,630$  e de acordo com a literatura estes valores são melhores aos descritos em alguns estudos.<sup>22,23</sup>

A versão completa e reduzida mostraram características psicométricas semelhantes, o que autoriza a utilização da versão reduzida sem prejuízo significativo da qualidade do instrumento, porém deve se usar outros instrumentos junto a ele, para potencializar seus resultados, para fins de diagnóstico.<sup>24,25,26</sup>

Na avaliação da acurácia observamos uma área maior da curva de ROC quando excluídos os idosos com diagnóstico de depressão para o CCL. Apesar de ter encontrando pontos de corte diferentes na versão completa e na reduzida, as duas versões mostraram-se efetivas para rastrear o comprometimento cognitivo leve e demência. Esta pesquisa sugere que o IQCODE, consegue detectar a síndrome demencial no início e até em estágios mais avançados, porém é afetado quando um paciente está afetado pela depressão. O ponto de corte sugerido é de 3,22 para rastrear CCL, desde que se excluam os sintomas depressivos e de 3,48 para rastrear demência, não importando a depressão.

Existem várias sugestões de pontos de corte na literatura, porém cabe ressaltar, que a maior parte das populações estudadas são diferentes umas das outras.<sup>11,12,21,22,27,28,29,30</sup>, é importante destacar que a média dos pontos de corte sugeridos, são distintos, e ainda não existe um ponto de corte universal.

## CONCLUSÕES

As principais conclusões que obtivemos neste estudo estão expostas a seguir:

1. O IQCODE demonstrou ser um excelente instrumento para rastreio de demência;
2. O coeficiente de Cronbach se mostrou semelhante às apresentadas em outros estudos, conferindo a potencial eficácia deste estudo;
3. Não foi possível dividir em domínios a análise fatorial exploratória, pois existe, uma correlação muito forte e interligada entre as questões do instrumento.
4. A relação do IQCODE com outros instrumentos é muito vantajosa, porém quando existe um paciente sofrendo com diagnóstico de depressão, pode afetar significativamente a avaliação do IQCODE;
5. Recomendamos a utilização da versão reduzida do IQCODE, além de ser mais breve e rápida esta versão pode ser usada sem prejuízo da qualidade do instrumento.
6. Os pontos de corte que sugerimos para a versão reduzida do IQCODE-BR para rastrear demências é de 3,48, não importando possíveis sintomas depressivos, (S = 77% e E = 72%). Quando utilizado para rastrear CCL, o ponto de corte sugerido é de 3,22 desde que afastado um quadro depressivo, (S = 85% e E = 81%).

## REFERÊNCIAS

1. United Nations Department of Economics and Social Affairs. Population Ageing and development: 2009[Internet]. New York; 2009[Capturado] em 01 de junho de 2012]. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009chart.pdf>
2. Laka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA*, 2002, 288: 2709-2716.
3. Girman CJ, Rhodes T, Mercuri M, Pyörälä K, Kjekshus J, Pedersen TR et al. for the 4S Group and the AFCAPS/TexCAPS Research Group, The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) and the Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS). *Am J Cardiol*, 2004; 93:136-41.
4. Whitmer RA, Gunderson EP, Barret-Connor E, Quesenberry CP Jr, Yaffe K. Obesity in middle age and future risk of dementia: a 27year longitudinal population based study. *BMJ*. 2005;330:1360.
5. Machado Juliana Costa, Ribeiro Rita de Cássia Lanes, Cotta Rosângela Minardi Mitre, Leal Paulo Fernando da Glória. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em viçosa , minas gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2012 Jun 01] ; 14(1): 109-122. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000100012&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100012&lng=pt).
6. Macedo MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da ClinicalDementia Rating. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 912-17.
7. Mancuso C, Siciliano R, Barone E, Butterfield DA, Preziosi P. Pharmacologists and Alzheimer disease therapy: to boldly go where no scientist has gone before. 2011 Sep;20(9):1243-61.

8. Fuh JL, Teng EL, Lin KN, et al. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening tool for dementia for a predominantly illiterate Chinese population. *Neurology* 1995; 45: 92–96.
9. Tang WK, Chan SSM, Chiu HFK et al. Can IQCODE detect poststroke dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18: 706-710.
10. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56(9):1133-42. Comment in: *Neurology*. 2001;56(9):1131-2.
11. Morales JM, Bermejo F, Romero M, De-Ser T. Screening of dementia in community-dwelling elderly through informant report. *Int J Ger Psychiatry*. 1997;12:808-816.
12. Sanchez, Maria Angélica dos Santos, Lourenço Roberto Alves. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 July [cited 2014 Jan 26] ; 25( 7 ): 1455-1465. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700003&lng=en).
13. DeKosky ST et al. Revision of the criteria for Alzheimer's disease: A symposium. *Alzheimer's & Dementia* 7 (2011) e1–e12.
14. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003; 61(3B): 777-81.
15. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1998; 56(3b): 605-12.
16. Nitrini R.. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín* 1999; 26(5): 1-10.

17. Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *Neurologist*. 2007;13(3):105-17.
18. Moraes EM, organizador. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. 1ª ed. Belo Horizonte. Coopmed; 2008. p.700.
19. Jorm AF, Korten AE. Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *BR J Psychiatric*. 1988;152:209-13.
20. Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability and some norms. *Psychol Med*. 1989;19:1015-1022.
21. Tang WK, Chan SSM, Chiu HFK et al. Can IQCODE detect poststroke dementia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18: 706-710.
22. Ehrensperger MM, Berres M, Taylor KI, Monsch AU. Screening properties of the German IQCODE with a two-year time frame in MCI and Early Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 2010, 22:1, 91-100.
23. Gomes JS. *Contribuição para a Validação do IQCODE - Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*. [Dissertação]. Coimbra. Escola Superior de Altos Estudos. 2011.
24. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni I, Wahlund LO, et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of International Working Group n Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*. 2004;256(3):240-6.
25. Fassbender K, Simons M, Bergmann C, et al. Simvastatin strongly reduces levels of Alzheimer's disease beta-amyloid peptides. Abeta 42 and Abeta 40 in vitro and in vivo. *ProcNatlAcadSci USA*. 2001;98:5856-5861.
26. Simons M, Keller P, De Strooper B, Beyreuther K, Dotti CG, Simons K. Cholesterol depletion inhibits the generation of beta-amyloid in hippocampal neurons. *ProcNatlAcadSci USA*. 1998;95:1354-1357.

27. Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24, 145–153.
28. Law, S. and Wolfson, C. (1995). Validation of a French version of an informant-based questionnaire as a screening test for Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 167, 541–544.
29. Lim, H. J., Lim, J. P. P., Anthony, P., Yeo, D. H. H. and Sahadevan, S. (2003). Prevalence of cognitive impairment amongst Singapore's elderly Chinese: a community-based study using the ECAQ and the IQCODE. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 142–148.
30. Ozel-Kizil ET, Turan ED, Yilmaz E, Cangoz B, Uluc S. Discriminant Validity and Reliability of the Turkish Version of Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE-T). *Archives of Clinical Neuropsychology* 25 (2010) 139–145.

Tabela 1. Distribuição dos dados demográficos de acordo com o diagnóstico e na população total em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

VARIÁVEL	GRUPO				P	TOTAL
	Normal	Depressão	CCL	Demência		
IDADE						
m ± dp	68,7 ± 6,9	69,3 ± 6,4	74,2 ± 7,9	74,3 ± 7,3	0,015*	72,1 ± 7,5
Faixa	61 - 82	60 - 82	62 - 90	61 - 86		60 - 90
SEXO - n (%)						
Masculino	4 (25,0)	4 (19,0)	8 (40,0)	8 (26,7)	0,498\$	24 (27,6)
Feminino	12 (75,0)	17 (81,0)	12 (60,0)	22 (73,3)		63 (72,4)
FAIXA ETÁRIA - n (%)						
60-69	11 (68,8)	11 (52,4)	5 (25,0)	8 (26,7)		35 (40,2)
70-79	3 (18,8)	9 (42,9)	10 (50,0)	14 (46,7)	0,038#	36 (41,4)
80 ou +	2 (12,5)	1 (4,8)	5 (25,0)	8 (26,7)		16 (18,4)
ESCOLARIDADE - n (%)						
Analfabeto	4 (25,0)	4 (19,0)	11 (55,0)	12 (40,0)		31 (35,6)
1o. grau incomp	6 (37,5)	15 (71,4)	8 (40,0)	14 (46,7)	0,043#	43 (49,4)
1o. grau compl	6 (37,5)	2 (9,5)	1 (5,0)	4 (13,3)		13 (14,9)
<b>TOTAL - n</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>30</b>		<b>87</b>

\* ANOVA

\$ Qui-quadrado de Pearson

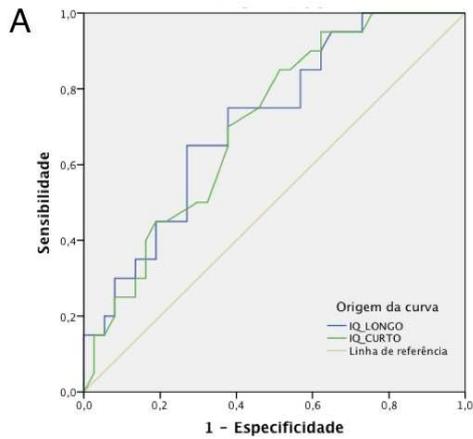
# Teste Exato de Fisher

Tabela 2. Valores médios, desvios padrões, medianas e faixas dos resultados finais das versões completa e reduzida do IQCODE, de acordo com o diagnóstico, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

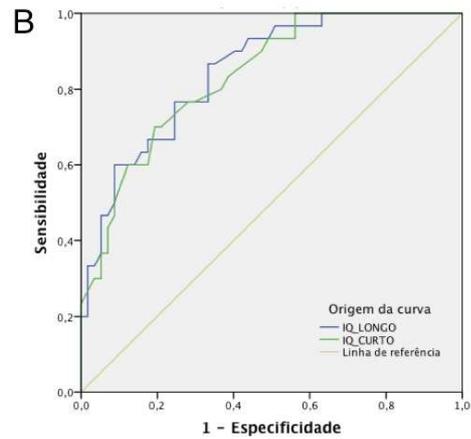
IQCODE	Grupo				P*	P%
	Normal (N=16)	Depressão (N=21)	CCL (N=20)	Demência (N=30)		
<b>COMPLETO</b>						
m ± dp	3,18 ± 0,16	3,38 ± 0,22	3,48 ± 0,24	3,78 ± 0,35		
med	3,18	3,39	3,41	3,74	<0,001	<0,001
faixa	2,96 - 3,54	3,00 - 3,76	3,13 - 4,00	3,24 - 4,50		
<b>REDUZIDO</b>						
m ± dp	3,15 ± 0,18	3,39 ± 0,28	3,48 ± 0,27	3,83 ± 0,41		
med	3,13	3,38	3,41	3,78	<0,001	<0,001
faixa	2,94 - 3,57	3,00 - 4,00	3,07 - 4,00	3,27 - 4,69		

\* Valor de P calculado pela análise de variância (*one way ANOVA*).

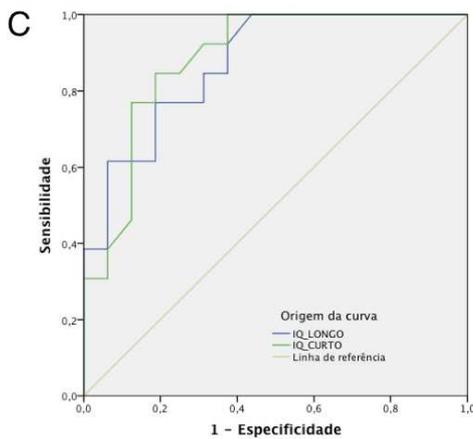
% Valor de P corrigido para idade e escolaridade.



