SÉRGIO RICARDO HOTOTIAN

Identificação de suspeitos de demência em três distritos do município de São Paulo

Dissertação apresentada ao Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino

São Paulo
2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Hototian, Sérgio Ricardo
Identificação de suspeitos de demência em três distritos do município de São Paulo / Sérgio Ricardo Hototian. -- São Paulo, 2004.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria.
Área de concentração: Psiquiatria.
Orientador: Cássio Machado de Campos Bottino.

Descritores: 1.DEMÊNCIA/epidemiologia 2.ESTUDOS TRANSVERSAIS 3.AMOSTRAGEM 4.IDOSO 5.CONDIÇÕES PATOLÓGICAS, SINAIS E SINTOMAS 6.TRIAGEM E CLASSIFICAÇÃO 7.ANÁLISE ESTATÍSTICA 8.SÃO PAULO (SP)

USP/FM/SBD-353/04

Dedico esse trabalho à minha esposa, ***Solange*** e ao meu filho, ***Ricardo***.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Cássio Machado de Campos Bottino, pela solicitude e presteza com que me orientou nesse estudo.

Aos meus colegas: Mariana F. Tatsch, Marcos Antonio Lopes, Sonia E. Z. Bustamante, Mario César Bazzarella, Andréa Scalco, Dionísio Azevedo Jr., Maria del Pilar Quintero Moreno e Lyssandra dos Santos, pelo trabalho de equipe.

Ao Prof. Dr. Júlio Litvoc, pela inestimável colaboração.

Ao IBGE e à Fundação Seade pelos dados dos setores censitários fornecidos.

Às secretárias: Sra. Alessandra Rodrigues Vieira de Moraes e Srta. Luciana Cardoso de Almeida, pelo competente trabalho.

Aos 1 560 idosos que participaram do presente estudo.

À FAPESP pelo apoio financeiro. Projeto n-01/05959-7.

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação, 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas
Lista de quadros
Lista de gráficos
Lista de tabelas
Resumo
Summary

1 INTRODUÇÃO 001
1.1 Aspectos demográficos da população idosa 002
1.2 Revisão da literatura 006
1.2.1 Critérios diagnósticos 006
1.2.2 Estudos internacionais 009
1.2.3 Estudos brasileiros 012
1.3 Justificativa do estudo 017

2 OBJETIVOS 018

3 MÉTODOS 020
3.1 Seleção da amostra 021
3.2 Critérios de escolha dos distritos 022
3.3 Métodos de escolha dos setores censitários 024
3.4 Escolha dos testes para rastreio de demência e critérios diagnósticos 025
3.4.1 “Mini Mental State Examination” (MMSE) 027
3.4.2 "Fuld Object Memory Evaluation “(FOME) (Fuld *et al*., 1988) 028
3.4.3 “Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly” (IQ-CODE) 028
3.4.4 “Activities of Daily Living” - Escala Bayer de atividade diária B-ADL 029
3.4.5 Escala de depressão 029
3.5 Seleção dos suspeitos de demência 030
3.6 Seleção de suspeitos de depressão 031
3.7 Análise estatística 031

4 RESULTADOS 032
4.1 Características da amostra 033
4.1.1 Idade e sexo 033
4.1.2 Prevalência de suspeitos de demência, depressão e controles 034
4.1.3 Escolaridade 035
4.1.4 Idade e suspeita de demência 036
4.1.5 Sexo e suspeita de demência 037
4.1.6 Escolaridade e suspeita de demência 038
4.1.7 Classificação socioeconômica e suspeita de demência 039
4.1.8 Cor da pele e suspeita de demência 040
4.1.9 Antecedente pessoal para AVC e suspeita de demência 041

4.1.10 Antecedente pessoal para colesterol alterado e suspeita de demência 042
4.1.11 Antecedente pessoal para *diabetes mellitus* e suspeita de demência 043
4.1.12 Antecedente pessoal para depressão e suspeita de demência 044
4.1.13 Antecedente pessoal de hipertensão e suspeita de demência..... 045
4.1.14 Antecedente pessoal de TCE e suspeita de demência 046
4.3 Resultado da análise multivariada por regressão logística 047

5 DISCUSSÃO 048

6 CONCLUSÕES 062

7 ANEXOS 064

8 REFERÊNCIAS 105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abipeme	Associação de Institutos de Pesquisa de Mercado
ACO	Síndrome Cerebral Orgânica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DA	Doença de Alzheimer
DSM	“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”
EVN	Expectativa de Vida ao Nascer
FIBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FOME	Fuld Object Memory Evaluation
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ICD	International Classification of Diseases”
IPQ	Instituto de Psiquiatrria
IQ CODE	Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly
MMSE	Mini-Mental State Examination
NINCDS - ADRDA	“National Institute of Neurologic Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association”
OMS	Organização Mundial da Saúde
QPAF	Questionário de Atividades Funcionais
SA	Sem Alteração
SCAN	“Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry”
SCO	Síndrome Cerebral Orgânica
SD	Suspeita de Demência
SDep	Suspeita de Depressão
TCE	Traumatismo Cranioencefálico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos idosos em São Paulo por faixa etária 005

Quadro 2 - Distritos selecionados com número de idosos 023

Quadro 3 - Estudos levantados de 1994 a 1998 com critérios diagnósticos e instrumentos de “screening” utilizados..... 026

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico da expectativa de vida ao nascer e da taxa de mortalidade infantil de 1980 com estimativa para 2025 004

Gráfico 2 - Distribuição por faixa etária e sexo dos 1 560 sujeitos da amostra 033

Gráfico 3 - Sujeitos da amostra com e sem alterações 034

Gráfico 4 - Número de sujeitos por faixas de escolaridade (n = 1424)..... 035

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade e suspeita de demência 036

Tabela 2 - Sexo e suspeita de demência 037

Tabela 3 - Escolaridade e suspeita de demência 038

Tabela 4 - Classificação socioeconômica e suspeita de demência 039

Tabela 5 - Cor da pele e suspeita de demência..... 040

Tabela 6 - Antecedente pessoal para AVC e suspeita de demência 041

Tabela 7 - Antecedente pessoal para colesterol e alterações cognitivas 042

Tabela 8 - Antecedente pessoal para *diabetes mellitus* e suspeita de demência 043

Tabela 9 - Antecedente pessoal de Depressão e suspeita de demência 044

Tabela 10 - Antecedente pessoal de Hipertensão e suspeita de demência..... 045

Tabela 11 - Antecedente pessoal de TCE e suspeita de demência 046

Tabela 12 - Análise multivariada por regressão logística 047

RESUMO

Hototian SR. *Identificação de suspeitos de demência em três distritos do município de São* Paulo. [dissertação]. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004. 114p.

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial que implica a elevação do número de sujeitos acometidos por doenças relacionadas ao envelhecimento. Estudos epidemiológicos mostram que as demências têm relação comprovada com a elevação da idade. Dissertaremos sobre a identificação dos suspeitos de demência, como fase primeira do estudo de prevalência dessa doença em três distritos do Município de São Paulo. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, transversal, com dados colhidos porta-a-porta de 1 560 indivíduos idosos, de 60 anos de idade ou mais, eleitos por domicílios randomizados a partir de setores censitários fornecidos pelo IBGE. A amostra foi composta por sujeitos de três estratos socioeconômicos distintos: elevado, médio e baixo, de forma a ser representativa da cidade de São Paulo. Questionário de antecedentes mórbidos pessoais juntamente com testes combinados de avaliação cognitiva e associados a duas escalas de atividades diárias compuseram o instrumento de rastreio, testado anteriormente em estudo piloto, tendo sido aplicado por aplicadores treinados. A prevalência de suspeitos de demência foi 16,1%. O teste qui-quadrado, seguido pela análise multivariada por regressão logística, mostrou que as variáveis que se associaram com a

suspeita de transtorno cognitivo ou demência foram: elevação da idade, analfabetismo e antecedente pessoal para Acidente Vascular Cerebral (AVC). Antecedente para Diabetes mellitus, depressão e Traumatismo Cranioencefálico (TCE) apresentaram tendência à associação com suspeita de demência. As variáveis que não se associaram foram: sexo, classe socioeconômica, cor e antecedentes pessoais para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e colesterol alterado. Esses resultados assemelham-se aos de outros estudos. Novos estudos epidemiológicos em nosso meio podem corroborar no planejamento de políticas de saúde mental dirigidas à população idosa.

Descritores: Demência, Estudos transversais, Amostragem, Idoso, Condições patológicas, sinais e sintomas, Triagem e classificação, Análise estatística, São Paulo (SP).

SUMMARY

Hototian SR. *Identification of dementia suspect subjects in three districts of São Paulo city*. [dissertation]. São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004. 114p

The increase of the elderly population is a world-wide phenomenon, which leads to the enlargement of figures concerning subjects seized by age-related diseases. Epidemiological studies reveal that dementias are closely related to the age rise. This study refers to dementia screened cases identification, consisting the first phase of dementia prevalence study in three districts of São Paulo. This was a descriptive cross-sectional epidemiological study with door to door collected data from1 560 elderly inhabitants, aged 60 years and older, from randomised homes from census provided by IBGE (Brazilian Institute of Statistics and Geography). The sampling was composed by subjects coming from the three distincts socioeconomical strata: high, medium and low, aiming at being representative of São Paulo city. Cognitive evaluation tests associated with two scales of daily activities composed the screening instrument, which had been previously tested in a pilot study carried out by a trained team. The prevalence of dementia screened cases was 16,1%. The chi-square test, followed by a logistic regressive analysis, revealed that the variables which were associated with dementia screening were: age rise, illiteracy and stroke. Diabetes mellitus, depression and cranioencefalic traumatism showed tendency to be

associated with dementia suspicion. Variables that were not associated with dementia screening were: gender, socioeconomic status, skin color, systemic arterial hypertension and cholesterol diseases. These results confirm other studies. New epidemiological studies in our environment will corroborate the planning of mental health policies addressed to the elderly population.

Keywords: Dementia, elderly, cognitive disorders, screening, epidemiology, risk factors

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Demográficos da População Idosa

Estudos epidemiológicos na população idosa têm sido realizados em todo o mundo à medida que dados estatísticos apontam para um fenômeno demográfico mundial: o aumento significativo da população de indivíduos com idade acima de 60 anos. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano (IBGE, 2000). De 1985 a 1995, a população americana acima de 65 anos teve um aumento de 56% (Hocking, *et al.*, 1995), enquanto as estimativas apontam que, em 2030, 20% da população dos Estados Unidos será constituída por indivíduos idosos.

No caso de países em desenvolvimento, as projeções apontavam para um crescimento 5% maior da taxa de crescimento da população, para o ano 2000, do que o dos países desenvolvidos (UNO-DIESA, 1985).

O aumento do número de idosos é atribuído à chamada transição demográfica, fenômeno que nos países desenvolvidos ocorreu de forma lenta, mas que no Brasil tem ocorrido de forma abrupta.

A transição demográfica, ou teoria da evolução histórica, é a mudança da característica da pirâmide populacional causada pela mudança da relação natalidade/mortalidade. Exemplo: mudança de índices iniciais de alta

fecundidade/alta mortalidade para baixa fecundidade/baixa mortalidade (Pereira, 2000).

A Figura 1 mostra a mudança da pirâmide populacional brasileira em vinte anos.

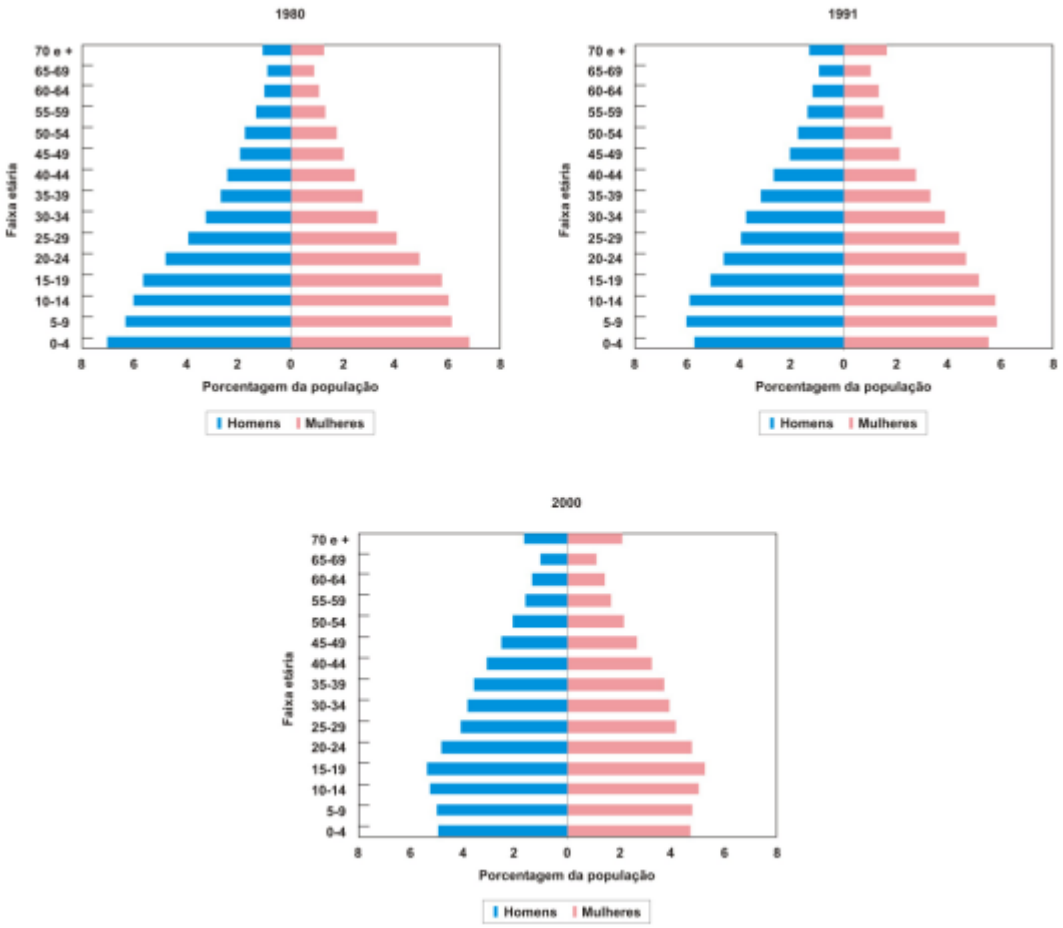
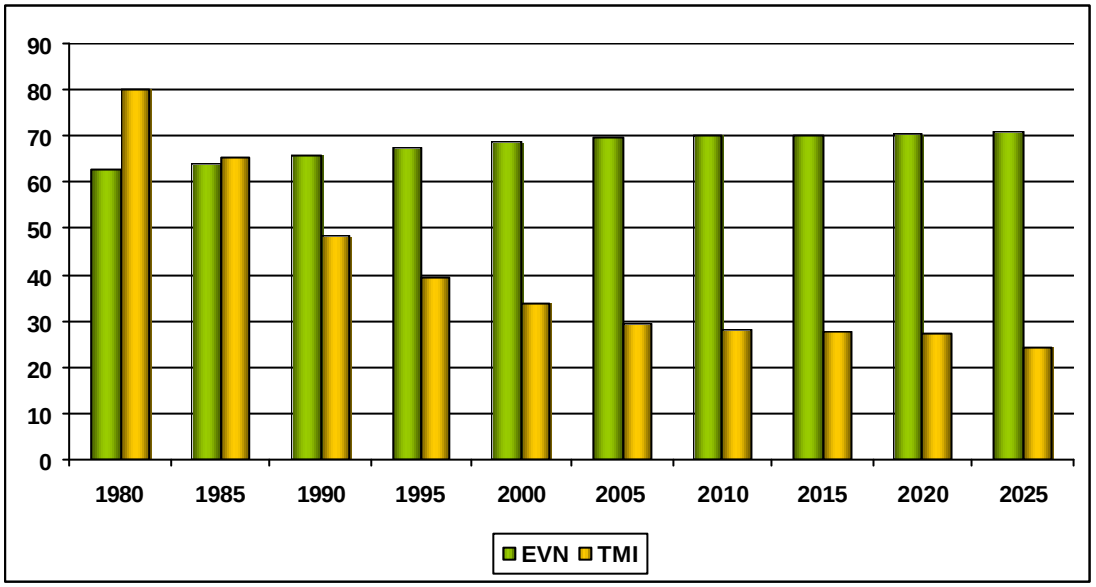


Figura 1 - Mudança da pirâmide populacional brasileira em vinte anos

Dados do Censo de 2000 apontam para a queda da taxa de fecundidade de 4,02 para 2,06, de 1980 a 2025, ao mesmo tempo que mostram a expectativa de vida ao nascer aumentar de 62,70 a 71,01, no mesmo período.

O Gráfico 1 mostra que a expectativa de vida ao nascer (EVN) tem aumentado.

Gráfico 1 - Gráfico da expectativa de vida ao nascer e da taxa de mortalidade infantil de 1980 com estimativa para 2025



[*FONTE*: IBGE, 2000]

A conseqüência da queda da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida é o aumento do número de idosos, já apontado em várias projeções de diversos estudos.

Dados do Censo estatístico de 2000 mostram que o Brasil apresentava 8,6% de idosos na população geral, ou seja, 169 799 150 de pessoas, das quais 14 536 029 eram idosos.

Em São Paulo, 9,3% da população, em 2000, tinha 60 anos ou mais, sendo 325 609 homens e 452 719 mulheres.

Em São Paulo, 10% dos homens eram analfabetos, 17,7% tinham de um a três anos de estudo e 36,5%, oito anos ou mais. 18,1% das mulheres

eram analfabetas, 20,6% tinham de um a três anos de estudo e 27,31%, oito anos ou mais.

O Quadro 1 mostra, segundo o Censo de 2000, o número de idosos em São Paulo por faixas etárias.

Quadro 1 - Distribuição dos idosos em São Paulo por faixa etária

Nº da População Geral	População residente de 60 anos ou mais de idade				
	Nº de Idosos	Faixas Etárias			
		60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 e Mais
10 434 252	972 199	301 419	238 434	193 539	238 807

[*FONTE*: IBGE, 2000]

1.2 Revisão da Literatura

Com relação aos transtornos mentais, a demência é, seguramente, a doença neuropsiquiátrica de maior relação com a idade, conforme o extenso trabalho de revisão de Jorm *et al.* (1987). Os autores encontraram uma relação fortemente positiva entre idade e demência, com o aumento de até duas vezes da taxa de prevalência de demência a cada 5,1 anos de aumento de idade.

Estudo referente aos custos com demência na Europa, Zbrozek *et al.*, 2004, aponta para um gasto médio de 90 bilhões de euros, por ano, para os 5 649 304 pacientes com demência nos países estudados: Espanha, Itália, França, Países Nórdicos, Bélgica, Reino Unido, Holanda e Alemanha.

