UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

REBECA MENDES DE PAULA PESSOA

**Transtornos Neurocognitivos: conceitos, comparação entre critérios diagnósticos e
acurácia de testes neuropsicológicos em uma amostra de idosos da comunidade**

Ribeirão Preto – SP

2019

REBECA MENDES DE PAULA PESSOA

**Transtornos Neurocognitivos: conceitos, comparação entre critérios diagnósticos e
acurácia de testes neuropsicológicos em uma amostra de idosos da comunidade**

**“Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da
Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da
USP (BDTD)”**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Saúde
Mental do Departamento de Neurociências e
Ciências do Comportamento da Faculdade
de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção
do título de mestre.

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hortes N.
Chagas

Ribeirão Preto – SP

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Serviço de documentação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Pessoa, Rebeca Mendes de Paula.

Transtornos Neurocognitivos: conceitos, comparação entre critérios diagnósticos e acurácia de testes neuropsicológicos em uma amostra de idosos da comunidade/ Rebeca Mendes de Paula Pessoa- Ribeirão Preto, SP, 2019. 83 f.

Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Pós Graduação em Saúde Mental. Área de Concentração: Saúde Mental.

Orientador: Marcos Hortes Nisihara Chagas.

1.Demência 2. Transtorno neurocognitivo 3. Comunidade 4. Testes neuropsicológicos.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Rebeca Mendes de Paula Pessoa

Título: Transtornos Neurocognitivos: conceitos, comparação entre critérios diagnósticos e acurácia de testes neuropsicológicos em uma amostra de idosos da comunidade

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências (Saúde Mental).

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Às minhas avós, Nilza e Marlene,
das quais sinto saudades diariamente.

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação reflete uma parte significativa da minha vida. Não foi fácil, mas com a ajuda de vocês se tornou possível. Por isso, agradeço em especial:

À minha família, em especial aos meus pais, *Vera e Fernando*, e irmãos, *Livia e Fernando*, que apesar da distância física, me apoiam em todas as minhas decisões. Sonhar fica mais fácil com vocês ao meu lado.

Ao meu orientador *Prof. Dr. Marcos Hortes Nisihara Chagas* pela paciência e ensinamentos durante todo esse percurso, no qual se tornou um amigo e figura que me inspira a ser uma profissional melhor a cada dia.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa ProVive, em especial à *Natália Mota* e ao *Lívio Leal*, pela parceria não só na coleta dos dados mas também em todo o caminho da pós-graduação e da vida.

Aos **voluntários** dessa pesquisa que disponibilizaram algum tempo de suas vidas para participar desse projeto sempre de forma solícita e gentil.

Aos amigos que com a companhia no dia-dia, não só nos momentos de alegria como nos de angústia, me ajudaram a tolerar a distância de casa, se tornando uma extensão da minha família. Gostaria de agradecer em especial à *Camylla, Alyssa, Ingrid e Olga*.

Muito Obrigada!

RESUMO

PESSOA, R. M. P. **Transtornos Neurocognitivos: conceitos, comparação entre critérios diagnósticos e acurácia de testes neuropsicológicos em uma amostra de idosos da comunidade.** 2019. 83 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

INTRODUÇÃO: A demência ou transtorno neurocognitivo maior (TNM) é uma síndrome clínica, que cursa com deterioração dos domínios cognitivos, alterações de comportamento e prejuízo funcional. Com o lançamento da 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), em 2013, mudanças importantes ocorreram nos critérios diagnósticos dessa síndrome. Dentre as alterações, podemos citar a utilização de testes neuropsicológicos para documentar o prejuízo cognitivo, em conjunto com a avaliação clínica, e a necessidade de declínio substancial em apenas um domínio cognitivo. Surge, portanto, um transtorno mais amplo, sendo ainda impreciso o impacto que essas mudanças gerarão na prevalência dessa patologia, principalmente quando se considera a população de países de baixa renda. **OBJETIVOS:** Foram realizados três estudos com os seguintes objetivos: 1) Realizar uma revisão narrativa da história e conceitos atuais dos transtornos neurocognitivos, 2) Comparar os critérios do DSM-5 e do DSM-IV para o diagnóstico de demência em idosos residentes em uma comunidade e 3) Avaliar a acurácia dos testes neuropsicológicos para transtornos neurocognitivos em uma população de baixa escolaridade. **MÉTODOS:** Os estudos clínicos foram realizados em idosos residentes em uma área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família na cidade de São Carlos, no estado de São Paulo. Cinco gerontólogos foram responsáveis pela aplicação dos testes neuropsicológicos, e os participantes também foram avaliados por psiquiatras em seus domicílios. A amostra total avaliada foi composta por 282 participantes, e variaram em cada estudo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS:** No primeiro estudo, ficaram evidentes as recentes mudanças nos critérios diagnósticos e a necessidade de medidas de promoção de saúde e prevenção do TNM. No segundo estudo, a prevalência de demência e do transtorno neurocognitivo maior foi 6,2% (95%

IC=3,4, 10,4%) e 8,1% (95%IC=4,8, 12,7%), respectivamente, com uma concordância entre os critérios do DSM-IV e do DSM-5 de 94,9%. No terceiro estudo, a prevalência de TNM no grupo analfabeto foi 19,3% (n=12), e no grupo com escolaridade de um a quatro anos, a prevalência foi de 10,6% (n=16). O MEEM foi o teste neuropsicológico com melhores valores de sensibilidade e especificidade para discriminar idosos com e sem transtorno neurocognitivo, tanto para idosos analfabetos como com escolaridade de um a quatro anos. Quando analisado as áreas sob a curva ROC, ficou evidente que os testes neuropsicológicos apresentaram uma menor acurácia quando aplicados em idosos analfabetos com relação a amostra com um a quatro anos de escolaridade. CONCLUSÕES: Com relação a mudança dos critérios diagnósticos para TNM, a prevalência de demência possivelmente não será substancialmente afetada. Entretanto, deve-se ter cautela ao aplicar testes neuropsicológicos em uma população idosa de baixa escolaridade como rastreio de transtornos neurocognitivos das mais diversas gravidades. Futuros estudos com amostras maiores parecem ser oportunos.

Palavras-chave: Demência. Transtorno neurocognitivo. Comunidade. Testes neuropsicológicos. Idoso.

ABSTRACT

PESSOA, R. M. P. Neurocognitive Disorders: concepts, comparison between diagnostic criteria and accuracy of neuropsychological tests in a sample of elderly in the community.

2019. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

INTRODUCTION: Dementia or major neurocognitive disorder is a clinical syndrome, which occurs with deterioration of cognitive domains, behavioral changes and functional impairment. With the launch of the DSM-5, in 2013, changes occurred in the diagnostic criteria of this syndrome. Among the alterations, we can mention the use of neuropsychological tests to document cognitive impairment, together with the clinical evaluation, and the need for substantial decline in only one cognitive domain. There is a broader pathology than the term unprecedented dementia, and the impact of these changes on the prevalence of this disorder is still imprecise, especially when considering the population of low-income countries.

OBJECTIVES: Three studies were carried out with the following objectives: 1) To carry out a narrative review of the history and current concepts of neurocognitive disorders, 2) to compare the DSM-5 and DSM-IV criteria for the diagnosis of dementia in elderly residents of a community and 3) To evaluate the accuracy of neuropsychological tests for neurocognitive disorders in a population with low educational level. **METHODS:** Clinical studies were performed on elderly people living in an area covered by a Family Health Unit in the city of São Carlos, in the state of São Paulo. Gerontologists were responsible for the application of neuropsychological tests, and the patients were also evaluated by psychiatrists in their homes. The total sample was composed of 282 participants and varied in each study according to the inclusion and exclusion criteria. **RESULTS:** In the first study, the recent changes in the diagnostic criteria and the need for health promotion and prevention measures of the major neurocognitive disorder were evident. In the second study, the prevalence of dementia and major neurocognitive disorder was 6.2% (95% CI = 3.4, 10.4%) and 8.1% (95% CI = 4.8, 12.7%), respectively, with a concordance between the DSM-IV criteria and DSM-5 of 94.9%. In the third study, the prevalence of major neurocognitive disorder in the illiterate group was

19.3% (n = 12), and in the group with one to four years of schooling, the prevalence was 10.6% (n = 16). The MMSE was the neuropsychological test with better values of sensitivity and specificity to discriminate the elderly with and without neurocognitive disorder, both for illiterate elderly and for the group with one to four years of schooling. When analyzing the areas under the ROC curve, it was evident that the neuropsychological tests presented a lower accuracy when applied in illiterate elderly than the sample with one to four years of schooling. CONCLUSIONS: With regard to changing the diagnostic criteria for major neurocognitive disorder, the estimated prevalence of dementia will not be substantially affected. However, caution should be exercised when applying neuropsychological tests in an elderly population of low educational level as a screening for neurocognitive disorders of the most diverse severities. Future studies with larger samples appear to be opportune.

Descriptors: Dementia. Major neurocognitive disorder. Community. Neuropsychological tests. Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Critérios para o diagnóstico de demência segundo o DSM-IV e transtorno neurocognitivo maior segundo o DSM-5.....	21
Tabela 2-	Características sociodemográficas dos participantes.....	33
Tabela 3-	Frequência de declínio cognitivo segundo os testes neuropsicológicos aplicados.....	34
Tabela 4-	Dados sociodemográficos do grupo de idosos analfabetos e com escolaridade de um a quatro anos	42
Tabela 5-	Área sob a Curva ROC, pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos testes neuropsicológicos para discriminar os grupos controle e transtorno neurocognitivo maior em idosos analfabetos.....	43
Tabela 6-	Área sob a Curva ROC, pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos testes neuropsicológicos para discriminar os grupos controle e transtorno neurocognitivo maior em idosos com 1 a 4 anos de escolaridade.....	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Fluxograma para o diagnóstico de demência segundo critérios do DSM-IV e do DSM-5.....	32
Figura 2-	Fluxograma dos participantes em cada grupo.....	40

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS UTILIZADAS

APA	Associação de Psiquiatria Americana
BBRC	Bateria Breve de Rastreio Cognitivo
CAMCOG	Teste Cognitivo de Cambridge
CERAD	<i>Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease neuropsychological battery</i>
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Demência por corpúsculos de Lewy
DP	Doença de Parkinson
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini exame do estado mental
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
NIA-AA	<i>National Institute on Aging and Alzheimer's Association</i>
NMDA	N-metil D-aspartato
SNC	Sistema nervoso central
TNM	Transtorno neurocognitivo maior
WHODAS 2.0	Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. CAPÍTULO I – DA DEMÊNCIA AO TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR: CONCEITOS E ASPECTOS ATUAIS.....	18
2.1. Introdução.....	18
2.2. Diagnóstico.....	20
2.3. Tratamento.....	23
2.4. Conclusão.....	28
3. CAPÍTULO II – COMPARAÇÃO DOS CRITÉRIOS DO DSM-IV E DO DSM-5 PARA DEMÊNCIA EM IDOSOS DE UMA COMUNIDADE.....	29
3.1. Introdução.....	29
3.2. Métodos.....	30
3.3. Resultados.....	33
3.4. Discussão.....	34
3.5. Conclusão.....	35
4. CAPÍTULO III – ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DE TESTES NEUROPSICOLÓGICOS PARA TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS EM AMOSTRA DE IDOSOS COM BAIXA ESCOLARIDADE NA COMUNIDADE.....	36
4.1. Introdução.....	36
4.2. Métodos.....	38
4.3. Resultados.....	41
4.4. Discussão.....	44
4.6. Conclusão.....	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
6. REFERÊNCIAS.....	50

7. APÊNDICES	59
7.1. APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
7.2. APÊNDICE B- Folha de resposta- Entrevista Psiquiátrica.....	62
7.3. APÊNDICE C- Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0).....	63

8. ANEXOS	65
8.1. ANEXO A- Protocolo - Programa Viva Bem a Velhice – ProVIVE.....	65

1.INTRODUÇÃO

A demência ou transtorno neurocognitivo maior é uma patologia que tem aumento exponencial com a idade, com prevalência global em pessoas maior de 60 anos que varia entre 5% e 7%, e em torno de 20% em maiores de 85 anos (PRINCE et al., 2013). A demência, como doença crônica, é caracterizada por um alto grau de incapacidade nas suas formas mais avançadas, sendo necessário, muitas vezes, cuidados paliativos (MITCHELL et al., 2009).

Devido ao exposto acima, fica nítido a importância desse diagnóstico na atualidade e no futuro, já que a população mundial tem apresentado nas últimas décadas uma tendência ao aumento da expectativa de vida.

O ponto inicial para isso seria uma definição mais homogênea dessa síndrome que possui diversas etiologias. Nesse sentido, em 2013, com o lançamento do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) na sua 5ª edição, mudanças significativas ocorreram na definição de demência, que passou a ser denominada transtorno neurocognitivo maior.

A síndrome demencial ao longo do tempo passou por várias modificações que tiveram impacto na prevalência deste transtorno, e o capítulo 1 desta dissertação apresenta uma revisão narrativa sobre aspectos históricos e atuais da demência. Uma das principais alterações presentes no DSM-5 é que o prejuízo de memória não é mais um critério essencial para o diagnóstico de demência. Além disso, a presença de declínio cognitivo em apenas um domínio já seria suficiente para o diagnóstico de transtorno neurocognitivo maior na presença de prejuízo funcional. Ressalta-se ainda a importância de que o desempenho cognitivo do paciente seja documentado por teste neuropsicológico padronizado ou avaliação clínica quantificada, de forma complementar, ao exame clínico (APA, 2013).

O capítulo 2 aborda um estudo de comparação dos critérios para demência segundo o DSM-IV e DSM-5 em idosos moradores na área de abrangência de uma unidade de saúde da família.

Avaliações cognitivas são mundialmente disponíveis e relativamente de baixo custo, mas estudos mostram que a acurácia delas é variável. Isso pode ser devido vários fatores, como, domínio cognitivo avaliado pela ferramenta, tempo de aplicação ou características do paciente. Os testes também podem diferir em termos de especificidade e sensibilidade (BELLEVILLE et al., 2014, 2017).

Principalmente na área da saúde mental, a cultura é um determinante crítico e complexo, exercendo influência na avaliação clínica, na pesquisa científica, na linguagem utilizada, na técnica da coleta de dados, nas normas e nos conceitos investigados (JORGE, 1998). Desta forma, faz-se imprescindível a adaptação transcultural dos instrumentos. Durante a adaptação de instrumentos, é importante considerar a escolaridade da amostra. E existe uma escassez de instrumentos validados para avaliação de cognição e de funcionalidade em populações de baixa escolaridade (PARRA, 2014). No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apesar da tendência de declínio das taxas de analfabetismo, em 2014, no contingente de 25 anos ou mais de idade, a parcela com pelo menos 11 anos de estudo ainda representava 42,5%, apenas. Sendo assim, estudos que abordem características psicométricas de instrumentos para avaliação cognitiva em uma população de baixa escolaridade são necessários para o diagnóstico de transtornos neurocognitivos na população brasileira, tema abordado no capítulo 3 desta dissertação.

2. CAPÍTULO I – DA DEMÊNCIA AO TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR: CONCEITOS E ASPECTOS ATUAIS

2.1. Introdução

O transtorno neurocognitivo maior ou a demência é uma síndrome clínica que cursa com deterioração dos domínios cognitivos, alterações de comportamento e prejuízo funcional (APA, 2013). Com o envelhecimento da população, o número de casos de demência tem aumentado progressivamente, principalmente nos países de média e baixa renda, elevando os gastos do sistema de saúde com cuidados e tratamento (ALLEGRI et al., 2007; WANG et al., 2008; PRINCE et al., 2013). Desta forma, medidas de detecção do transtorno em estágios iniciais, prevenção e tratamento poderiam ser úteis e importantes na tentativa de amenizar os prejuízos e diminuir o número de casos (FELDMAN et al., 2004). Considerando a importância desta síndrome, foi realizada uma revisão não sistemática dos principais aspectos relacionados a mesma.

Esta revisão foi publicada:

PESSOA, RM; DE FARIA, SM; MORAIS, D; CHAGAS, MH. Da Demência ao Transtorno Neurocognitivo Maior: Aspectos Atuais. **Revista Ciências em saúde**, v. 6, p. 5–17, 2016.

Breve histórico

O termo demência é originado do latim que significa *de* mais *mentis* (diminuição/falta da mente) e foi utilizado ao longo da história para caracterizar indivíduos que apresentavam deterioração de suas funções mentais cognitivas e comportamentais.

O primeiro caso descrito de doença de Alzheimer, causa mais comum da demência, foi feito por Alois Alzheimer em 1906 e descrevia a paciente Auguste D., a qual foi admitida com 51 anos no hospital de Frankfurt com delírios de ciúmes, persecutórios e alucinações auditivas e, rapidamente, progrediu com prejuízos de memória e desorientação (GOEDERT; SPILLANTINI, 2006; RAMIREZ-BERMUDEZ, 2012). Deve-se chamar a atenção para a exuberância de sintomas comportamentais e psicológicos. A avaliação neuropatológica deste caso revelou a presença de emaranhados neurofibrilares e placas senis, possibilitando a associação dos prejuízos cognitivos e comportamentais com alterações neuropatológicas. Cinco anos mais tarde, Emil Kraepelin cunhou o epônimo Doença de Alzheimer (DA) em seu Tratado de Psiquiatria, até então considerada demência pré-senil. Somente entre as décadas de 60 e 70,

após constantes debates na comunidade científica, alguns casos de demência pré-senil e a senil passaram a ser consideradas uma mesma entidade pela vasta maioria dos estudiosos e ambas foram denominadas como DA (WEBER, 1997; FÖRSTL, 2005).