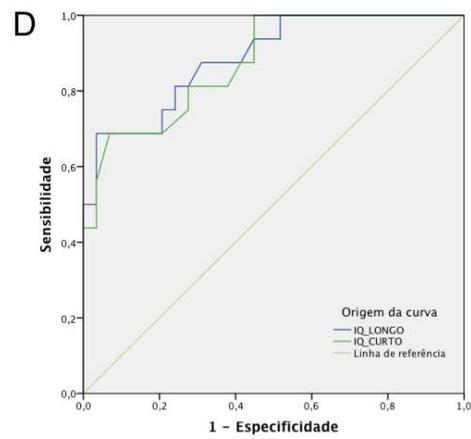
Área sob a curva: Completo = 0,716; Reduzido = 0,707  
 Ponto de corte para IQCODE completo >3,35 (S=75,0% ; E=62,2%)  
 Ponto de corte para IQCODE reduzido >3,33 (S=70,0% ; E=62,2%)



Área sob a curva: Completo = 0,846 ; Reduzido = 0,834  
 Ponto de corte para IQCODE completo >3,42 (S=86,7% ; E=66,7%)  
 Ponto de corte para IQCODE reduzido >3,48 (S=76,7% ; E=71,9%)



Área sob a curva: Completo = 0,873 ; Reduzido = 0,885  
 Ponto de corte para IQCODE completo >3,33 (S=76,9% ; E=81,2%)  
 Ponto de corte para IQCODE reduzido >3,22 (S=84,6% ; E=81,2%)



Área sob a curva: Completo = 0,888 ; Reduzido = 0,876  
 Ponto de corte para IQCODE completo >3,42 (S=81,3% ; E=75,9%)  
 Ponto de corte para IQCODE reduzido >3,46 (S=75,0% ; E=72,4%)

Figura 1. Curva ROC mostrando a relação da sensibilidade com a especificidade dos valores das versões completa e reduzida do IQCODE para o diagnóstico de CCL e demência, em 87 idosos atendidos no ambulatório de envelhecimento cerebral, provenientes da ESF de Porto Alegre.

A – Diagnóstico de CCL na população total (N=87). B – Diagnóstico de demência na população total (N=87). C – Diagnóstico de CCL nos idosos sem depressão (N=66). D – Diagnóstico de demência nos idosos sem depressão (N=66).

## Artigo Submetido para Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Qualis B1 interdisciplinar.

Artigo para submissão



Leonardo Carrabba  10:13 Documentos  
Para: revistabgg@gmail.com, crderbgg@uerj.br ↘

 1 anexo (290,3 KB)

Outlook.com Exibição Ativa ^



[Baixar como zip](#)

Bom dia, estou encaminhando em anexo um artigo, fruto de uma dissertação de mestrado para apreciação.  
Desde já,  
Agradeço.

Leonardo Henrique Grigolo Carrabba  
Enfermeiro do HNSC  
Avenida Francisco Trein,596  
Mestrando em Gerontologia Biomédica - IGG / PUCRS  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Cel: (51) 9808-6214  
E-mail: leonardo.enf@hotmail.com  
CV Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4457976U6>

## 11. ANEXOS

**ANEXO A – IQCODE**

IQCODE

Nome do informante: \_\_\_\_\_

Nome do idoso: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

### Instruções sobre como começar o IQCODE

***“ Gostaria que o (a) Senhor (a) recordasse o estado em que o Sr (a) X (FALAR O NOME DO IDOSO) se encontrava há dez anos, em 2002, e o comparasse com seu estado atual. Descrevemos abaixo situações em que ele (a) tenha de usar a memória ou o raciocínio e eu gostaria que o (a) Sr (a) dissesse se, nesse aspecto, ele (a) melhorou, piorou, ou permaneceu na mesma nos últimos 10 anos.***

***É muito importante comparar o desempenho atual do Sr (a) X com o de 10 anos atrás. Deste modo, se há dez anos ele (a) sempre se esquecia onde havia deixado as coisas e isso ainda acontece, então isto será considerado como “POUCA MUDANÇA”. Diga-me, a seguir as mudanças que o (a) Senhor (a) observou, apontando no cartão a melhor resposta para cada item.***

***Comparado com seu estado há dez anos, com está o Sr (a) X em...”***

## IQCODE

1. Lembrar de rostos de parentes e amigos		1	2	3	4	5
2. Lembrar dos nomes de parentes e amigos		1	2	3	4	5
3. Lembrar de fatos relacionados a parentes e amigos como, por exemplo: suas profissões, aniversários e endereços.		1	2	3	4	5
4. Lembrar de acontecimentos recentes (Coisas que aconteceram nos últimos três meses)		1	2	3	4	5
5. Lembrar-se de conversas depois de poucos dias (Conversas que aconteceram nos últimos três dias)		1	2	3	4	5
6. No meio de uma conversa, esquecer o que ele(a) queria dizer		1	2	3	4	5
7. Lembrar do próprio endereço e telefone		1	2	3	4	5
8. Saber o dia o mês em que estamos		1	2	3	4	5
9. Lembrar onde as coisas são geralmente guardadas (Por exemplo, as roupas e os talheres).		1	2	3	4	5
10. Lembrar onde encontrar coisas que foram guardadas em lugares diferentes daqueles em que costuma guardar (por exemplo, os óculos, as chaves, o dinheiro).		1	2	3	4	5
11. Adaptar-se a qualquer mudança no dia-a-dia		1	2	3	4	5
12. Saber utilizar aparelhos domésticos (Por exemplo, liquidificador, ferro elétrico, fogão, gás).		1	2	3	4	5
13. Aprender a utilizar um novo aparelho existente na casa (Algum aparelho novo que tenha comprado recente).		1	2	3	4	5
14. Aprender coisas novas em geral		1	2	3	4	5
15. Lembrar das coisas que aconteceram na juventude (por exemplo, em que trabalhou quando era jovem).		1	2	3	4	5
16. Lembrar de coisas que ele (a) aprendeu na juventude		1	2	3		5
17. Entender o significado de palavras pouco utilizadas		1	2	3	4	5
18. Entender o que é escrito em revistas e jornais		1	2	3	4	

19.Acompanhar histórias em livros ou em programas de televisão (Por exemplo, acompanhar uma novela entendendo a história do início ao fim)		1	2	3	4	5
20.Escrever uma carta para amigos ou com fins profissionais		1	2	3	4	5
21.Conhecer importantes fatos históricos		1	2	3	4	5
22.Tomar decisões no dia-a-dia		1	2	3	4	5
23.Lidar com dinheiro para as compras		1	2	3	4	5
24.Lidar com assuntos financeiros, por exemplo: aposentadoria e conta bancária.		1	2	3	4	5
25.Lidar com outros cálculos do dia-a-dia, por exemplo: quantidade de comida a comprar, Há quanto tempo não recebe visitas de parentes ou amigos.		1	2	3	4	5
26.Usar sua inteligência para compreender e pensar sobre o que está acontecendo		1	2	3	4	5