1.2.1 Critérios Diagnósticos

A necessidade de uma classificação dos transtornos mentais é uma prerrogativa presente em quase toda a história da medicina. O "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III-R", 3ª edição revisada, em conjunto com outros critérios, como os do "National Institute of Neurologic Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association - NINCDS - ADRDA" (McKhann *et al.*, 1984) e o "International Classification of Diseases", décima edição (ICD-10, 1993), foram os critérios diagnósticos mais utilizados nos estudos revisados.

O DSM-IIIR, embora muito utilizado, emprega o termo inespecífico “Síndromes Mentais Orgânicas” ao se referir às demências, *delirium*, transtorno amnéstico e outros transtornos cognitivos.

A expressão “transtorno mental orgânico” foi abandonada no DSM-IV por implicar, incorretamente, que transtornos mentais não-orgânicos não tenham base biológica. O DSM-IV define a demência com base nos déficits cognitivos sem qualquer conotação envolvendo prognóstico e traz acréscimos ao especificar a etiologia das demências e ao propor o "transtorno neurocognitivo leve" para objeto de estudo (Hocking *et al.*, 1995). Enquanto isso, nos Estados Unidos, o ímpeto inicial para o desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais foi a necessidade para a obtenção de dados estatísticos (DSM-IV). A CID-10, criada pela OMS em 1992, teve como princípio a internacionalização de uma linguagem comum, em que uma determinada doença pudesse ser diagnosticada da mesma forma em vários países do mundo, sem que o viés sociocultural modificasse o diagnóstico.

Aspectos socioculturais foram, portanto, levados em conta, sobretudo no que se refere ao diagnóstico de demência. Em função disso, uma especial atenção foi dada, durante a discussão que precedeu a elaboração dos critérios de diagnóstico de demência, a conceitos como: comprometimento, incapacidade e prejuízo, da seguinte forma: “Comprometimento: perda ou anormalidade de uma função. Manifesta-se, psicologicamente, por interferência das funções mentais, tais como memória, atenção e funções emotivas. Incapacidade: Um grau menor do que a anterior, trata-se de restrição, ou falta de capacidade para desempenhar uma atividade dentro de um limite aceito como normal, por exemplo: incapacidade a nível pessoal para as atividades costumeiras da vida diária, como se vestir, cuidar da higiene, alimentar-se, modificações raramente influenciadas por fatores culturais. Incapacidades podem aparecer,

legitimamente, como diretrizes e critérios para demência. Prejuízo: representa os efeitos de uma desvantagem para um indivíduo que impede ou limita o desempenho de um papel que lhe é normalmente realizável. Tratam-se de "incapacidades em contexto social amplo" que podem ser grandemente influenciadas pelos aspectos socioculturais. Prejuízos não podem ser usados como componentes essenciais de um diagnóstico." (CID 10, 1993).

As alterações no desempenho dos papéis sociais, quer na família quer no trabalho, não são identificadas como declínio das capacidades cognitivas específicas das demências (CID 10, 1993).

A discussão desses conceitos teve como conseqüência a necessidade de maior rigor quanto aos critérios diagnósticos para demência, os quais, implicaram na discriminação quanto aos subtipos de demências, configurando, inclusive, sugestão prognóstica em função do diagnóstico.

Exemplo: Demência na Doença de Alzheimer de início precoce.

Demência na Doença de Alzheimer de início tardio.

Os critérios da NINCDS-ADRDA (McKhann *et al.*, 1984), para o diagnóstico de Doença de Alzheimer, utilizam critérios para avaliação clínica, detecção de prejuízo cognitivo por escala padronizada ou testes psicológicos e laboratoriais, além de resultados de exames por imagem.

Os critérios de Hachinski incluem perfil clínico das demências vasculares.

Os critérios diagnósticos CID-10, DSM-IV, acrescidos dos critérios de Mackhan e da escala de Hachinski têm sido utilizados em conjunto para o diagnóstico de demências ou outros transtornos cognitivos.

1.2.2 Estudos internacionais

Lopes (2002) reunindo 43 trabalhos da literatura mundial abordando estudos de prevalência de demências, de janeiro de 1994 a julho de 2004, concluiu que a prevalência de demência estaria relacionada à idade e não ao envelhecimento. Ainda naquela revisão, observou-se uma tendência de aproximação das taxas de prevalência quanto maior fosse a homogeneidade dos critérios diagnósticos utilizados. Aspectos regionais específicos, principalmente em regiões pouco estudadas como América do Sul e África, justificam a realização de estudos adicionais, tanto de prevalência, como de incidência de demência nos países em desenvolvimento, conclui o autor.

Para correlacionar variáveis a determinadas doenças, um estudo transversal ou de prevalência fornece informações de uma determinada população em um dado momento do tempo. As vantagens dos estudos transversais são a rapidez e a objetividade quanto à coleta de dados, além do custo mais baixo. As desvantagens são: sofrerem influência de erros sistemáticos, vieses de seleção (critérios diagnósticos), de aferição (instrumentos) e de variáveis de confusão (confundir efeito com causa), além disso, não determinarem risco relativo (como nos estudos de incidência) (Pereira, 2000).

Outras variáveis observadas nos estudos revisados foram: idade, escolaridade, sexo, fator racial, fator genético, fatores ambientais e comorbidades.

- ***Variável Sociocultural: Educação***

Em estudo feito no Rio de Janeiro, Veras *et al*. (1987observaram grande variação do índice de prevalência de demências, postulando-se como uma das causas dessa variação a diferença de nível sociocultural dos bairros estudados.

Azzimondi (1998, Itália), comparando uma comunidade de baixa escolaridade e uma outra de alta escolaridade, encontrou prevalência maior de demências na população de maior nível cultural. Esse resultado pode ter ocorrido em função da amostra estudada ser da população geral e não da amostra de idosos. A educação pode ser considerada não um fator de risco, mas uma variável que gera viés psicométrico a ser levado em consideração nos estudos populacionais. O reflexo disso é a necessidade de adaptação de instrumentos diagnósticos a populações com níveis de escolaridade diferentes, como sugerem Bertolucci *et al.* (1994) em estudo que estimou o impacto da escolaridade na aplicação do MMSE numa amostra brasileira e, mais recentemente, Brucki *et al.* (2003) no estudo “Sugestões para uso do mini-exame do estado mental no Brasil”.

- ***Variável Sexo***

Estudos, como o Canadense multicêntrico de incidência de demência, têm descartado o sexo feminino como fator de risco para demência (Lindsay *et al*., 2002). Estudos em cidades latino-americanas e Caribe (SABE, 2001), realizados nas cidades de: Bridge Town, Buenos Aires, México, Montevidéo, Santiago e São Paulo apontaram para a mesma

conclusão, que não há diferença entre os sexos e demência. Porém, dados daquele estudo para a cidade de São Paulo apontaram para o predomínio do sexo feminino em relação ao masculino, não havendo, porém, referência em relação à metodologia estatística utilizada. O estudo de prevalência de demência em Catanduva apontou para leve tendência em relação ao sexo feminino e demência (Herrera Jr. *et al*. 1998).

Fichter *et al.* (1995), na Alemanha, em 402 pacientes avaliados com mais de 85 anos, não encontraram diferença significativa quanto ao sexo.

Andersen *et al.* (1997), na Dinamarca, estudando 3 346 idosos com mais de 65 anos constataram predominância de homens.

- ***Variável Racial***

Perkins *et al.* (1997) observaram, quanto à influência racial, que o risco de demência, aos 80 anos, no sexo masculino é maior em hispânicos e negros do que em brancos e que a demência vascular foi a causa predominante de demência entre negros e brancos.

A prevalência de Doença de Alzheimer foi menor em chineses do que em brancos no estudo de Chiu *et al.* (1998) realizado em Hong Kong.

- ***Variável Fator Genético***

Kuusisto *et al.* (1994, Finlândia) encontraram uma relação positiva entre o alelo ApoE e4 e Doença de Alzheimer, confirmando os achados de Henderson *et al.* (1995, Austrália), que apontaram para uma influência parcial do alelo e4 sobre o desenvolvimento dessa doença.

Asada *et al.* (1996, Japão), estudando 47 idosos com mais de 100 anos, concluíram que o alelo ApoE e4 não tem impacto no desenvolvimento de DA entre os centenários, no entanto deve-se salientar que aquele estudo apresentou um baixo número de sujeitos estudados.

- ***Comorbidade Depressão/Demência***

Quanto à relação depressão/demência, Lobo *et al.* (1995, Espanha) apresentaram 25,4% de prevalência de demência com depressão e 9,6% de depressão com demência.

Quanto aos subtipos, a maioria dos estudos aponta para a Doença de Alzheimer, seguida da demência vascular como as duas causas mais freqüentes de demência.

1.2.3 Estudos brasileiros

Estudos epidemiológicos brasileiros em psiquiatria começaram a ser feitos há três décadas, a partir dos primeiros estudos baseados em dados hospitalares e de ensaios clínicos para a avaliação da eficácia de tratamentos farmacológicos (Almeida Filho *et al.*, 1998). Os autores identificaram 21 estudos brasileiros populacionais em saúde mental, no período de 15 anos que precederam a revisão (1998), indicando também que, até aquele momento, não havia nenhum estudo longitudinal de doenças mentais no país.

Os autores verificaram, ainda, que a maioria dos estudos epidemiológicos em saúde mental foi desenvolvida no Nordeste do País, com metodologia e instrumentos considerados avançados e adequados.

Estudos de morbidade psiquiátrica em várias regiões do Brasil, especialmente para determinados grupos populacionais e determinada doença mental, foram sugestões conclusivas dos autores, que encerram a revisão frisando a importância de estudos epidemiológicos que forneçam dados consistentes e que venham subsidiar políticas de saúde mental adequadas à realidade atual brasileira.

Em nossa revisão, três estudos brasileiros de demência foram encontrados, sendo que apenas um utilizou critérios diagnósticos considerados mais precisos para definir a "síndrome demencial".

Veras e Murphy (1994), estudando a prevalência de Síndrome Cerebral Orgânica na cidade do Rio de Janeiro, selecionaram três estratos populacionais que pudessem ser representativos das diferenças socioeconômicas da população da cidade: Copacabana, Meyer e Santa Cruz. O trabalho foi dividido em três fases: o piloto, o estudo da confiabilidade do instrumento escolhido e o estudo de prevalência. Durante 14 meses de trabalho de campo, pôde-se observar que a questão do instrumento diagnóstico utilizado apresentou falhas em função da interpretação dúbia dos aplicadores do teste quanto aos critérios diagnósticos utilizados: DSM-III – Síndrome Cerebral Orgânica (SCO) para diagnosticar demência (viés de aferição).

Os resultados revelaram taxas de prevalência de SCO e de depressão entre os idosos (> 60 anos) equiparáveis em Copacabana e no Meyer (classe socioeconômica mais alta), ao passo que no bairro de Santa Cruz (classe socioeconômica mais baixa) houve uma taxa de prevalência

muito mais alta. Os resultados muito altos do estrato economicamente mais baixo chamaram a atenção dos pesquisadores. Os autores relataram que vários estudos, realizados em diversos países, apresentavam grande variação quanto aos resultados das taxas de prevalência de demência. As variações, segundo os autores, foram devido a diferenças de abordagem, tais como: critérios divergentes para avaliação de sintomas e sinais, inquérito domiciliar ou institucional e proporção mais alta de idosos mais velhos no denominador populacional.

A grande contribuição desse estudo foi mostrar a importância dos vieses de aferição e de seleção nos estudos epidemiológicos brasileiros em saúde mental do idoso.

O segundo estudo brasileiro de nossa revisão foi o de Andrade *et al.* (1998). Este estudo de prevalência de transtornos mentais na área de captação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo contou com uma amostra de indivíduos de 18 anos ou mais e fixou uma área geográfica de 10,5km, com 402 blocos, totalizando uma população de 91 276 habitantes, com 32 136 domicílios de alta e baixa rendas.

Foram entrevistadas 1 464 pessoas e se utilizou um questionário estruturado CIDI 1.1 (Composite International Diagnostic Interview). Os questionários foram aplicados por leigos em uma amostra sistemática da população da área, com "oversampling" de jovens de 18 a 25 anos e de pessoas com mais de 60 anos (todos os sujeitos pertencentes às faixas etárias da amostra foram entrevistados). Todos os casos identificados, com

pelo menos um diagnóstico psiquiátrico ao longo da vida, e uma porcentagem sem diagnóstico foram submetidos à avaliação psiquiátrica no Instituto de Psiquiatrria (IPQ) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde foi aplicada a escala SCAN ("Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry"). Os dados foram analisados de acordo com o DSM-III-R e CID-10.

Com relação à população com mais de 60 anos, observou-se menor risco para transtornos mentais, e que essa população procura mais os serviços de saúde em relação às outras faixas etárias. A prevalência de Transtorno Cerebral Orgânico foi de 1,2%.

O terceiro estudo epidemiológico populacional de demência foi feito na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo (Herrera *et al.*, 1998). Nele, foram avaliadas 1 660 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na cidade de Catanduva, correspondendo a 25% da população idosa. O estudo foi dividido em três fases distintas e dados do IBGE foram utilizados para melhor situar a amostra do estudo.

Na fase um foram selecionados 25% dos domicílios em que residiam uma ou mais pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, guardando a proporcionalidade com os vários setores em que a cidade era dividida. Feitos o cálculo e a determinação da amostra, um grupo de 20 alunos de medicina (terceiro e quarto anos) aplicou um questionário após treinamento prévio: classificação socioeconômica da Associação de Institutos de Pesquisa de Mercado (Abipeme), Mini-Mental State Examination (MMSE) e questionário de atividades funcionais (QPAF) aplicado aos cuidadores.

Foram estabelecidos escores nos testes aplicados, sendo para o MMSE: 19 para analfabetos; < 23 para os indivíduos com escolaridade entre 1 e 3 anos; < 24 para os de escolaridade entre quatro e sete anos; < 28 para os de escolaridade igual ou superior a oito anos. Foram selecionados 14,7% suspeitos de demência.

Na fase dois, os indivíduos selecionados foram examinados por um dos autores e essa fase consistiu em anamnese, exames físico, neurológico e uma bateria de testes neuropsicológicos, aplicadas à escala de Hashinski e à tabela CDR. Os dados obtidos foram analisados por três neurologistas e os indivíduos com diagnóstico de demência foram selecionados para a fase três.

A fase três consistiu na aplicação de uma bateria de exames complementares.

Resultados: A prevalência de demência foi de 7,1%, sendo semelhante aos dados da literatura mundial.

Quanto à etiologia:

✓ DA (Demência de Alzheimer) = 54% dos casos.

✓ DV (Demência Vascular) = 9,4%.

✓ DM (Demência Mista) = 14,5%.

✓ O sexo feminino foi mais acometido na razão de 2:1.

✓ A prevalência em analfabetos foi de 11,8% contra 2% nos casos com oito anos ou mais de estudo.

✓ A classe social mais baixa teve 10,9% de prevalência de demência.

1.3 Justificativa do Estudo

O rápido aumento do número de idosos no País e no mundo demandam a necessidade de estudos epidemiológicos que apontem a atual situação dessa população no que se refere às doenças mentais. Estudos epidemiológicos voltados para a população idosa, em São Paulo, poderão auxiliar na identificação de suspeitos de demência em nosso meio e gerar dados importantes para o estudo de prevalência de demência nessa população idosa.

2. OBJETIVOS

a) - Descrever as freqüências de suspeitos de demência em três distritos do Município de São Paulo obtidas na fase de campo ou de rastreio de Estudo de Prevalência de Demência.

b) - Estudar a distribuição das variáveis: sexo, idade, escolaridade, condição socioeconômica, cor, os antecedentes pessoais mórbidos para: *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, depressão, colesterol alterado e antecedente de traumatismo cranioencefálico nos sujeitos com suspeita de demência comparados aos idosos sem suspeita de demência.

3. MÉTODOS

Neste estudo serão apontados os resultados da primeira fase, ou fase de rastreio, de estudo de prevalência de demência em três distritos da cidade de São Paulo. Foram avaliados 1 560 indivíduos em seus domicílios. Nesta avaliação, foram colhidos dados referentes às variáveis sexo, idade, escolaridade, cor, classe socioeconômica e antecedentes pessoais de hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, colesterol alterado, acidente vascular cerebral (AVC), Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e depressão. Os testes e escalas aplicados na população estudada foram: MMSE, FOME, IQCODE, ADL e escala de atividade socioeconômica.

3.1 Seleção da Amostra

Levando-se em conta a heterogeneidade do município, foi iniciada a operacionalização do processo de amostragem calculando o tamanho da amostra. Para tanto, definiram-se os seguintes parâmetros: estimativa de prevalência de demência de 7%, segundo Herrera *et al.* (1998), precisão ou erro de amostragem (d) de 1,5% e intervalo de confiança de 95%.

Com esses parâmetros, calculou-se o tamanho da amostra, obtendo 1 100 indivíduos. A seguir, utilizou-se um fator de correção de 1,5 (efeito do

desenho), multiplicando-o por 1 100, chegando-se a 1 650. Acrescentamos 20 % para compensar futuras perdas, obtendo-se uma amostra de 1980 sujeitos. Após o cálculo do tamanho da amostra, foi feita amostragem por conglomerados, para garantir que ela contivesse representantes dos diferentes estratos socioeconômicos do município.

A seguir, foram ordenados os 96 distritos em ordem decrescente (em primeiro lugar, o de melhor situação), foi dividido o conjunto em tercis e, a partir daí, selecionados quatro distritos: Jardim Paulista representando o tercil de melhor situação, Rio Pequeno e Vila Sônia representando o tercil de distritos de situação intermediária e Brasilândia representando o tercil de maior carência.

O cálculo da amostra ficou a cargo do epidemiologista Prof. Dr. Júlio Litvoc.

3.2 Critérios de Escolha dos Distritos

a) Posição estratégica nos tercis, ou seja, Jardim Paulista situa-se no topo do primeiro tercil, Vila Sônia e Rio Pequeno no meio do tercil intermediário e Brasilândia em posição compatível com os distritos de pior situação.

b) Aspectos operacionais que facilitassem a vinda dos casos suspeitos ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP para serem examinados na 2ª fase (nestes aspectos, sobressaiu o fato de parte desses distritos estarem na área de captação do Hospital).

c) Uma população de idosos e uma densidade populacional dos mesmos que favorecessem o trabalho de campo.

d) Manter na amostra, da proporção de idosos existente em cada conglomerado socioeconômico. Por isso, para o estrato médio, foram selecionados dois distritos, decisão que ficará mais clara ao examinar a proporção de idosos nos estratos e distritos, a qual será apresentada a seguir.

Neste processo, o próximo passo na amostragem por conglomerados foi a escolha dos setores censitários. Para tanto, é importante considerar as informações populacionais relatadas a seguir (Quadro 2).

Quadro 2 - Distritos selecionados com número de idosos

	Jardim Paulista	**Vila Sônia + Rio Pequeno**	**Brasilândia**
Número Absoluto de Idosos	22 010	23 236	19 514
Percentual de Idosos	34,00	35,9	30,13

A fração da amostra calculada entre o **n** da amostra (1980) e o **N** total de idosos dos três distritos acima (64 760) resultou em 3,05%. Multiplicando-se o número de idosos desses três distritos por 0,0305 (3,05%), chega-se ao número de idosos a serem avaliados.