O avanço tecnológico e progresso nas condições de saúde permitiu rápido aumento na expectativa de vida e a demência, principalmente a DA, transformou-se em uma epidemia, consequentemente o número de estudos na área aumentou exponencialmente. Os critérios diagnósticos para demência desde o DSM-III, possivelmente guiado pela DA, apresenta o prejuízo de memória como critério inclusivo e a necessidade de alteração em outro domínio cognitivo, além disso não inclui alterações de comportamento como parte do quadro, apesar de altamente prevalente nestes quadros (APA, 1980).

Somente 30 anos mais tarde e mais de 20 mil estudos realizados, segundo pesquisa realizada na base de dados PubMed com unitermo *dementia*, novos critérios para o diagnóstico de demência foram propostos pela *National Institute on Aging and Alzheimer's Association* (NIA-AA) e pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), incluindo entre os critérios, alterações comportamentais e de personalidade e cognição social. Desta forma, o critério passaria a ser mais sensível, possibilitando a identificação de maior número de casos. Além disso, foi proposta pela APA a substituição do nome demência por transtorno neurocognitivo maior, fornecendo descrição mais ampla do quadro.

Epidemiologia

Existe um aumento rápido e significativo da população brasileira acima de 60 anos. Dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 mostraram que existem mais de 20 milhões de brasileiros com idade superior a 60 anos, o que corresponde a 10,8% da população. Este percentual é mais que o dobro considerando os últimos 40 anos e em número absoluto esta população aumentou mais que quatro vezes. É esperado que esta faixa da população continue crescendo com o aumento progressivo da expectativa de vida. Concomitantemente, mesmo em um quadro otimista com a melhora do controle dos fatores de risco cardiovasculares e mudança do estilo de vida e, consequente, diminuição da prevalência de demência como tem ocorrido em alguns países da Europa, o número absoluto de casos deve crescer e muito com o rápido envelhecimento da população brasileira.

A prevalência de demência na população acima de 65 anos varia entre 5 e 7%, com maiores valores (8,5%) encontrados na América Latina (PRINCE et al., 2013). Atualmente, existem mais de 30 milhões de pessoas com demência no mundo, 58% destas vivendo em países de baixa ou média renda como o Brasil, e estimativas apontam que este número pode duplicar

em 20 anos (FELDMAN et al., 2004; WANG et al., 2008; SOSA-ORTIZ et al., 2012; PRINCE et al., 2013).

No Brasil, os estudos de prevalência encontraram taxas que variaram de 5,1% a 12,9% (BOTTINO et al., 2008; SCAZUFCA et al., 2008). As diferenças encontradas entre as taxas, possivelmente, estão relacionadas aos diferentes métodos e instrumentos utilizados, além de características próprias de cada região. Em número absoluto, estima-se que o Brasil seja o nono país com maior número de casos com demência, cerca de um milhão (PRINCE et al., 2013).

2.2. Diagnóstico

Mudanças nos critérios de demência no DSM-5

Em 2013, a Associação de Psiquiatria Americana publicou um novo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) com mudanças significativas no tópico sobre demência e transtornos cognitivos (APA, 2013). A primeira grande mudança refere-se à nomenclatura. A denominação demência foi substituída por transtorno neurocognitivo maior e os casos mais leves de prejuízo cognitivo sem interferência funcional, antes diagnosticados como comprometimento cognitivo leve, receberam a denominação de transtorno neurocognitivo leve. Neste, apesar de uma independência nas atividades cotidianas, pode haver estratégias compensatórias, necessidade de maior esforço ou acomodação. A utilização do termo demência ficou restrita aos transtornos neurocognitivos devido ao processo neurodegenerativo.

Segundo os critérios do DSM-5, os transtornos neurocognitivos são diagnosticados a partir de um declínio cognitivo em relação a um nível de desempenho anterior, reforçado pelo relato do próprio indivíduo, de um informante ou pela observação clínica. O DSM-5 ainda salienta a importância de que o desempenho cognitivo seja documentado por teste neuropsicológico padronizado ou avaliação clínica quantificada, de forma complementar (APA, 2013).

Outra mudança foi que o comprometimento de memória não é mais apreciado como critério essencial, conforme tabela 1. No DSM-IV, a memória deveria estar prejudicada independentemente da etiologia da síndrome demencial, o que satisfazia principalmente os casos de DA com evolução típica (FELDMAN et al., 2004; ALLEGRI et al., 2007; WANG et al., 2008; PRINCE et al., 2013). Entretanto, até 64% dos casos de DA de início precoce têm uma apresentação atípica ou sem prejuízo de memória, o que já vinha sendo levado em

consideração pelos critérios do *National Institute on Aging- Alzheimer's Association*, mas não pelo DSM-IV (JACK et al., 2011; TAY et al., 2015).

Além disso, houve um rearranjo geral nos domínios cognitivos do DSM-5 com destaque para atenção que aparece como critério independente. Comparativamente com o DSM-IV, mais duas importantes mudanças devem ser notadas: é possível fazer o diagnóstico com o prejuízo de apenas um domínio cognitivo, e a inclusão de cognição social.

A cognição social é um domínio complexo que inclui a capacidade de entender as crenças e intenções de outra pessoa e de compreender normas, procedimentos e regras sociais, as quais permitem as pessoas conviverem em sociedade. Segundo recomendações do DSM-5, este domínio pode ser avaliado pelo reconhecimento de emoções faciais e pela teoria da mente. Em relação ao último, Premack e Woodruff (1978) foram os primeiros pesquisadores a investigarem a teoria da mente em estudo com chimpanzés. A partir deste estudo, a teoria foi estudada em diversos transtornos neuropsiquiátricos e diversos testes foram propostos para investigação (CALL; TOMASELLO, 2008). Pacientes com demência apresentam pior desempenho nos testes de teoria da mente, inclusive com alguns estudos demonstrando que diferentes testes podem indicar o comprometimento de regiões cerebrais distintas (KEMP et al., 2012).

Tabela 1 - Critérios para o diagnóstico de demência segundo o DSM-IV e transtorno neurocognitivo maior segundo o DSM-5.

<u>DSM-IV</u>	<u>DSM-5</u>
Déficits cognitivos múltiplos:	Prejuízo em uma ou mais das seguintes áreas:
· Comprometimento de memória de fixação e evocação;	· Atenção;
Um ou mais das seguintes:	· Funcionamento executivo;
· Afasia;	· Aprendizado e memória;
· Apraxia;	· Linguagem;
· Agnosia;	· Percepção motora;
· Prejuízo de funções executivas.	· Cognição social.
Interfere no funcionamento social e ocupacional.	Interfere no funcionamento social e ocupacional.

Fonte: APA (1994, 2013)

O teste de reconhecimento de emoções faciais tem sido extensivamente estudado em pacientes com prejuízos cognitivos e parece piorar com a idade (SPOLETINI et al., 2008; ISAACOWITZ; STANLEY, 2011; VARJASSYOVÁ et al., 2013). Diferentes métodos e procedimentos foram utilizados para investigar a capacidade de reconhecimento de emoções

básicas (alegria, nojo, tristeza, surpresa, medo e raiva), a maioria delas utiliza as faces propostas por Ekman e Friesen (1976).

A inclusão do domínio cognição social, juntamente com as demais alterações nos critérios diagnósticos, possivelmente exigirão adaptação nos meios de investigação do quadro, tanto nos instrumentos de rastreamento quanto na investigação da demência.

Etiologia

As alterações cognitivas podem ser ou não resultantes diretos de comprometimento no Sistema Nervoso Central (SNC). Entre as patologias que acometem o SNC e estão relacionados com a síndrome demencial, pode-se citar: DA, demência por corpúsculos de Lewy (DCL), doença de Parkinson (DP), doença de Huntington e a paralisia supranuclear progressiva (NITRINI; CARAMELLI, 2003).

Na DA, principal causa de demência, a deposição de beta-amiloide e consequente formação de placas senis e os emaranhados neurofibrilares são responsáveis pelo desencadeamento do processo neurodegenerativo (HERRERA et al., 1998; CARAMELLI; BARBOSA, 2002; HAMDAN, BUENO, 2005). Em exames de neuroimagem, especialmente ressonância magnética de encefálica, as alterações mais comuns são: atrofia cortical difusa, redução do volume do hipocampo, aumento de sulcos corticais e aumento dos ventrículos laterais (SERRANO-POZO et al., 2011).

A DCL, atualmente é considerada a segunda causa de demência degenerativa, atrás apenas da DA (HANSEN et al., 2003). Nessa demência, proteínas neurofilamentares como ubiquitina e alfa-sinucleína agregam-se constituindo os corpos de Lewy, os quais se distribuem no córtex cerebral difusamente e nos núcleos monoaminérgicos do tronco encefálico (TEIXEIRA JR; CARDOSO, 2005).

A demência vascular é caracterizada por alterações vasculares que podem ser em pequenos vasos ou microangiopatia, com lesões especialmente na substância branca cerebral (leucoaraiose); devido a infartos estratégicos ou, ainda, por lesões subcorticais extensas, comprometendo as redes neurais (PARMERA; NITRINI, 2015).

O parkinsonismo, por sua vez, difere em sua etiologia e pode ser classificado em primário ou idiopático, secundário e atípico (ANDRÉ, 2004). Na DP idiopática, ocorre uma série de alterações funcionais resultantes de disfunções nos gânglios basais, relacionadas ao controle motor (LANG, 1996; FAHN, 2000). No parkinsonismo secundário, há uma causa específica como infecções, medicamentos, intoxicações exógenas, doença vascular cerebral,

hidrocefalia, traumatismo cranioencefálico, processos expansivos do SNC e distúrbios metabólicos (BARBOSA; SALLEM, 2005). Enquanto, no parkinsonismo atípico, existe associação com outras neurológicas degenerativas, como atrofia de múltiplos sistemas, paralisia supranuclear progressiva e DCL.

Em geral, outras condições médicas podem causar demências. São exemplos dessas condições: tumores cerebrais, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, hipotireoidismo, hipercalcemia, hipoglicemia, deficiências nutricionais de vitaminas (B12, tiamina ou niacina), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), neurosífilis, criptococose, distúrbios da função renal e hepática, esclerose múltipla, efeitos de medicamentos, doenças autoimunes, toxinas ambientais e efeito tóxico de substâncias de uso crônico como o álcool (LISHMAN, 1998).

Exames complementares

A avaliação do paciente com suspeita de transtorno neurocognitivo deve ter início por uma anamnese adequada e detalhada, de preferência com a presença de um informante com conhecimento sobre o paciente, além de um exame físico minucioso. Deve-se atentar para início dos sintomas, evolução da condição, comorbidades, medicações em uso, incluindo as substâncias psicoativas, e outros sintomas comportamentais e psicológicos associados.

Os exames complementares necessários em um paciente com suspeita diagnóstica são hemograma completo, creatinina, hormônio tireoestimulante, albumina, enzimas hepáticas, vitamina B12, ácido fólico, cálcio, reações sorológicas para sífilis e, em pacientes com idade inferior a 60 anos, com apresentações clínicas atípicas ou com sintomas sugestivos, sorologia para HIV. Um exame de neuroimagem, de preferência ressonância magnética, também deve ser solicitado. Em alguns casos, com sintomatologia atípica, se faz necessário a coleta de líquido cefalorraquidiano e a realização de um eletroencefalograma (CARAMELLI et al., 2011).

O objetivo de uma avaliação completa é não apenas realizar um diagnóstico diferencial adequado, como também descartar causas reversíveis de declínio cognitivo.

2.3. Tratamento

O tratamento do transtorno neurocognitivo irá depender de sua etiologia e deverá contemplar medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Desta forma, o tratamento necessita

de uma equipe multiprofissional com capacidade de trabalhar de maneira interdisciplinar, considerando não só o paciente de maneira integral, mas também familiares e cuidadores.

Medidas não-farmacológicas - aspectos preventivos

Os cuidados terapêuticos destinados ao paciente com transtorno neurocognitivo envolvem uma série de estratégias que podem ir além do uso de drogas. Maiores esforços no tratamento dos sintomas, uma adequada estruturação do ambiente, uma equipe multiprofissional e o suporte da família são fatores essenciais para o tratamento não farmacológico das demências (ANDRÉ, 1998).

Diversos estudos trazem as opções terapêuticas não farmacológicas disponíveis, como por exemplo, a estimulação cognitiva, os exercícios físicos e a musicoterapia (DA SILVA; DA SILVA, 2014). A estimulação cognitiva vem sendo utilizada como uma proposta terapêutica, uma vez que poderia promover o aumento da densidade sináptica e plasticidade cerebral, pois requer o desenvolvimento de novas estratégias cognitivas, apesar de existirem poucos estudos explorando os benefícios especificamente em idosos com demência (GIL et al., 2015).

Estudos demonstram que a estimulação cognitiva também têm impacto positivo na qualidade de vida do idoso, uma vez que além de melhorar o desempenho em testes cognitivos e as queixas cognitivas do paciente, e nos aspectos emocionais (BRUM et al., 2009; LIRA et al., 2011; SILVA et al., 2011; CHARIGLIONE; JANCZURA, 2013; GIL et al., 2015;). Vale ressaltar que agitação psicomotora, depressão, psicose e apatia são sintomas que surgem na evolução da demência e causam sofrimento ao paciente, à família e aos cuidadores, além de gerar maiores custos para a assistência médica (TAMAI, 2002). O uso de atividades com música, terapia comportamental, terapia com luz, educação do cuidador e mudanças no ambiente físico tem se mostrado eficaz na melhora dos comportamentos inapropriados do paciente com demência (CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

Em relação a estudos com estimulação cognitiva realizados no Brasil, a maioria utilizou participantes saudáveis. Um estudo realizado com 32 idosos divididos em grupo caso e grupo controle, demonstrou que antes da intervenção os grupos não apresentaram diferenças no desempenho dos testes cognitivos aplicados. Após 10 encontros, o grupo caso apresentou melhoras no desempenho dos testes cognitivos e nas queixas subjetivas de memória (BRUCKI, 2009). Outro estudo de intervenção realizado com 79 indivíduos com 40 anos ou mais concluiu que após 20 sessões de intervenção, houve melhora no desempenho dos testes de memória, redução dos sintomas depressivos e de ansiedade e nas queixas subjetivas de memória (GIL et al., 2015).

A literatura ressalta que as atividades físicas e de lazer, o consumo moderado de álcool, a dieta do mediterrâneo e a prevenção de obesidade e hipertensão arterial sistêmica também são fatores que podem contribuir para a prevenção das demências, ressaltando a importância de medidas de prevenção e promoção de saúde e a necessidade de controle eficaz destes fatores de risco mesmo em indivíduos com declínio cognitivo (BRUCKI, 2009, 2011).

Um estudo prospectivo, com duração de 5 anos, realizado com 469 indivíduos com idade entre 75 e 85 anos, avaliou a relação entre as atividades de lazer e o risco de demência. Ao longo do tempo, 124 indivíduos desenvolveram algum tipo de demência, a saber: 61 indivíduos desenvolveram DA; 30, demência vascular; 25, demência mista e 8 indivíduos desenvolveram outros tipos de demência. Entre as atividades de lazer realizadas, jogar jogos de tabuleiro, ler, aprender um instrumento musical e a dança foram associados a um risco reduzido de demência (VERGHESE et al., 2003).

Além das atividades de lazer, os exercícios físicos também podem ser um fator protetor para o desenvolvimento de demências, uma vez que a prática regular diminui os fatores de risco para doenças vasculares e podem regular o sistema endócrino e imunológico, atuando possivelmente como fator protetor do sistema neurológico (BRUCKI, 2009).

Um estudo caso controle, realizado em quatro cidades americanas, avaliou 5888 indivíduos com 65 anos ou mais e, após seis anos de acompanhamento, demonstrou que o consumo moderado de álcool tem uma relação inversa com risco de demência. Idosos que consumiram de uma a seis doses por semana tiveram menor probabilidade de demência. O estudo concluiu que o consumo de leve a moderado tem um efeito protetor sobre a função cognitiva, a longo prazo. No entanto, os resultados da pesquisa sugerem um maior risco de demência com consumo superior a duas bebidas diárias (MUKAMAL et al., 2003).

A dieta do mediterrâneo é caracterizada pela alta ingestão de peixes, vegetais, legumes, frutas, cereais, e baixa ingestão de produtos lácteos, carne e moderado consumo de álcool (BRUCKI, 2009, 2011). Estudos demonstram que quanto maior a aderência da dieta do mediterrâneo, menor o risco de desenvolver DA (SCARMEAS et al., 2006, 2009). É importante manter uma dieta saudável, uma vez que o risco de demência é maior em obesos ou pessoas com sobrepeso (BRUCKI et al., 2011). Além disso, a hipertensão arterial sistêmica também é considerada fator importante a se controlar, visto que um efeito positivo vem sendo observado com o uso de anti-hipertensivos para a redução do comprometimento cognitivo. Apesar disso, não há provas suficientes para recomendar o uso de uma classe específica desses fármacos (BRUCKI et al., 2011).

Cabe ressaltar também, a importância da interação entre a rede de saúde e a equipe multiprofissional para a resolutividade de cada caso. Atividades com a família e o cuidador também têm se mostrado efetivas na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, bem como as atividades de estimulação cognitiva (CAMARA et al., 2009).