Término da entrevista: \_\_\_\_\_

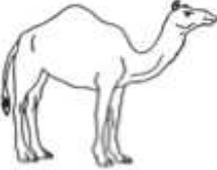
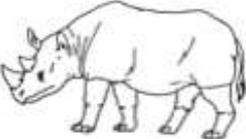
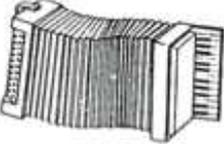
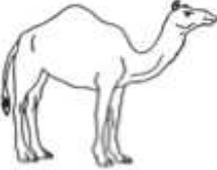
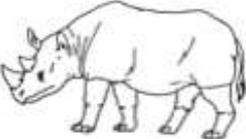
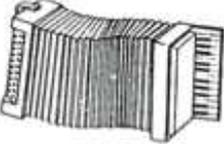
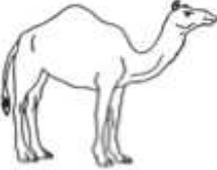
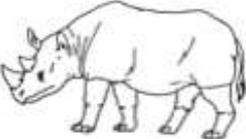
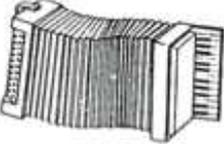
Total de pontos no questionário:

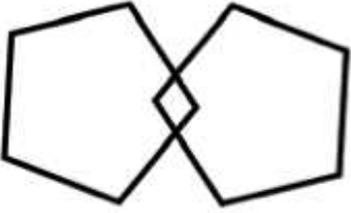
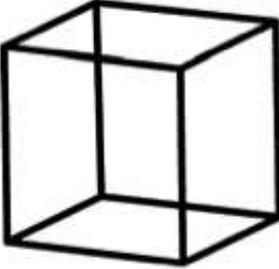


**ANEXO B - EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE**



FLUÊNCIA VERBAL – Letra "P" e Animais																							
<p>➤ <b>Letras</b></p> <p>Diga: " Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a) ? Você tem um minuto e a letra é "P".</p>	<p>[Escore 0-7]</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			A C I N E U L F F E M																			
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg																				
					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="text-align: right;">&gt;17</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">14-17</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">11-13</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">8-10</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">6-7</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">4-5</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">2-3</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">&lt;2</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">total</td><td style="text-align: right;">acertos</td></tr> </table>	>17	7	14-17	6	11-13	5	8-10	4	6-7	3	4-5	2	2-3	1	<2	0	total	acertos
>17	7																						
14-17	6																						
11-13	5																						
8-10	4																						
6-7	3																						
4-5	2																						
2-3	1																						
<2	0																						
total	acertos																						
<p>➤ <b>Animais</b></p> <p>Diga: "Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?"</p>	<p>[Escore 0-7]</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			A C I N E U L F F E M																			
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg																				
					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="text-align: right;">&gt;21</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">17-21</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">14-16</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">11-13</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">9-10</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">7-8</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">5-6</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">&lt;5</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">total</td><td style="text-align: right;">acertos</td></tr> </table>	>21	7	17-21	6	14-16	5	11-13	4	9-10	3	7-8	2	5-6	1	<5	0	total	acertos
>21	7																						
17-21	6																						
14-16	5																						
11-13	4																						
9-10	3																						
7-8	2																						
5-6	1																						
<5	0																						
total	acertos																						
LINGUAGEM - Compreensão																							
<p>➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):</p>			<p>[Escore 0-1]</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		A C I N E U L F F E M																		
Feche os olhos																							
<p>➤ Comando : " Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão." Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</p>			<p>[Escore 0-3]</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		A C I N E U L F F E M																		
LINGUAGEM - Escrita																							
<p>➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.</p>			<p>[Escore 0-1]</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>		A C I N E U L F F E M																		

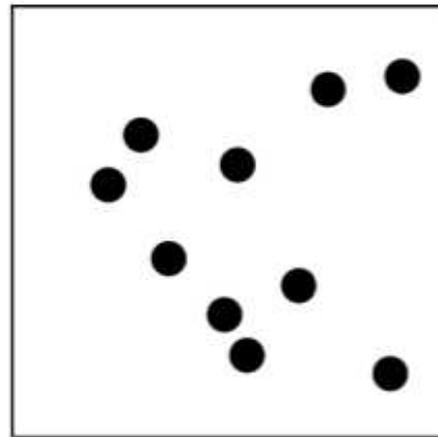
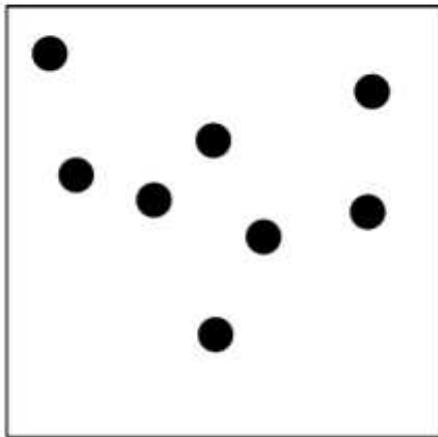
L I N G U A G E M - R e p e t i ç ã o														
<p>➤ Peça ao indivíduo para repetir:  <b>"hipopótamo" ; "excentricidade"; "ininteligível" ; "estatístico"</b>.                      Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você.                      Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.</p>	[Escore 0-2] <input type="text"/>													
<p>➤ Peça ao indivíduo que repita: <b>"Acima, além e abaixo"</b></p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>													
<p>➤ Peça ao indivíduo que repita: <b>" Nem aqui, nem ali, nem lá"</b></p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>													
L I N G U A G E M - N o m e a ç ã o														
<p>➤ Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>													[Escore 0-2] caneta + relógio <input type="text"/>  [Escore 0-10] <input type="text"/>	M  E  G  A  U  G  N  I  L
														
														
														
														
L I N G U A G E M - C o m p r e e n s ã o														
<p>➤ Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____</li> <li>• Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____</li> <li>• Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____</li> <li>• Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____</li> </ul>	[Escore 0-4] <input type="text"/>													