3.3 Métodos de Escolha dos Setores Censitários

Procedimentos adotados:

a) Cálculo do número de idosos a serem entrevistados em cada distrito selecionado: a partir da fração da amostra (3,05%), calculou-se o número de idosos para a área mais rica (22 010 x 0,0305 = 671,305), para a área intermediária (0,0305 x 23 236 = 708,698) e para a área mais carente (0,0305 x 19 514 = 595,177).

b) O número de setores a serem sorteados em cada distrito foi 30. Essa opção deve-se ao fato de cada área socioeconômica ter sido analisada também de forma autônoma.

c) A escolha dos setores censitários foi realizada por sorteio, em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho do conglomerado.

d) O fator sistemático em cada um dos três tipos de distrito foi: (22 010 ÷ 30 = 734; 23 236 ÷ 30 = 775; 19 514 ÷ 30 = 650).

e) Estabelecido o início casual para cada um dos distritos e organizados os setores por soma acumulada, pôde-se selecionar os setores de forma sistemática aplicando as constantes 734, 775 e 650, respectivamente, para Jardim Paulista, Vila Sônia + Rio Pequeno e Brasilândia.

A partir desses procedimentos, os setores selecionados foram:

Jardim Paulista	5	6	8	12	42
Rio Pequeno	15	17	22		
Vila Sônia	8	13	25		
Brasilândia	14	22	93		

Os setores censitários sorteados foram decompostos em quadros e estes em domicílios, a partir dos mapas fornecidos pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE).

Após uma fase de verificação dos endereços e atualização dos mapas do campo, deu-se início ao levantamento.

3.4 Escolha dos Testes para Rastreio de Demência e Critérios Diagnósticos

O critério para a escolha do instrumento do rastreio foi seguir o padrão dos estudos internacionais, com o objetivo de se obter um instrumento eficaz, ou seja, com boa especificidade e sensibilidade e que fosse de fácil aplicação por avaliadores leigos, para a população brasileira.

Os estudos revisados entre 1994 e 1998 utilizaram testes cognitivos e critérios diagnósticos que foram resumidos no Quadro 3.

Quadro 3 - Estudos levantados de 1994 a 1998 com critérios diagnósticos e instrumentos de "screening" utilizados

Autor	"Screening"	Critério diagnóstico
Ebly *et al.* (1994)	3MS	DSMIIIR+NINCS+CID10
Kuusisto *et al.* (1994)	MMSE+TRV+TM+FV	DSMIIIR+NINCS ADRDA
McDowell *et al.* (1994)	3MS+CAMDEX	DSMIIIR+NINCS+CID10
Veras e Murphy (1994)	BOAS	DSMIII
Wernicke *et al.* (1994)	GMS	DSMIIIR
Fichter *et al.* (1995)	GMS+SIDAM+GDS+MMSE	DSMIIIR +CID10
Henderson *et al.* (1995)	CIE+MMSE+SLMT+NART	DSMIIIR+CID10
Lobo *et al.* (1995)	MMSE+GMS	DSMIIIR+EH
Manubens *et al.* (1995)	CAMCOG	DSMIIIR+NINCSADRDA+EH
Ott *et al.* (1995)	GMS	DSMIIIR+NINCSADRDA
Asada *et al.* (1996)	HDSR	DSMIIIR+NINCDRDA+CID10
Guo *et al.* (1996)	MMSE	DSMIIIR
Graves *et al.* (1994)	CASI+NART+BDRS+IQCODE	DSMIIIR+NINCSDRDA
Pi *et al.* (1996)	MMSE+CAMDEX	DSMIIIR+BDS
Prencipe *et al.* (1996)	MMSE+MSQ	DSMIIIR=NINCS
Shaji *et al.* (1996)	MMSE	DSMIIIR+CID10
McCracken *et al.* (1997)	GMS	DSMIII
Perkins *et al.* (1997)	MMSE	DSMIIIR+NINCS+EH
Azzimondi *et al.* (1998)	MMSE	DSMIIIR+EH
Boersma *et al.* (1998)	MMSE	DSMIIIR
Chandra *et al.* (1998)	MMSE	CDR+CERAD
Chiu *et al.* (1998)	MMSE GDS	DSMIV
Herrera *et al.* (1998)	MMSE QPAF	DSMIV
Thomassen *et al.* (1998)	IQCODE ADLS	DSMIV

3MS: Modified Mini-Mental State
ADLS: Activity of daily living scale
BDRS: Blessed Dementia Rating Scale
BOAS: Brazil Old Age Schedule
CAMCOG: Candex Cognitive Scale
CAMDEX: Camdex Examination of Mental Disorders of the Elderly
CASI: Cognitive Abilities Screening Instrument
CERAD: Behavioral Rating Scale
CID10: Código Internacional de Doenças - 10
CIE: Canberra Interview for the Elderly
DSMIIIR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3 Reviwed
DSMIV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4
EH: Escala de Hachinski - HIS
FV: Fluência Verbal - VF
GDS: Geriatric Disease Scale
GMS: Geratric Mental State Schedule
HDSR: Hamilton Depression Rating Scale
IQCODE: Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly
MMSE: Mini Mental State Examination
MSQ: Mental Status Questionnaire
NART: National Adult Reading Test
NINCS-ADRDA: National Institute of Neurologic Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
QPAF: Questionário de Pfeffer
SIDAM: Structured Interview for Diagnosis of Dementia SLMT:
TRV: Teste Redesenhado de Relógio CDT

Como parte da metodologia deste trabalho, foi feito um estudo piloto, que avaliou testes combinados para o rastreio de possíveis casos de demência, em nosso meio, apresentando alta especificidade e sensibilidade (Bustamante, 2003).

Foram utilizados dois testes de avaliação cognitiva associados a dois testes de avaliação de atividade diária e uma escala de depressão, respectivamente, MMSE + FOME e IQCODE + ADL. A escala de depressão adotada foi a GDS de cinco itens, acrescida de mais cinco questões.

Os testes utilizados para compor o instrumento de *screening* deste trabalho foram:

- Mini Mental State Examination (MMSE).
- Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQ CODE).
- Activities of Daily Living - Escala de atividade diária ADL.
- Fuld Object Memory Evaluation (FOME).

3.4.1 "Mini Mental State Examination" (MMSE)

Foi o teste de rastreio mais utilizado em nossa revisão e elaborado por Folstein *et al.* em 1975. Trata-se de um instrumento de 30 itens e de fácil aplicação traduzido para a Língua Portuguesa por Bertolucci *et al*., 1994. É utilizado como instrumento de "screening" em estudos epidemiológicos e para classificar demência em níveis de gravidade: leve, moderado e grave (Tombaugh e McIntyre, 1998).

É um teste que sofre grande influência da escolaridade, tendo de ser adaptado, quanto aos escores, para a população de baixa escolaridade (Brucki *et. al*., 2003).

3.4.2 "Fuld Object Memory Evaluation "(FOME) (Fuld *et al*., 1988)

É um instrumento que surgiu tentando minimizar os vieses culturais dos testes cognitivos. Foi desenhado para avaliar alguns aspectos do processo de aprendizagem e evocação nos idosos, assim como prover informação acerca do reconhecimento tátil, discriminação direita, esquerda e fluência verbal.

Este teste está sendo utilizado em pacientes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo desde 1996 e os resultados preliminares mostraram que este seria um dos instrumentos mais sensíveis para detectar casos de Doença de Alzheimer e transtornos cognitivos leves (Cid *et al.*, 1998).

3.4.3 "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly" (IQ-CODE)

Este instrumento foi criado devido à necessidade de avaliar as capacidades prévias do paciente e as mudanças destas ao longo do tempo. É um instrumento desenhado para medir a perda cognitiva, entrevistando um informante próximo ao paciente. O instrumento tem 26 itens referentes ao grau de desempenho do paciente em situações do dia-a-dia em relação ao desempenho dos últimos dez anos. Os itens avaliam situações nas quais o paciente tem de pôr em prática as funções psíquicas e/ou outras capacidades intelectuais. Os informantes têm de avaliar a *performance* do paciente em termos de muito melhor (1), um pouco melhor (2), não muito alterado (3), um pouco pior (4), ou muito pior (5). O escore total vai de 26 a 130 pontos e o questionário demora cerca de 10 minutos para ser administrado (Jorm e Korten, 1987).

3.4.4 "Activities of Daily Living" - Escala Bayer de atividade diária B-ADL

Compreende 13 domínios da vida diária. As duas primeiras perguntas avaliam atividades do dia-a-dia, as perguntas 3-20 avaliam diretamente os problemas em relação às tarefas específicas da vida diária e os cinco itens finais, os aspectos relacionados às funções cognitivas.

Essa escala tem mostrado a vantagem de ser breve e facilmente aplicada por clínicos gerais e no contexto de atenção primária tanto para rastreio, quanto para documentação dos efeitos do tratamento e o progresso da demência (Hindmarch e Lehfeld *et al.*, 1998).

3.4.5 Escala de Depressão

Foi utilizada uma escala com 10 questões que avaliam sintomas depressivos, incluindo cinco questões da escala "Geriatric Depression Scale"(GDS-5). A GDS-5 foi validada em estudo comparativo com diagnóstico clínico e com a versão GDS com 15 questões. A confiabilidade foi considerada boa (Hoyl *et. al.*, 1999).

A escala de depressão utilizada neste estudo foi testada em uma amostra ambulatorial independente de idosos deprimidos (DSMIV e CID10), obtendo-se escore médio de 7 pontos e correlação com a escala MADRS=0,87 (p=0,01). A correlação com a GDS5 na amostra comunitária foi de (r)=0,85 (p<0,001), e sua sensibilidade (Sen) especificidade (Esp) e os valores preditivos: positivo(VPP) e negativo (VPN) na amostra comunitária, utilizando a GDS5 como padrão ouro foram: Sen=78,8%, Esp=95,5%, VPP=60,3%, VPN=98,1% (Bottino *et.al.*, 2004). (Kappa=0,81) (Hoyl *et. al.*, 1999).

3.5 Seleção dos Suspeitos de Demência

A partir do estudo piloto, foram obtidos os seguintes pontos de corte para possíveis suspeitos de demência/déficit cognitivo:

- MMSE < 26
- FOME < 35
- IQCODE > 3,40
- Bayer > 3,19

Para selecionar os suspeitos no presente estudo, considerou-se a combinação de testes validada no estudo piloto feito por Bustamante (2003):

MMSE **ou** FOME, pelo menos um deles escore positivo.

E

IQCODE **ou** BAYER (ADL), pelo menos um deles escore positivo.

Entretanto, os escores de MMSE foram diferentes em cada faixa de escolaridade, segundo resultados adaptados de estudo de Brucki *et al*. (2003):

- MMSE:
- < 20 = analfabetos
- <25 = um a quatro anos de estudo
- <27 = cinco a oito anos de estudo
- <28 = acima de nove anos de estudo

3.6 Seleção de Suspeitos de Depressão

Após a seleção na amostra inicial de suspeitos de demência,foram selecionados os suspeitos de depressão.

Foram considerados como tendo suspeita de depressão os idosos que obtiveram na Escala de Depressão escore igual ou superior a 7 pontos.

3.7 Análise Estatística

Os dados obtidos foram digitados e analisados com o programa estatístico SPSS.

As variáveis foram analisadas conforme a relação com a presença de déficits cognitivos pelo teste do qui-quadrado **(X^2)** e, em seguida, algumas delas foram submetidas à análise multivariada por regressão logística.

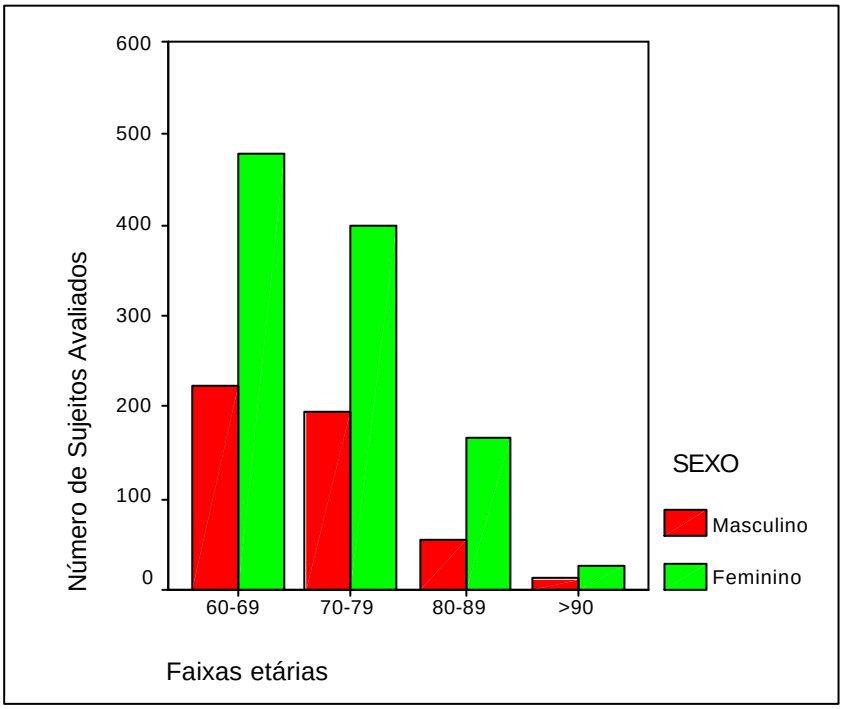
4. RESULTADOS

4.1 Características da Amostra

4.1.1 Idade e sexo

A idade variou de 60 a 102 anos, com média de 71,45 anos (dp = 8,03). Houve predomínio de mulheres em todas as faixas etárias (Gráfico 2).

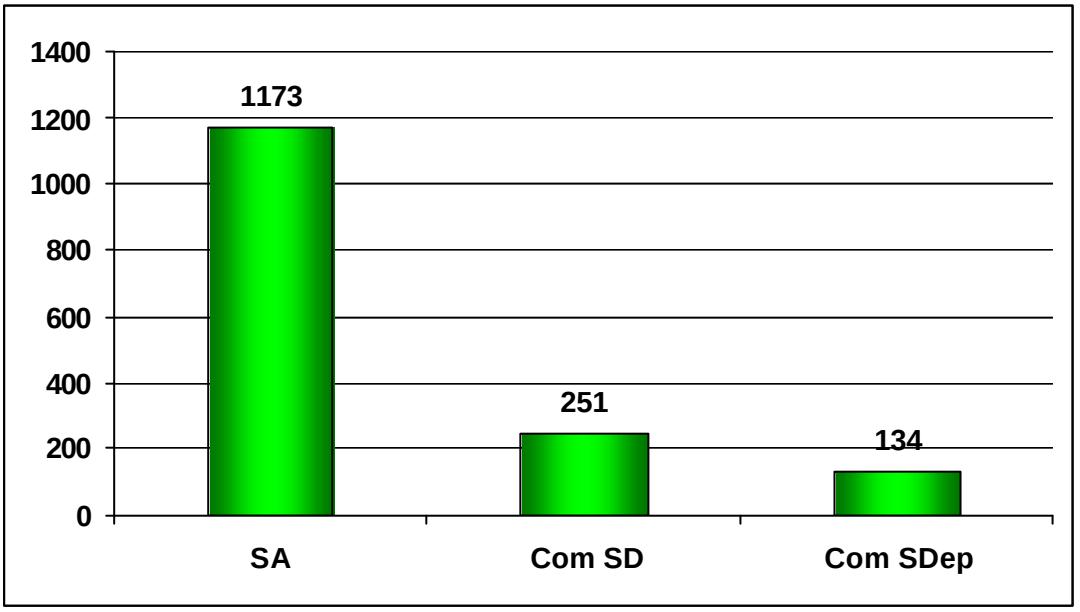
Gráfico 2 - Distribuição por faixa etária e sexo dos 1 560 sujeitos da amostra



4.1.2 Prevalência de suspeitos de demência, depressão e controles

Dos 1 560 sujeitos inicialmente avaliados, dois foram considerados como perda de dados e 251 foram considerados como tendo suspeita de demência. A seguir, foram selecionados 134 sujeitos que preencheram os critérios para suspeita de depressão (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Sujeitos da amostra com e sem alterações

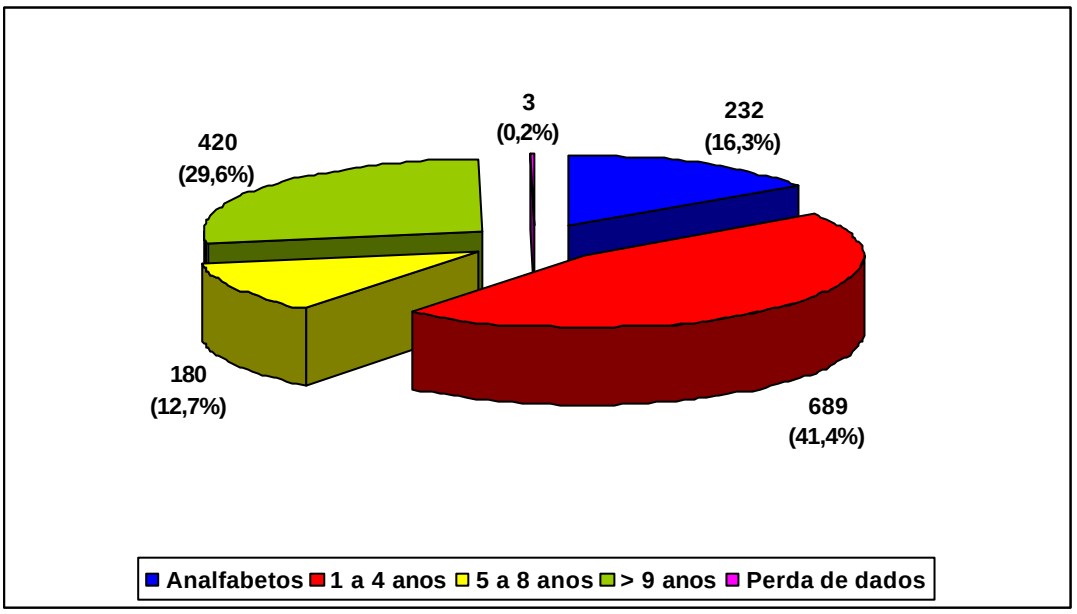


Nas análises que se seguem foram excluídos os sujeitos com suspeita de depressão (n=134), restando da amostra inicial, de 1 560 sujeitos, 1 424.

4.1.3 Escolaridade

As freqüências das faixas de escolaridade da amostra apontam que 58,2% dos sujeitos tinham entre 0 e 4 anos de estudo (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Número de sujeitos por faixas de escolaridade (n = 1424)



4.1.4 Idade e suspeita de demência

A comparação entre os grupos sem e com suspeita de demência , por faixa etária, indica, pelo teste do qui-quadrado, diferença estatisticamente significava entre os grupos, com aumento progressivo do “Odds Ratio” (OR) (Tabela 1).