Medidas farmacológicas

As medidas farmacológicas apresentadas referem-se em grande parte ao transtorno neurocognitivo maior devido à DA, considerando esta patologia a principal causa de demência, conforme citado anteriormente.

Desta forma, com relação à DA, o tratamento pode ser dividido em sintomáticos, como os inibidores da acetilcolinesterase (rivastigmina, donepezila e galantamina) e antagonistas dos receptores N-metil D-aspartato (NMDA), como a memantina, e baseados na etiologia da doença (MENDIOLA- PRECOMA et al., 2016). Infelizmente, com relação a esse último, não existem ainda drogas capazes de influenciar o curso da doença através de tratamentos seguros e efetivos. Todavia, os imunomoduladores parecem ser substâncias promissoras no tratamento futuro dessa condição (CAZARIM et al., 2016).

Com relação ao uso de anticolinesterásicos, estas são drogas usadas há mais de 30 anos, e ainda hoje com um papel crucial no tratamento dos sintomas da DA. Uma desvantagem da adesão a este tratamento são os efeitos colaterais. Com relação a estes, pode-se citar: sintomas gastrointestinais (diarréia, náuseas e vômitos), dor abdominal, anorexia, tonturas, cefaléia e insônia. Deve-se ressaltar a importância de uma introdução mais lenta da medicação para uma melhora da tolerabilidade (APA, 2007; HANSEN et al., 2008).

Não existem evidências de diferenças na eficácia entre as drogas desta classe (BIRKS, 2009). A donepezila é recomendada para casos leves até moderadamente graves de DA. A dose varia de 5 a 10 mg/dia, e deve ser progredida em torno de um mês. A galantamina possui as mesmas indicações que a donepezila para DA, sendo a dose recomendada de 16mg/dia até o máximo de 32mg/dia, e com sugestão de introdução lenta também. E a rivastigmina, é indicada em doses de 6 a 12 mg/dia (APA, 2007).

O uso de anticolinesterásicos em casos de demência vascular ainda requer mais estudos, com relatos de benefícios em alguns indivíduos. O uso dessa classe de drogas em paciente com demência devido à doença de Parkinson ou por corpúsculos de Lewy também deve ser considerado, apesar das modestas evidências. Já na demência frontotemporal, não existem evidências que justifiquem o uso de anticolinesterásicos (RABINS et al., 2014).

O uso de outras medicações, como estatinas, anti-hipertensivos, anti-inflamatórios não esteroidais, suplementos hormonais, não são recomendados no tratamento dos transtornos neurocognitivos (RABINS et al., 2014). Apesar disso, deve-se lembrar que o controle de fatores de risco cardiovasculares é essencial para o sucesso do tratamento.

Os transtornos neurocognitivos, em geral, em fases mais avançadas podem apresentar durante a sua evolução alterações comportamentais, como, por exemplo, auto e heteroagressividade, comportamento desorganizado e sintomas psicóticos. Nesses casos, além das medidas não-farmacológicas que são essenciais, pode-se fazer uso, em casos refratários, de antipsicóticos. O uso desta classe de medicações deve ser sempre na menor dose possível e em um período de tempo breve visando minimizar efeitos adversos, como sintomas extrapiramidais, aumento da mortalidade nessa faixa etária, sedação, hipotensão postural, síndrome metabólica, síndrome neuroléptica maligna, entre outros. Exemplos de antipsicóticos que poderiam ser usados são olanzapina, quetiapina, risperidona, aripiprazol e clozapina, sempre averiguando de forma sistemática a presença de efeitos adversos e interações medicamentosas (REESE et al., 2016). O uso de antidepressivos ainda está sendo estudado para outros sintomas além da depressão, como em casos de agitação e agressividade. Um estudo evidenciou benefícios no uso de citalopram em caso de agitação de pacientes com demência (RABINS et al., 2014).

Impacto socioeconômico

O desenvolvimento da DA traz consigo implicações sobre a vida do paciente e de sua rede de apoio social (RABINS et al., 2014). Assim, a DA, bem como outras doenças que têm um grande impacto psicossocial, são consideradas doenças também familiares (MARTORELL-POVEDA et al., 2010; CERQUERA et al., 2012).

Um estudo que teve como objetivo compreender o conteúdo da representação social de cuidadores familiares de pacientes com DA realizou entrevistas com 26 cuidadores familiares em relação à percepção da DA, aos cuidados prestados e aos fatores que ajudam e dificultam o atendimento proporcionado diariamente. A análise das entrevistas mostrou que muitos cuidadores se privam de viver suas próprias vidas para dedicar-se à pessoa doente. Nesse cenário, “abnegação” parece ser uma consequência significativa de cuidado, que afeta suas vidas na perspectiva pessoal, profissional e social. Além disso, o desgaste físico pode resultar em desgaste emocional e, consequente, sobrecarga do cuidador (FOLLE et al., 2016).

Não obstante ao apresentado, o isolamento social por parte do cuidador pode ser resultante de sua abnegação (MARTORELL-POVEDA et al., 2010; CERQUERA et al., 2012;

OLIVEIRA & CALDANA, 2012; FOLLE et al., 2016). Outrossim, diz respeito a mudança na rotina doméstica, não somente do cuidador, mas de todos os integrantes familiares, desencadeando a perda da atividade social da família. Além disso, pode ocorrer o afastamento de amigos da família que não entendem o processo demencial (MINAYO; COIMBRA, 2002).

De modo geral, estudos têm apresentado o impacto social da DA sobre a saúde e bem-estar de cuidadores formais e informais (MARTORELL-POVEDA et al., 2010; CERQUERA et al., 2012; OLIVEIRA & CALDANA, 2012; FOLLE et al., 2016). Entretanto, pouco tem sido abordado sobre outras implicações. Nessa linha, dificuldades sociais também podem ser associadas a alterações econômicas do idoso e de seu núcleo familiar. Deve-se considerar ainda que a sobrecarga do cuidador e outros fatores como a necessidade de cuidados específicos de saúde podem levar à institucionalização do idoso (ANDRÉ, 1998; WIMO et al., 2010).

Além de questões familiares, outros fatores podem relacionar-se com aumento de custos com DA. Em países de baixo rendimento, o rápido aumento do número de pessoas com demência, o aumento substancial dos salários médios para substituição do cuidado informal pelo formal e custos muito elevados com os cuidados de saúde são aspectos que têm e terão impacto na economia. Para se ter uma ideia, o gasto no cuidado de pessoas com demência em 2009 foi estimado em U\$ 422 bilhões, incluindo U\$ 142 bilhões para cuidados informais (34%) (WIMO et al., 2010).

2.4. Conclusão

Este artigo abordou aspectos atuais relativos ao histórico, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da demência, atualmente denominado transtorno neurocognitivo maior. Deve-se destacar: as recentes mudanças nos critérios diagnóstico, o alto impacto socioeconômico e a necessidade de medidas de promoção de saúde, prevenção e tratamento com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

3. CAPÍTULO II – COMPARAÇÃO DOS CRITÉRIOS DO DSM-IV E DO DSM-5 PARA DEMÊNCIA EM IDOSOS DE UMA COMUNIDADE

3.1. Introdução

A demência é uma síndrome clínica que cursa com deterioração dos domínios cognitivos, e prejuízo funcional (APA, 2013). Com o envelhecimento da população, o número de casos de demência tem aumentado progressivamente, principalmente nos países de média e baixa renda, elevando os gastos do sistema de saúde com cuidados e tratamento (ALLEGRI et al., 2007; WANG et al., 2008; PRINCE et al., 2013).

Recentemente, novos critérios diagnósticos de demência, que recebeu a denominação de transtorno neurocognitivo maior (TNM), foram propostos pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) (APA, 2013).

Nesta nova edição, o comprometimento de memória não é mais apreciado como critério essencial para o diagnóstico. Além disso, houve um rearranjo geral nos domínios cognitivos do DSM-5 com destaque para o aparecimento de atenção como critério independente e a inclusão de cognição social. Comparativamente com o DSM-IV, uma mudança fundamental é a possibilidade de fazer o diagnóstico com o declínio de apenas um domínio cognitivo.

No DSM-IV, a memória deveria estar prejudicada independentemente da causa da síndrome demencial, e o diagnóstico só era possível com declínio de memória acrescido de prejuízo em outro domínio. Estes critérios satisfaziam principalmente os casos de doença de Alzheimer (DA) com evolução típica (FELDMAN et al., 2004; ALLEGRI et al., 2007), entretanto casos com apresentação atípica da DA e outras síndromes demenciais (por exemplo, demência frontotemporal, demência por corpúsculos de Lewy) poderiam não ser contemplados pelos critérios do DSM-IV (JACK et al., 2011; TAY et al., 2015).

Recentemente, um estudo apontou neste sentido, encontrando um aumento de 40% na frequência de demência (TAY et al., 2015). Entretanto, ainda é pouco claro como essas mudanças poderiam afetar as taxas de prevalência de demência na comunidade, e se acarretariam implicações em políticas de saúde.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de demência segundo

critérios do DSM-IV e de TNM de acordo com o DSM-5 em idosos brasileiros residentes na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, e avaliar a concordância entre esses dois critérios. Espera-se que os critérios do DSM-5 sejam mais sensíveis para identificar o TNM.

Os dados deste estudo foram publicados no artigo:

CHAGAS, M.H.N.; PESSOA, R.M.P.; ALMEIDA, O.P. Comparison of DSM-IV and DSM-5 dementia criteria among older people living in a community sample. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**. v.33, p.801 - 802, 2018.

3.2. Métodos

Local da Pesquisa e participantes

Esse estudo foi conduzido na cidade de São Carlos, que fica localizada no estado de São Paulo, Brasil. De acordo com o censo brasileiro de 2010, a cidade possui 28696 habitantes com idade maior que 60 anos, correspondendo a 12,92% da população total. O estudo foi conduzido em uma área de cobertura de uma unidade da saúde da família localizada no sudeste de São Carlos, na qual 317 indivíduos com mais de 60 anos de idade são registrados.

Durante as visitas domiciliares, 28 indivíduos não foram encontrados em suas casas ou não moravam mais naquele endereço, cinco recusaram a participação no estudo, dois eram acamados, e 13 não completaram os testes cognitivos e/ou funcionais. Foram excluídos 60 indivíduos com escore igual ou menor a três no teste de extensão de dígitos, utilizado para evitar selecionar pacientes com quadros de delirium e/ou com entendimento prejudicado dos testes cognitivos (BETTIN et al., 1998).

A amostra final foi composta por 209 participantes. Os dados foram coletados entre março de 2016 e fevereiro de 2017.

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Carlos e todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado antes das avaliações (CAAE: 48602515.5.0000.5504). Cinco gerontólogos conduziram as entrevistas nos domicílios dos participantes e aplicaram os instrumentos. Dados relacionados a características sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e renda familiar) foram coletados. Também foram aplicados uma escala de satisfação com a vida, uma escala de felicidade

subjetiva e um rastreamento de fragilidade em idosos, dados que serão utilizados em estudos futuros.

Os seguintes instrumentos foram aplicados:

a) Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0):

- Essa escala é utilizada para avaliar a funcionalidade em seis domínios: cognição, mobilidade, autocuidado, relacionamento, atividades de vida, e participação (WHO, 2010). No presente estudo, o instrumento de 36 itens foi utilizado e o escore total convertido para uma escala com variação de 0 a 100, com os escores maiores indicando maior incapacidade. A WHODAS 2.0 foi traduzida e adaptada para o português brasileiro em um estudo prévio (SILVEIRA et al., 2013). O prejuízo no funcionamento social ou ocupacional de acordo com o critério presente no DSM-IV e no DSM-5 foi definido como um escore no WHODAS 2.0 igual ou maior a 40 (ÜSTÜN et al., 2010; SILVEIRA et al., 2013).

b) Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (BBRC):

- Essa bateria inclui fluência verbal (animais), teste do desenho do relógio e teste de memória das figuras (incidental, imediata, aprendizado, tardia e de reconhecimento). A acurácia de cada teste para diferenciar idosos saudáveis e com demência da BBRC foi testada previamente na população brasileira (NITRINI et al., 1994; FICHMAN-CHARCHAT et al., 2016). Neste estudo, os seguintes pontos de corte foram utilizados: teste de memória tardia (<5), fluência verbal (<9) e teste do desenho do relógio (<3).

c) *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease neuropsychological battery* (CERAD):

- Essa bateria é composta pelos seguintes testes cognitivos: fluência verbal (animais), teste de nomeação de Boston de 15 itens, Mini exame do estado mental (MEEM), memória da lista de palavras, praxia construtiva, evocação tardia da lista de palavras, reconhecimento da lista de palavras, evocação tardia da praxia (Morris et al., 1989). As qualidades psicométricas do CERAD foram estudadas no Brasil com boa acurácia para separar pacientes com e sem demência (BERTOLUCCI et al., 2001). Neste estudo, os pontos de cortes utilizados em cada teste foram: evocação tardia da lista de palavras (<3), teste de nomeação de Boston (<12), e praxia construtiva (<9).

d) Teste da extensão de dígitos (ordem direta) da Escala *Wechsler* de Memória Revisada:

- É constituído por sete pares de sequências numéricas com diferentes quantidades de dígitos. O teste é aplicado na ordem direta, com sequências de 3 a 9 números. A sequência é lida pelo examinador com um segundo de intervalo entre os números e deve ser repetida imediatamente após a sua leitura. O teste termina após o erro de duas sequências consecutivas, sendo registrada a quantidade máxima de números repetidos sem erro para cada versão. Esse teste pode ser utilizado na prática clínica para diagnóstico de delirium, já que avalia prejuízo atencional (LEZAK, 1976; STRAUSS, 2006).

Em relação ao declínio cognitivo, o prejuízo de memória foi considerado se a evocação tardia da lista de palavras do CERAD ou se o teste de memória tardia do BBRC estivesse abaixo dos pontos de corte propostos para a população brasileira. Da mesma forma, o prejuízo em outros domínios foi considerado se os escores da fluência verbal (animais), o teste de nomeação de Boston, o teste do desenho do relógio ou a praxia construtiva do CERAD estivessem abaixo dos pontos de corte propostos para a população brasileira.

Os critérios utilizados para o diagnóstico de demência (DSM-IV) e de transtorno neurocognitivo maior (DSM-5) estão descritos na figura 1.

Foi estimada as taxas de prevalência para demência e para o TNM, assim como o respectivo intervalo de confiança de 95%. Ao final, foi calculado, como medida estatística, o kappa para a concordância entre ambos diagnósticos.

Figura 1- Fluxograma para o diagnóstico de demência segundo critérios do DSM-IV e do DSM-5.

Fonte: Elaborada pelo autor.

3.3. Resultados

As características clínicas e sociodemográficas da amostra estão resumidas na tabela 2, logo abaixo. A idade média da amostra foi de 70,24 ($\pm 7,64$), com média de 3,14 ($\pm 3,02$) de anos de educação. A amostra teve um predomínio de mulheres (59,8%), de casados (61,2%) e de aposentados (73,7%).

A tabela 3 demonstra, na coluna esquerda, o número de participantes com prejuízo em cada domínio cognitivo. Entretanto, quando considerado declínio funcional associado na coluna direita, critério essencial para o diagnóstico, observa-se uma redução no número de participantes acometidos.

A prevalência de demência e do transtorno neurocognitivo maior foi 6,2% (95%IC=3,4; 10,4%) e 8,1% (95%IC=4,8; 12,7%), respectivamente. A concordância entre os critérios do DSM-IV e do DSM-5 foi de 94,9%, com um escore de kappa de 0,84.

Tabela 2- Características sociodemográficas dos participantes (N=209).

Variáveis	
	Média (DP)
Idade	70,24 (7,64)
Anos de educação	3,14 (3,02)
	N (%)
Sexo	
Feminino	125 (59,8%)
Masculino	84 (40,2%)
Escolaridade	
Analfabetos	38 (18,2%)
1-4 anos	130 (62,2%)
>4 anos	41 (19,6%)
Estado civil	
Solteiro	20 (9,6%)
Casado	128 (61,2%)
Separado/Divorciado	14 (6,7%)
Viúvo	46 (22,0%)
Outros	1 (0,5%)
Aposentado	
Sim	154 (73,7%)
Não	55 (26,3%)

DP: desvio-padrão.

Tabela 3- Frequência de declínio cognitivo segundo os testes neuropsicológicos aplicados.

	População (n=209)	Declínio funcional (N=18)	
	N (% prejuízos)		OR (95% IC)
Evocação tardia CERAD <3	85 (41,1%)	12 (66,7%)	1,98 (0,65-5,97)
Memória tardia BBRC <5	30 (14,4%)	7 (38,9%)	2,20 (0,68-7,16)
<i>Memória</i>	94 (45,0%)	13 (72,2%)	2,07 (0,65-6,56)
Fluência verbal <9	60 (28,7%)	8 (44,4%)	1,22 (0,41-3,66)
Teste de nomeação de Boston <12	92 (44,2%)	13 (72,2%)	1,35 (0,39-4,64)
Teste do desenho do relógio <3	66 (31,6%)	12 (66,7%)	2,64 (0,83-8,41)
Praxia Construtiva <9	171 (83%)	16 (88,9%)	1,00 (0,18-5,53)
<i>Outros domínios</i>	187 (89,5%)	17 (94,4%)	0,72 (0,07-7,34)
Crítérios DSM-IV	(13) 6,2%		
Crítérios DSM-5	(17) 8,1%		

OR: Odds ratio; ajustado para idade, gênero e escolaridade.