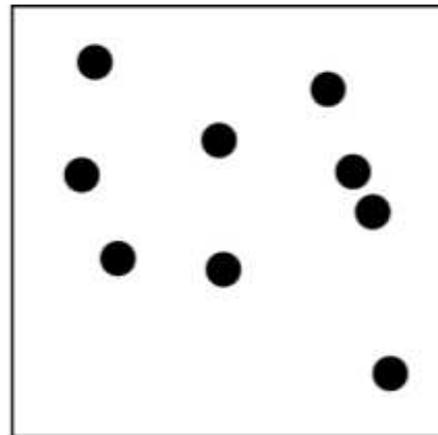
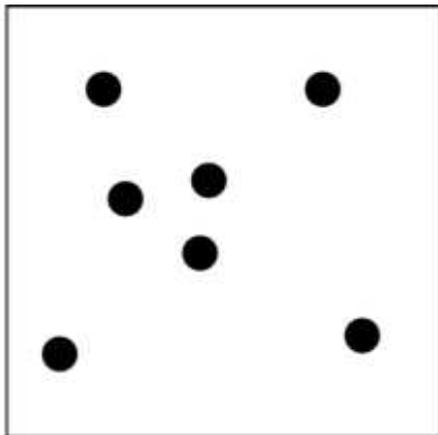
LINGUAGEM - Leitura			
<p>➤ Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas]</p> <p style="text-align: center;"><b>táxi</b> <b>testa</b> <b>saxofone</b> <b>fixar</b> <b>ballet</b></p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>		L I N G U A G E M
HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS			
<p>➤ <b>Pentágonos sobrepostos:</b> Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>		L
			A
<p>➤ <b>Cubo:</b> Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)</p>	[Escore 0-2] <input type="text"/>		P
			A
<p>➤ <b>Relógio:</b> Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h. (para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)</p>	[Escore 0-5] <input type="text"/>		S
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
			U
			A
			L
			V
			I
			S
			U
			A
			L
			-
			E
			S
			S
</			

**HABILIDADES PERCEPTIVAS**

➤ Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los.

[Escore 0-4]



V I S U A L - E S P A C I A L

HABILIDADES PERCEPTIVAS			
➤ Peça ao indivíduo para identificar as letras:			[Escore 0-4] <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		VISUAL - ESPACIAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO			
➤ Peça "Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo".			
<b>Renato Moreira</b> Rua Bela Vista 73 Santarém Pará	..... ..... ..... .....		[Escore 0-7] <input type="text"/>
➤ Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo "Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z?" e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.			[Escore 0-5] <input type="text"/>
Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação
37	73	76	Recordação
Santana	Santarém	Belém	Recordação
Pará	Ceará	Paraíba	Recordação
Escore Geral			
		MEEM	/30
		ACE-R	/100
Subtotais			
		Atenção e Orientação	/18
		Memória	/26
		Fluência	/14
		Linguagem	/26
		Visual-espacial	/16

VISUAL - ESPACIAL

MEMÓRIA

ESCORES

**ANEXO C – BATERIA NEUROPSICOLÓGICA BASEADA NO CERAD**

## BATERIA NEUROPSICOLÓGICA

### 1. MEMÓRIA DA LISTA DE PALAVRAS DO CERAD

São apresentadas 10 palavras, uma a uma, com tempo de 2 segundos de apresentação por palavra. Cada palavra deve ser lida pelo examinador. Ao fim da leitura das palavras o examinado tem **90 segundos para evocar o maior número de palavras possível.** As palavras são apresentadas mais duas vezes, em ordens distintas, com o mesmo tempo para evocação (90 segundos).

*“ Vou ler uma lista de palavras. Preste bastante atenção, pois quando eu terminar você deverá falar tantas palavras quantas puder se lembrar. Procure apenas se lembrar do máximo de palavras que puder.”*

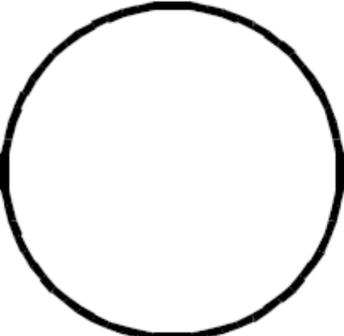
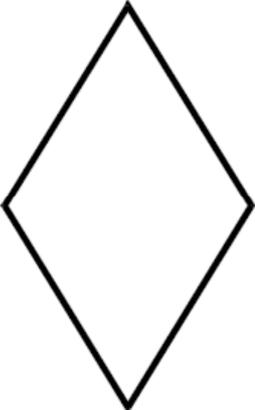
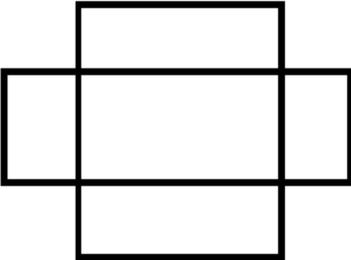
- **(90 segundos para evocar o maior número de palavras possível nas três tentativas)**

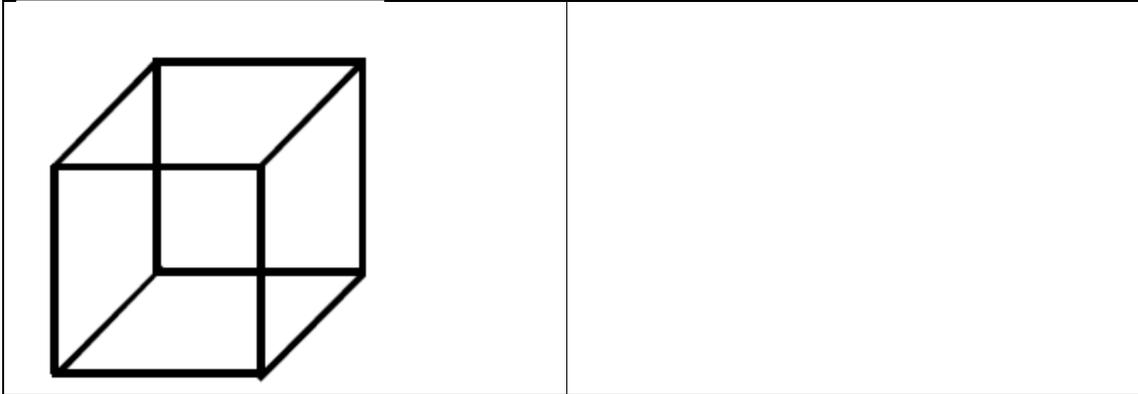
1ª Tentativa	Ordem	2ª Tentativa	Ordem	3ª Tentativa	Ordem
Manteiga		Praia		Cabana	
Braço		Braço		Bilhete	
Praia		Cabana		Poste	
Carta		Manteiga		Rainha	
Rainha		Poste		Motor	
Cabana		Motor		Carta	
Poste		Erva		Erva	
Bilhete		Rainha		Braço	
Erva		Bilhete		Manteiga	
Motor		Carta		Praia	
<b>Total</b>		<b>Total</b>		<b>Total</b>	

**4- PRAXIA CONSTRUTIVA (Desenhos CERAD)**

Quatro desenhos (círculo, losango, retângulos superpostos e cubo) devem ser copiados, com o máximo de **dois minutos para cópia de cada um**. Acionar o cronômetro quando o paciente começar a copiar o desenho, interromper após dois minutos.