Tabela 1 - Idade e suspeita de demência

Faixa Etária	Sem SD	Com SD	TOTAL	OR (IC)	X^2 (P)
60-64	299 (88,5%)	39 (11,5%)	338 (100%)		-
65-69	270 (90,9%)	27 (9,1%)	297 (100%)	0,77 (0,44-1,32)	1,02 (0,31)
70-74	253 (83,0%)	52 (17,0%)	305 (100%)	1,58 (0,98-2,53)	4,01 (0,04)
75-79	195 (80,9%)	46 (19,1%)	241 (100%)	1,81 (1,11-2,95)	6,4 (0,01)
80-84	90 (68,2%)	42 (31,8%)	132 (100%)	3,58 (2,12-6,05)	27,3 (0,00)
85-89	54 (72,0%)	21 (28,0%)	75 (100%)	2,98 (1,56-3,87)	13,4 (0,00)
= 90	12 (34,3%)	23 (65,7%)	35 (100%)	14,69 (6,38-34,32)	67,1 (0,000)
Total	1173 (100%)	250 (100%)	1423 (100%)		

4.1.5 Sexo e suspeita de demência

Com relação ao sexo, observa-se **p** = 0,207 com **IC** de 95% (0,89 a 1,65), mostrando que não houve relação estatisticamente significativa entre sexo através do teste qui-quadrado (Tabela 2).

Tabela 2 - Sexo e suspeita de demência

Sexo	Sem SD	Com SD	TOTAL
Feminino	783 (81,5%)	178 (18,5%)	961 (100%)
Masculino	389 (84,2%)	73 (15,8%)	462 (100%)
Total	1 172 (100%)	251 (100%)	1 423 (100%)

X^2 = 1,59 p = 0,2072264
OR = 1,21 IC = (95%) 0,89 – 1,65

4.1.6 Escolaridade e suspeita de demência

Os grupos sem e com suspeita de demência foram comparados por faixas de escolaridade em relação ao grupo de maior escolaridade indicando, pelo teste do qui-quadrado, diferença estatisticamente significava entre os grupos.

Observa-se relação inversa entre escolaridade com suspeita de demência (Tabela 3).

Tabela 3 - Escolaridade e suspeita de demência

Grau de Escolaridade	Sem SD	Com SD	Total	OR (IC)	X^2 (P)
Analfabeto	153 (65,9%)	79 (34,1%)	232 (100%)	5,23 (3,11-8,82)	**48,9 (0,000)**
1 a 4 anos	487 (82,7%)	102 (17,3%)	589 (100%)	2,12 (1,31-3,46)	10,4 (0,000)
5 a 8	154 (85,6%)	26 (14,4%)	180 (100%)	1,71 (0,92-3,19)	3,2 (0,07)
9 a 11	125 (88,0%)	17 (12,0%)	142 (100%)	1,38 (0,68-2,76)	0,93 (0,33)
= 12	253 (91,0%)	25 (9,0%)	278 (100%)	1,0	
Total	1172 (100%)	249 (100%)	1421 (100%)		

4.1.7 Classificação socioeconômica e suspeita de demência

A comparação entre os grupos sem e com suspeita de demência por classificação socioeconômica, mostra, pelo teste do qui-quadrado, diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A análise estatística comparou as demais classes socioeconômicas com a classe A (estrato socioeconômico mais alto), indicando uma relação entre suspeita de demência com a piora da condição socioeconômica, através do teste qui-quadrado (Tabela 4).

Tabela 4 - Classificação socioeconômica e suspeita de demência

Classificação Socioeconômica	Sem SD	Com SD	Total	OR (IC)	X2 (P)
A	62 (91,2%)	6 (8,8%)	68 (100%)	1,0	
B	390 (88,2%)	52 (11,8%)	442 (100%)	1,38 (0,54-3,73)	0,51 (0,47)
C	401 (83,4%)	80 (16,6%)	481 (100%)	2,06 (0,82 -5,49)	2,75 (0,09)
D	216 (75,3%)	71 (24,7%)	287 (100%)	3,04 (1,34 -9,13)	8,2 (0,00)
E	90 (69,8%)	39 (30,2%)	129 (100%)	4,48 (1,68-12,57)	11,58 (0,00)
Total	1 159 (100%)	248 (100%)	1 407 (100%)		

4.1.8 Cor da pele e suspeita de demência

A análise estatística pelo teste qui quadrado comparou cor da pele em relação ao sujeito branco e observou-se que negros e pardos tiveram risco maior do que os brancos de apresentar suspeita de demência.

Não houve associação estatisticamente significativa entre o grupo Asiático e a suspeita de demência (Tabela 5).

Tabela 5 - Cor da pele e suspeita de demência

Cor da Pele	Sem SD	Com SD	TOTAL	OR (IC)	X2 (p)
Branco	872 (84,0%)	166 (16,0%)	1038 (100%)	1,0	
Pardo	167 (73,9%)	59 (26,1%)	226 (100%)	1,62 (1,12-2,34)	7,37 (0,00)
Negro	79 (78,2%)	22 (21,8%)	101 (100%)	1,65 (0,99-2,73)	4,27 (0,03)
Asiático	51 (92,7%)	4 (7,3%)	55 (100%)	0,43 (0,13-1,25)	2,79 (0,09)
Total	1 169 (100%)	225 149 (100%)	1 420 (100%)		

X^2 = 18,321 p = 0,000

4.1.9 Antecedente pessoal para AVC e suspeita de demência

A comparação entre os grupos sem e com suspeita de demência com antecedente pessoal de AVC, mostra, pelo teste do qui-quadrado, que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, indicando relação entre antecedente de AVC com suspeita de demência (Tabela 6).

Tabela 6 - Antecedente pessoal para AVC e suspeita de demência

	Com SD	Sem SD	TOTAL
Com AVC	51	56	107
	(47,7%)	(52,3%)	(100%)
Sem AVC	199	1 111	1 310
	(15,2%)	(84,8%)	(100%)
Total	250	1 167	1 417
	(100%)	(100%)	(100%)

X^2 = 71,79 p = 0,000
OR = 5,08 IC = 95% (3,31 – 7,80)

4.1.10 Antecedente pessoal para colesterol alterado e suspeita de demência

A comparação entre os grupos com e sem suspeita de demência e alteração do colesterol, revela, pelo teste do qui-quadrado, que não houve diferença estatisticamente significava entre os grupos (Tabela 7).

Tabela 7 - Antecedente pessoal para olesterol e alterações cognitivas

	Com SD	Sem SD	TOTAL
Com alteração do colesterol	70	344	414
	(16,9%)	(83,1%)	(100%)
Sem alteração do colesterol	163	791	954
	(17,1%)	(82,9%)	(100%)
Total	1 135	233	1 368
	(100%)	(100%)	(100%)

X^2 = 0,01 p = 0,936
OR = 0,99 IC = 95% (0,72 – 1,36)

4.1.11 Antecedente pessoal para *diabetes mellitus* e suspeita de demência

A comparação entre os grupos com e sem suspeita de demência com antecedente pessoal de *diabetes mellitus*, mostra, pelo teste do qui-quadrado, que houve associação estatisticamente significativa entre antecedente pessoal de diabetes *mellitus* e suspeita de demência (Tabela 8).

Tabela 8 - Antecedente pessoal para *diabetes mellitus* e suspeita de demência

	Com SD	Sem SD	TOTAL
Com *diabetes*	60	190	250
	(24,0%)	(76,0%)	(100%)
Sem *diabetes*	182	972	1154
	(15,8%)	(84,2%)	(100%)
Total	1 162	242	1 404
	(100%)	(100%)	(100%)

X^2 = 9,75 p = 0,002
OR = 1,69 IC = 95% (1,20 – 2,38)

4.1.12 Antecedente pessoal para depressão e suspeita de demência

A comparação entre os grupos com e sem suspeita de demência com antecedente pessoal de depressão, indica, pelo teste do qui-quadrado, que houve associação entre antecedente pessoal de depressão e suspeita de demência (Tabela 9).

Tabela 9 - Antecedente pessoal de depressão e suspeita de demência

	Com SD	Sem SD	TOTAL
Com depressão	70	230	300
	(23,3%)	(76,7%)	(100%)
Sem depressão	176	934	1110
	(15,9%)	(84,1%)	(100%)
TOTAL	246	1 164	1 410
	(100%)	(100%)	(100%)

X^2 = 9,17 p = 0,0024625
OR = 1,62 IC = 95% (1,17 – 2,23)

4.1.13 Antecedente pessoal de hipertensão e suspeita de demência

A comparação entre os grupos sem suspeita de demência e com suspeita de demência, e antecedente pessoal de hipertensão arterial, mostra, pelo teste do qui-quadrado, que houve relação entre presença de hipertensão arterial e suspeita de demência (Tabela 10).

Tabela 10 - Antecedente pessoal de Hipertensão e suspeita de demência

	Com SD	Sem SD	TOTAL
Com HA	145	572	717
	(20,2%)	(79,8%)	(100%)
Sem HA	100	596	696
	(14,4%)	(85,6%)	(100%)
Total	245	1 168	1 413
	(100%)	(100%)	(100%)

*X^2 =8,44 p = 0,004
OR =1,51 IC = 95% (1,14-1,99)

4.2.14 Antecedente pessoal de TCE e suspeita de demência

A comparação entre os grupos sem e com suspeita de demência com antecedente pessoal traumatismo cranioencefálico, mostra-nos pelo teste do qui-quadrado que houve relação entre presença de traumatismo cranioencefálico e suspeita de demência p = 0,016; OR = 1,81 no IC de 95% (1,08 – 3,03) (Tabela 11).

Tabela 11 - Antecedente pessoal de TCE e suspeita de demência

	Com SD	Sem SD	TOTAL
Com TCE	24	65	89
	(27%)	(73%)	(100%)
Sem TEC	225	1 103	1 328
	(16,9%)	(83,1%)	(100%)
Total	249	1 168	1 417
	(100%)	(100%)	(100%)

X^2 = 5,79 p = 0,016
OR = 1,81 IC = 95% (1,08 – 3,03)

4.3 Resultado da Análise Multivariada por Regressão Logística

O critério utilizado para submeter uma variável à análise multivariada pelo método da regressão logística foi $p < 0,2$ (Tabela 13).

Tabela 12 - Análise multivariada por regressão logística

Idade (anos)	p	OR	IC (95%)
60-65		1,00	
65-69	0,107	0,63	0,35 - 1,10
70-74	0,29	1,30	0,79 - 2,12
75-79	0,68	1,61	0,96 - 2,69
80-84	<0,000	3,78	2,18 - 6,57
85-89	0,001	3,12	1,59 - 6,10
> 90	<0,000	18,35	7,84 - 42,94
Escolaridade (anos)			
Analfabeto	0,000	3,45	1,77-6,70
1-4	0,11	1,66	0,89-3,08
5-8	0,31	1,42	0,72-2,82
9-11	0,372	1,39	0,68-2,85
> 12		1,00	
AVC	0,000	3,91	2,44 - 6,26
Depressão	0,075	1,40	0,96 - 2,04
Classe econômica			
A		1,00	
B	0,99	0,99	0,38 - 2,57
C	0,69	1,21	0,46 - 3,25
D	0,31	1,69	0,61 - 4,72
E	0,34	1,69	0,57 - 4,98
Hipertensão	0,40	1,15	0,82 - 1,60
TCE	0,06	1,69	0,96 - 2,97
Diabetes mellitus	0,04	1,48	1,01 - 2,18
Cor da Pele			
Branco		1,00	
Pardo	0,11	1,40	0,92 - 2,13
Negro	0,82	1,07	0,58 - 1,97
Asiático	0,07	0,30	0,084 - 1,08

5. DISCUSSÃO

Nosso intuito foi selecionar indivíduos suspeitos de demência ou alterações cognitivas — desde transtorno cognitivo leve a demências graves — em uma amostra de idosos representativa da cidade de São Paulo, como fase de rastreio ("screening") de estudo de prevalência de demência em nosso meio. Ao intitularmos "suspeitos de demência" sujeitos com déficits cognitivos, com 60 anos de idade ou mais, nossa primeira dificuldade estava relacionada à imprecisão do termo "demência". Esse termo, já referente no Direito Romano, foi empregado pela primeira vez em português em 1679[1]. Do latim* (de + mens), demência significa "ausência de mente", sugerindo a falsa idéia de um estado irreversível, terminal e sem perspectivas terapêuticas, o que não é correto. Talvez esse seja um dos motivos capazes de explicar o fato de observarmos diagnósticos raros de demência leve, paralelamente à tendência de se considerar esquecimento fato normal do envelhecimento.

Pensamos, inicialmente, na possibilidade de utilizar o termo "suspeitos de transtornos cognitivos", porém, o critério diagnóstico da OMS (CID 10) aponta transtorno cognitivo como alteração leve, o que exclui os casos moderados e graves. Decidimos, então, por mantê-lo, apesar da sua imprecisão, até por questão de comparabilidade com a maioria dos estudos publicados.

[1] Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa

A origem desse termo, do latim, deve remontar à própria formação da população Romana, pois, o latim é língua de origem indo-européia (do ramo ocidental dessa família), falada pelos habitantes do Lácio e pelos antigos romanos, que foi documentada desde o século VII a.C.e que teve curso no Império Romano até os séculos IV-V DC (até o século XVIII foi língua elitizada falada pelos homens de saber e é ainda hoje a língua oficial da Igreja Católica Romana)[1].

A imprecisão de termos médicos tem suscitado, ao longo da história, o desafio da codificação das doenças em uma linguagem internacionalmente compreensível e clara. Enquanto que, nos Estados Unidos, o ímpeto inicial para o desenvolvimento de uma classificação dos transtornos mentais foi a necessidade para a obtenção de dados estatísticos (DSM) no período pós-Segunda-Guerra, a CID, criada anteriormente pela OMS, teve como princípio a internacionalização de uma linguagem comum, em que uma determinada patologia pudesse ser identificada, da mesma forma, em vários países do mundo, sem que diferenças socioculturais modificassem o diagnóstico.

O DSM-III-R, embora muito utilizado, sugere o termo “Síndromes Mentais Orgânicas” ao se referir às demências, *delirium*, transtorno amnésico e outros transtornos cognitivos. A expressão “transtorno mental orgânico” foi abandonada no DSM-IV por sugerir que transtornos mentais não-orgânicos não tenham uma base biológica. Perda, incapacidade ou prejuízos cognitivos passaram a ser preocupações essenciais de um diagnóstico (CID 10, 1993).

Erkinjuntti *et al*.,1997, comparando a CID 10 ao DSM-III, observaram que a proporção de sujeitos com demência variou de 3,1% a 29,1%, respectivamente, concluindo que o uso de critérios heterogêneos criam vieses nos estudos epidemiológicos cujo impacto é a variação dos índices de prevalência encontrados. Pressley *et al*. (2003) observaram um baixo índice de concordância diagnóstica (0.15 a 0.41) na identificação de casos de demência estudando 5 089 indivíduos idosos, suspeitos de demência ou de alterações cognitivas, que foram acompanhados durante cinco anos de atendimento médico. Observa-se, também, que países em desenvolvimento consideram idosos sujeitos com 60 anos de idade ou mais; países desenvolvidos consideram idosos sujeitos com 65 anos ou mais (IBGE, 2000; SABE, 2001; Veras e Murphy, 1994; Lindsay, 2002).

Testagem neuropsicológica para medir perdas cognitivas, quer pela avaliação no paciente, quer a partir de informações dos cuidadores, passaram a ser recomendadas como elementos indispensáveis para o diagnóstico de demência (Mackhann *et* al.1984).

Os critérios de Mackhann *et al*. (1984) (NINCS-ADRDA), a escala de Hachinski, o DSM-IV e o CID-10 têm sido utilizados em conjunto e associados às escalas de avaliação cognitiva e de atividades da vida diária, razão pela qual esta estratégia foi adotada em nosso estudo.

A utilização de escalas, em psiquiatria, tem cerca de 50 anos, sendo que as escalas psicométricas de avaliação cognitiva e funcional, aliadas ao desenvolvimento da Neuropsicologia, representam grande possibilidade para o estudo e diagnóstico de casos leves de demência e para a padronização

da prática clínica, tais como a Escala de Blessed (1968), o “Clinical Dementia Rating” – CDR (Hughes *et al*., 1982), o “Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly” – CAMDEX (Roth *et al*., 1986)

O perfil cognitivo das demências, especialmente da doença de Alzheimer, tem sido alvo de estudo de diversos grupos de pesquisadores, tais como Weintraub, Mesulan, Morris. O “Mild Cognitive Impairment” (MCI) ou comprometimento cognitivo leve tem sido exaustivamente pesquisado por muitos autores, em uma tentativa de estabelecer sua relação com a doença de Alzheimer.

A grande e desafiadora questão é como diagnosticar fases precoces das demências, especialmente aquelas em que a intervenção terapêutica venha a favorecer os sujeitos.

A construção de hipóteses fisiopatológicas, a partir dos achados clínicos encontram no estudo dos fatores de risco das demências um forte ponto de congruência entre a pesquisa básica e os estudos epidemiológicos com sujeitos idosos.

O desenvolvimento de escalas de avaliação cognitivas breves para o uso no atendimento primário de idosos, especialmente por não-especialistas (Folstein, *et al*., 1978) e a padronização de procedimentos ou pistas diagnósticas para avaliar alterações cognitivas (Roth *et al*., 1986) têm sido apontadas como aliadas eficientes na captação dos casos leves ou muito leves de demência. Roth *et al*. (1986) encontraram grande paridade diagnóstica com o uso de bateria de testes (CAMDEX) associados à padronização de pistas diagnósticas com a necropsia de sujeitos com diagnóstico clínico de provável doença de Alzheimer.

A combinação de testes cognitivos breves, juntamente com escalas de avaliação de atividades da vida diária, apresentou 94,1% de sensibilidade e 96,6% de especificidade no piloto que precedeu nosso estudo (Bustamante, 2003).

Tendo em vista que o presente estudo descreve os achados da fase de rastreio (campo) de estudo de prevalência de demência em São Paulo, tivemos dificuldade em comparar esses dados com o de outros estudos, pois raramente esses dados de rastreio são relatados.

Dos estudos nacionais abordando demência ou alterações cognitivas em idosos, merece destaque o estudo de Herrera *et al*. (1998) realizado na cidade de Catanduva, em cuja fase de rastreio foram selecionados suspeitos a partir de um teste cognitivo breve aplicado aos sujeitos e uma escala de atividades diárias aplicada aos cuidadores.

Diversos estudos epidemiológicos utilizam leigos para a coleta de dados, desde que tenham bom nível de escolaridade e treinamento adequado na aplicação do instrumento.