3.4. Discussão

A prevalência de demência e de transtorno neurocognitivo maior foi similar nessa amostra, e os critérios do DSM-IV e do DSM-5 mostraram uma boa concordância. Além disso, nossas estimativas foram comparáveis a de outros estudos realizados na comunidade (PRINCE et al., 2013).

O planejamento de políticas em saúde depende, em parte, de uma aferição acurada do número de pacientes afetados pela patologia. Portanto, nossos resultados sugerem que a introdução dos novos critérios do DSM-5 para o transtorno neurocognitivo maior não irá afetar substancialmente a prevalência estimada de demência. Nossos dados também mostraram que os novos critérios do DSM-5 funcionam bem para uma população adulta e idosa com educação limitada. Entretanto, ressaltamos que o tamanho da amostra é modesto, e que isso introduz alguma imprecisão em nossas estimativas. Sendo assim, é possível que diferenças entre os critérios do DSM-IV e do DSM-5 podem ser maiores, apesar dos resultados de outros estudos sugerirem que isso é improvável, como o estudo de HAN et al. (2017), no qual os participantes foram avaliados através de testes neuropsicológicos e de entrevista psiquiátrica. Então, isso continua uma fonte de preocupação, em especial para indivíduos com prejuízo cognitivo leve (ERAMUDUGOLLA et al., 2017).

É importante considerar que apesar da ausência de um aumento substancial da prevalência de demência com as mudanças diagnósticas, houve um acréscimo de 30% na frequência desse diagnóstico no presente estudo, que vai de acordo com os achados de Tay et

al. (2017). Este achado é interessante já que o estudo de Tay et al. (2017) avaliou idosos de uma clínica de memória terciária através de uma bateria neuropsicológica, que seria um contexto diferente do nosso estudo.

Outros estudos usando avaliações diferentes para cognição e funcionalidade demonstraram resultados diferentes, sendo, então, a replicação de nossos achados em uma amostra maior em diferentes ambientes necessária, além do uso de outras medidas para avaliar funções corticais superiores e atividades da vida diária.

O critério para transtorno neurocognitivo utilizado no presente estudo, através de testes neuropsicológicos, é considerado padrão-ouro para o diagnóstico e avaliação da progressão de quadros demenciais na literatura. Entretanto, é bem documentado também a influência das características da população avaliada na performance dos testes, o que traz como necessário novos estudos que avaliem a acurácia diagnóstica de baterias em diferentes perfis de amostra (RENTZ et al., 2013). Outro ponto forte deste estudo foi a aplicação dos testes neuropsicológicos por gerontólogos, que são profissionais especializados no envelhecimento humano.

A tabela 3 evidencia a importância da avaliação da funcionalidade na amostra. O DSM-5 traz como definição para transtornos neurocognitivos, a presença de uma cognição prejudicada que não estava presente ao nascimento ou muito ao início da vida, ou seja, um declínio a partir de um funcionamento alcançado anteriormente (APA, 2013). Neste estudo, fica bem caracterizado que nem todos os participantes com prejuízos cognitivos apresentam alterações em funcionalidade, ou seja, diagnóstico de transtornos neurocognitivos.

Por fim, também é importante o desenvolvimento de estudos que considerem a cognição social e atenção complexa no diagnóstico de quadros neurocognitivos, visto que estes domínios estão presentes no DSM-5 e que não foram abordados no presente estudo.

3.5. Conclusão

Em resumo, nossos resultados sugerem que a estimativa da prevalência de demência possivelmente não será substancialmente afetada pelas mudanças nos critérios do DSM. Esses achados preliminares podem auxiliar em algumas políticas de saúde, mas elas também levantam questões sobre as possíveis vantagens em adotar o novo DSM-5 na prática clínica para estabelecer o diagnóstico de demência.

4. CAPÍTULO III – ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DE TESTES NEUROPSICOLÓGICOS PARA TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR EM AMOSTRA DE IDOSOS COM BAIXA ESCOLARIDADE NA COMUNIDADE.

4.1. Introdução

Os transtornos neurocognitivos são síndromes com tendência a um aumento de prevalência no futuro devido ao envelhecimento da população. Além disso, a ausência, até o presente momento, de um tratamento efetivo que modifique o curso da doença contribui para um aumento ainda maior do número de casos.

Avaliações comportamentais e cognitivas são essenciais para o diagnóstico e avaliação da progressão de quadros demenciais (RENTZ et al., 2013), sendo ressaltada sua importância por entidades com destaque internacional, como o *National Institute on Aging and Alzheimer's Association* (NIA-AA) e a Associação Americana de Psiquiatria (APA), responsável pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). Entretanto, a ausência de testes neuropsicológicos bem definidos para o rastreio de transtornos neurocognitivos já fica evidente na leitura do DSM-5, que sugere uma avaliação objetiva sem discriminar baterias específicas (APA, 2013).

Anteriormente à escolha de um teste específico, é importante a diferenciação da avaliação neuropsicológica em diferentes níveis de complexidade. Os instrumentos neuropsicológicos variam de um nível básico, como nos utilizados para rastreio de prejuízos cognitivos, até um nível mais avançado, quando baterias padronizadas avaliam domínios cognitivos de forma separada (JACOVA et al., 2007).

Considerando o rastreio de prejuízos cognitivos, o primeiro contato de pacientes com quadros demenciais habitualmente ocorre com profissionais generalistas, como os da equipe de saúde da família. Dessa forma, é importante o treinamento destes e o emprego de instrumentos de avaliação curtos, sensíveis e com uma boa acurácia (BORSON, et al., 2005).

Ao mesmo tempo que devem ser desenvolvidas baterias cognitivas mais sensíveis para detectar prejuízos cognitivos precocemente, é necessário que se considere idade, educação, gênero e raça na performance dos testes, ou seja, que os testes sejam mais individualizados, evitando assim a classificação incorreta de pessoas saudáveis (BORSON, et al., 2005; RENTZ et al., 2013). Como exemplo do impacto desses vieses, podemos citar uma variação de 12% na

pontuação do mini exame do estado mental (MEEM) apenas devido idade e escolaridade em uma população idosa saudável (BRAVO; HEBERT, 1997).

A performance em testes cognitivos padronizados também é influenciada por vários outros fatores, como pela reserva cognitiva do indivíduo. O conceito de reserva cognitiva foi introduzido para explicar o início tardio de quadros demenciais em pessoas com alta escolaridade e demanda ocupacional ao longo da vida. Estes indivíduos conseguiriam tolerar o transtorno por mais tempo sem apresentar prejuízos em avaliações neuropsicológicas e na funcionalidade. Esse conceito ilustra bem as diferenças entre os indivíduos na susceptibilidade para as mudanças cerebrais relacionadas a idade, tanto fisiológicas como patológicas. (STERN et al., 1994, 2006, 2012).

Ainda considerando escolaridade, apesar de dois terços dos casos de demência ocorrerem em países em desenvolvimento com baixo nível educacional, a maioria dos testes neuropsicológicos foi desenvolvida para populações com uma boa performance em leitura e escrita na sua aplicação (FERRI et al., 2005; GOMEZ et al., 2013). Como exemplo, podemos citar novamente o MEEM que já mostrou ter limitações quando aplicado na população da América Latina (SCAZUFCA et al., 2009). Além disso, Gomez et al (2013) demonstraram que o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), outro teste de rastreio para transtornos neurocognitivos, também é influenciado de forma importante pelo nível educacional do indivíduo, e que uma adaptação, e não apenas uma mudança nos pontos de corte, seria necessária para aplicação em uma população de baixa escolaridade. Portanto, é necessário cautela ao se utilizar os mesmos pontos de corte para populações em condições diferentes das quais os testes foram desenvolvidos (ROSSETTI et al., 2011).

No Brasil, quando considerado a população com mais de 70 anos, 80,1% é analfabeta ou tem fundamental incompleto. Com relação a população de 60 a 69 anos, 70,2% tem baixa escolaridade.(IBGE, 2010). A inclusão de fatores sociais e culturais na interpretação de testes cognitivos em idosos de baixa escolaridade ressalta a necessidade de mais pesquisas nessa população (GOMEZ et al., 2013).

Infelizmente, determinar a prevalência de demência, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, ainda é difícil, tanto devido à falta de apoio financeiro e técnico na realização de grandes estudos epidemiológicos, como porque a literatura é escassa quando abordado a validade dos testes cognitivos na população que reside nesses países (PRINCE, 2000).

Baterias neurocognitivas breves possuem sensibilidade e especificidade que variam e não são fixas, ou seja, que dependem das condições nas quais são aplicadas (JACOVA et al.,

2007). Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a acurácia diagnóstica de testes neuropsicológicos para rastreio de transtorno neurocognitivo maior (TNM) em idosos brasileiros analfabetos e com um a quatro anos de escolaridade na comunidade.

4.2. Método

Local e participantes

Esse estudo foi conduzido na cidade de São Carlos, que fica localizada no estado de São Paulo, Brasil. De acordo com o censo brasileiro de 2010, a cidade tem 28.696 habitantes com idade maior que 60 anos, correspondendo a 12,92% da população total. O estudo foi conduzido em uma área de cobertura de uma unidade da saúde da família localizada no sudeste de São Carlos, na qual 317 indivíduos com mais de 60 anos de idade estão registrados.

Um total de 282 idosos foram avaliados, sendo que 259 idosos completaram todas as avaliações. Além disso, foram excluídos da análise 46 indivíduos com mais de quatro anos de escolaridade. Desta forma, a amostra final do estudo foi de 213 indivíduos. Os dados foram coletados entre março de 2016 e fevereiro de 2017.

Medidas

Os seguintes testes cognitivos foram aplicados:

a) Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (BBRC):

- Essa bateria inclui fluência verbal (animais), teste do desenho do relógio e teste de memória das figuras (incidental, imediata, aprendido, tardia e de reconhecimento). A acurácia de cada teste para diferenciar idosos saudáveis e com demência da BBRC foi testada previamente na população brasileira (NITRINI et al., 1994; FICHMAN-CHARCHAT et al., 2015).

b) *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease neuropsychological battery* (CERAD):

-Essa bateria é composta pelos seguintes testes cognitivos: fluência verbal (animais), teste de nomeação de Boston de 15 itens, memória da lista de palavras, praxia construtiva, evocação tardia da lista de palavras, reconhecimento da lista de palavras, evocação tardia da praxia (Morris et al., 1989). As qualidades psicométricas do CERAD

foram estudadas no Brasil com boa acurácia para separar pacientes com e sem demência (BERTOLUCCI et al., 2001).

c) Teste de extensão de dígitos (ordem inversa e direta) da *Wechsler Memory Scale revised*:

- Esse teste é constituído por sete pares de sequências numéricas com diferentes quantidades de dígitos. O teste é aplicado na sequência direta e inversa, sendo que na aplicação direta as sequências têm de 3 a 9 números e na inversa de 2 a 8 números. A sequência é lida pelo examinador com um segundo de intervalo entre os números e deve ser repetida imediatamente após a sua leitura. O teste termina após o erro de duas sequências consecutivas, sendo registrada a quantidade máxima de números repetidos sem erro para cada versão (LEZAK, 1976; STRAUSS, 2006).

d) Subtestes semelhanças do Teste Cognitivo de Cambridge (CAMCOG):

-Este teste consiste em quatro perguntas para avaliar a capacidade de abstração dos participantes, a partir da semelhança entre duas coisas ou objetos. Por exemplo, o que tem em comum uma maçã e uma banana (ROTH et al., 1998).

e) Mini mental do estado mental (MEEM):

-O MEEM é um instrumento de rastreamento amplamente utilizado que apresenta escore que varia de 0 a 30 e avalia orientação temporal e espacial, memória (fixação e evocação), linguagem, atenção e cálculo (FOLSTEIN et al., 1975). Diversos estudos de validação para determinar suas qualidades psicométricos foram realizados no Brasil em diferentes populações (BRUCKI et al., 2003; CASTRO-COSTA et al., 2008).

Diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo Maior

O diagnóstico de TNM foi realizado a partir de uma avaliação psiquiátrica detalhada com o idoso e informante considerando os seguintes critérios: queixa de prejuízo cognitivo, evidência de declínio cognitivo, prejuízo em atividades da vida diária e ausência de delirium ou outro transtorno psiquiátrico que justificassem o declínio cognitivo (figura 2). A entrevista psiquiátrica foi baseada no guia para o exame diagnóstico segundo o DSM-5 publicado pela APA, o qual apresenta uma estrutura para investigação diagnóstica e traz questões de triagem para o transtorno presente no DSM-5

(NUSSBAUM, 2014). Também foram consideradas o uso de medicações que podem interferir na cognição.

Figura 2- Fluxograma dos participantes em cada grupo.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Carlos e todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado antes das avaliações (CAAE: 48602515.5.0000.5504). Cinco gerontólogos conduziram as entrevistas nos domicílios dos participantes e aplicaram os testes cognitivos após treinamento na aplicação dos instrumentos. Dados relacionados a características sociodemográficas (sexo, idade e escolaridade) também foram coletados. No intervalo de até um mês, um médico psiquiatra retornava ao domicílio do participante para avaliação diagnóstica segundo critérios do DSM-5.

Análise estatística

Os dados sociodemográficos foram descritos em porcentagem simples, média e desvio padrão. Par avaliar as diferenças entres os grupos com e sem TNM, o teste de Mann-Whitney foi utilizado para as variáveis com distribuição não-paramétrica, e o teste t de Student para as variáveis com distribuição normal.

A área sob a curva ROC foi calculada para cada teste cognitivo de acordo com a escolaridade (analfabeto e escolaridade de um a quatro anos), considerando o diagnóstico de TNM. Além disso, nós determinamos o melhor ponto de corte para cada teste, de acordo com os valores de sensibilidade e especificidade. O ponto de corte escolhido foi o que mais se aproximava do canto superior esquerdo do gráfico da combinação sensibilidade e 1-especificidade, objetivando evitar falsos positivos e falsos negativos.

4.3. Resultados

A prevalência de TNM no grupo analfabeto foi de 19,3% (n=12) e, no grupo com escolaridade de um a quatro anos, a prevalência foi de 10,6% (n=16). A tabela 4 mostra os dados sociodemográficos no grupo de idosos analfabetos e no grupo de idosos com escolaridade de um a quatro anos.

No grupo de idosos analfabetos, houve diferença significativa entre os grupos na BBRC (memória incidental e tardia, reconhecimento), no CERAD (reconhecimento), no teste de extensão de dígitos na ordem direta e no MEEM. Já no grupo de idosos com escolaridade de um a quatro anos, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em todos os testes aplicados.

As tabelas 5 e 6 mostram os pontos de corte dos testes neuropsicológicos para discriminar os pacientes saudáveis dos com transtorno neurocognitivo maior em idosos analfabetos e com um a quatro anos de escolaridade, respectivamente.

No grupo de analfabetos, apenas o MEEM apresentou uma boa acurácia. Entretanto, o BBRC (memória tardia, reconhecimento) e o teste de extensão de dígitos na ordem direta demonstram uma acurácia regular. O teste do desenho do relógio e a fluência verbal foram alguns dos testes com baixa acurácia nesse subgrupo.

Tabela 4- Dados sociodemográficos do grupo de idosos analfabetos e com escolaridade de um a quatro anos.

Variáveis	Sem TNM (n=50)	TNM (n=12)	p	Sem TNM (n=135)	TNM (n=16)	p
	Analfabetos			1-4 anos		
Idade	76,36 ($\pm 8,87$)	74,73 ($\pm 9,38$)	0,586	68,79 ($\pm 6,20$)	74,13 ($\pm 9,06$)	0,003
Sexo (F/M)	29/21	8/4	0,583	81/54	10/6	0,847
Testes neuropsicológicos						
BBRC						
Memória incidental	5,14 ($\pm 2,14$)	3,64 ($\pm 2,38$)	0,043	6,65 ($\pm 2,10$)	3,36 ($\pm 2,21$)	<0,001
Memória imediata	5,80 ($\pm 2,45$)	4,36 ($\pm 3,07$)	0,098	7,33 ($\pm 2,05$)	4,43 ($\pm 2,68$)	<0,001
Memória aprendido	6,22 ($\pm 2,26$)	4,18 ($\pm 3,49$)	0,089	7,81 ($\pm 1,93$)	5,00 ($\pm 3,40$)	0,001
Memória tardia	5,94 ($\pm 2,61$)	3,36 ($\pm 3,14$)	0,006	6,92 ($\pm 2,44$)	4,36 ($\pm 3,61$)	0,008
Reconhecimento	8,18 ($\pm 2,69$)	4,00 ($\pm 3,44$)	0,001	8,60 ($\pm 2,38$)	5,93 ($\pm 4,23$)	0,033
Fluência verbal	8,84 ($\pm 3,01$)	6,82 ($\pm 3,82$)	0,060	10,88 ($\pm 3,81$)	8,07 ($\pm 4,27$)	0,008
Teste do desenho relógio	2,14 ($\pm 2,21$)	1,91 ($\pm 1,45$)	0,884	5,39 ($\pm 3,47$)	2,40 ($\pm 2,10$)	0,001
CERAD						
Memória lista de palavras	9,66 ($\pm 5,48$)	6,91 ($\pm 6,66$)	0,152	13,33 ($\pm 5,41$)	6,93 ($\pm 4,34$)	<0,001
Memória tardia	2,14 ($\pm 2,16$)	1,46 ($\pm 2,30$)	0,349	3,42 ($\pm 2,40$)	1,40 ($\pm 2,35$)	0,002
Reconhecimento	6,30 ($\pm 2,98$)	3,73 ($\pm 4,13$)	0,019	7,82 ($\pm 2,48$)	4,00 ($\pm 3,68$)	<0,001
Praxia construtiva	2,71 ($\pm 2,99$)	2,00 ($\pm 2,72$)	0,430	6,11 ($\pm 2,71$)	3,47 ($\pm 3,16$)	0,002
Teste de Nomeação de Boston	9,54 ($\pm 2,68$)	8,09 ($\pm 3,30$)	0,125	11,66 ($\pm 2,42$)	8,29 ($\pm 3,60$)	<0,001
Outros testes						
Extensão de dígitos- direta	3,90 ($\pm 1,22$)	2,46 ($\pm 1,63$)	0,004	4,80 ($\pm 1,22$)	3,00 ($\pm 1,96$)	0,001
Extensão de dígitos- inversa	1,52 ($\pm 1,18$)	1,09 ($\pm 1,30$)	0,340	2,51 ($\pm 1,18$)	1,67 ($\pm 1,45$)	0,009
Abstração	1,42 ($\pm 1,53$)	1,18 ($\pm 1,25$)	0,788	2,90 ($\pm 2,18$)	1,27 ($\pm 1,87$)	0,003
CAMCOG						
MEEM	19,00 ($\pm 3,87$)	13,46 ($\pm 5,45$)	<0,001	23,72 ($\pm 3,70$)	16,87 ($\pm 4,93$)	<0,001

TNM: Transtorno neurocognitivo maior; F: feminino; M: Masculino; BBRC: bateria breve de rastreio cognitivo; CERAD: *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's disease neuropsychological battery*; MEEM: mini-exame do estado mental.