“Copieo desenho no espaço ao lado” (**dois minutos para cópia de cada um**).



### 5- EVOCAÇÃO DA LISTA DE PALAVRAS

É dado um período de 90 segundos para que o examinado evoque o maior número de palavras apresentadas anteriormente.

*“Me diz o maior número de palavras que puder se lembrar da lista que li anteriormente.”(90 segundos)*

1.	7.	13.
2.	8.	14.
3.	9.	15.
4.	10.	16.
5.	11.	17.
6.	12.	18.

**6- RECONHECIMENTO DA LISTA DE PALAVRAS**

“Vou ler uma lista de palavras e você deve me dizer se essas palavras estavam ou não naquela lista que li anteriormente.” Colocar S (Sim) ou N (Não) ao lado das palavras.

1.IGREJA	6.PRAIA	11.RAINHA	16.CORDA
2.CAFÉ	7.CINCO	12.CABANA	17.BILHETE
3.MANTEIGA	8.CARTA	13.CHINELO	18.TROPA
4.DÓLAR	9.HOTEL	14.POSTE	19.ERVA
5.BRAÇO	10.MONTANHA	15.ALDEIA	20.MOTOR

**7- EVOCAÇÃO DAS PRAXIAS (DOS DESENHOS)**

Os quatros desenhos feitos anteriormente devem ser reproduzidos.

“Agora quero que você faça os desenhos que copiaste anteriormente.” Entregar uma folha para o paciente e pedir que ele faça os desenhos de memória. **Anotar na folha o nome do paciente.**

**9- TESTE DE NOMEAÇÃO DE BOSTON (VERSÃO RESUMIDA)**

São apresentadas 15 figuras (uma a uma) para o paciente e ele deve nomeá-las: cama, árvore, casa, apito, flor, escova de dentes, camelo, máscara, vulcão, canoa, dominó, rede, funil, gaita e pegador de gelo.

1.	6.	11.
2.	7.	12.
3.	8.	13.
4.	9.	14.
5.	10.	15.

**11 - FLUÊNCIA VERBAL (FAS)**

“Agora, eu quero que você me diga o maior número de palavras com a letra F que você conhece o mais rápido que puder em um minuto. Não vale nome próprio (pessoas e lugares. Pode começar (acionar o cronômetro e marcar um minuto)!”

1.	11.	21.
2.	12.	22.
3.	13.	23.
4.	14.	24.
5.	15.	25.
6.	16.	26.
7.	17.	27.
8.	18.	28.
9.	19.	29.
10.	20.	30.

“Agora, eu quero que você me diga o maior número de palavras com a letra A que você conhece o mais rápido que puder em um minuto. Não vale nome próprio (pessoas e lugares. Pode começar (acionar o cronômetro e marcar um minuto)!”

1.	11.	21.
2.	12.	22.
3.	13.	23.
4.	14.	24.
5.	15.	25.
6.	16.	26.
7.	17.	27.
8.	18.	28.
9.	19.	29.
10.	20.	30.

“Agora, eu quero que você me diga o maior número de palavras com a letra S que você conhece o mais rápido que puder em um minuto. Não vale nome próprio (pessoas e lugares. Pode começar (acionar o cronômetro e marcar um minuto)!”

1.	11.	21.
2.	12.	22.
3.	13.	23.
4.	14.	24.
5.	15.	25.
6.	16.	26.
7.	17.	27.
8.	18.	28.
9.	19.	29.
10.	20.	30.

**ANEXO D – MINI VERSÃO 5.0**

# **M.I.N.I.**

## **Mini International Neuropsychiatric Interview**

**Brazilian version 5.0.0**

**DSM IV**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

**NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) :** \_\_\_\_\_ **PROTOCOLO NÚMERO:** \_\_\_\_\_  
**DATA DE NASCIMENTO :** \_\_\_\_\_ **HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_  
**NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A):** \_\_\_\_\_ **HORA DO FIM DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_  
**DATA DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_ **DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_

**MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current**

<b>MÓDULOS</b>	<b>PERÍODOS EXPLORADOS</b>	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.ª EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

## INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

### • Entrevista:

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

### • Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

### • Convenções:

*As frases escritas em “letras minúsculas”* devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

*As frases escritas em “MAIÚSCULAS”* não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

*As frases escritas em “negrito”* indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

*As frases escritas entre (parêntesis)* são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra ( / ) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

*As respostas com uma seta sobreposta (→)* indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

### • Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA  
Inserm U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE

Patrícia AMORIM  
N.A. P. S. Novo Mundo  
Avenida Manchester 2000  
Jd Novo Mundo  
74000 – Goiânia - Goiás  
BRASIL

David SHEEHAN  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
TAMPA, FL USA 33613-4788

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : [hergueta@ext.jussieu.fr](mailto:hergueta@ext.jussieu.fr)

Tel: + 55 62 208 85 50  
fax: + 55 62 285 43 60  
e-mail: [p.amorim@persogo.com.br](mailto:p.amorim@persogo.com.br)

ph: +1 813 974 4544  
fax: +1 813 974 4575  
e-mail : [dsheehan@com1.med.usf.edu](mailto:dsheehan@com1.med.usf.edu)

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	➔ NÃO	SIM	

#### A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)<br>COTAR <b>SIM</b> , SE RESPOSTA <b>SIM</b> NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?   | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?   | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?  | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?  | NÃO | SIM | 9 |

#### A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</b>	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

- |     |   |          |     |    |
|-----|---|----------|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [ SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g ]? | ➔<br>NÃO | SIM | 10 |
| b   | Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?  | NÃO      | SIM | 11 |