Outra preocupação pertinente a estudos populacionais é com relação ao tamanho e características da amostra para efeito de representatividade estatística e comparabilidade com outros estudos. Estudo da Organização Panamericana de Saúde, intitulado Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE, 2001), apontava na cidade de São Paulo, 46,8% de idosos entre 60 e 74 anos, e 53,2% para os indivíduos com 75 anos ou mais. As mulheres representavam 58,1% e os homens, 41,9% dessa população de idosos. O mesmo estudo apontou um índice de 26% e 22,8%, respectivamente, para

analfabetos do sexo feminino e masculino. O município de São Paulo apresenta áreas com desenvolvimento socioeconômico desigual, e uma das maneiras de reconhecer essas desigualdades foi examinar algumas características de cada um dos 96 Distritos, segundo os quais o município está dividido. Mais especificamente, garantir que na constituição da amostra estivessem presentes distritos dos diferentes estratos socioeconômicos do município, como foi feito por Herrera *et al.,* (1998) em São Paulo, e por Veras e Murphy (1994) no Rio de Janeiro.

Da amostra calculada em 1 650 sujeitos, foram avaliados, porta a porta, segundo dados do IBGE, 1 560 idosos com 60 anos ou mais. Os dados obtidos sugerem que a amostra, obtida de forma randomizada, segue a mesma tendência mundial de predomínio da população feminina, confirmando que as mulheres tendem a viver mais do que os homens. Entretanto, em nossa amostra não houve relação estatisticamente significante entre sexo e suspeita de demência. **E**studos, como o Canadense multicêntrico de incidência de demência, têm descartado o sexo feminino como fator de risco para demência (Lindsay *et al*.,2002). Estudos em cidades latino-americanas e Caribe (SABE, 2001), realizados nas cidades de: Bridge Town, Buenos Aires, México, Montevidéo, Santiago e São Paulo apontaram para a mesma conclusão, que não há diferença entre os sexos e demência. Porém, dados daquele estudo para a cidade de São Paulo apontaram para o predomínio do sexo feminino em relação ao masculino,não havendo,porém referência em relação à metodologia estatística utilizada. O estudo de prevalência de demência em Catanduva

apontou para leve tendência de associação entre o sexo feminino e demência. (Herrera *et al.*, 1998).

Cabe-nos referir que estudos longitudinais são estatisticamente mais precisos quanto à inferência de fatores de risco por haver menos influência do tempo de exposição com o desfecho. O fator tempo é um viés confundidor dos estudos transversais com relação aos fatores de risco, pois tanto a causa como o efeito estão presentes ao mesmo tempo. Este fato exige especial atenção, o que faz da metodologia estatística um forte recurso para estabelecer controle sobre as diversas variáveis confundidoras ou vieses descritos na maioria desses estudos, especialmente a análise multivariada por regressão logística.

A idade apresentou concordância com as conclusões da maioria dos estudos revisados, porém, o platô apontado para faixa de 90 anos, sugerindo uma alteração na tendência progressiva de aumento da taxa de prevalência de demência nos idosos muito idosos, como descrito por Lopes, 2002, não se confirmou. Considerando-se que essa faixa etária sofre o impacto da morte ou possível perda de dados, como, por exemplo, migração para asilos ou outros domicílios, esses fatos podem explicar a queda da taxa de prevalência nesses indivíduos. Tanto através do teste chi-quadrado, quanto pela análise multivariada pela regressão logística, a relação entre suspeita de demência e o aumento da faixa etária manteve-se progressivamente elevada. Sujeitos com mais de 90 anos apresentaram 18,1 vezes mais chance de desenvolver demência do que sujeitos de 60 a 65 anos, em nossa casuística, estando de acordo com os resultados do

estudo de Herrera *et al.* (1998) [OR=18,3 IC=95% (14,20-18,35)]. Porém devemos observar que o número de idosos de faixa etária elevada é pequeno, na maioria de estudos, inclusive a nossa casuística, (com mais de 85 anos tivemos 110 sujeitos, sendo que 35tinham mais de 90 anos).

A escolaridade tem sido um grande desafio para os pesquisadores, tanto de países desenvolvidos, como em países menos desenvolvidos. Muitos instrumentos utilizados para detectar perdas cognitivas sofrem grande influência da escolaridade, razão pela qual os tradutores do MMSE (Mini mental State Examination) para o português sugeriram uma redefinição dos pontos de corte para a população brasileira (Bertolucci *et al*., 1994 Estudo recente no estado do Rio de Janeiro, em uma cidade de pequeno porte, mostrou que escolaridade e idade influenciaram o MMSE, (Laks *et al*., 2003), mostrando que características socioculturais têm peso no desempenho de escalas cognitivas em nosso meio.

Os primeiros estudos epidemiológicos, realizados em países desenvolvidos, apontavam para alta escolaridade como fator protetor contra as alterações cognitivas, tendo sido criada a hipótese da reserva funcional para explicar o fenômeno observado. A baixa freqüência de analfabetos nessas populações poderia gerar viés, o que questiona a precisão daquela afirmação.

Estudos em países em desenvolvimento, como o nosso, apresentam freqüência maior de indivíduos com baixa escolaridade ou analfabetos. Segundo dados do IBGE do Censo de 2000 para a cidade de São Paulo, 9,3% da população apresentava 60 anos ou mais, sendo que 32,54% tinha até três anos de estudo, 325 609 homens e 452 719 mulheres.

Em São Paulo, 10 % dos homens não têm instrução, 17,7% têm de um a três anos de estudo e 36,5%, oito anos ou mais. Das mulheres, 18,1% são analfabetas, 20,6% têm um a três anos de estudo e 27,31%, oito anos ou mais (IBGE, 2000).

Nossa casuística mostrou-se similar a de outros estudos ao mostrar relação estatisticamente significativa entre baixa escolaridade e suspeita de demência, como no estudo de Herrera *et al* (1998), realizado na cidade de Catanduva. Como vemos em nossos resultados, comparando-se o grupo de analfabetos com o dos sujeitos com maior escolaridade, o "Odds ratio" foi 3,79 IC 95% (2,50-5,73). Através do método da regressão logística a diferença se manteve, OR=3,45, IC= 95%(1,77-6,70).

Em estudo realizado em cidades latino-americanas utilizando o MMSE, SABE (2001), observou-se que a perda cognitiva dos indivíduos avaliados variou de 4 (60-75 anos) a 17% (>de 75 anos) utilizando o MMSE com ponto de corte abaixo de 13. Em nosso estudo utilizamos pontos de corte do MMSE para analfabetos: < 20 e para maior escolaridade (acima de nove anos de estudo): < 28. O estudo de Catanduva utilizou MMSE < 19 para analfabetos e < 28 para 8 anos ou mais de estudo. Talvez esta seja a razão pela qual a suspeita de demência tenha sido 16,1% em nossa casuística e 14,7% na casuística de da fase de "Screening" do estudo de Catanduva.

Observamos, inicialmente, relação entre o estrato socioeconômico mais baixo e suspeita de demência [OR=3,43 IC 95%(1,53-7,68)]. No entanto, essa relação não se manteve na análise multivariada por regressão

logística, [OR=1,69 IC 95% (0,57-4,98)]. A provável causa para esse achado pode ter sido a sobreposição de variáveis presentes no estrato socioeconômico mais baixo, como a baixa escolaridade ou o analfabetismo. Nesse aspecto, nossos achados foram semelhantes aos do estudo de Herrera *et al*. (1998), em Catanduva.

Comparado-se aos brancos,observou-se risco aumentado de suspeita de demência entre os pardos e negros e risco reduzido nos asiáticos. Entretanto, esse resultado não se manteve na análise multivariada por regressão logística. A cor dos sujeitos tem sido estudada numa tentativa de se entender a relação entre fatores genéticos e o fenótipo. Sabemos que a miscigenação, especialmente no Brasil, faz parte da heterogeneidade de nossa formação étnica e que comparações dessa forma não podem relacionar aspectos genéticos pois sujeitos brancos podem conter genes de negros ou indígenas. Para a variável genética será feita a codificação para o gene APOE e4 no seguimento desse estudo. Não há consenso nos estudos revisados sobre o aumento do risco de demência na população negra, porém, é sabido que a DA parece ser menos freqüente entre os Asiáticos (Chiu *et al*. 1998).

Em relação à história de Acidente Vascular Cerebral, houve relação com suspeita de demência: OR=5,08, p<0,001, IC=95% (3,31-7,80), o que foi confirmado na análise multivariada OR=3,91, IC=95% (2,44-6,26) p<0,001). AVC como fator de risco para demência tem sido apontado nos estudos transversais, porém o estudo multicêntrico Canadense, estudo longitudinal, descartou AVC como fator de risco para demência, Lindsay (2002).

O antecedente pessoal de colesterol alterado não se associou com suspeita de demência, o que fez com que esta variável não fosse analisada através da análise multivariada. Reitz *et al*., 2004, encontraram uma fraca relação entre os níveis de lipídios plasmáticos e demência vascular.

O mesmo estudo concluiu que níveis lipídicos e a utilização de medicamentos para reduzi-los não pareceram estar associados com o risco de doença de Alzheimer.

Houve relação entre antecedente pessoal para *diabetes mellitus* e suspeita de demência, [OR=1,69, IC=95% (1,20-2,38), p=0,002]. Através da análise multivariada por regressão logística esta relação se manteve estatisticamente significante, OR=1,48, IC=95% (1,01-2,18), p=0,04. Leibson *et al*. (1997) estudando o risco de demência entre sujeitos com *diabetes mellitus*, em estudo de coorte, mostrou que o *diabetes mellitus* aumentou o risco para demência (RR=1,66 (1,34-2,05) e também para a doença de Alzheimer. MacKnight *et al*. (2002) no estudo de coorte ,"Canadian Study of Health and Aging", estudando *Diabetes Mellitus* e o risco para doença de Alzheimer e comprometimento cognitivo vascular concluiram que apesar do reconhecimento do papel dos fatores vasculares na doença de Alzheimer, não foi encontrada associação entre *diabetes* e incidência de doença de Alzheimer, embora o *diabetes* estivesse associado com incidência de comprometimento cognitivo vascular. Portanto, a relação entre *diabetes mellitus* e doença de Alzheimer ainda necessita ser melhor investigada, com especial atenção aos critérios diagnósticos utilizados para identificar os casos de demência.

Antecedente de depressão e suspeita de demência apresentaram relação estatisticamente significativa na análise pelo teste qui-quadrado: OR=1,62, IC=95% (1,17-2,23), p=0,002, esta relação apontou, na análise multivariada, tendência à associação: OR=1,40 IC=95% (0,97-2,03), p=0,07. Dados de reanálise do estudo multicêntrico europeu EURODEM de casos de Demência de Alzheimer apontaram que depressão apresentou risco relativo de 1,8 IC 95% (1,2-2,9). O estudo PAQUID, Fuhrer *et al.*, 2003, mostrou que sintomas depressivos tardios ou depressão recente teve incidência maior entre homens numa coorte com oito anos de seguimento. Estes achados sugerem que a sintomatologia depressiva recente, nos homens mais idosos, poderia estar associada à uma forma de depressão vascular associada com patologia vascular cerebral, ou mlultiinfartos cerebrais, que acelerariam o processo de declínio cognitivo.

O antecedente pessoal de hipertensão arterial estava associado à suspeita de demência na análise inicial OR=1,51, IC=95% (1,14-1,99), p=0,004, mas esta relação não se manteve na análise multivariada, OR=1,15, IC=95% (0,82-1,6), p=0,40. Nosso achado está de acordo com os resultados do estudo longitudinal multicêntrico Canadense que descartou HAS como fator de risco para demência, Lindsay *et al*., (2002).

O antecedente de traumatismo crânioencefálico, apresentou-se associado à suspeita de demência na análise inicial, pelo teste qui-quadrado: OR=1,81, IC=95% (1,08-3,03), p=0,01, pela análise multivariada observa-se: OR=1,69, IC=95% (0,96-2,97), p=0,064, havendo, portanto, tendência á associação.

Cooper (1997), revisando 12 estudos tipo caso controle, encontrou somente dois estudos que apontavam para associação estatisticamente significante entre TCE e risco de doença de Alzheimer. O mesmo autor, avaliando dados do EURODEM, descreveu que TCE estava associado a risco relativo de 1,8 IC 95% (1,3-2,7) o que mostraria tendência à associação entre estas variáveis.

6. CONCLUSÕES

a) - A prevalência de suspeitos de demência em nossa casuística foi 16,1%.

b) - A elevação da idade, especialmente a partir dos 80 anos, e o analfabetismo apresentaram forte associação com suspeita de demência.

c) - Antecedente pessoal para acidente vascular cerebral apresentou forte associação com suspeita de demência.

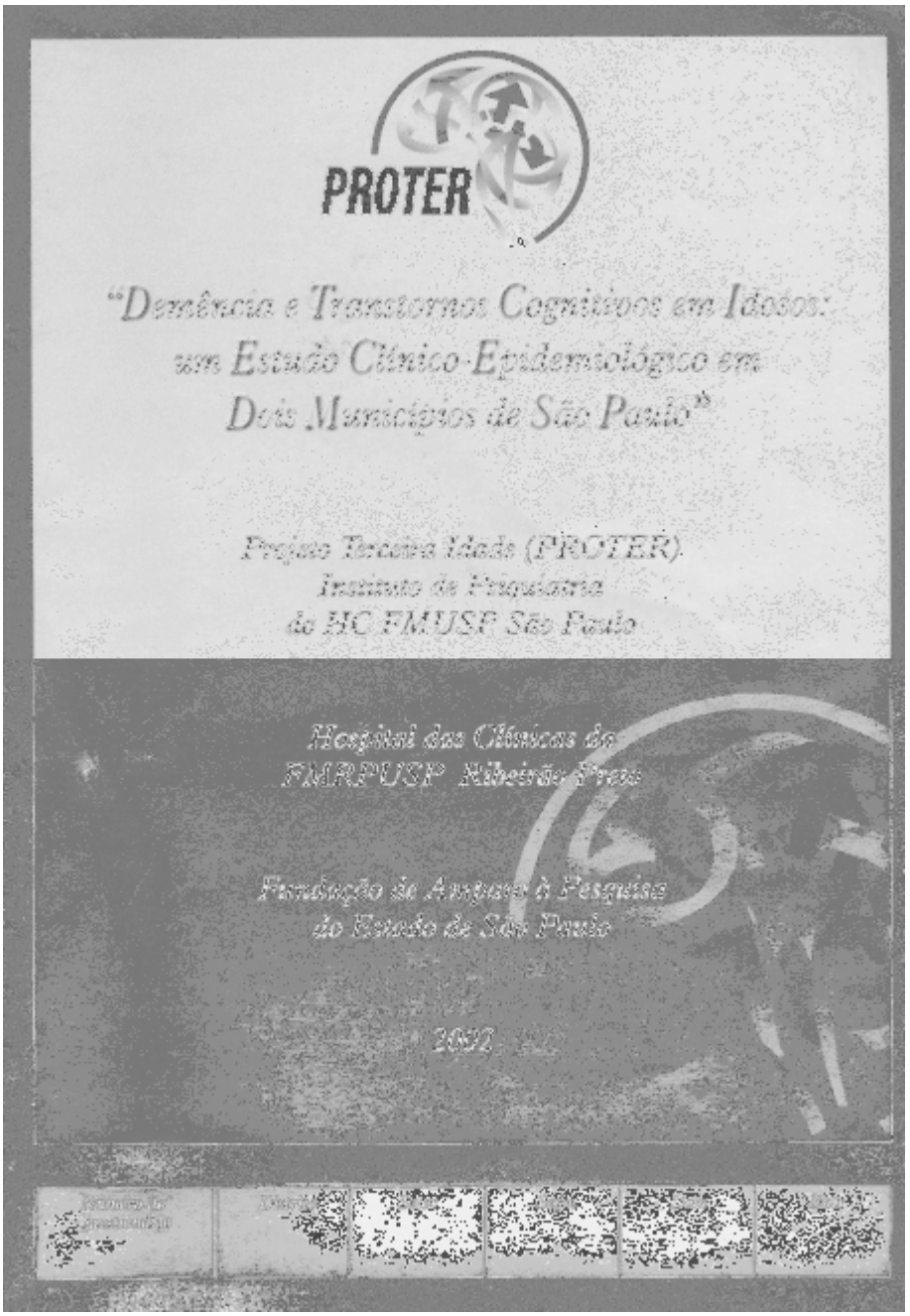
d) - Antecedente pessoal para traumatismo crânioencefálico mostrou tendência à associação com suspeita de demência.

e) - Antecedente pessoal para *diabetes mellitus* e antecedente pessoal para depressão mostraram tendência à associação com suspeita de demência.

f) - A análise multivariada por regressão logística mostrou que não houve associação estatisticamente significativa entre classe socioeconômica baixa e suspeita de demência.

7. ANEXOS

Anexo A - Instrumento de rastreio aplicado no campo



PROTER

"Demência e Transtornos Cognitivos em Idosos: um Estudo Clínico-Epidemiológico em Dois Municípios de São Paulo"

Projeto Terceira Idade (PROTER)
Instituto de Psiquiatria
do HC FMUSP São Paulo

Hospital das Clínicas da
FMRPUSP Ribeirão Preto

Fundação de Amparo à Pesquisa
do Estado de São Paulo

2002

RUA (Av.) _____

NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____

CIDADE _____ ESTADO _____

CEP _____ FONE _____

CÓDIGO IDOSO (A) _____

NOME DO ENTREVISTADOR _____

DATA ENTREVISTA _____ /_____ / _____

HORA DE INÍCIO _____

HORA DE TÉRMINO _____

PRECISOU RETORNAR PARA COMPLEMENTAR ENTREVISTA? ( ) SIM
( ) NÃO

DATA DO RETORNO _____ /_____ / _____

MOTIVO _____
Anotar

COLHEU SANGUE? ( ) SIM, NO TUBO
( ) SIM, NO MATA-BORRÃO
( ) NÃO

MOTIVO DA NÃO COLETA DO SANGUE _____
Anotar

CÓDIGO ENTREVISTADOR _____

REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; **2.** procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; **3.** desconfortos e riscos esperados; **4.** benefícios que poderão ser obtidos; **5.** procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

1. O objetivo principal desta pesquisa é investigar quantos casos de um determinado distúrbio de memória, chamado Demência, existem entre as pessoas idosas, nas cidades de Ribeirão Preto e São Paulo. Outro objetivo é identificar se alguns genes causam esta doença.
2. Se você concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a uma série de perguntas, em seu domicílio, para um entrevistador devidamente treinado; esta fase compreende uma visita do entrevistador, e a coleta de 5 ml de sangue. Será necessária a presença de um acompanhante seu (provavelmente um familiar) de convívio bastante próximo. Se for selecionado nesta fase, você será convidado a comparecer ao Hospital das Clínicas, de Ribeirão Preto ou de São Paulo, para ser examinado pelo médico e para fazer exames de laboratório. Você terá que responder várias perguntas, terá que fazer exames de sangue, e, caso o médico considere necessário, terá que fazer um exame radiológico, chamado Tomografia Computadorizada de Crânio. Durante a aplicação do questionário será necessária, novamente, a presença de um acompanhante que tenha um convívio bastante próximo. Estes procedimentos serão feitos em no máximo 3 visitas aos Hospitais.
3. Nesta pesquisa, algum desconforto pode surgir no momento da coleta de sangue ou da realização do exame radiológico, mas qualquer procedimento poderá ser suspenso no caso de você não suportar a sua realização. Caso ocorram eventuais danos à sua saúde decorrentes dos procedimentos realizados nesta pesquisa, você poderá ser atendido no Hospital das Clínicas, de Ribeirão Preto ou de São Paulo.
4. Benefícios incluem o seu encaminhamento para tratamento, nos Hospitais das Clínicas ou em outros serviços de saúde de Ribeirão Preto ou São Paulo, caso você tenha o distúrbio de memória pesquisado e, também, a descoberta de informações necessárias para o desenvolvimento de serviços de saúde mais adequados para atender outras pessoas com este distúrbio.
5. Considerando o tipo de pesquisa, não existem procedimentos alternativos que lhe possam ser vantajosos.

INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Em São Paulo:
Dr. Cássio M. C. Bottino
Instituto de Psiquiatria do HC FMUSP
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos S/N,
3º andar, sala 4035
São Paulo/SP CEP 05403-010
Tel: (11) 3069-6973

Em Ribeirão Preto:
Dr. Marcos Antonio Lopes
HC FMRPUSP
Campus Universitário – Monte Alegre
Ribeirão Preto/SP
CEP 14048-900
Tel: (16) 602-2727

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 20 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
Dr. Cássio M. C. Bottino
CRM 61.025

3

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO, AVALIAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL

SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS DO IDOSO

A.1 Colher as informações direto com o (a) idoso (a)	Nome _____ Idade _____
A.2 Sexo	Masculino ..... 1 Feminino ..... 2 NR 99
A.3 Qual destas opções o(a) descreve melhor?	BRANCO ..... 1 PARDO (combinação de branco e negro) ..... 2 NEGRO ..... 3 ASIÁTICO ..... 4 NS ..... 88 NR 99
A.4 Cor *ANOTAR QUE COR DE PELE A PESSOA PARECE TER*	BRANCO ..... 1 PARDO (combinação de branco e negro) ..... 2 NEGRO ..... 3 ASIÁTICO 4
A.5 Qual o seu estado civil?	SOLTEIRO (A) ..... 1 CASADO (A) ..... 2 DIVORCIADO/DESQUITADO (A) ..... 3 SEPARADO (A) ..... 4 VIÚVO (A) ..... 5 OUTRO ..... 6 NR 99
A.6 Qual a sua escolaridade? *REGISTRAR ATÉ QUE ANO CURSOU, E ATÉ QUE GRAU* *Por exemplo: 2º ano do primário; 3º ano do ginásio; 1º ano do colegial/clássico/científico/2º grau; 3º ano da faculdade/superior* *CODIFICAR DE ACORDO COM AS OPÇÕES DISPONÍVEIS*	Escolaridade _____ anotar NENHUM ANO ESTUDADO ..... 1 Primário ..... 2 Ginásio ..... 3 Colegial (clássico, científico) ..... 4 Magistério ..... 5 Técnico ..... 6 Superior ..... 7 Pós-graduação ..... 8 NS ..... 88 NR 99

4

A.7a Qual a sua profissão? *ANOTAR A PROFISSÃO QUE A PESSOA EXERCE OU EXERCEU NA MAIOR PARTE DE SUA VIDA.* *VÁ PARA A.7b*	PROFISSÃO _____ anotar NS ..... 88 NR 99
A.7b Qual a sua profissão? CLASSIFICAR A PROFISSÃO REFERIDA EM A.7b	DIRIGENTES E GERENTES DE ORGANIZAÇÕES, EMPRESAS, E MEMBROS SUPERIORES DO PODER PÚBLICO ..... 1 PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES .. 2 TÉCNICOS DE NIVEL MÉDIO ..... 3 TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS ..... 4 TRABALHADORES DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS ..... 5 TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS, CAÇA E PESCA ..... 6 TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS ..... 7 TRABALHADORES DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO ..... 8 MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS, POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES ..... 9 PRENDAS DOMÉSTICAS ..... 10 NUNCA TRABALHOU 11
A.7c O Sr.(a) ainda está trabalhando(a)? Se não, está inativo há quanto tempo? *SE SIM, VÁ PARA A.7d.*	NÃO ..... 1 DESDE (MESES) _____ SIM ..... 2 NS ..... 88 NR 99
A.7d Qual sua situação atual de trabalho?	Trabalho 20 horas por semana ou + ... 1 Trabalho menos de 20 horas por semana ..... 2 Faço trabalho voluntário ..... 3 OUTRA _____ 4 Anotar NR 99
A.8 Qual a sua religião?	CATÓLICA ..... 1 PROTESTANTE OU EVANGÉLICA ..... 2 ESPÍRITA ..... 3 JUDÁICA ..... 4 MUÇULMANA ..... 5 OUTRA _____ 6 Anotar NENHUMA ..... 7 NS ..... 88 NR 99

5

A.9 Onde o (a) Sr (a) nasceu? ANOTAR O NOME DO LOCAL (CIDADE E ESTADO)ONDE NASCEU E ONDE TEM MORADO NOS ÚLTIMOS TEMPOS	NATURALIDADE _____ PROCEDÊNCIA _____ NS ..... 88 NR 99

SEÇÃO B – INFORMAÇÕES PESSOAIS DO FAMILIAR / CUIDADOR

B.1 Colher as informações direto com o familiar/cuidador *(IMPORTANTE: O CUIDADOR NÃO PODE SER UMA PESSOA QUE É PAGA PARA CUIDAR DO(A) IDOSO(A))*	NOME ..... IDADE ..... RUA (Av.) ..... NÚMERO ..... COMPLEMENTO ..... BAIRRO ..... CIDADE ..... ESTADO ..... CEP ..... FONE .....
B.2 Sexo	Masculino ..... 1 Feminino 2
B.3 Qual destas opções o(a) descreve melhor?	BRANCO ..... 1 PARDO (combinação de branco e negro) ..... 2 NEGRO ..... 3 ASIÁTICO ..... 4 NS ..... 88 NR 99
B.4 Cor *ANOTAR QUE COR DE PELE PARECE TER A PESSOA*	BRANCO ..... 1 PARDO (combinação de branco e negro) ..... 2 NEGRO ..... 3 ASIÁTICO 4
B.5 Qual o seu estado civil?	SOLTEIRO (A) ..... 1 CASADO (A) ..... 2 DIVORCIADO/DESQUITADO (A) ..... 3 SEPARADO (A) ..... 4 VIÚVO (A) ..... 5 OUTRO 6

6

B.6 Qual a sua escolaridade? REGISTRAR ATÉ QUE ANO CURSOU, E ATÉ QUE GRAU Por exemplo: 2º ano do primário; 3º ano do ginásio; 1º ano do colegial/clássico/científico/2º grau; 3º ano da faculdade/superior CODIFICAR DE ACORDO COM AS OPÇÕES DISPONÍVEIS	Escolaridade _____ Anotar NENHUM ANO ESTUDADO ..... 1 Primário ..... 2 Ginásio ..... 3 Colegial (clássico, científico) ..... 4 Magistério ..... 5 Técnico ..... 6 Superior ..... 7 Pós-graduação ..... 8 NS ..... 88 NR 99
B.7a Qual a sua profissão? *ANOTAR A PROFISSÃO QUE A PESSOA EXERCE OU EXERCEU NA MAIOR PARTE DE SUA VIDA.* *VÁ PARA B.7b*	PROFISSÃO _____ Anotar NS ..... 88 NR 99
B.7b Qual a sua profissão? CLASSIFICAR A PROFISSÃO REFERIDA EM B.7 b	DIRIGENTES E GERENTES DE ORGANIZAÇÕES, EMPRESAS, E MEMBROS SUPERIORES DO PODER PÚBLICO ..... 1 PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES .. 2 TÉCNICOS DE NIVEL MÉDIO ..... 3 TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS ..... 4 TRABALHADORES DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS ..... 5 TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS, CAÇA E PESCA ..... 6 TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS ..... 7 TRABALHADORES DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO ..... 8 MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS, POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES ..... 9 PRENDAS DOMÉSTICAS ..... 10 NUNCA TRABALHOU 11
B.7c O Sr.(a) ainda está trabalhando(a)? Se não, está inativo há quanto tempo? *SE SIM, VÁ PARA B.7d*	NÃO ..... 1 DESDE (MESES) _____ SIM ..... 2 NS ..... 88 NR 99
B.7d Qual sua situação atual de trabalho?	Trabalho 20 horas por semana ou + ... 1 Trabalho menos de 20 horas por semana ..... 2 Faço trabalho voluntário ..... 3 OUTRA _____ 4 Anotar NR 99

7

B.8 Qual a sua religião?	CATÓLICA ..... 1 PROTESTANTE OU EVANGÉLICA ..... 2 ESPÍRITA ..... 3 JUDÁICA ..... 4 MUÇULMANA ..... 5 OUTRA _____ 6 Anotar NENHUMA ..... 7 NS ..... 88 NR 99
B.9 Qual o seu parentesco com o idoso?	CÔNJUGE ..... 1 FILHO (A) ..... 2 NORA / GENRO ..... 3 OUTRO _____ 4 Anotar NÃO É PARENTE _____ 5 Especificar
B.10 O Sr.(a) mora junto com o idoso?	NÃO ..... 1 SIM ..... 2 NS ..... 88 NR 99
B.11 Com que freqüência encontra o idoso?	DIÁRIA ..... 1 SEMANAL ..... 2 QUINZENAL ..... 3 MENSAL ..... 4 OUTRO _____ 5 Especificar NS ..... 88 NR 99

8

Seção C - Avaliação Cognitiva

- *Apresente-se e tente obter a confiança do indivíduo. Antes de iniciar, consiga a permissão do paciente para fazer perguntas (p.ex: Está tudo bem se eu lhe fizer algumas perguntas sobre sua memória?).*

- *Antes dos testes serem aplicados, tente fazer com que o paciente se sente de frente para você. Avalie a capacidade do indivíduo em ouvir e entender a partir de questões iniciais muito simples (p.ex..: Qual o seu nome?). Se o paciente utiliza prótese auditiva ou visual, peça para que ele a(s) coloque antes de iniciar.*

- *Se o paciente responde incorretamente, não pontue ou dê escore 0. Não dê sugestão, lembrete ou forneça qualquer dica. Não faça a pergunta novamente.*

- *Se o indivíduo responde "O que você disse?", não inicie uma conversa. Simplesmente repita a questão, ou se for o caso explique em linguagem simples e com poucas palavras, repetindo no máximo três vezes.*

- *Se o paciente interromper, com perguntas como "para que serve isso?", responda apenas: "Eu vou explicar em poucos minutos, quando terminarmos. Agora se pudéssemos continuar, por favor..."*

- *Se o indivíduo exceder o limite de tempo, mas parecer estar lutando com uma resposta, não o interrompa. Permita que ele responda a questão, mas pontue de forma apropriada, p.ex. pontue 0 por não respondido dentro do limite de tempo permitido.*

I. FULD OBJECT MEMORY EVALUATION (FOME)

Material Necessário: Um saquinho escuro contendo os dez objetos pré-determinados. Dez cartões resposta.

C1. Reconhecimento dos objetos

Agora vamos avaliar a sua memória. Eu tenho aqui um saquinho e vou pedir que o sr(a) vá pegando os objetos um a um, de olhos fechados. Tente reconhecer dentro do saquinho que objeto é. Assim que souber o nome diga-o em voz alta e logo em seguida abra os olhos e confira sua resposta.

Objetos	Reconhecimento Táctil	Reconhecimento visual
Bola		
Botão		
Caixa de fósforos		
Chupeta		
Colher		
Escova de dente		
Lápis		
Pente		
Pregador		
Xicara		
Total	C1a.	C1b.

O sujeito não poderá olhar para o objeto antes de nomear o mesmo. Deve-se pedir que ele vá pegando os objetos alternando as mãos (primeiro a direita, depois a esquerda, direita, esquerda, e assim por diante).

C2. Fluência Verbal

Você deverá alternar uma tarefa de fluência com uma de recuperação.
Nesta primeira tarefa o sujeito dispõe de 1 minuto.

Agora eu vou lhe pedir para me dizer o nome de quantos animais o sr(a) puder lembrar. Podem ser selvagens ou domésticos.

Lista de Animais (60")

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....
11. .....
12. .....
13. .....
14. .....
15. .....
16. .....
17. .....
18. .....
19. .....
20. .....

Total C2: _____

10

Anotar somente as respostas corretas. Animais de uma mesma espécie só podem ser anotados uma vez (ex. vaca – boi – touro). Passado um minuto, ir para a folha de registro do FOME.

C3. Registro de Objetos 1ª série

O sr(a) pode me dizer que objetos retirou do saquinho?

Ir para folha de registro do FOME. O paciente terá um tempo de aproximadamente 1 minuto e meio para lembrar dos 10 objetos. Passado esse tempo o avaliador completará somente os objetos faltantes.

C4. Fluência Verbal 2ª tarefa

Agora vou pedir para o sr(a) me dizer que coisas ou situações (critério do sr(a)) poderiam deixar uma pessoa feliz.

Lista de coisas que trazem felicidade (30'')

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Total C4: _____

C5. Registro de Objetos 2ª Série

O sr(a) pode me dizer novamente que objetos retirou do saquinho ?

11

Ir para folha de registro do FOME. O sujeito terá um tempo de aproximadamente 1 minuto e meio para lembrar os 10 objetos. Caso não o fizer, o avaliador completará somente os objetos faltantes.

C6. Fluência Verbal 3ª Tarefa

Agora vou pedir para o sr(a) me dizer nomes de frutas, todas as frutas que o sr(a) for capaz de lembrar.

O sujeito dispõe de 30 segundos para completar a tarefa.

Lista de frutas (30")

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Total C6: _____

C7. Registro de Objetos 3ª Série

O sr(a) pode me dizer mais uma vez que objetos retirou do saquinho?

Ir para folha de registro do FOME. O sujeito terá aproximadamente 1 minuto e meio para lembrar os 10 objetos. Caso não o fizer, o avaliador completará somente os objetos faltantes.

C8. Fluência Verbal 4ª Tarefa

Eu vou lhe pedir agora para o sr(a) me dizer nomes de pessoas. Não podem ser apelidos nem diminutivos.

12

O sujeito dispõe de 30 segundos para completar a tarefa. Não serão permitidos a repetição de nomes, nem os apelidos ou diminutivos dos mesmos. Os nomes devem ser do mesmo sexo que o paciente.

Lista de nomes (30")

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Total C8: _____

C9. Registro de Objetos 4ª Série

O sr(a) pode me dizer mais uma vez que objetos retirou do saquinho?

Ir para folha de registro do FOME. O sujeito tem aproximadamente 1 minuto e meio para lembrar os 10 objetos. Caso não o fizer o avaliador completará somente os objetos faltantes.

C10. Fluência Verbal 5ª Tarefa

Agora eu vou lhe pedir que me diga coisas ou situações que podem ao critério do sr (a) deixar uma pessoa triste.

O sujeito dispõe de 30 segundos para completar a tarefa. Podem ser coisas concretas, ou situações que normalmente deixam uma pessoa entristecida, como por ex. a morte, falta de carinho dos familiares, falta de dinheiro, etc.

Lista de coisas que trazem tristeza (30")

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....
7. .....
8. .....
9. .....
10. .....

Total C10: _____

C11. Registro de Objetos 5ª Série

O sr. (a) pode me dizer mais uma vez que objetos retirou do saquinho?

Ir para folha de registro do FOME. O sujeito terá um tempo de aproximadamente 1 minuto e meio para lembrar os 10 objetos. Caso não o fizer o avaliador completará somente os objetos faltantes.

AGORA PASSE PARA OUTRA SEÇÃO D. PÁGINA 26 DO QUESTIONÁRIO. APÓS 15 MINUTOS VOLTE PARA AVALIAR A EVOCAÇÃO TARDIA .

C12. Evocação Tardia

Agora voltemos para o saquinho. O sr(a) lembra que objetos tirou do saquinho?

O sujeito tem 1 minuto para lembrar dos objetos. O avaliador dispõe de 10 cartões resposta para mostrar ao paciente por cada objeto esquecido, somente nesses casos. Quando o paciente precisar de ajuda para lembrar do objeto em questão, pontuar na coluna ao lado, "com dica".

14

FOME – FOLHA DE REGISTRO EVOCAÇÃO TARDIA (APÓS 15 MINUTOS)

Objeto	Evocação Espontânea	Evocação Com dica
Bola		
Botão		
Caixa de Fósforo		
Chupeta		
Colher		
Escova de Dentes		
Lápis		
Pente		
Pregador		
Xícara		
Total ET	**C12a.**	**C12b.**

REGISTRAR AS INTRUSÕES:
(objetos que não constam da lista original)

15

FOME - FOLHA DE REGISTRO GERAL

Objetos	1ª Série (60")	2ª Série (60")	3ª Série (60")	4ª Série (60")	5ª Série (60")	Total
Bola						
Botão						
Caixa de fósforos						
Chupeta						
Colher						
Escova de dente						
Lápis						
Pente						
Pregador						
Xícara						
Recuperação Consistente						
Storage						
Total						**C12c.**

Registrar os objetos segundo a ordem em que o sujeito os lembrou. Numerar os registros de 1 a 10 em cada série. Totalizar a quantidade de objetos lembrados ao final de cada linha, ao final de cada coluna, e o total final de todas as séries. **Não preencher os campos de recuperação consistente e nem de Storage.**

16

II. MEEM (Mini Exame do Estado Mental)

Material Necessário: Você precisará de uma caneta esferográfica, um relógio de pulso, uma folha de papel e os cartões impressos 1 e 2.

Dê 10 segundos para cada resposta. Marque 1 ponto para cada resposta correta e 0 para as incorretas. Diga ***"Eu vou fazer algumas perguntas e dar alguns problemas para serem resolvidos. Por favor, tente responder da melhor forma que puder".***

Orientação

C13.

Por favor, me diga a data de hoje

Pergunte mês, dia, ano e dia da semana, assim como semestre ou metade do ano ao qual o mês corresponde. Dê um ponto em cada resposta correta. Em caso de dúvida, registre a resposta dada ao lado e contate o supervisor.

- **Qual é a data de hoje?** (___)
- **Em que mês do ano estamos?** (___)
- **Em que ano estamos** (___)
- **Que dia da semana é hoje?** (___)
- **Em que semestre estamos?** (___)

PONTUAÇÃO PARCIAL C13

C14.

Em que país nós estamos? Escore

Aceite apenas a resposta exata

Em que estado estamos? Escore

Aceite apenas a resposta exata

Em que cidade estamos? Escore

Aceite apenas a resposta exata

Em que bairro estamos? Escore

17

Alternativamente pode ser usada a questão "Em que rua estamos?"

Em que estado estamos? Escore

Em qual andar nós estamos? Escore

Aceite apenas a resposta exata. No caso de casa térrea, pode ser usada a alternativa "Em que quarto estamos?"