Tabela 5- Área sob a Curva ROC, pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos testes neuropsicológicos para discriminar os grupos controle e transtorno neurocognitivo maior em idosos analfabetos.

Testes neuropsicológicos	Curva ROC (IC 95%)	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
<i>BBRC</i>				
Memória incidental	0,68 (0,50-0,85)	<4	45,5%	79,6%
Memória imediata	0,64 (0,45-0,84)	<4	45,5%	87,8%
Memória de aprendizado	0,68 (0,47-0,89)	<5	54,5%	83,7%
Memória tardia	0,74 (0,56-0,92)	<4	63,5%	85,7%
Reconhecimento	0,78 (0,61-0,95)	<7	81,8%	79,6%
Fluência verbal	0,65 (0,46-0,84)	<7	45,5%	75,5%
Teste desenho relógio	0,49 (0,31-0,68)	<6	100,0%	10,2%
<i>CERAD</i>				
Memória lista de palavras	0,65 (0,46-0,85)	<6	45,5%	81,6%
Evocação tardia lista de palavras	0,62 (0,43-0,81)	<2	72,7%	53,1%
Reconhecimento	0,69 (0,49-0,89)	<5	63,6%	83,5%
Praxia construtiva	0,57 (0,39-0,76)	<3	72,7%	44,9%
Teste de nomeação de Boston	0,61 (0,42-0,80)	<11	81,8%	36,7%
<i>Outros testes</i>				
Extensão de dígitos- direta	0,77 (0,63-0,91)	<4	72,7%	67,3%
Extensão de dígitos-inversa	0,58 (0,38-0,78)	<2	54,5%	65,3%
Abstração- CAMCOG	0,53 (0,34-0,72)	<2	54,5%	51,0%
MEEM	0,81 (0,65-0,97)	<17	72,7%	79,6%

Tabela 6- Área sob a Curva ROC, pontos de corte, sensibilidade e especificidade dos testes neuropsicológicos para discriminar os grupos controle e transtorno neurocognitivo maior em idosos com 1 a 4 anos de escolaridade.

Testes neuropsicológicos	Curva ROC (IC 95%)	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
<i>BBRC</i>				
Memória incidental	0,86 (0,77-0,94)	<6	85,7%	69,3%
Memória imediata	0,81 (0,69-0,92)	<6	71,6%	82,7%
Memória de aprendizado	0,76 (0,56-0,93)	<6	57,1%	91,3%
Memória tardia	0,72 (0,55-0,89)	<5	57,1%	85,0%
Reconhecimento	0,66 (0,48-0,84)	<7	50,0%	95,8%
Fluência verbal	0,69 (0,53-0,85)	<8	50,0%	85,8%
Teste desenho relógio	0,75 (0,64-0,86)	<4	71,4%	66,1%
<i>CERAD</i>				
Memória lista de palavras	0,82 (0,71-0,94)	<9	71,4%	83,5%
Evocação tardia lista de palavras	0,72 (0,57-0,88)	<2	71,4%	73,2%
Reconhecimento	0,78 (0,63-0,93)	<7	71,4%	74,8%
Praxia construtiva	0,72 (0,57-0,87)	<6	71,4%	66,1%
Teste de nomeação de Boston	0,79 (0,69-0,90)	<12	85,7%	55,1%
<i>Outros testes</i>				
Extensão de dígitos- direta	0,73 (0,60-0,86)	<5	78,6%	53,5%
Extensão de dígitos-inversa	0,75 (0,63-0,86)	<3	85,7%	55,1%
Abstração- CAMCOG	0,71 (0,57-0,86)	<1	57,1%	82,7%
MEEM	0,89 (0,82-0,97)	<23	100,0%	63,0%

Com relação ao grupo com escolaridade de um a quatro anos, o MEEM apresentou uma acurácia muito boa, e o BBRC (memória incidental e imediata) e o CERAD (memória da lista de palavras) uma forte acurácia. Os demais testes apresentaram uma acurácia regular. Sendo assim, foram considerados menor que 17 e menor que 23 os melhores pontos de corte no MEEM para rastreio de transtorno neurocognitivo maior em idosos analfabetos e com escolaridade de um a quatro anos, respectivamente.

4.4. Discussão

Nossos resultados sugerem que a aplicação de testes neuropsicológicos para rastreio de quadros de TNM teve melhor acurácia em indivíduos com escolaridade de um a quatro anos, de forma que esta é uma variável fundamental na determinação de pontos de corte de testes cognitivos. A seguir, discutimos os resultados de cada uma das baterias utilizadas.

Com relação a BBRC, a nossa amostra sem TNM analfabeta apresentou escores mais baixos nas médias dos subtestes, com exceção do teste do desenho do relógio, quando comparado com estudo realizado por Yassuda et al. (2017) em Campinas-SP. No grupo com escolaridade de um a quatro anos, as médias no BBRC foram semelhantes. O estudo de Yassuda et al. (2017) usou como critério de exclusão pontos de corte no MEEM de acordo com a escolaridade, o que pode ter excluído indivíduos saudáveis com uma baixa pontuação no MEEM devido ao analfabetismo. Nitrini et al. (2004) também encontraram médias mais altas no BBRC nos indivíduos saudáveis analfabetos e de baixa escolaridade. Uma possível explicação para essa diferença pode ser os critérios de inclusão utilizados neste estudo (ausência de história clínica de prejuízos em memória, escores acima dos ajustados para a idade no MEEM, entre outros).

A acurácia do BBRC em idosos com escolaridade de um a quatro anos foi melhor nos subtestes de memória incidental e de memória imediata, sendo a área sob a curva ROC de 0,86 e de 0,81, respectivamente. Castro et al. (2009) encontraram uma boa acurácia em todos os subtestes do BBRC, entretanto em uma amostra com maior nível educacional do que a do nosso estudo, sendo que a média de escolaridade foi de 4,5 anos no grupo com DA e de 8,4 anos no grupo sem TNM.

O teste do desenho do relógio demonstrou ser influenciado pela escolaridade da amostra, sendo a média nos controles de 2,14 ($\pm 2,21$) em analfabetos e de 5,39 ($\pm 3,47$) no grupo com escolaridade de um a quatro anos. Este dado foi corroborado por outros estudos (AINSLIE et al., 1993; CHRISTOFOLETTI et al., 2007; GUNTEN et al., 2008). Desta forma, Kim & Chey (2010) recomendam que a performance no teste de relógio em indivíduos com escolaridade

menor do que seis anos deve ser analisada com cautela, já que pessoas saudáveis com baixa escolaridade cometem erros semelhantes aos dos pacientes com quadros demenciais.

Com relação à acurácia, o teste do desenho do relógio apresentou valores de área sob a curva ROC, de sensibilidade e de especificidade de 0,49, de 100% e de 10,2% no grupo de analfabetos, e de 0,75, de 71,4% e de 66,1% no com escolaridade de um a quatro anos. Lourenço et al. (2008) encontraram sensibilidades e especificidades de 65% e áreas sob a curva ROC de 0,657 a 0,684 em população semelhante no Rio de Janeiro. Seigerschmidt et al. (2002) encontraram sensibilidade e especificidade de 66% e de 65%, respectivamente, em uma população com maior escolaridade.

O ponto de corte no teste do desenho do relógio para rastreio de DA foi menor do que 4 e do que 6 no grupo de analfabetos e de escolaridade de um a quatro anos, respectivamente. Jacinto et al. (2014) encontraram ponto de corte de 6 em uma população de baixa escolaridade. Aprahamian et al. (2011) relataram um ponto de corte de 2,5 em uma população analfabeta (sensibilidade 66,7% e especificidade 82,8%). A amostra deste estudo, tanto dos casos como dos controles, era de pacientes que procuravam por atendimento médico, diferente do nosso estudo que avaliou participantes na comunidade, o que pode explicar a diferença no ponto de corte.

Com relação a fluência verbal, foi encontrada uma média de 8,84 ($\pm 3,01$) e de 10,88 ($\pm 3,81$) nos controles analfabetos e com escolaridade de um a quatro anos, respectivamente. Brucki et al. (1997) encontraram média de 11,9 em analfabetos. Barea & Mansur (2007) encontraram em uma amostra analfabeta saudável uma média de 14,5 ($\pm 5,05$). Nesses estudos, foram excluídos participantes com doenças psiquiátricas ou neurológicas ativas, em uso de psicotrópicos e com queixas cognitivas que poderiam comprometer a avaliação, o que pode ter selecionado uma amostra diferente da do nosso estudo, apesar da escolaridade semelhante.

Ainda com relação ao teste da fluência verbal, os pontos de corte para o diagnóstico de demência foram menor que 7 em analfabetos (sensibilidade de 45,5% e especificidade de 75,5%) e que 8 no grupo com escolaridade de um a quatro anos (sensibilidade de 50% e especificidade de 85,8%). Brucki et al. (1997) descrevem o mesmo ponto de corte menor do que 9 em indivíduos com escolaridade menor do que oito anos, com sensibilidade de 75% e especificidade de 79% nos analfabetos, e de 100% e de 84% em pessoas com até quatro anos de escolaridade. A área sob a curva ROC foi de 0,65 no grupo de analfabetos e de 0,69 no grupo com escolaridade de um a quatro anos na diferenciação dos pacientes com e sem TNM. Radanovic et al. (2009) encontraram uma área sob a curva ROC de 0,88 em uma população com escolaridade maior do que quatro anos. Aprahamian et al. (2011) encontraram pontos de

corte na fluência verbal semelhantes para uma população analfabeta que procurava de forma ativa por atendimento médico, o que pode ter gerado um viés de seleção ao não avaliar participantes sem uma demanda clínica

Em relação ao CERAD, houve diferença significativa entre o grupo sem TNM e os indivíduos com TNM na pontuação do teste no grupo com escolaridade de um a quatro anos. Bertolucci et al. (2001) também encontraram em uma amostra com escolaridade de nove anos uma diferença significativa ao aplicar o mesmo teste, exceto para a nomeação de Boston. Ainda no mesmo estudo, os pontos de corte encontrados foram de: teste de nomeação de Boston de 12; MEEM de 26; memória da lista de palavras de 13; praxia construtiva de 9; memória tardia de 3 e reconhecimento de 7. No nosso estudo, foram encontrados os seguintes pontos de corte para analfabetos e com escolaridade de um a quatro anos, respectivamente: teste de nomeação de Boston de 11 e de 12; MEEM de 17 e de 23; memória da lista de palavras de 6 e de 9; praxia construtiva de 3 e de 6; memória tardia de 2 para ambos os grupos e reconhecimento de 5 e de 7.

Leite et al. (2017) relatam as seguintes médias em indivíduos idosos saudáveis no teste de nomeação de Boston de acordo com a escolaridade: 10,2 ($\pm 1,8$) em analfabetos, 11 ($\pm 1,8$) de um a dois anos de escolaridade, 11,3 ($\pm 2,0$) de 3 a 4 anos de escolaridade. Estes dados são semelhantes aos encontrados em nosso estudo.

No teste de extensão de dígitos, a média encontrada em indivíduos saudáveis foi de 3,90 ($\pm 1,22$) na ordem direta e de 1,52 ($\pm 1,18$) na ordem inversa em analfabetos, e de 4,80 ($\pm 1,22$) na ordem direta e de 2,51 ($\pm 1,18$) na ordem inversa no grupo com escolaridade de um a quatro anos. Para o grupo de analfabetos, os pontos de corte foram de 4 na ordem direta (sensibilidade 72,7%, especificidade 67,3% e área sob a curva ROC 0,77) e de 2 na ordem inversa (sensibilidade 54,5%, especificidade 65,3% e área sob a curva ROC 0,58). No grupo com escolaridade de um a quatro anos, os pontos de corte foram de 5 na ordem direta (sensibilidade 78,6%, especificidade 53,5% e área sob a curva ROC 0,73) e de 3 na ordem inversa (sensibilidade 85,7%, especificidade 55,1% e área sob a curva ROC 0,75).

Jacinto et al. (2014) encontraram média em indivíduos saudáveis de 5, na ordem direta, e de 2, na ordem inversa em uma amostra com aproximadamente quatro anos de escolaridade, valores semelhantes ao do nosso estudo. Os pontos de corte sugeridos neste estudo foram de 4 na ordem direta (sensibilidade 70,8%, especificidade 58,1% e área sob a curva ROC 0,691) e de 1 na ordem inversa (sensibilidade 77,2%, especificidade 48,8% e área sob a curva ROC 0,72).

No sub-teste de abstração do CAMCOG, a média dos participantes sem TNM no nosso estudo foi de 1,42 ($\pm 1,53$) nos analfabetos e de 2,90 ($\pm 2,18$) nos idosos com escolaridade de um a quatro anos. James et al. (2015) relataram uma média no mesmo teste de 6,73 ($\pm 1,15$) em controles, porém a escolaridade da amostra era de 13 anos. Os autores ressaltaram a associação do teste com o nível educacional. No nosso estudo, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo saudável e com TNM apenas no subgrupo de maior escolaridade, apontando que este teste não é capaz de separar idosos analfabetos com e sem TNM.

Em relação ao MEEM, a média nossa amostra em indivíduos saudáveis foi de 19,00 ($\pm 3,87$) para analfabetos e de 23,72 ($\pm 3,70$) para um a quatro anos de escolaridade. Dados semelhantes aos encontrados por Laks et al. (2007), que encontraram médias de 19,46 ($\pm 3,47$) para analfabetos e de 23,90 ($\pm 3,87$) em idosos com escolaridade de um a oito anos, no Brasil. Fuzikawa et al. (2007) também encontraram médias semelhantes em estudo realizado em Minas Gerais.

Os pontos de corte para TNM encontrados para o MEEM foram menores do que 17 para analfabetos (sensibilidade de 72,7% e especificidade de 79,6%) e do que 23 para um a quatro anos de escolaridade (sensibilidade de 100% e especificidade de 63%). As áreas sob a curva ROC foram de 0,81 nos analfabetos e de 0,89 nos de baixa escolaridade.

Bertolucci et al. (1994) sugeriram pontos de corte menores, sendo de 13 para analfabetos (sensibilidade de 82,4% e especificidade de 97,5%) e de 18 para baixa escolaridade (sensibilidade de 75,6 % e especificidade de 96,6%), em estudo realizado em população geral das mais diversas faixas etárias. Lourenço & Veras (2006) sugeriram pontos de corte maiores de 18/19 para analfabetos (sensibilidade de 73,5 % e especificidade de 73,9%) e de 24/25 para pacientes com instrução escolar (sensibilidade de 75 % e especificidade de 69,7%), em pesquisa realizada em idosos. Kochhan et al. (2010) descreveram pontos de corte de 21 (sensibilidade de 93 % e especificidade de 82%) para analfabetos e de 22 (sensibilidade de 87 % e especificidade de 82%) em pessoas com baixa escolaridade, ao excluir indivíduos em uso de medicações psicotrópicas ou com diagnósticos neuropsiquiátricos. Scazufca et al. (2009), em estudo realizado no Brasil, descreveram pontos de corte de 14/15 em analfabetos (sensibilidade de 78,7% e especificidade de 77,8%) e de 17/18 em indivíduos com pelo menos um ano de escolaridade (sensibilidade de 91,9 % e especificidade de 89,5%). Neste estudo, o melhor ponto de corte também foi escolhido através das melhores medidas de sensibilidade e de especificidade, e a amostra foi da comunidade. Entretanto, uma diferença com relação ao nosso estudo foi que o diagnóstico de TNM foi realizado através dos critérios do DSM-IV.

Na metanálise realizada com amostra de 3559 indivíduos por Paddick et al. (2017), os pontos de corte para o MEEM variaram de 14 a 20 para analfabetos e de 17 a 23 para indivíduos com baixa escolaridade. A sensibilidade, especificidade e área sob a curva ROC combinadas foram de 82,8%, 81,7% e de 0,853. Não foi encontrada uma heterogeneidade importante entre os estudos. Creavin et al. (2016), em uma revisão sistemática, encontraram ponto de corte de 18 no MEEM na comunidade para o diagnóstico de demência.