#### A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO</b>	

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

**A7. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)**

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	<b>A2 É COTADA SIM ?</b>	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	<b>SE NÃO:</b> Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
	<b>A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?</b>	➔ NÃO	SIM	

**Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:**

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	<b>A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?</b>	NÃO	SIM	17
e	<b>A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?</b>	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO      SIM

**EPISÓDIO  
DEPRESSIVO MAIOR  
com Características  
Melancólicas  
ATUAL**

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

## B. DISTIMIA

*Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.*

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	➔ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	➔ SIM	21
B3	<b>Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:</b>			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	<b>HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?</b>	➔ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	➔ NÃO	SIM	28
	<b>B4 É COTADA SIM?</b>	NÃO      SIM  <b><i>DISTIMIA ATUAL</i></b>		

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### C. RISCO DE SUICÍDIO

#### Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

#### Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

- C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE
- C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
- C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
<b>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</b>	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
ELEVADO	<input type="checkbox"/>

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE “SIM” b Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE “SIM” b Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	<b>D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?</b>	➔ NÃO	SIM	
D3	SE <b>D1b</b> OU <b>D2b</b> = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE <b>D1b</b> E <b>D2b</b> = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	<b>Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :</b>			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)?	NÃO	SIM	11

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3  
OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

➔  
NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	<b>Durante a crise em que se sentiu pior :</b>			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
SE E5 = "NÃO", PASSAR a E7.				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ?	NÃO	SIM	17
SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>				

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

*Agorafobia Atual*

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “NÃO”  
e  
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</b>	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”  
e  
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</b>	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “SIM”  
e  
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
<b>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</b>	

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	➔ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	➔ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	➔ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
<b>FOBIA SOCIAL ATUAL</b>	

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) <b>ou</b> que tinha micróbios <b>ou</b> medo de contaminar os outros <b>ou</b> de agredir alguém mesmo contra a sua vontade <b>ou</b> de agir impulsivamente <b>ou</b> medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins <b>ou</b> ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis <b>ou</b> uma necessidade de colecionar <b>ou</b> ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1
NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.				

SE H1 = "NÃO", PASSAR A H4.

H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
----	---	-----	-----	---

SE H2 = "NÃO", PASSAR A H4

H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
----	---	-----	-----	---

H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?

➔  
NÃO SIM

H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	➔ NÃO	SIM	5
----	--	----------	-----	---

H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
----	--	-----	-----	---

H6 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM  
**TRANSTORNO  
OBSESSIVO-COMPULSIVO  
ATUAL**

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	➔ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	➔ NÃO	SIM	2

#### I3 Durante o último mês:

a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6 7
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	➔ NÃO	SIM	

#### I4 Durante o último mês:

a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4	➔ NÃO	SIM	

I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14
----	---	-----	-----	----

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</b>	

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

#### J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

#### J2 Durante os últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

→  
NÃO SIM

#### J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- |   |  |     |     |    |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?   | NÃO | SIM | 11 |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?   | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</i>	

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

K1	Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado”?	➔	NÃO	SIM
----	---	---	-----	-----

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
  - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
  - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
  - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

#### K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a   | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?  | NÃO | SIM | 1 |
| b   | Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?<br>Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? | NÃO | SIM | 2 |
| COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO |   |     |     |   |
| c   | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?   | NÃO | SIM | 3 |
| d   | Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?   | NÃO | SIM | 4 |
| e   | Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?  | NÃO | SIM | 5 |

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ?                                     | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): \_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL</b>	

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/  
VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO	➔ SIM
-----	----------

**K3 Durante os últimos 12 meses:**

- |   |  |     |     |    |
|---|--|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou " de cabeça feita / chapado" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?<br>COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8  |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.?  | NÃO | SIM | 9  |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?   | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ?  | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : \_\_\_\_\_

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL</b>	

## L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTES MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

**DELÍRIOS BIZARROS** : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

**ALUCINAÇÕES BIZARRAS**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

				<b>BIZARRO</b>	
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L.6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L.6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR " <b>SIM</b> " APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	<b>SE SIM</b> : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR " <b>SIM</b> " "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	<b>SE SIM</b> : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM →L.8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13	
b	<b>SE SIM</b> : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14	
<b>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</b>					
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15	
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16	
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17	
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO      SIM <b>SÍNDROME PSICÓTICA          ATUAL</b>			
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO      SIM <b>SÍNDROME PSICÓTICA          VIDA INTEIRA</b>			
L13a	<b>SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:</b> O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4) OU PASSADO (A5b) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	→	NÃO	SIM	
b	<b>SE L13a É COTADA “SIM”:</b> Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram <b>somente</b> durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?	→	NÃO	SIM	18
	<b>SE L13a É COTADA “SIM”:</b> ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO      SIM <b>TRANSTORNO DO HUMOR          com Sintomas Psicóticos          ATUAL</b>			
d	<b>L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?</b>	NÃO      SIM <b>TRANSTORNO DO HUMOR          com Sintomas Psicóticos          VIDA INTEIRA</b>			

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

<b>Durante os últimos 3 meses:</b>				
M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo ( na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

**PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?**  
**PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?**

**NÃO      SIM**  
**ANOREXIA NERVOSA**  
**ATUAL**

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg)	Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	➔ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	➔ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	➔ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	➔ NÃO	SIM	11
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	➔ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8	NÃO	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem <b>sempre</b> que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?  * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)	NÃO	SIM	14
N8	N5 É COTADA “SIM” E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	NÃO      SIM  <b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>		
	N7 É COTADA “SIM” ?	NÃO      SIM  <b>ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</b>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE					
O3		<b>Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:</b>			
	a	Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?			<p>NÃO      SIM</p> <p><b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b></p>		

→ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

### O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana ( trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE					
O3		<b>Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:</b>			
	a	Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?			<p>NÃO      SIM</p> <p><b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</b></p>		

➔ IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

**P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)**

**P1 Antes dos 15 anos:**

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?      | NÃO | SIM | 1 |
| b | Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ? | NÃO | SIM | 2 |
| c | Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ?                         | NÃO | SIM | 3 |
| d | Destruiu ou incendiou coisas porque quis?                            | NÃO | SIM | 4 |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas porque quis?                           | NÃO | SIM | 5 |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você?                       | NÃO | SIM | 6 |

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

➔  
NÃO SIM

**P2 NÃO COTAR "SIM" AS RESPOSTAS ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.**

**Depois dos 15 anos:**

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário? | NÃO | SIM | 7  |
| b | Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?  | NÃO | SIM | 8  |
| c | Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?  | NÃO | SIM | 9  |
| d | Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?  | NÃO | SIM | 10 |
| e | Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?  | NÃO | SIM | 11 |
| f | Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?  | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA  
PERSONALIDADE  
ANTI-SOCIAL  
VIDA INTEIRA**

## REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolksy	P. Zvolksy
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

**ANEXO E – GDS-15**

### Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)

A Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15). Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave.