PONTUAÇÃO PARCIAL C14

C15. Registro de dados

Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que os repita em voz alta, em qualquer ordem. Guarde quais são, porque eu vou perguntar o nome deles de novo em alguns minutos.

Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez. O sujeito deve repetí-los em até 20". Dê um ponto por cada objeto lembrado e zero para os não lembrados, apenas na primeira tentativa. Se o sujeito não conseguir repetir todos os objetos:

1) Repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda (máximo de repetições: 5 vezes).

2) Anote o número de repetições que teve que fazer.

3) Nunca corrija a primeira tentativa.

CARRO .....

VASO .....

JANELA .....

Número de repetições .....

PONTUAÇÃO PARCIAL C15

C16. Atenção e cálculo

Agora subtraia 7 de 100 e continue subtraindo 7 do restante.

Quando o indivíduo começar – não interrompa – permita que ele prossiga até que tenham sido feitas cinco subtrações. Se o indivíduo parar antes que cinco subtrações tenham sido feitas, repita a instrução original "por favor, continue subtraindo sete do restante" (máximo 3 vezes). Se o entrevistado errar algumas das subtrações, não o corrija.

18

Resposta do indivíduo					
Resposta correta	93	86	79	72	65

Total de respostas corretas C16a

Como tarefa alternativa, pode-se pedir que o indivíduo soletre a palavra "MUNDO" de trás para frente. Dar-se-á um ponto para cada letra soletrada corretamente.

Resposta do indivíduo					
Resposta correta	O	D	N	U	M

Total de respostas corretas C16b

Registre o total de respostas corretas C16a ou C16b abaixo.
Registrar apenas a tarefa de maior escore.

PONTUAÇÃO PARCIAL C16

C17. Memória / evocação

Agora me diga: Quais foram os três objetos que eu pedi para repetir agora há pouco?

Dê 10 segundos para cada resposta. Marque um ponto para cada resposta correta independentemente da ordem.

CARRO .....

VASO .....

JANELA .....

PONTUAÇÃO PARCIAL C17

Linguagem, Compreensão e Habilidade Construtiva

C18. *MOSTRE O RELÓGIO DE PULSO*

Como é o nome disto?

19

Dê 10 segundos para a resposta. Marque um ponto para a resposta correta. Aceite apenas "relógio de pulso", "relógio" ou "cronômetro".

Pontuação C18 ☐

C19. *MOSTRE A CANETA*

Como é o nome disto?

Dê 10 segundos para a resposta. Marque um ponto para a resposta correta. Aceite apenas "caneta".

Pontuação C19 ☐

C20.

Agora quero que o sr (a) repita esta frase depois de mim:
"nem aqui, nem ali, nem lá".

Fale as palavras com clareza. Dê dez segundos para a resposta. Marque um ponto para a repetição correta, que deve ser exata.

Pontuação C20 ☐

C21.

DÊ AO INDIVIDUO O CARTÃO 1 COM A AFIRMAÇÃO "FECHE OS OLHOS"

Por favor, leia essa frase e faça o que está sendo pedido.

Dê 10 segundos. Repita as instruções até três vezes se necessário. Marque um ponto apenas se o indivíduo fechar os olhos.

Pontuação C21 ☐

C22.

DÊ AO INDIVIDUO UM LÁPIS E UM PAPEL

Escreva uma frase completa, de sua escolha, nesse pedaço de papel.

Dê 30 segundos. Marque um ponto se a frase fizer sentido, isto é, tiver sujeito, verbo e objeto. Ignore os erros de ortografia.

Pontuação C22 ☐

20

C23.

APRESENTE PARA O INDIVIDUO O CARTÃO 2

Por favor, copie este desenho

Permita várias tentativas até que o individuo tenha terminado (no máximo um minuto). Marque um ponto se o individuo desenhou duas figuras com 5 lados, formando na intersecção destas uma figura de 4 lados (diamante, losango).

Pontuação C23 ☐

C24.

Observe com que mão o individuo segurou a caneta ou pergunte se ele é destro ou canhoto. Pegue um pedaço de papel em branco, segure-o na frente do individuo. Peça para o individuo prestar muita atenção. Você só poderá dar a instrução uma vez. Não é permitido repetir durante o transcurso da tarefa.

Eu vou lhe dar esta folha de papel. Quando eu o fizer o sr(a) vai pegar esta folha com sua mão direita/ esquerda (mão oposta à que ele costuma usar), dobrar uma vez ao meio com as duas mãos, e colocar no chão.

Dê 30 segundos. Marque um ponto para cada instrução executada de forma correta, máximo de 3 pontos.

- Pega com a mão direita/esquerda ☐
- Dobra ao meio com as duas mãos ☐
- Coloca no chão ☐

PONTUAÇÃO PARCIAL C24 ☐

PONTUAÇÃO TOTAL MEEM C25 (C13 A C24) ☐

A pontuação máxima é de 30 pontos.

21

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Alguma outra pessoa que mora nesta casa poderia ajudar-nos a responder algumas outras perguntas?

Se a resposta for negativa, comunique o supervisor que a entrevista inicial foi feita só com a pessoa entrevistada, e peça o nome e telefone de algum parente ou conhecido que possa responder por telefone o questionário. (Deve conhecer o sujeito no mínimo há 10 anos para responder o IQCODE. Não pode ser um cuidador remunerado). Circule a resposta adequada.

SIM 1

Preencha os dados do informante e aplique as escalas.

NÃO 2

SE SIM, VÁ PARA A SEÇÃO DO INFORMANTE – B1 PÁGINA 5

III- IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)

Agora nós queremos que você se lembre como o seu familiar estava há 10 anos atrás, e compare com o estado em que ele(a) está agora. As questões abaixo são situações nas quais esta pessoa usa sua memória, ou inteligência e nós queremos que você indique se estas situações melhoraram, pioraram ou se permaneceram do mesmo jeito, nos últimos dez anos. Por exemplo, se há 10 anos atrás esta pessoa sempre se esquecia onde guardava suas coisas, e ainda se esquece, isto seria considerado como "não muito alterado".

Marque com um "x" na resposta apropriada. Se a pessoa nunca fez determinada função ou tarefa, marque "não se aplica". Se o familiar não tem certeza ou desconhece alguma informação, marque "não sabe".

Comparada há 10 anos atrás, como essa pessoa está em:	*Muito melhor*	*Melhor*	*Não muito alterado*	*Pior*	*Muito pior*	*Não se aplica*	*Não sabe*
1. Reconhecer familiares e amigos							
2. Lembrar-se do nome dos familiares amigos							
3. Lembrar-se de coisas sobre os familiares							
4. Lembrar-se de coisas que aconteceram há pouco tempo							
5. Lembrar-se de conversas dos últimos dias							
6. Esquecer o que ele(a) queria dizer no meio da conversa							
7. Lembrar-se do seu endereço e telefone							

22

8. Lembrar-se em que dia e mês estamos							
9. Lembrar onde as coisas são guardadas usualmente (ex. roupa, talheres, etc)							
10. Lembrar onde achar coisas que foram guardadas em lugar diferente do de que de costume (ex. óculos, dinheiro, chaves)							
11. Adaptar-se a mudanças em sua rotina diária							
12. Saber usar aparelhos domésticos que já conhece							
13. Aprender a usar um aparelho doméstico novo							
14. Aprender novas coisas em geral							
15. Lembrar-se de coisas que aconteceram quando ele (a) era jovem							
16. Lembrar-se de coisas que ele(a) aprendeu quando era jovem							
17. Entender o significado de palavras pouco comuns							
18. Entender artigos de revista e de jornal							
19. Acompanhar uma história em um livro ou na televisão (ex. novelas, seriados, filmes)							
20. Escrever uma carta para amigos ou para negócios							
21. Conhecer fatos históricos importantes do passado							
22. Tomar decisões em questões do dia-a-dia							
23. Lidar com dinheiro para fazer compras							
24. Lidar com suas finanças, por exemplo, pensão, coisas de banco							

25. Lidar com outros problemas concretos do dia-a-dia, como por exemplo, saber quanta comida comprar, quanto tempo transcorreu entre as visitas de familiares ou amigos							
26. Compreender o que se passa a sua volta							
Sub-Total (soma dos itens assinalados nas colunas)							
Total (multiplicar o sub-total de cada coluna pelo número indicado)	X 1=	X 2=	X 3=	X 4=	X 5=		
Total geral (soma dos resultados das 7 colunas)							

OBS: Nas colunas Não se aplica ou Não sabe, o sub-total não deve ser multiplicado por nenhum valor e, portanto, é igual ao total. Faça os cálculos com calma, depois de ter terminado a entrevista.

O cálculo do Escore final do IQCODE deve ser feito dividindo o total geral pelo número de perguntas respondidas (excluindo-se as questões assinaladas como Não se aplica ou Não sabe):

Escore IQCODE = $\frac{\text{Total geral}}{\text{Número de itens respondidos}}$ **ESCORE FINAL IQCODE C26** [ ]

IV- Escala Internacional de Atividades da Vida Diária (ADL-IS)

As perguntas seguintes abordam atividades diárias que a pessoa sobre a qual estamos falando poderia ter dificuldade. Estas perguntas devem ser respondidas por familiar/informante que conheça bem o sujeito. Por favor, indique o quão freqüentemente estas dificuldades ocorrem, marcando os números apropriados. Quanto maior o número, mais dificuldade a pessoa tem para fazer a atividade em questão. Se a dificuldade nunca ocorre marque 1. Se ocorre sempre, marque 10.

24

A pessoa tem dificuldade para	pontuação	Não se aplica	Não sei	**Escore**
1...fazer suas atividades diárias	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
2 ...cuidar de si próprio	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
3....tomar remédio sem supervisão	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
4 ...cuidar de sua higiene pessoal	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
5 ...lembrar de datas, acontecimentos e compromissos importantes	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
6 ...concentrar-se na leitura	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
7 ...descrever o que ela acabou de ver ou ouvir	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
8 ...participar de uma conversa	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
9 ...usar o telefone	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
10..dar um recado a outra pessoa	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
11..sair para uma caminhada sem se perder	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
12..fazer compras	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
13..preparar comida	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
14..contar o dinheiro sem errar	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
15..lidar com suas contas	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			

25

16..ensinar o caminho, se perguntado	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
17..usar eletrodomésticos	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
18..orientar-se em lugar não familiar	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
19..usar sozinho meios de transporte	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
20..participar em atividades de lazer	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
21..continuar com a mesma atividade depois de uma breve interrupção	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
22..fazer duas coisas ao mesmo tempo	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
23..lidar com situações não familiares	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
24..fazer as coisas com segurança e sem se machucar	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
25..realizar uma tarefa quando sob pressão	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sempre			
Total (soma da coluna escore)				

O cálculo do Escore final da escala ADL-IS deve ser feito dividindo o total pelo número de perguntas respondidas (excluindo-se as questões assinaladas como Não se aplica ou Não sei):

Escore ADL-IS = $\frac{\text{Total}}{\text{Número de itens respondidos}}$

ESCORE FINAL ADL-IS C27

26

D - INVENTÁRIO CLÍNICO

PERGUNTAS REFERENTES A MEMÓRIA

D.1. Tem apresentado problema de memória ultimamente?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 Há Quanto tempo? _____(meses) NS ..... 88 NR 99
D.2. Tem tido dificuldade para se lembrar de fatos recentes?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.3. Tem tido dificuldade para se lembrar de compromissos, encontros?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.4. Tem esquecido onde guardou objetos?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.5. Tem esquecido o nome de pessoas conhecidas?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.6. Tem se perdido em locais conhecidos?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.7. Tem tido dificuldade para conversar?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.8. Tem tido dificuldade para fazer contas, lidar com dinheiro?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.9. Tem tido dificuldade para manter a atenção nas coisas que faz?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99

PERGUNTAS REFERENTES AO ESTADO DE ÂNIMO

D.10. Está satisfeito (a) com sua vida?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.11. Sente-se freqüentemente chateado ou desanimado?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.12. Sente-se freqüentemente sem esperança?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.13. Prefere ficar em casa do que sair ou fazer coisas novas?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.14. Sente-se sem valor ou inútil?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.15. Tem sentido pouco prazer nas coisas?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.16. Tem se sentido mais "nervoso"?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.17. Tem se preocupado mais ultimamente?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.18. Tem apresentado emagrecimento?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.19. Tem tido dificuldade para dormir?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99

ALGUMAS PESSOAS TÊM SENSAÇÕES ESTRANHAS. EM ALGUM MOMENTO ISTO JÁ LHE ACONTECEU?

D.20. Tem ouvido vozes que outras pessoas não ouvem?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.21. Tem apresentado visões, sentido cheiros estranhos, ou notado sensações estranhas?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
D.22. Tem apresentado idéia de que está sendo perseguido, ou de que alguém lhe quer fazer mal, ou outros pensamentos estranhos, fora do habitual?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99

E- INVENTÁRIO DE ANTECEDENTES PESSOAIS E HÁBITOS

(as doenças que não contêm opções entre parênteses devem ser perguntadas da forma como estão escritas, enfatizando-se se foram diagnosticadas por médicos)	
E1 AVC (derrame)	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E2 Doença de Parkinson	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E3 TCE (batida na cabeça com desmaio)	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E4 Epilepsia (ataque, convulsão)	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E5 Outra doença neurológica	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99

E6 Depressão	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E7 Esquizofrenia	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E8 Outra doença Psiquiátrica E8a Qual?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 _____
E9 Diabetes ("açúcar no sangue")	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E10 Hipertensão (Pressão alta)	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E11 Colesterol (Gordura no sangue)	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E12 Infarto do coração	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E13 Sífilis	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E14 AIDS	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E15 Hepatite	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E16 Doença de Chagas	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E17 Artrite reumatóide ("reumatismo diagnosticado por médico)	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99

E18 Tumor (Câncer) E18a Em que parte do corpo e há quanto tempo?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 _____
E19 Cirurgias E19a Em que parte do corpo e há quanto tempo?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 _____
E20 Tabagismo: Faz uso de cigarro? E20a Quantos maços por dia e há quanto tempo?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 _____
E21 Tabagismo: Fez uso de cigarro no passado? E21a Quantos maços por dia e por quanto tempo?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 _____
E22 Faz atualmente, ou fez uso de álcool no passado?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 Período _____
E22a Algumas vez sentiu que deveria cortar o consumo de álcool?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E22b Alguém já o aborreceu por criticar seu hábito de beber?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E22c Alguma vez já sentiu-se culpado por fazer uso de álcool?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99
E22d Alguma vez bebeu nas primeiras horas da manhã para curar uma ressaca?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR 99

PEDIR PARA VER AS CAIXAS DE MEDICAÇÕES EM USO.

31

E23 Psicotrópicos: Faz(fez) uso de calmantes, tranqüilizantes, remédios para dormir? E23a Caso a resposta seja SIM: P.ex: Uso pregresso Nome: Diazepan 10 mg Dose: 1 comp. Tempo de uso: 10 anos Período: dos 40 aos 60 ou Uso atual Nome: Diazepan 10 mg Dose: 1 comp. Tempo de uso: 1 ano	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____
E24 Anti-inflamatórios: Faz (fez) uso regular/constante de medicamentos anti-inflamatórios, para aliviar alguma dor, ou para tratar artrite ou artrose? E24a Caso a resposta seja SIM:	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____
E25 Vitaminas: Faz (fez) uso de vitaminas, ou de complexos vitamínicos? E25a Caso a resposta seja SIM:	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____
E26 Reposição hormonal (somente para sexo feminino): Faz (fez) reposição hormonal, ou tomou hormônios? E26a Caso a resposta seja SIM:	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 Nome _____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período de uso _____

32

E27 Medicamentos: Faz (fez) uso de medicamentos para alguma outra doença ? E27a Caso a resposta seja SIM:	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 Nome_____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome_____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____ Nome_____ Dose _____ Tempo de uso _____ Período _____
E28 Exercícios Físicos: Faz (fez) algum tipo de exercício físico (p.ex: esporte, caminhada, dança, hábito de andar regularmente)? E28a Caso a resposta seja SIM, codifique a freqüência da prática de cada tipo de exercício como: 1 - Uma vez ao ano ou menos 2 - Várias vezes por ano 3 - Várias vezes por mês 4 - Várias vezes por semana 5 - Todos os dias, ou quase todos os dias P.ex: Tipo __Caminhada__ Freqüência: 2 Período: dos 50 aos 60 anos	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NS ..... 88 NR ..... 99 Tipo _____ Freqüência _____ Período _____ Tipo _____ Freqüência _____ Período _____ Tipo _____ Freqüência _____ Período _____ Tipo _____ Freqüência _____ Período
E29 Com que freqüência o sr(a) assiste televisão?	NÃO ..... 0 Uma vez ao ano ou menos ..... 1 Várias vezes por ano ..... 2 Várias vezes por mês ..... 3 Várias vezes por semana ..... 4 Todos os dias, ou quase todos os dias ..... 5 NS ..... 88 NR 99
E30 Com que freqüência o sr(a) ouve/escuta rádio?	NÃO ..... 0 Uma vez ao ano ou menos ..... 1 Várias vezes por ano ..... 2 Várias vezes por mês ..... 3 Várias vezes por semana ..... 4 Todos os dias, ou quase todos os dias ..... 5 NS ..... 88 NR 99

33

E31 Com freqüência o sr(a) lê jornais?	NÃO ..... 0 Uma vez ao ano ou menos ..... 1 Várias vezes por ano ..... 2 Várias vezes por mês ..... 3 Várias vezes por semana ..... 4 Todos os dias, ou quase todos os dias ..... 5 NS ..... 88 NR 99
E32 Com que freqüência o sr(a) lê livros?	NÃO ..... 0 Uma vez ao ano ou menos ..... 1 Várias vezes por ano ..... 2 Várias vezes por mês ..... 3 Várias vezes por semana ..... 4 Todos os dias, ou quase todos os dias ..... 5 NS ..... 88 NR 99
E33 Com que freqüência o sr(a) joga jogos, como cartas, damas, palavras cruzadas, jogos com problemas ou outros?	NÃO ..... 0 Uma vez ao ano ou menos ..... 1 Várias vezes por ano ..... 2 Várias vezes por mês ..... 3 Várias vezes por semana ..... 4 Todos os dias, ou quase todos os dias ..... 5 NS ..... 88 NR 99
E34 Com que freqüência o sr.(a) vai a museus?	NÃO ..... 0 Uma vez ao ano ou menos ..... 1 Várias vezes por ano ..... 2 Várias vezes por mês ..... 3 Várias vezes por semana ..... 4 Todos os dias, ou quase todos os dias ..... 5 NS ..... 88 NR 99
E35 Com que freqüência o sr.(a) vai a cinema, shows, teatro?	NÃO ..... 0 Uma vez ao ano ou menos ..... 1 Várias vezes por ano ..... 2 Várias vezes por mês ..... 3 Várias vezes por semana ..... 4 Todos os dias, ou quase todos os dias ..... 5 NS ..... 88 NR 99

F - INVENTÁRIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES:

As seguintes questões dizem respeito à doença de familiares, no presente ou no passado. Se a sua resposta for "SIM", por favor, registre quantos são na parte anterior à barra e coloque, de acordo com a legenda, entre os parênteses.