O'Connor et al. (1989) sugeriram que é importante investigar escores baixos no MEEM mais detalhadamente antes de diagnosticar um quadro demencial. Um possível fator confundidor para esses baixos escores poderia ser também a necessidade do uso de caneta e de papel pelos participantes, como ocorre no MEEM e no teste do desenho do relógio. O uso desses objetos poderia gerar a ansiedade em uma população pouco habituada a manusear esses itens no dia-dia, como seria o caso em indivíduos de baixa escolaridade (MOKRI et al. 2012; GOMEZ et al., 2013).

No nosso estudo, o MEEM foi o teste cognitivo que apresentou melhor capacidade para diferenciar indivíduos saudáveis de portadores de transtornos neurocognitivo maior, tanto em idosos analfabetos como com escolaridade de um a quatro anos. Achado corroborado em outro estudo realizado em população brasileira, também no estado de São Paulo (SCAZUFCA et al., 2009). Uma possível explicação para isso seria pelo fato de ser um teste mais abrangente, que aborda vários domínios cognitivos.

O presente estudo teve o ponto forte de ter sido realizado na comunidade. Estudos populacionais são melhores para estimar sensibilidade e especificidade de testes na prática clínica do que estudos clínicos (LORENTZ et al., 2002). Como limitações, seria importante a verificação da acurácia dos testes neuropsicológicos em uma amostra maior e de maior escolaridade.

Sempre é importante lembrar que testes neuropsicológicos nunca devem substituir uma avaliação sistemática que inclua história, exame físico e exames laboratoriais.

4.5. Conclusão

Um instrumento de rastreio apropriado precisa ser breve, com uma boa sensibilidade e uma alta especificidade. O atual estudo evidenciou uma baixa acurácia dos testes neuropsicológicos no rastreio de quadros neurocognitivos em idosos analfabetos. Esse dado traz à tona a necessidade da elaboração de novos testes neuropsicológicos ou a adequação dos já usados de acordo com a escolaridade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação abordou diversos aspectos dos transtornos neurocognitivos, incluindo uma revisão da história da demência, um estudo que avaliou a mudança da prevalência dessa síndrome após o lançamento do DSM-5, e a acurácia de testes neuropsicológicos em idosos de baixa escolaridade para diagnóstico dessa síndrome. É um trabalho com importante contribuição para a saúde brasileira por avaliar os transtornos neurocognitivos através de um atendimento multidisciplinar e domiciliar em uma população de baixa escolaridade.

No capítulo 1, destacou-se as recentes mudanças nos critérios diagnóstico dos quadros demenciais, o alto impacto socioeconômico e a necessidade de medidas de promoção de saúde, prevenção e tratamento com medidas farmacológicas e não farmacológicas.

No capítulo 2, foi sugerido que a estimativa da prevalência de demência possivelmente não será substancialmente afetada pelas mudanças nos critérios do DSM-IV para o DSM-5

No capítulo 3, a aplicação de testes neuropsicológicos em uma população idosa analfabeta mostrou-se pouco efetiva no rastreio de transtornos neurocognitivos e foram propostos pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade.

Podemos concluir que estes estudos trouxeram resultados e discussões importantes, mas também geraram questionamentos que podem ser respondidos em estudos futuros.

6. REFERÊNCIAS¹

AINSLIE, A. K.; MURDEN, R. A. Effect of education on the Clock-Drawing dementia screen in non-demented elderly persons. **Jags**, v. 41, n.3, p. 249-252, 1993.

ALLEGRI, R. F. et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. **Int. Psychogeriatr.**, v. 19, n. 4, p. 705-18, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3 ed. Washington DC, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5 ed. Washington DC, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias**. EUA, 2007.

ANDRÉ, C. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. **Arq. neuropsiquiatr.**, v. 56, n. 3A, p. 498-510, 1998.

ANDRÉ, E. S. Moléstia de Parkinson – Parkinson's Disease. **Fisioter. Mov.**, v. 7, n. 1, p. 11-25, 2004.

APRAHAMIAN, I. et al. Screening for Alzheimer's disease among illiterate elderly: accuracy analysis for multiple instruments. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 26, p. 221-229, 2011.

BARBOSA, E. R.; SALLEM, F. A. S. Doença de Parkinson- Diagnóstico. **Rev. Neurociênc.**, v. 13, p. 158-165, 2005.

BAREA, K.S.; MANSUR, L.L. Knowledge of semantic categories in normal aged: influence of education. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 2, p. 166-172, 2007.

BELLEVILLE, S. et al. Detecting early preclinical Alzheimer's disease via cognition, neuropsychiatry, and neuroimaging: qualitative review and recommendations for testing. **J. Alzheimers Dis.**, v. 42, p. 375-382, 2014.

BELLEVILLE, S. et al. Neuropsychological measures that predict progression from mild cognitive impairment to Alzheimer's type dementia in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Neuropsychol. Rev.**, 2017. No prelo.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arqu. Neuropsiquiatr.**, v. 59, p. 532-536, 2001.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental emu ma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 52, n.1, p. 1-7, 1994.

BETTIN, K. M. et al. Measuring delirium severity in older general hospital inpatients without dementia. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 6, n. 4, 1998.

BIRKS, J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. **Cochrane Database Syst. Rev.**, 2009.

BOTTINO, C. M. C. et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, v. 26, n.4, p. 291–9, 2008.

BRUCKI, S. M. et al. Normative data on the verbal fluency test in the animal category in our milieu. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 55, n.1, p. 56-61, 1997.

BRUCKI, S. M. D. et al. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arq. Neuropsiquiatr.**,v. 61, n. 3B, p. 777–81, 2003.

BRUCKI, S. M. D. Does prevention for Alzheimer's disease exist. **Dement. Neuropsychol.**, v. 3, n.3, p. 209-13, 2009.

BRUCKI, S. M. D. et al. Tratamento da demência vascular. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dement. Neuropsychol.** [online], v.5, n.4, p. 275-287, 2011.

BRUM, P. S. et al. Cognitive training in older adults with mild cognitive impairment. **Dement. Neuropsychol.**, v. 3, p. 124-131, 2009.

CALL, J.; TOMASELLO, M. Does the chimpanzee have a theory of mind? 30 years later. **Trends. Cogn. Sci.**, v.12, n. 5, p. 187–92, 2008.

CAMARA, V. D. et al. Reabilitação cognitiva das demências. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 45, n. 1, p. 25-39, 2009.

CARAMELLI, P. et al. Diagnosis of Alzheimer's disease in Brazil. **Dement. Neuropsychol.**, v. 5, n. 3, p. 167-177, 2011.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demências. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, supl.1, p. 7-10, 2002.

CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 2, p. 83-7, 2007.

CARNERO-PARDO, C. et al. Diagnostic accuracy of the Eurotest for dementia: a maturational, multicentre phase II study. **BMC neurol.**, v. 6, p. 15, 2006.

CASTRO, S. et al. Brief cognitive battery in the diagnosis of dementia in Alzheimer's disease. **Dement Neuropsychol.**, v. 3, n.4, p. 327-331, 2009.

CASTRO-COSTA, E. et al. Norms for the mini-mental state examination: adjustment of the cut-off point in population-based studies (evidences from the Bambuí health aging study). **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 66, n. 3A, p. 524–8, 2008.

CAZARIM, M. S. et al. Perspectives for treating Alzheimer's disease: a review on promising pharmacological substances. **Sao Paulo Med. J.**, v. 134, n. 4, p. 342-354, 2016.

CERQUERA CÓRDOBA, A. M. et al. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. **Psychol. Av. Discip.**, v. 6, n. 1, p. 35-45, 2012.

CHARIGLIONE, I. P. F.; JANCZURA, G. A. Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. **Psico. USF**, v. 18, n.1, p. 13-22, 2013.

CHRISTOFOLETTI, G. et al. The influence of schooling on cognitive screening test in the elderly. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 1, p. 46-51, 2007.

CREAVIN, S. T. et al. Mini-mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, 2016.

DA SILVA, C. B.; DA SILVA, E. M. A demência de Alzheimer e suas terapêuticas não farmacológicas: um estudo sobre as estratégias e intervenções em reabilitação neuropsicológica. **Caderno Discente**, v.1, n.1, 2014.

ERAMUDUGOLLA, R. et al. Evaluation of a research diagnostic algorithm for DSM-5 neurocognitive disorders in a population-based cohort of older adults. **Alzheimers Res. Ther.**, v. 9, n.1, p. 15, 2017.

FAHN, S. Parkinsonism. In: ROWLAND, L. P. **Merritt's Neurology**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. p. 679-693.

FELDMAN, H. et al. Economic evaluation of donepezil in moderate to severe Alzheimer disease. **Neurology**, v. 63, n. 4, p. 644–50, 2004.

FERRI, C. P. et al. 2005. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. **Lancet**, v. 366, p. 2112–7, 2005.

FICHMAN-CHARCHAT, H. et al. Brief Cognitive Screening Battery (BCSB) is a very useful tool for diagnosis of probable mild Alzheimer's disease in a geriatric clinic. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 74, p. 149-154, 2016.

FOLLE, A. D. et al. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 1, p. 79-85, 2016.

FOLSTEIN, M. F. et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v. 12, n. 3, p. 189–98., 1975.

FÖRSTL, H. Uncommon causes of dementia: an historical account. **Int. Psychogeriatr.**, v. 17, Suppl 1, p. S3–15, 2005.

FUJIKAWA, C. et al. Correlation and agreement between the Mini-mental state examination and the Clock Drawing Test in older adults with low levels of schooling: the Bambuí Health Aging Study (BHAS). **International Psychogeriatrics**, v. 19, n.4, p. 657-667, 2007.

GIL, G. et al. Efeitos de um programa de estimulação cognitiva multidisciplinar intergeracional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 18, n. 3, p. 533-543, 2015.

GOEDERT, M.; SPILLANTINI, M. G. A century of Alzheimer's disease. **Science**, v. 314, n. 5800, p. 777-81, 2006.

GOMEZ, F. et al. Applicability of the MoCA-S test in populations with little education in Colombia. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 28, p. 813-820, 2013.

GUNTEN, A. et al. Clock- Drawing test performance in the normal elderly and its dependence on age and education. **Eur Neurol.**, v. 60, p. 73-78, 2008.

HAMDAN, A. C.; BUENO, O. F. A. Relações entre controle executivo central e memória episódica verbal no Comprometimento Cognitivo Leve e na Demência Tipo Alzheimer. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 10, p. 63-71, 2005.

HAN, J. W. et al. Prevalence rates of dementia and mild cognitive impairment are affected by the diagnostic parameter changes for neurocognitive disorders in the DSM-5 in a korean population. **Dement. Geriatr. Cogn.**, v. 43, p. 193-203, 2017.

HANSEN, L. A. et al. Plaque-only Alzheimer disease is usually the Lewy body variant, and vice-versa. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 18, n. 11, p. 988-93, 2003.

HANSEN, R. A. et al. Efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. **Clin. Interv. Aging**, v. 3, p. 211-225, 2008.

HERRERA, E. et al. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, n. 25, p. 70-3, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA—IBGE. **Censo demográfico: 2010: educação e deslocamento: resultados da amostra**. IBGE, Rio de Janeiro, 2010.

ISAACOWITZ, D. M.; STANLEY, J. T. Bringing an Ecological Perspective to the Study of Aging and Recognition of Emotional Facial Expressions: Past, Current, and Future Methods. **J. Nonverbal Behav.**, v. 35, n.4, p. 261-78, 2011.

JACINTO, A. F. et al. Suggested instruments for general practitioners in countries with low schooling to screen for cognitive impairment in the elderly. **International Psychogeriatrics**, v. 26, n.7, p. 1121-1125, 2014.

JACK, C. R. et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimers Dement.**, v. 7, n. 3, p. 257-62, 2011.

JAMES, K. A. et al. Associations between CAMCOG-R subscale performance and formal education attainment in South African older adults. **International Psychogeriatrics**, v. 27, n. 2, p. 251-260, 2015.

JORGE, M. R. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, p. 233-9, 1998.

KEMP J. et al. Theory of Mind in normal ageing and neurodegenerative pathologies. **Ageing Res. Rev.**, v. 11, n. 2, p. 199–219, 2012.

KIM, H; CHEY, J. Effects of education, literacy, and dementia on the Clock Drawing Test performance. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 16, p. 1138-1146, 2010.

LAKS, J. et al. Mini-mental state examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 315-319, 2007.

LANG, A. E. Movement disorders symptomatology. In: BRADLEY, W. G. et al. **Neurology in Clinical Practice**. Massachusetts: Butterworth-Heinemann, 1996; p. 299-320.

LEITE, K. S. B. et al. Boston Naming Test (BNT) original, Brazilian adapted version and short forms: normative data for illiterate and low-educated older adults. **International Psychogeriatrics**, v. 29, n. 5, p. 825-833, 2017.

LEZAK, M. **Neuropsychological Assessment**. New York: Oxford University, 1976.

LIRA, J. O. D. et al. Desempenho de idosos em testes específicos: efeito de Grupo de Estimulação. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v.14, n. 2, p. 209-220, 2011.

LISHMAN, W. A. **Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder**. 3 ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 1998.

LORENTZ, W.J.; SCANLAN, J.M.; BORSON, S. Brief screening tests for dementia. **Can J Psychiatry**, v. 47, n. 8, p. 723-33, 2002.

LOURENÇO, R. A. et al. The Clock Drawing Test: performance among elderly with low educational level. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 30, n.4, p. 309-15, 2008.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

MARTORELL-POVEDA, M. A. et al. Alzheimer: sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural. **Index Enferm**, v. 19, n. 2-3, p. 106-10, 2010.

MENDIOLA- PRECOMA, J. et al. Therapies for prevention and treatment of Alzheimer's Disease. **Biomed. Res. Int.**, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980501/>>. Acesso em: 01 de dezembro. 2017.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. Antropologia, saúde e envelhecimento [versão eletrônica]. In: CALDAS, C.P. **O Idoso em Processo de Demência**: o impacto na família. 2002. p. 51-71.

MITCHELL, S. L. et al. The clinical course of advanced dementia. **N. Engl. J. Med.**, v. 361, p. 1529-38, 2009.

MOKRI, H. et al. Self- reported reading and writing skills in elderly who never attended school influence cognitive performance: results from the Coyoacan cohort study. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 16, n.7, 2012.

MUKAMAL, K. J. et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. **Jama**, v. 289, n. 11, p. 1405-1413, 2003.

NITRINI, R. et al. Neuropsychological tests of simple application for diagnosing dementia. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 52, p. 457-465, 1994.

NITRINI, R. et al. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v. 10, p. 634-38, 2004.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Demências. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A Neurologia que todo médico deve saber**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 323-34.

NUSSBAUM, A. M. **Guia para o exame diagnóstico Segundo o DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 273 p.

O'CONNOR, D. W. et al. The influence of education, social class and sex on Mini-mental state scores. **Psychological Medicine**, v. 19, p. 771-776, 1989.

OLIVEIRA, A. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com doença de Alzheimer. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 3, p. 675-85, 2012.

PADDICK, S. M. et al. Cognitive screening tools for identification of dementia in illiterate and low-educated older adults, a systematic review and meta-analysis. **International Psychogeriatrics**, v. 29, n. 6, p. 897-929, 2017.

PARMERA, J. B.; NITRINI, R.. Da investigação ao diagnóstico. **Rev. Med. (São Paulo)**, v. 94, n.3, p. 179-84, 2015.

PARRA, M. A. Overcoming barriers in cognitive assessment of Alzheimer's disease. **Dement. Neuropsychol.**, v. 8, p. 95-98, 2014.

PREMACK, D.; WOODRUFF, G. Does the chimpanzee have a theory of mind? **Behav. Brain Sci.**, p. 515-26, 1978.

PRINCE, M. et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. **Alzheimers Dement.**, v. 9, p. 63-75, 2013.

PRINCE, M. Methodological issues for population-based research into dementia in developing countries. A position paper from the 10/66 dementia research group. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.15, p. 21–30, 2000.

RABINS, P. V. et al. **Guideline watch (October 2014):** practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias. 2014.

RADANOVIC, M. et al. Verbal fluency in the detection of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease among Brazilian Portuguese speakers: the influence of education. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n.6, p. 1081-1087, 2009.

RAMIREZ-BERMUDEZ, J. Alzheimer's disease: critical notes on the history of a medical concept. **Arch. Med. Res.**, v. 43, n. 8, p. 595–9, 2012.

REESE, T. R. et al. Behavioral disorders in dementia: appropriate nondrug interventions and antipsychotic use. **Am. Fam. Physician**, v. 94, n. 4, p. 276-82, 2016.

RENTZ, D. M. et al. Promising developments in neuropsychological approaches for the detection of preclinical Alzheimer's disease: a selective review. **Alzheimers Res. Ther.**, v.5, n.6, p. 58, 2013.

ROSSETTI, H. C. et al. Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a population-based sample. **Neurology**, v. 77, p. 1272–5, 2011.

ROTH, M et al. **CAMDEX-R: The Cambridge examination for mental disorders of the elderly.** Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

SCARMEAS, N. et al. Mediterranean diet and mild cognitive impairment. **Arch. Neurol.**, v. 66, n. 2, p. 216-225, 2009.

SCARMEAS, N. et al. Mediterranean diet, Alzheimer disease, and vascular mediation. **Arch. Neurol.**, v. 63, n. 12, p. 1709-1717, 2006.