1	Você está satisfeito com a sua vida?
2	Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?
3	Você sente que sua vida está vazia?
4	Você sente-se aborrecido com freqüência?
5	Está você de bom humor na maioria das vezes?
6	Você teme que algo de ruim lhe aconteça?
7	Você se sente feliz na maioria das vezes?
8	Você se sente freqüentemente desamparado?
9	Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?
12	Você se sente inútil?
13	Você se sente cheio de energia?
14	Você sente que sua situação é sem esperança?
15	Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você?
Contagem máxima de GDS = 15	

**ANEXO F – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTIFICA DA PUCRS**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 13 de setembro de 2012.

Senhor (a) Pesquisador (a) Leonardo Henrique Grigolo Carraba,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa "SÍNDROME METABÓLICA E INCIDÊNCIA DE DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE-RS".

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

  
**Ângelo Bós MD;Ph.D**  
Coordenador Adjunto da CC/IGG

**PUCRS**

**Campus Central**  
Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000  
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862  
E-mail: [igg@pucrs.br](mailto:igg@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/igg](http://www.pucrs.br/igg)

**ANEXO G – APROVAÇÃO DO CEP, PLATAFORMA BRASIL**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Síndrome Metabólica e incidência de declínio cognitivo em idosos da estratégia saúde da família do município de Porto Alegre-RS.

**Pesquisador:** IRENIO GOMES DA SILVA FILHO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10668813.9.0000.5336

**Instituição Proponente:** UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 228.937

**Data da Relatoria:** 22/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

**Título:** Síndrome Metabólica e incidência de declínio cognitivo em idosos da estratégia saúde da família do município de Porto Alegre-RS.

**Pesquisador responsável:** Irenio Gomes da Silva Filho

#### Objetivo da Pesquisa:

**Primário:**

Comparar a evolução das funções cognitivas e a incidência de declínio cognitivo em idoso com e sem diagnóstico de síndrome metabólica.

**Secundário:**

Determinar a acurácia do instrumento IQCODE para diagnóstico de declínio cognitivo em idosos. Determinar o ponto de corte do instrumento IQCODE para o diagnóstico de declínio cognitivo.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação dos riscos e benefícios parece adequada. Os riscos são mínimos e o estudo visa contribuir para o conhecimento científico da área da saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado em Gerontologia Biomédica no Instituto de Geriatria

**Endereço:** Av.Ipiranga, 6681

**Bairro:**

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (513)320--3345

**Fax:** (513)320--3345

**E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



e Gerontologia da PUCRS elaborado pelo aluno Leonardo Henrique Grigolo Carraba, sob orientação do Dr. Irenio Gomes da Silva Filho (Pesquisador Responsável).

O estudo é um desdobramento longitudinal, de um estudo transversal, de base populacional, que está sendo realizado desde março de 2011, em uma amostra aleatória da população de idosos atendidos pela ESF (Estratégia Saúde da Família) do município de Porto Alegre (EMI-SUS - Estudo Multidimensional dos Idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde). Como consequência do estudo, idosos com qualquer alteração na avaliação neuropsicológica estão sendo encaminhado para acompanhamento no ambulatório de Envelhecimento Cerebral do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), constituindo uma coorte. Desta forma, a coorte é composta pela avaliação inicial, realizada no estudo transversal, onde é diagnosticada a síndrome metabólica e identificados os idosos, sem declínio cognitivo, mas com avaliação neuropsicológica borderline, e pelo seguimento 1 a 2 anos após a avaliação inicial. Neste segundo momento é verificado quem tem diagnóstico de declínio cognitivo, comparando com a avaliação inicial. A população em estudo é de idosos atendidos pela estratégia de saúde da família, que apresentaram alguma anormalidade cognitiva na avaliação neurológica ou neuropsicológica (escore Z entre -1,0 e -2,0) ou na triagem para transtorno do humor e que não preencheram critérios para o diagnóstico de Demência, Incapacidade Cognitiva Leve (MCI - Mild Cognitive Impairment) ou Episódio Depressivo Maior, que serão reavaliados 1 a 2 anos após a avaliação inicial. O estudo foi projetado para uma amostra aleatória de 1080 idosos provenientes de 30 diferentes equipes da ESF das 97 existentes. O estudo será realizado com os idosos encaminhados do EMI-SUS que forem atendidos no Ambulatório de Envelhecimento Cerebral do Hospital São Lucas no período de agosto de 2012 a outubro de 2013. Estima-se que nesse período sejam atendidos aproximadamente 250 idosos, dentre os quais estima-se que 50% terão diagnóstico de Síndrome Metabólica. O banco de dados será estruturado no File Maker Pro 11 e analisado no SPSS 17.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está claro e objetivo, explicando os procedimentos a serem realizados na pesquisa. Ademais, são informados os procedimentos relacionados à confidencialidade dos dados a serem obtidos, bem como os contatos do pesquisador responsável e do CEP/PUCRS. Há também Termo de Compromisso para Utilização de Dados. Os links dos currículos (modelo Lattes) dos pesquisadores estão presentes. Há Carta de aprovação da Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS e Carta de Conhecimento/Autorização do Chefe do Serviço de Neurologia do Hospital São Lucas-HSL da PUCRS. Quanto ao orçamento, os custos serão financiados pelo pesquisador responsável e pelo

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320--3345

Fax: (513)320--3345

E-mail: cep@puccrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO RIO GRANDE  
DO SUL - PUC/RS



HSL (rotina assistência; extra-rotina).

**Recomendações:**

Aprovação, pelos motivos abaixo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está adequado às exigências científicas e éticas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PORTO ALEGRE, 25 de Março de 2013

---

**Assinador por:**  
**Rodolfo Herberto Schneider**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Ipiranga, 6681

**Bairro:**

**CEP:** 90.619-900

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (513)320--3345

**Fax:** (513)320--3345

**E-mail:** cep@pucrs.br