Exemplo: 2 irmãos e 1 filho com a doença: (2/33; 1/55)

Legenda:

Pai	11
Mãe	22
Irmão	/33
Irmã	/44
Filho	/55
Filha	/66

F1 Esquecimento grave na velhice (esclerose, demência)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F2 AVC (derrame)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F3 Parkinson (tremores importantes)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F4 Epilepsia (ataque, convulsão)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F5 Outra doença neurológica	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F6 Depressão	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F7 Esquizofrenia	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F8 Outra doença psiquiátrica (ex.: alcoolismo, ansiedade, fobias, retardo mental)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F9 Diabetes ("açúcar no sangue")	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F10 Hipertensão (Pressão alta)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99

F11 Colesterol (Gordura no sangue)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F12 Infarto do coração	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F13 Outras doenças	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 (Qual?) ..... NS ..... 88 NR 99
F14 Tumor (Câncer)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 (Aonde?) ..... NS ..... 88 NR 99
F15 Síndrome de Down (mongolismo)	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 NS ..... 88 NR 99
F16 Os pais nasceram em outro país?	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 (Qual?) ..... NS ..... 88 NR 99
F17 Os avós nasceram em outro país?	NÃO ..... 0 SIM ..... (.....) ..... 1 (Qual?) ..... NS ..... 88 NR 99

G - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

G1 Que tipo de serviço de saúde tem utilizado mais, ultimamente?	Não utilizo ..... 0 Privado-particular ..... 1 Privado-convênio ..... 2 Público ..... 3 NS ..... 88 NR 99
G1a *CASO SIM, CODIFIQUE O TIPO DE SERVIÇO QUE TEM UTILIZADO MAIS (Pode ser assinalada mais de 1 opção)*	Hospitalar ..... 1 Ambulatorial (posto de saúde ou consultório) ..... 2 Outro _____
G2 Com que freqüência?	Não utilizo ..... 0 1x/semana ..... 1 2-3x/semana ..... 2 1x/mês ..... 3 menos de 1x/mês ..... 4 NS ..... 88 NR 99

36

G3 Como avalia a qualidade do serviço Utilizado?	Ruim ..... 1 Regular ..... 2 Bom ..... 3 Muito bom ..... 4 Excelente ..... 5 NS ..... 88 NR 99

Agora gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia a dia, coisas que nós todos necessitamos fazer como parte da rotina diária. Estamos interessados em saber se o(a) sr(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou ainda se já não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

H – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS

H.1 O sr(a) telefona quando precisa, sozinho(a)?	Sem ajuda inclusive para localizar o n.º desejado ..... 0 Com ajuda - consegue atender o telefone numa Emergência ..... 1 Completamente incapaz de fazer uso do telefone ..... 2 NR 99
H.2 O(a) sr(a) vai sozinho(a) a lugares que exigem condução? Ex: ônibus, taxi, dirigir carro próprio...	Sem nenhuma ajuda ..... 0 Com alguma ajuda ..... 1 Incapaz de viajar a menos que arranjos emergência sejam feitos para arrumar algo como uma ambulância ..... 2 NR 99
H.3 O(a) sr(a) faz suas compras de alimentos ou roupas?	Sem nenhuma ajuda (toma conta das compras) ..... 0 Com alguma ajuda (alguém que acompanha nas compras) ..... 1 Incapaz de fazer compras sozinho ..... 2 NR 99
H.4 O(a) sr(a) prepara suas próprias refeições?	Sem nenhuma ajuda (planeja e cozinha) ..... 0 Com alguma ajuda (cozinha alguma coisa mas não prepara uma refeição completa) ..... 1 Incapaz de cozinhar o que quer que seja ..... 2 Nunca cozinhou (homens) 3
H.5 O(a) sr(a) faz trabalho de casa?	Sem nenhuma ajuda(inclusive para varrer o chão) .. 0 Com alguma ajuda (somente é capaz de fazer o serviço leve) ..... 1 Incapaz de cuidar da casa ..... 2 Nunca fez trabalho de casa ..... 3 NR 88

H. 6 O(a) sr(a) toma sozinho(a) seus remédios?	Sem nenhuma ajuda ..... 0 Com alguma ajuda (alguém que prepare o remédio ou lembre a hora certa de tomá-lo) ..... 1 Incapaz de tomar seus próprios remédios ..... 2 NR 88
H.7 O(a) sr(a) controla sozinho(a) as suas finanças?	Sem nenhuma ajuda ..... 0 Com alguma ajuda (controla as compras diárias mas precisa de alguém para controlar o talão de cheques ou o pagamento de contas) ..... 1 Incapaz de controlar as próprias finanças ..... 2 NR 99

I – ATIVIDADES FÍSICAS

I.1 COMER O(a) Sr(a) come sozinho(a)?	Sim, sem necessidade de ajuda ..... 0 Consegue comer desde que a comida tenha sido previamente cortada ..... 1 Não consegue comer adequadamente se não for ajudado ..... 2 NR 99
I.2 VESTIR-SE O(a) sr(a) se veste sozinho(a)?	Veste-se sem ajuda ..... 0 Consegue vestir-se com alguma supervisão ou auxílio ..... 1 Necessita sempre de outra pessoa para vestir-se ..... 2 NR 99
I.3 CUIDAR DA APARÊNCIA O(a) sr(a) cuida sozinho(a) da própria aparência? Ex: pentear os cabelos, fazer a barba, etc.	Penteia-se, barbeia-se sem ajuda ..... 0 Consegue-se pentear-se/barbear-se com alguma ajuda ..... 1 Completamente incapaz de cuidar da própria aparência sozinho(a) ..... 2 NS ..... 88 NR 99
I.4 ANDAR NO PLANO O(a) sr(a) anda no plano (pequenas distâncias)?	Sem dificuldade (inclui uso de bengala) ..... 0 Com ajuda de outra pessoa ou auxílio mecânico ..... 1 Completamente incapaz de sentar-se ou deitar-se e levantar-se ..... 2 NS ..... 88 NR 99
I.5 DORMIR O(a) sr(a) levanta ou deita na cama sozinho(a)?	Sem ajuda de pessoas ou auxílio mecânico ..... 1 Com alguma ajuda de pessoas ou auxílio mecânico 2 Completamente incapaz de sentar-se ou deitar-se ou deitar-se e levantar-se sem ajuda de outra pessoa ..... 3 NS ..... 88 NR 99

I.6 BANHAR-SE O(a) sr(a) toma banho sozinho?	Sem ajuda ..... 0 Necessita de supervisão e auxílio ..... 1 Só consegue banhar-se com a ajuda de outra(s) pessoa(s) ..... 2 Não consegue banhar-se com a ajuda de outra(s) pessoa(s) ..... 3 NR 99
I.7 USO DO WC O(a) sr(a) faz uso de WC sozinho(a)? I. 7a E freqüente o(a) sr(a) ficar molhado ou assado por liberação de urina?	Serve-se sem qualquer auxílio ..... 0 Necessita de supervisão (alguém que lembre e auxilie no uso) ..... 1 Não consegue utilizar o WC ..... 2 NR ..... 99 Nunca ..... 0 1 a 2 vezes por semana ..... 1 3 vezes ou mais ..... 2 NR 99
I.8 O(a) sr(a) manteve relações sexuais no último mês?	NÃO ..... 0 SIM ..... 1 NR 99

J- CLASSIFICAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA *(ABIPEME)*

J.1 Quem é o chefe-de-família na sua casa?

( ) o próprio entrevistado ( ) outrem _____

J.2 Qual foi o grau de instrução mais alto que _____o (CHEFE-DE-FAMÍLIA) obteve?/
Qual o último ano de escola que o (CHEFE-DE-FAMÍLIA) cursou?

	PONTOS ABIPEME
Não estudou Primário incompleto	0
Primário completo Ginasial incompleto	5
Ginasial completo Colegial incompleto	10
Colegial completo Universitário incompleto	15
Universitário completo	21

39

J.3 Na sua casa tem ..... (CADA ÍTEM ABAIXO)

	NÃO		SIM
Aparelho de vídeo cassete/VCR	( )	.....	10
Máquina de lavar roupa	( )	.....	8
Geladeira	( )	.....	7
Aspirador de pó	( )	.....	6

J.4 Quantos ..... (CADA ÍTEM ABAIXO) existem em sua casa?

Número de itens possuídos/pontos

	nenhum	1	2	3	4	5	6	e mais
Carro	0	4	9	13	18	22	26	.....
TV a cores	0	4	7	11	14	18	22	.....
Banheiros	0	2	5	7	10	12	15	.....
Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32	.....
Rádios	0	2	3	5	6	8	9	.....

J.5 Total [ ]

J.6 Classificação ABIPEME
CLASSES:
A (89 pontos ou mais) ..... ( )
B (59 pontos ou mais) ..... ( )
C (35 a 58 pontos) ..... ( )
D (20 a 34 pontos) ..... ( )
E (0 a 19 pontos) ..... ( )

K. PRESSÃO ARTERIAL E PULSO

MEDIR A PRESSÃO AO FINAL DA ENTREVISTA, COM O IDOSO SENTADO.

K.1 PA (sentado): _____ **X** _____ **K.1a P:** _____

MEDIR A PRESSÃO, EM SEGUIDA, PEDINDO AO IDOSO QUE FIQUE EM PÉ (ESPERE 1 MINUTO).

K.2 PA (em pé): _____ **X** _____ **K.2a P:** _____

L. OBSERVAÇÕES FINAIS DO ENTREVISTADOR

40

8. REFERÊNCIAS

Almeida Filho N, Santana VS. Epidemiologia dos transtornos mentais em populações gerais no Brasil: uma revisão. *MSA/MND.* 1998; 1:13-22.

Andersen K, Lolk A, Nielsen H, Andersen J, Olsen C, Kragh-Sorensen P. Prevalence of very mild to severe dementia in Denmark. *Acta Neurol Scand*. 1997; 96(2):82-7.

Andrade LHSG, Gentil Filho V, Lólio CA, Laurenti R. Epidemologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *MSA/MND*. 1998; 1:37-41.

Asada T, Yamagata Z, Kinoshita T, Kinoshita A, Kariya T, Asaka A, Kakuma T. Prevalence of dementia and distribution of ApoE alleles in Japanese centenarians: an almost-complete survey in Yamanashi Prefecture, Japan. J *Am Geriatr Soc*. 1996; 44(2):151-5.

Azzimondi G, D'Alessandro R, Pandolfo G, Feruglio FS. Comparative study of the prevalence of dementia in two Sicilian communities with different psychosocial backgrounds. *Neuroepidemiology*. 1998; 17(4):199-209.

Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.

Boersma F, Eefsting JA, van den Brink W, Koeter M, van Tilburg W. Prevalence of dementia in a rural Netherlands population and the influence of DSM-III-R and CAMDEX criteria for the prevalence of mild and more severe forms. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(3):189-97.

Bottino CMC, Lopes MA, Hototian SR, Bustamante SEZ, Azevedo D, Tatsch MF, Bazzarella MC, Litvoc J. Depressive Symptoms in the elderly living in São Paulo, Brazil. Pôster apresentado no International Psychogeriatrics Association Latin American Regional Meeting, Santiago, Chile, 26-29 de maio 2004.

Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61(3B):777-81.

Bustamante SEZ. Testes combinados no rastreamento de demência em idosos [Dissertação]. São Paulo, 2003. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Johnston J, Belle S, DeKosky ST. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India: the Indo-US study. *Neurology*. 1998; 51(4):1000-8.

Chiu HF, Lam LC, Chi I, Leung T, Li SW, Law WT, Chung DW, Fung HH, Kan PS, Lum CM, Ng J, Lau J. Prevalence of dementia in Chinese elderly in Hong Kong. *Neurology*. 1998; 50(4):1002-9.

Cid CG, Rumil DO, Camargo CHP, Bottino CMC. Neuropsychological assessment of memory complainers in São Paulo, Brazil: one-year results of a memory clinic. *Neurobiology of Aging*. 1998; 19(4S):S11.

CID-10 - Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnóesticas - Coord. Organiz. Mind. da Saúde. Caetano D. (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Cooper B. The epidemiology of the dementias of late life. In. Jacoby R, Oppenheimer C. (ed.). *Psychiatry in the elderly.* 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. p. 439-53.

Ebly EM, Parhad IM, Hogan DB, Fung TS. Prevalence and types of dementia in the very old: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Neurology*. 1994; 44(9):1593-600.

Erkinjuntti T, Ostbye T, Steenhuis R, Hachinski V. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia. N Engl J Med. 1997; 337(23):1667-74.

Fichter MM, Meller I, Schroppel H, Steinkirchner R. Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. *Br J Psychiatry*. 1995; 166(5):621-9.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. ”Mini-Mental State”. A pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Phychiat Rev*. 1975; 12:189-98.

Fuhrer R, Dufouil C, Dartigues JF; PAQUID Study. Exploring sex differences in the relationship between depressive symptoms and dementia incidence: prospective results from the PAQUID Study. J Am Geriatr Soc. 2003 Aug;51(8):1055-63.

Graves AB, Larson EB, Edland SD, Bowen JD, McCormick WC, McCurry SM, Rice MM, Wenzlow A, Uomoto JM. Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King County, Washington state. *Am J Epidemiol*. 1996; 144(8):760-71.

Guo Z, Viitanen M, Fratiglioni L, Winblad B. Low blood pressure and dementia in elderly people: the Kungsholmen project. *BMJ*. 1996; 312(7034):805-8.

Henderson AS, Easteal S, Jorm AF, Mackinnon AJ, Korten AE, Christensen H, Croft L, Jacomb PA. Apolipoprotein E allele epsilon 4, dementia, and cognitive decline in a population sample. *Lancet*. 1995; 346(8987):1387-90.

Herrera Jr. E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemológico populacional de demência na cidade de Catanduva - Estado de São Paulo - Brasil. *Rev Psiq Clín*. 1998; 25(2):70-3.

Hindmarch I, Lehfeld H, de Jongh P, Erzigkeit H. The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). Dement Geriatr Cogn Disord. 1998; 9(Suppl 2):20-6.

Hocking LB, Joenig HG, Blazer DG. Epidemiology and geriatric psychiatry. In: Tsuang T, Zahner, Tohen, eds. *Textbook in psychiatric epidemiology*. Wiley-Liss Inc. 1995; p. 437-52.

Hoyl MT, Alesso CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka RM, Koelfgen MBA, Mervis JR, Fitten IJ, Rubentein LZ. Development and Testing of a Five-Item Version of the Geriatric Depressin Scale. *Am Geriatr Soc.* 1999; 47(7):873-8.

IBGE- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro, 2000.

Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 1987; 76(5):465-79.

Kuusisto J, Koivisto K, Kervinen K, Mykkanen L, Helkala EL, Vanhanen M, Hanninen T, Pyorala K, Kesaniemi YA, Riekkinen P. Association of apolipoprotein E phenotypes with late anset Alzeheimer's disease: population based study. *BMJ*. 1994; 309(6955):636-8.

Laks J, Bastista EMR, Guilherme ERL *et al*. O Mini Exame do Estado Mental em isodos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61:782-5.

Leibson CL, Rocca WA, Hanson VA, Cha R, Kokmen E, O'Brien PC, Palumbo PJ. Risk of dementia among persons with diabetes mellitus: a population-based cohort study. *Am J Epidemiol*. 1997; 145(4):301-8.

Lindsay J, Laurin D, Verreault R, Hebert R, Helliwell B, Hill GB, McDowell I. Risk factors for Alzheimer's disease: a prospective analysis from the Canadian Study of Health and Aging. Am J Epidemiol. 2002 Sep 1;156(5):445-53.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De-la-Camara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study. Arch Gen Psychiatry. 1995; 52(6):497-506.

Lopes MA. Revisão sistemática dos estudos de prevalência de demência período de 1994 à 2000 [Dissertação]. São Paulo, 2002. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

MacKnight C, Rockwood K, Awalt E, McDowell I. Diabetes mellitus and the risk of dementia, Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment in the Canadian Study of Health and Aging. Dement Geriatr Cogn Disord. 2002;14(2):77-83.

Manubens JM, Martinez-Lage JM, Lacruz F, Muruzabal J, Larumbe R, Guarch C, Urrutia T, Sarrasqueta P, Martinez-Lage P, Rocca WA. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. *Neuroepidemiology*. 1995; 14(4):155-64.

McCracken CF, Boneham MA, Copeland JR, Williams KE, Wilson K, Scott A, McKibbin P, Cleave N. Prevalence of dementia and depression among elderly people in black and ethnic minorities. *Br J Psychiatry*. 1997; 171:269-73.

McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*. 1984; 34(7):939-44.

Ott A, Breteler MM, van Harskamp F, Claus JJ, van der Cammen TJ, Grobbee DE, Hofman A. Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ*. 1995; 310(6985):970-3.

Pereira MG. *Epidemioloiga teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000. Cap. 13. Métodos empregados em epidemiologia. p. 268-88.

Perkins P, Annegers JF, Doody RS, Cooke N, Aday L, Vernon SW. Incidence and prevalence of dementia in a multiethnic cohort of municipal retirees. *Neurology*. 1997; 49(1):44-50.

Pi J, Olive JM, Roca J, Masana L. Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalunya, Spain. *Neuroepidemiology*. 1996; 15(1):33-41.

Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, Lattanzio MT, Fiorelli M, Culasso F. Prevalence of dementia in an elderly rural population: effects of age, sex, and education. *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996; 60(6):628-33.

Pressley JC, Trott C, Tang M, *et al*. Dementia in community-dwelling elgerly patients: a comparison of survey data, dedicare claims, cognitive screening, reported symptoms, and activity limitation. *J Clin Epidemio*. 2003: 56:896-905.

Reitz C, Tang MX, Luchsinger J, Mayeux R. Relation of plasma lipids to Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Neurol*. 2004; 61(5):705-14.

Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry*. 1986 Dec;149:698-709.

SABE, 2001 - XXXVI Reunión del Comité Acesor de Investigaciones em Salud. Kingston, Jamaica; 2001.

Shaji S., Promodu K., Abraham T., Roy K. J., Verghese A. An epidemological study of dementia in a rural community in Kerala, India. *Br J Psychiatry*. 1996; 168(6):745-9.

Thomassen R, van Schaick HW, Blansjaar BA. Prevalence of dementia over age 100. *Neurology*. 1998; 50(1):283-6.

Tombaugh TH, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Ger Society*. 1998; 40(9):922-35.

UNO-DIESA - United Nation Organization, Departament of International Economic and Social Affairs. *Periodical on Ageing*. 1985; 1(1) United Nations, New York.

Veras RP, Murphy E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1994; 9:285-95.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*., 1987; 21(3):225-33.

Wernicke TF, Reischies FM. Prevalence of dementia in old age: clinical diagnoses in subjects aged 95 years and older. *Neurology*. 1994; 44(2):250-3.

Zbrozek AS, Brandt AS, Jönsson L. Costs of formal dementia care in Europe Neurobiology of aging. 2004; 25:S481.