SCAZUFCA, M. et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. **Int. Psychogeriatr.**, v. 20, n. 2, p. 394–405, 2008.

SCAZUFCA, M. et al. Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status: results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, v. 259, p. 8–15, 2009.

SEIGERSCHMIDT, E. et al. The clock drawing test and questionable dementia: reliability and validity. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 17, p. 1048-1054, 2002.

SERRANO-POZO, A. et al. Neuropathological Alterations in Alzheimer Disease. **Cold Spring Harb. Perspect. Med.**, v. 1, n.1., 2011.

SILVA, T. B. L. D. et al. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 1, p. 65-74, 2011.

- SILVEIRA, C. et al. Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, p. 234-240, 2013.
- SOSA-ORTIZ, A. L. et al. Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. **Arch. Med. Res.**, v. 43, n. 8, p. 600-8, 2012.
- SPOLETINI, I. et al. Facial emotion recognition deficit in amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer disease. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 16, n.5, p. 389-98, 2008.
- STERN, Y. Cognitive reserve and Alzheimer disease. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.** , v. 20, p. S69 -S74, 2006.
- STERN, Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer disease. **Lancet Neurol.**, v. 11, p. 1006-12, 2012.
- STERN, Y. et al. Influence of education and occupation on the incidence of Alzheimer's disease. **JAMA** , v. 271, p. 1004 -1010, 1994.
- STOREY, J. E. et al. Accuracy of the clock drawing test for detecting dementia in a multicultural sample of elderly Australian patients. **Int. Psychogeriatr.**, v. 14, p. 259-71, 2002.
- STRAUSS, E. et al. **Compendium of Neuropsychological Testes (Administration, Norms and Commentary)**. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- TAMAI, S. Treatment of behavioral disorders reatment of behavioral disorders in dementia patients. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 24, Supl. I, p. 15-21, 2002.
- TAY, L. et al. New DSM-V neurocognitive disorders criteria and their impact on diagnostic classifications of mild cognitive impairment and dementia in a memory clinic setting. **Am. J. Geriatr. Psychiatry**, v. 23, n. 8, p. 768-79, 2015.
- TEIXEIRA JR, A. L.; CARDOSO, F. Demência com corpos de Lewy: abordagem clínica e terapêutica. **Rev. Neurociênc.**, v. 13, n. 1, p. 28-33, 2005.
- ÜSTÜN, T.B. et al. Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0. **Bull. World Health. Organ.**, v. 88, p. 815-823, 2010.
- VARJASSYOVÁ, A. et al. Recognition of facial emotional expression in amnesic mild cognitive impairment. **J. Alzheimers Dis.**, v. 33, n. 1, p. 273-80, 2013.
- VERGHESE, J. et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. **N. Engl. J. Med.**, v. 348, n. 25, p. 2508-2516, 2003.
- WANG, G. et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of Alzheimer-type dementia in Shanghai, China. **J. Alzheimers Dis.**, v. 15, n. 1, p. 109-15, 2008.
- WEBER, M. M. Aloys Alzheimer, a coworker of Emil Kraepelin. **J. Psychiatr. Res.**, v. 31, n. 6, p. 635-43, 1997.

WIMO, A. et al. The worldwide societal costs of dementia: estimates for 2009. **Alzheimers Dement.**, v. 6, n. 2, p. 98-103, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Measuring Health and Disability**: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneve: WHO, 2010.

YASSUDA, M. S. et al. Normative data for the Brief Cognitive Screening Battery stratified by age and education. **Dement Neuropsychol.**, v. 11, n.1, p. 48-53, 2017.

7. APÊNDICES

7.1. APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

NOME DA PESQUISA: Cognição social e comparação dos critérios de demência do DSMIV e DSM-5 entre idosos atendidos na atenção básica.

PESQUISADOR REPONSÁVEL: Marcos Hortes N. Chagas (contato: 16 98145-2367/setroh@hotmail.com).

Você está sendo convidado a participar do estudo: “Cognição social e comparação dos critérios de demência do DSM-IV e DSM-5 entre idosos atendidos na atenção básica”.

1. Objetivos e Justificativa: Essa pesquisa tem como objetivo estudar a frequência de pessoas com mais de 60 anos com demência que moram na sua região. Este quadro inclui pessoas que têm perda de memória, que se perdem com facilidade, que trocam as coisas de lugar e o nome das pessoas muitas vezes, que não conseguem mais fazer compras, entre outras atividades do dia-a-dia. Vamos também comparar duas maneiras que são usadas pelos profissionais de saúde para saber se você tem a demência. Além disso, queremos saber como está sua capacidade de reconhecer algumas emoções no rosto de outras pessoas. A demência é um problema de saúde que acontece com certa frequência principalmente com as pessoas que possuem 60 anos ou mais. Ela pode prejudicar de maneira importante a realização das atividades do dia-a-dia, o relacionamento com as pessoas e tornar a pessoa dependente de cuidados. Por isso, há a necessidade de observar se isso pode estar acontecendo, para que medidas preventivas sejam tomadas.

2. Participação na Pesquisa: Sua participação na pesquisa será responder as perguntas feitas por um pesquisador sobre sua saúde e realizar alguns testes como tarefas para testar sua memória, sua capacidade de nomear objetos, fazer algumas contas e alguns desenhos, reconhecer faces de algumas emoções, entre outros.

3. Riscos e Benefícios: Como possíveis riscos do estudo, cita-se o possível desconforto e cansaço em realizar os testes e responder às perguntas propostas, que exigem engajamento do participante e podem demandar cerca de 50 minutos. Além disso, mesmo que pequena, há possibilidade de outras pessoas terem acesso às informações que você ofereceu. Deve-se

considerar também que o diagnóstico de demência pode causar sofrimento psicológico, principalmente para participantes que não saibam do diagnóstico.

Você não terá necessidade de se deslocar para outro local para participar da pesquisa, pois a pesquisa será realizada em sua casa, no local que se sentir mais confortável.

Como benefícios de sua participação na pesquisa, poderemos obter informações sobre como identificar pessoas que possuem o quadro de demência. Também poderemos obter dados importantes sobre memória, atenção, prejuízo nas atividades do dia-a-dia e emoções sentidas da população estudada. De acordo com estas perguntas e testes, alguns participantes poderão ser identificados com o quadro de demência. Caso algumas perguntas e testes estejam alterados e exista a suspeita de demência, você será encaminhado para avaliação adequada na unidade de saúde do município.

Caso você aceite participar da pesquisa, você precisa saber que: Somente você e os pesquisadores terão acesso às informações e aos testes e que é garantido o sigilo sobre todos os dados coletados e mantida a privacidade dos participantes na pesquisa. Estas informações serão utilizadas exclusivamente para este estudo e as análises serão realizadas de forma geral, sem a identificação individual dos participantes. O material coletado na pesquisa será arquivado no Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos.

Os resultados finais da pesquisa poderão ser divulgados em publicações ou eventos científicos, sendo que os dados pessoais dos participantes do estudo não serão revelados, o que garante o completo anonimato. A sua participação é voluntária e caso você se sinta desconfortável para responder às perguntas ou aos testes, a sua não participação ou a interrupção em qualquer momento do estudo não lhe causará qualquer problema ou dificuldade com relação a seu atendimento no serviço de saúde do município ou às visitas que a agente comunitária faz durante o ano. Nesse estudo não haverá despesas financeiras para os participantes, e serão garantidos esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia e resultados obtidos.

O pesquisador responsável pela pesquisa poderá ser contatado pelo telefone (16) 98145- 2367.

Você ficará com uma das duas vias originais desse Termo de Consentimento e a outra via será arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____,
RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Voluntário/ Responsável

7.2. APÊNDICE B- Folha de resposta- Entrevista Psiquiátrica

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____ Número de identificação do idoso: _____

Comorbidades: _____

Medicações em uso: _____

Sistemas	Perguntas de triagem		Diagnóstico
Humor	T. depressivos	Sim Não	
	Distímia	Sim Não	
	T. bipolar	Sim Não	
Psicoses	Sim	Não	
Ansiedade	TAG	Sim Não	
	T. de pânico	Sim Não	
	Fobia social	Sim Não	
	Fobia específica	Sim Não	
Obsessões e compulsões	Sim	Não	
Trauma	Sim	Não	
Dissociação	Amnésia dissociativa	Sim Não	
	despersonalização/ desrealização	Sim Não	
Preocupações somáticas	Sim	Não	
Alimentação	Sim	Não	
Sono	T. insônia	Sim Não	
	T. hipersonolência	Sim Não	
	Narcolepsia	Sim Não	
	Pernas inquietas	Sim Não	
	SAOS	Sim Não	
Substâncias e outras adições			
T. neurocognitivos	MoCA		
	Delirium	Sim Não	
	T. neurocognitivo leve	Sim Não	
	T. neurocognitivo maior (DSM-5)	Sim Não	
	Demência (DSM-IV)	Sim Não	

*Observações: _____

7.3. APÊNDICE C- Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0)

Questões A1-A5: informações gerais e demográficas

A1	Anote o sexo da pessoa conforme observado
A2	Qual sua idade?
A3	Quantos anos no total você passou estudando em escola, faculdade ou universidade?
A4	Qual é o seu estado civil atual?
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua principal atividade de trabalho?

Questões D1.1-D1.6: Os seis domínios

Domínio 1: Cognição

	Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:
D1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?
D1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?
D1.5	Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?
D1.6	Começar e manter uma conversa?

Domínio 2: Mobilidade

	Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:
D2.1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?
D2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?
D2.3	Movimentar-se dentro de sua casa?
D2.4	Sair da sua casa?
D2.5	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro [ou equivalente]?

Domínio 3: Auto-cuidado

	Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:
D3.1	Lavar seu corpo inteiro?
D3.2	Vestir-se?
D3.3	Comer?
D3.4	Ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?

Domínio 4: Relações interpessoais

	Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:
D4.1	Lidar com pessoas que você não conhece?
D4.2	Manter uma amizade?
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a você?
D4.4	Fazer novas amizades?
D4.5	Ter atividades sexuais?

Domínio 5: Atividades de vida

	Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:
D5.1	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?
D5.2	Fazer bem as suas tarefas domésticas mais importantes?
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?
D5.5	Nas suas atividades diárias do trabalho/escola?
D5.6	Realizar bem as atividades mais importantes do trabalho/escola?
D5.7	Fazer todo o trabalho que você precisava?
D5.8	Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?

Domínio 6: Participação

	Nos últimos 30 dias:
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de barreiras ou obstáculos no mundo à sua volta?
D6.3	Quanta dificuldade você teve para viver com dignidade por causa das atitudes e ações de outros?
D6.4	Quanto tempo você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?
D6.5	Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?
D6.6	Quanto a sua saúde tem prejudicado financeiramente você ou sua família?
D6.7	Quanta dificuldade sua família teve por causa da sua condição de saúde?
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas por si mesmo(a) para relaxamento ou lazer?

8. ANEXOS

8.1. ANEXO A- Protocolo - Programa Viva Bem a Velhice – ProVIVE

A- Identificação

A1- Qual o seu nome?

A2- Sexo (0) Masculino (1) Feminino

A3- Qual a sua data de nascimento?

A4- Quantos anos você frequentou a escola/faculdade/universidade ao todo?

A5- Em relação a sua escolaridade, qual o seu mais alto nível de educação?

- (1) Nenhum/analfabeto
- (2) Fundamental incompleto
- (3) Fundamental completo
- (4) Médio incompleto
- (5) Médio completo
- (6) Graduação incompleto
- (7) Graduação completo
- (8) Pós-graduação

A6- Qual é/era sua profissão? _____

A7- Aposentado? (1) Sim (0) Não

Se sim, há quanto tempo? _____

A8- Qual o seu estado civil?

- (1) Nunca casou/solteiro
- (2) Casado ou morando junto
- (3) Divorciado/Separado
- (4) Viúvo
- (5) Outro: _____

A9- Como você se define em relação a cor/raça/etnia?

- (1) Branca
- (2) Preta
- (3) Amarela
- (4) Parda
- (5) Indígena

A10- Quantas pessoas moram na mesma casa do Sr(a)? _____

A11- Qual o grau de parentesco e a idade?

B- Bem estar

Escala de Felicidade Subjetiva

Eu vou ler algumas afirmações e perguntas e gostaria que você escolhesse um número da escala (resposta) que você pensa ser o mais apropriado para descrevê-lo. Você pode escolher qualquer número de 1 a 7.

B1- Em geral, você se considera:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa não muito feliz			Nem infeliz, nem feliz			Uma pessoa muito feliz

B2- Comparado à maioria dos seus colegas/amigos, você se considera:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz			Nem menos feliz, nem mais feliz			Mais feliz

B3- Algumas pessoas, de maneira geral, são muito felizes. Elas aproveitam a vida independentemente do que esteja acontecendo, conseguindo o máximo de cada situação. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Nem pouco, nem muito			Muito

B4- Algumas pessoas, de maneira geral, **não são muito felizes**. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida essa caracterização descreve você?

1	2	3	4	5	6	7
Nem um pouco			Nem pouco, nem muito			Muito

Escala de Satisfação com a vida

Eu vou ler cinco afirmações em relação a sua vida com as quais você pode ou não concordar. Usando a escala que eu vou te mostrar, responda o quanto você concorda ou discorda com cada uma, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas respostas.

- 7- Concordo totalmente
- 6- Concordo
- 5- Concordo ligeiramente
- 4- Nem concordo nem discordo
- 3- Discordo ligeiramente
- 2- Discordo
- 1- Discordo totalmente

B5- Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

B6- As condições da minha vida são excelentes.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

B7- Estou satisfeito(a) com minha vida.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

B8- Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

B9- Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

C- Cognição

Mini Exame do Estado Mental - MEEM

1 a 4 anos de escolaridade: 17 pontos

5 a 8 anos de escolaridade: 22 pontos ou mais

9 anos ou mais: 26 pontos ou mais

Pontuação máxima: 30 pontos

(Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões)

Agora farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada uma delas, dando sua melhor resposta.

Que dia da semana é hoje? _____ (0) incorreto (1) correto

Que dia do mês é hoje? _____ (0) incorreto (1) correto

Em que mês estamos? _____ (0) incorreto (1) correto

Em que ano estamos? _____ (0) incorreto (1) correto

Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada _____ (0) incorreto (1) correto

(Para a questão C5 considere a variação de mais ou menos uma hora)

C1- Orientação temporal: _____

Em que local específico estamos? _____ (0) incorreto (1) correto
 (Para a questão C6 Aponte para o chão. Exemplo: consultório, dormitório, sala, quarto)
 Que local é este aqui? _____ (0) incorreto (1) correto
 (Aponte ao redor, perguntando onde o local específico se insere. Exemplo: hospital, casa)
 Qual é o endereço onde estamos? _____ (0) incorreto (1) correto
 (Para a questão, considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima)
 Em que cidade estamos? _____ (0) incorreto (1) correto
 Em que estado estamos? _____ (0) incorreto (1) correto
 Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida:

C2- Orientação espacial: _____

() VASO () CARRO () TIJOLO

C3- Memória fixação: _____

Quanto é:

100-7? _____ (0) incorreto (1) correto
 93-7? _____ (0) incorreto (1) correto
 86-7? _____ (0) incorreto (1) correto
 79-7? _____ (0) incorreto (1) correto
 72-7? _____ (0) incorreto (1) correto

C4- Atenção e cálculo: _____

Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) sr.(a) repetir agora há pouco?

Vaso () Carro () Tijolo ()

C5- Evocação: _____

C6 - O que é isto? (Pergunte mostrando o relógio e faça o mesmo com a caneta)

Relógio () (0) incorreto (1) correto

Caneta () (0) incorreto (1) correto

C6- Nomeção: _____

C15 - Eu vou dizer uma frase e DEPOIS QUE EU TERMINAR, quero que o(a) sr(a) repita:
 “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”(0) incorreto (1) correto

C16: Eu darei 3 ordens e você só as realizará DEPOIS QUE EU TERMINAR DE FALAR:
 (Pegue a folha em branco, dê os três comandos e depois dê o papel para o idoso, segurando com as duas mãos)

Pegue o papel com a sua mão direita (0) incorreto (1) correto

Dobre-o ao meio (0) incorreto (1) correto

Ponha-o no chão (0) incorreto (1) correto

C16- _____

C17 - Leia e faça o que está escrito . (0) incorreto (1) correto

(Pegue a folha “feche os olhos”, se ele(a) apenas ler, peça novamente para fazer o que está escrito, caso leia sem fazer, considere incorreto)

C18 - Escreva uma frase.

(0) incorreto (1) correto

(Peça para escrever uma frase com começo, meio e fim. Considere correto se tiver sentido - erros gramaticais e de ortografia são desconsiderados)

C19 - Copie este desenho.

(0) incorreto (1) correto

(Pegue a folha com o desenho e considere correto se ambas as figuras tiverem cinco lados e a intersecção entre elas)

C20 - Escore total: ____

Bateria cognitiva breve

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte:

Que figuras são estas?

C21- Percepção correta: ____

C22- Nomeação correta: ____

Esconda as figuras e pergunte:

Que figuras eu acabei de lhe mostrar? – (tempo máximo de evocação de 60 segundos)

Memória incidental

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C23- Corretas: ____

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

Olhe bem e procure memorizar estas figuras.

(Em caso de déficit visual grave, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes lentamente – um nome por segundo- fale a série duas vezes)

Esconda as figuras e pergunte:

Que figuras eu acabei de lhe mostrar?

(tempo máximo de evocação de 60 segundos)

Memória Imediata

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C24- Corretas: ____

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

Olhe bem e procure memorizar estas figuras.

(Em caso de déficit visual grave, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes lentamente – um nome por segundo; fale a série duas vezes)

Esconda as figuras e pergunte:

Que figuras eu acabei de lhe mostrar?

(tempo máximo de evocação de 60 segundos)

Memória aprendido

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C25- Corretas: ____

Teste de fluência verbal

Eu gostaria que você falasse todos os nomes de animais que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar.

Anote os nomes lembrados em 1 minuto. Lembrando que apenas a mudança do gênero (Ex.: gato/gata) vale apenas 1 ponto.

C26- Total de palavras: _____

Desenho do relógio

Agora gostaria que você desenhasse um relógio com todos os números nesta folha em branco. Coloque os ponteiros marcando 2 (duas) horas e 45 (quarenta e cinco) minutos.

Pontuação:

10-6 pontos. Números e relógio estão corretos:

10- hora certa

9- erro leve nos ponteiros (ex.: ponteiro das horas sobre o 2)

8- erros mais intensos nos ponteiros (ex.: hora anotando 2:20)

7- ponteiros completamente errados

6- uso inapropriado (ex.: código digital, círculos sobre os números)

5-1 – Desenho do relógio e números incorretos

5- números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio

4- números faltando ou situados fora dos limites do relógio

3- números e relógio não conectados. Sem ponteiros.

2- alguma evidência de ter entendido as instruções mas com vaga semelhança com um relógio

1- não tentou ou não conseguiu representar um relógio

C27- Pontuação do desenho do relógio: ____

Memória tardia

Que figuras eu lhe mostrei a alguns minutos? Aquelas em uma folha de papel plastificado.

(tempo máximo de evocação de 60 segundos)

Sapato	Casa	Pente	Chave	Avião	Balde	Tartaruga	Livro	Colher	Árvore

C28- Corretas: ____

Reconhecimento

Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga:

Aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos.

C29- Corretas: ____

C30- Intrusões: ____

C31- Corretas-Intrusões: ____

Sub-teste de semelhanças do CAMDEX (Abstração)

Eu vou lhe dizer o nome de duas coisas e gostaria que você me dissesse de que maneira eles são semelhantes, em que se parecem, o que têm em comum. Por exemplo, um cachorro e um macaco são semelhantes porque são animais.

C32- De que maneira uma maçã e uma banana se assemelham? O que têm em comum?

(Somente no item C32, se a pontuação for menor que 2 diga: 'Elas também são semelhantes porque ambas são frutas')

(0) Redondo, tem calorias

(1) Alimento, germina, tem casca

(2) Fruta

C33- De que maneira uma camisa e um vestido se assemelham?

(0) Tem botões

(1) Para vestir, feito de pano, mantém você aquecido

(2) Roupas, vestimenta

C34- De que maneira uma mesa e uma cadeira se assemelham?

(0) De madeira, tem 4 pés, objeto doméstico

(1) Usado para refeições

(2) Móveis

C35- De que maneira uma planta e um animal se assemelham?

(0) Úteis ao homem, carregam germes

(1) Crescem, precisam de comida, são da natureza

(2) Seres vivos

Teste de extensão de dígitos (Atenção)

Ordem direta

Vou ler algumas sequências numéricas e quero que você repita os números, de cada sequência, na mesma ordem em que foram lidas.

Ordem inversa

Agora, vou ler outras sequências numéricas e quero que você repita os números, de cada sequência, na ordem inversa.

(Você deverá ler um número por segundo e o sujeito deverá repetir imediatamente após a sua leitura. O teste termina após o erro de duas sequências consecutivas.)

DIRETO:	Pontos	INVERSO:	Pontos
5-8-2	3	2-4	2
6-9-4	3	5-8	2
6-4-3-9	4	6-2-9	3
7-2-8-6	4	4-1-5	3
4-2-7-3-1	5	3-2-7-9	4
7-5-8-3-6	5	4-9-6-8	4
6-1-9-4-7-3	6	1-5-2-8-6	5
3-9-2-4-8-7	6	6-1-8-4-3	5
5-9-1-7-4-2-8	7	5-3-9-4-1-8	6
4-1-7-9-3-8-6	7	7-2-4-8-5-6	6
5-8-1-9-2-6-4-7	8	8-1-2-9-3-6-5	7
3-8-2-9-5-1-7-4	8	4-7-3-9-1-2-8	7
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9	9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9	7-2-8-1-9-6-5-3	8

C36- Escore (ordem direta): _____

C37- Escore (ordem inversa): _____

Teste de nomeação de Boston

Eu vou lhe mostrar algumas figuras, o seu trabalho será me dizer o nome das coisas desenhadas nas figuras. Se você não souber ou não lembrar o nome, mas souber o que é, me diga algo sobre ele.

(Anotar todas as respostas exatamente como as diz o paciente na frente da correta. O tempo máximo de apresentação de cada desenho é de 10 segundos.)

Árvore - _____
 Cama - _____
 Apito - _____
 Flor - _____
 Casa - _____
 Canoa - _____
 Escova de dentes - _____
 Vulcão - _____
 Máscara - _____
 Camelo - _____
 Gaita - _____
 Pinça de gelo - _____
 Rede - _____
 Funil - _____
 Dominó - _____

C38- Escore total: _____

LISTA DE PALAVRAS – Recordação Imediata

Instruções:

Diga ao paciente: *"Vou ler uma lista de palavras em voz alta, depois vou pedir que repita essas palavras de memória"*. Fale claramente, em voz alta, uma palavra a cada 2 segundos. Depois, peça para ele(a) repetir as dez palavras, incentivando. O tempo limite para a pessoa recordar a lista é de **90 segundos**.

Anotar o número de palavras que a pessoa conseguiu recordar (não é preciso que tenha sido em ordem); também anotar as intrusões (palavras que não fazem parte da lista).

Repita o mesmo para os dois ensaios seguintes

C39) Escore total: _____

Praxia construtiva

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – Forma circular – 1pto; Círculo fechado até 3mm – 1pto)

C40- Escore: _____

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – desenha os 4 lados – 1pto; fecha os 4 ângulos até 3mm – 1pto; os lados são iguais – 1pto)

C41- Escore: _____

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – duas figuras com 4 lados cada – 1pto; sobreposição semelhante do original – 1pto)

C42- Escore: _____

Gostaria que você fizesse a cópia do seguinte desenho.

(Máximo 2 minutos – figura em 3 dimensões – 1pto; face frontal corretamente orientada para esquerda ou direita – 1pto; linhas internas corretamente desenhadas – 1pto; lados opostos paralelos até 10° – 1pto)

C43- Escore: _____

C44- Escore total: _____

LISTA DE PALAVRAS – Recordação Tardia

O intervalo após a LISTA DE PALAVRAS – Recordação Imediata deve ser de pelo menos 10 minutos.

"Alguns minutos atrás nós lemos uma lista de palavras e eu pedi para você repetir e memorizar. Agora quero que você tente lembrar novamente essas palavras. Pode começar".

- Tempo máximo: 90 segundos. Incentive-o(a) a se esforçar
- Anote o número de palavras que a pessoa conseguiu recordar (não é necessário que seja em ordem)
- Também anote as intrusões (palavras que não fazem parte da lista)

C45) Escore total: _____

INSTRUÇÕES:

Diga ao paciente: "Agora vou ler uma lista com várias palavras. Algumas delas são daquela lista que nós lemos há alguns minutos e lhe pedi para memorizar. Outras não são daquela lista. Quero que você diga SIM se a palavra for daquela lista e NÃO se não for".

Incentive-o(a) a se esforçar.

- Considere 'não sei' como NÃO. Apenas desta ser a orientação do original, vamos codificar como (1) sim (2) Não (3) Não sei

D- Funcionalidade

D – Funcionalidade WHODAS 2.0

Esse questionário pergunta a cerca de dificuldade devidas a condições de saúde/saúde mental. As condições de saúde incluem enfermidades ou doenças, outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais e problemas com álcool e drogas. Relembre, os últimos 30 dias e responda as perguntas pensando no grau de dificuldade que você teve para realizar as seguintes atividades.

Nos últimos 30 dias, quantas dificuldades você teve em:

Compreensão e comunicação

D1- Concentrar-se ou fazer alguma coisa alguma por 10 minutos?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D2- Lembrar-se de fazer coisas importantes?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D3- Analisar e encontrar soluções para problemas na vida diária?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D4- Aprender uma nova tarefa por exemplo, aprender a ir um novo lugar?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D5- Entender em geral o que as pessoas dizem?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D6- Iniciar e manter uma conversa?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

Mobilidade

D7- Ficar de pé por longos períodos, como 30 minutos?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D8- Levantar-se depois de sentado?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D9- Movimentar-se dentro de sua casa?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D10- Sair da sua casa?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D11- Caminhar uma longa distância, como 1 Km (ou equivalente)?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

Cuidado pessoal

D12- Lavar todo o seu corpo?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer
D13- Vestir-se?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer
D14- Alimentar-se?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer
D15- Ficar sozinho por alguns dias?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

Relacionamento com as pessoas

D16- Lidar com pessoas que você não conhece?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D17- Manter uma amizade?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D18- Ter bom relacionamento com as pessoas que estão próximas a você?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D19- Fazer novos amigos?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D20- Atividades sexuais?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

Atividades de vida diária - Tarefas domésticas

D21- Cuidar das suas responsabilidades nas tarefas domésticas?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D22- Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D23- Realizar todas as tarefas domésticas que você precisava fazer?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D24- Realizar suas tarefas domésticas com a rapidez necessária?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

Atividades de vida diária - Escola/Trabalho

SE você trabalha (remunerado, não remunerado, por conta própria) ou vai a escola, responda as questões:

D25- No seu trabalho/escola no dia a dia?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D26- Fazer bem suas tarefas mais importantes do trabalho/escola?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D27- Realizar seu trabalho com a rapidez necessária?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

Nos últimos 30 dias:

D28- O quanto foi um problema para você participar de atividades na comunidade (ex: festividades religiosas ou outras atividades) da mesma forma que qualquer outra pessoa?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

Participação na sociedade

D29- Quanto problema você teve devido às barreiras ou obstáculos?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D30- Quanto problema você teve em viver com dignidade devido às atitudes ou ações de outras pessoas?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D31- Quanto tempo você gastou com a sua condição de saúde ou suas consequências?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D32- O quanto você esteve emocionalmente afetado pela sua condição de saúde?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D33- O quanto sua saúde consumiu seus recursos financeiros ou os da sua família?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D34- Quanto problema sua família teve devido aos seus problemas de saúde?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

D35- Quanto problema você teve em fazer coisas sozinho para relaxamento ou prazer?

(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Extremo ou não consegui fazer

E- Comportamento

Escala transversal -DSM 5

As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, assinale o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir. *

Durante as últimas duas (2) semanas, o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos seguintes problemas?

(1) Nada – De modo algum

(2) Muito leve – Raramente, menos de um ou dois dias

(3) Leve – Vários dias

(4) Moderado – Mais da metade dos dias

(5) Grave – Quase todos os dias

1. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

2. Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias

(4) Quase todos os dias

3. Sentiu-se mais irritado, mal humorado ou zangado do que o usual?

(0) De modo algum

(1) Menos de um ou dois dias

(2) Vários dias

(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

4. Dormiu menos do que o usual, mais ainda tem muita energia?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

5. Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

6. Sentiu-se nervoso, ansioso, assutado, preocupado ou tenso?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

7. Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

8. Evitou situações que o deixam ansioso?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

9. Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex. cabeça, costas, articulações, abdome, pernas)?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

10. Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

11. Pensamento de ferir a si mesmo?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

12. Ouviu coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

13 Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?

(0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

14. Problemas com sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

15. Problemas com memória (p. ex. aprender informações novas) ou com localização (p. ex. encontrar o caminho para casa)?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

16. Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

17. Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

18. Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

19. Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

20. Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou de suas relações com elas?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

21. Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

22. Fumou cigarros, charutos ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

23. Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que prescrito?

- (0) De modo algum (1) Menos de um ou dois dias (2) Vários dias
(3) Mais da metade dos dias (4) Quase todos os dias

Ansiedade Social

Por favor, indique quantos os seguintes problemas incomodaram você na última semana. Marque somente um item para cada problema e verifique se respondeu a todos os itens. - 9 -15

E24) fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado

() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante () Extremamente

E25) Evito atividades nas quais sou o centro das atenções

() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante () Extremamente

E26) Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores

() Nada () Um pouco () Moderadamente () Bastante () Extremamente

Cognição Social

(Aplique o teste de cognição social)

F- Saúde global

Rastreamento de fragilidade em idosos

“Frágeis” = três ou mais; “Pré-frágeis” = um ou dois; “Não frágeis” = 0

F1- Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta? Se sim, quantos quilos?

(0) Não

(0) Entre 1 kg e 3 kg

(1) Mais de 3 kg

F2- Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) sr.(a) sente mais enfraquecido, acha que sua força diminuiu? (1) Sim (0) Não

F3- O(A) sr.(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses (há um ano)? (1) Sim (0) Não

F4- O(A) sr.(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses (há um ano)? (1) Sim (0) Não

F5- Com que frequência, na última semana, o(a) sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar):

(0) Nunca ou raramente (menos de 1 dia)

- (0) Poucas vezes (1 - 2 dias)
- (1) Algumas vezes (3 - 4 dias)
- (1) A maior parte do tempo.

F6- Com que frequência, na última semana, a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) sr.(a) um grande esforço para serem realizadas:

- (0)Nunca ou raramente (menos de 1 dia)
- (0)Poucas vezes (1 - 2 dias)
- (1)Algumas vezes (3 - 4 dias)
- (1) A maior parte do tempo.

Saúde

F7- Algum profissional de saúde já disse que você tem pressão alta?

- (1) Não
- (1) Sim

F8- Quando foi a primeira vez que te disseram que você tem pressão alta?

- (1) 0-5 anos atrás
- (2) 5-10 anos atrás
- (3) 10 ou anos

F9- Você iniciou o tratamento nesta época?

- (1) Não
- (1) Sim

F10- Você ainda faz tratamento para pressão alta?

- (1) Não
- (1) Sim

F11- Algum profissional de saúde já disse que você tem colesterol alto?

- (1) Não
- (1) Sim

F12- Quando foi a primeira vez que te disseram que você tem colesterol alto?

- (1) 0-5 anos atrás
- (2) 5-10 anos atrás
- (3) 10 ou anos

F13- Você iniciou o tratamento com remédios naquela época?

- (1) Não
- (1) Sim

F14- Você ainda faz tratamento para colesterol alto?

- (1) Não
- (1) Sim

F15- Algum profissional de saúde já disse que você tem diabetes?

- (1) Não
- (1) Sim

F16- Quando foi a primeira vez que te disseram que você tem diabetes?

- (4) 0-5 anos atrás
- (5) 5-10 anos atrás

(6) 10 ou anos

F17- Você iniciou o tratamento com remédios naquela época?

(1) Não (1) Sim

F18- Você ainda faz tratamento para diabetes?

(1) Não (1) Sim

F19- Você precisa fazer dieta, toma remédios/comprimidos ou injeções de insulina?

- (1) Dieta somente
- (2) Comprimidos/Hipoglicemiantes orais
- (3) Insulina
- (4) Comprimidos e insulina
- (5) Sem tratamento

F20- Algum profissional de saúde já disse que você tem problemas cardíacos?

(1) Não (1) Sim

F21- Quando foi a primeira vez que te disseram que você tem problemas cardíacos?

- (1) 0-5 anos atrás
- (2) 5-10 anos atrás
- (3) 10 ou anos

F22- Você sabe que tipo de problema cardíaco é esse?

- (2) Infarto cardíaco
- (3) Angina
- (4) Insuficiência cardíaca
- (5) Problema de válvulas (valvar)
- (6) Outro

F23- Você teve um derrame/AVC/AVE que precisasse de ajuda médica?

(Coloque sim apenas se houver história clara de paralisia unilateral repentina, perda de fala ou cegueira por pelo menos 2 dias)

(1) Não (1) Sim

F24- Você já apresentou repentinamente fraqueza de um membro, perda de voz/fala ou cegueira parcial que melhorou rapidamente em menos que um dia?

(1) Não (1) Sim

F25- Você já teve um traumatismo craniano grave?

(1) Não (1) Sim

F26- Quantos anos você tinha? _____ (em anos)

F27- Quanto tempo você ficou inconsciente? _____ (em horas e/ou minutos)

F28- Considerando antes do último ano, você já se sentiu triste, vazio, deprimido, ou perdeu o interesse no trabalho, nas atividades do dia-a-dia, nos amigos e familiares que durou pelo menos duas semanas?

(1) Não (1) Sim

F29- Quantos anos você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? _____

F30- Você precisou ir ao médico e/ou psicólogo para tratar?

(1) Não (1) Sim

F31- Você já foi internado em um hospital psiquiátrico?

(1) Não (1) Sim

F32- Você tem algum familiar como pais, irmãs ou irmãos com problemas sérios de perda de memória, levando a problemas no dia-a-dia?

(1) Não (1) Sim

F33- Quando a história for sugestiva de demência, qual o familiar?

(1) Pai (1) Mãe (2) Irmãos

F34- Idade aproximada de início em anos: _____

F35- Algum profissional de saúde já disse que você tem artrite ou reumatismo?

(1) Não (1) Sim

F36- Você já teve alguma crise convulsiva ou algum profissional já disse que você tem epilepsia?

(1) Não (1) Sim

F37- Algum profissional de saúde já disse que você tem doença de Parkinson?

(1) Não (1) Sim