



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Daniele Aguiar Lima

**O diagnóstico das demências: adaptação transcultural da entrevista clínica  
do *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* –  
*Revised Version (CAMDEX-R)***

Rio de Janeiro

2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Daniele Aguiar Lima

**O diagnóstico das demências: adaptação transcultural da entrevista clínica do  
Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly –  
Revised Version (CAMDEX-R)**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Alves Lourenço

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

L732 Lima, Daniele Aguiar.

O diagnóstico das demências: adaptação transcultural da entrevista clínica do Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - revised version (CAMDEX-R) / Daniele Aguiar Lima.- 2009.

137f. : il.

Orientador : Roberto Alves Lourenço.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-Graduação em Ciências Médicas.

Bibliografia: f. 85-94.

1. Demência - Diagnóstico - Teses. 2. Testes neuropsicológicos - Avaliação - Teses. 3. Adaptabilidade (Psicologia) - Teses. 4. Reprodutibilidade dos testes - Teses. I. Lourenço, Roberto Alves. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 616.89-008-053.88

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Daniele Aguiar Lima

**O diagnóstico das demências: adaptação transcultural da entrevista  
Clínica do Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly –  
Revised Version (CAMDEX-R)**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 23 de outubro de 2009.

Orientador: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Roberto Alves Lourenço

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Célia Pereira Caldas (Presidente)  
Universidade Aberta da Terceira Idade – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Cláudia de Souza Lopes  
Instituto de Medicina Social – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Emylucy Martins Paiva Paradela  
Escola Médica de Pós-Graduação – PUC - RJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Renato Peixoto Veras (Suplente)  
Universidade Aberta da Terceira Idade – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Lúcia Abelha Lima (Suplente)  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – UFRJ

Rio de Janeiro

2009

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a meus pais Paulo e Rita, a quem devo tudo que alcancei na minha trajetória de vida.

Dedico ao meu marido Leonardo, companheiro e amigo de todos os momentos, e à nossa filha Beatriz, que em alguns meses de vida, já deu um sentido novo e especial à minha existência.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por todas as graças recebidas.

Agradeço ao meu tio Paulo Elias Buccazio e aos amigos Patricia Cristina Ferreira, Renata Cristina de Azevedo Borges e Garry Oughton pela ajuda com as traduções.

Agradeço aos amigos Emylucy Paradela, Simone Garruth, Mariângela Perez, Tarso Mosci e Maria Angélica Sanches pela participação e sugestões nas reuniões do grupo de especialistas.

Agradeço aos amigos Sérgio Jornada, Vânia Maria Moraes e Débora Sylveira pelo auxílio nas entrevistas.

Agradeço a toda equipe do CIPI pela cooperação durante o trabalho de campo.

Agradeço aos idosos que participaram das diversas etapas do estudo.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Roberto Lourenço, pelo incentivo e exemplo.

“Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil diferença,  
entre dar a mão e acorrentar uma alma.(...)

Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência sobre nós,  
mas nós somos responsáveis por nós mesmos.

Começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas com o  
melhor que pode ser.

Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser, e  
que o tempo é curto.

Aprende que não importa onde já chegou, mas onde está indo, (...)

Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que  
alguém lhe traga flores.”

*William Shakespeare*

*Um Manual de Sobrevivência*



## RESUMO

LIMA, Daniele Aguiar. *O diagnóstico das demências: adaptação transcultural da entrevista clínica do Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – Revised Version (CAMDEX-R)*. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

As demências têm um impacto importante em saúde pública. O diagnóstico desta síndrome é essencialmente clínico. A seção A do *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – revised version (CAMDEX-R)* é uma entrevista estruturada com o paciente para o diagnóstico de demência, composta pela investigação do estado clínico atual e progresso do paciente e sua história familiar. Realizar a adaptação para o Português e avaliar a confiabilidade teste-reteste e inter-aferidor da versão-final da seção A do CAMDEX-R. Adotou-se a abordagem universalista. Uma ampla revisão bibliográfica foi realizada inicialmente. Duas traduções do original em inglês para o português e duas retrotraduções para o inglês foram realizadas e, finalmente, após a análise independente das quatro versões e da original, a versão-síntese foi desenvolvida por uma tradutora juramentada. Foram realizados dois encontros com especialistas, com o objetivo de avaliar quais itens necessitavam de adaptações que iam além da equivalência semântica até então desenvolvida. Os vinte itens considerados mais difíceis foram discutidos com idosos da população-fonte através da técnica de grupos focais. Posteriormente, um grupo multidisciplinar de geriatria analisou esta versão, sob o foco do contexto sócio-cultural dos idosos brasileiros e elaborou a versão pré-teste. O pré-teste foi aplicado a trinta e cinco indivíduos, estimulados a comentar e a parafrasear as questões, com foco naquelas consideradas de maior dificuldade para adaptação. Os problemas identificados retornaram ao grupo de especialistas, que produziu a versão-final. Para a análise da confiabilidade, a versão-final foi aplicada a cento e sessenta pacientes atendidos no Serviço de Geriatria Prof. Mario A. Sayeg, da Policlínica Piquet Carneiro, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foi calculada a estatística kappa ( $k$ ) para cinco sub-seções do instrumento, cujo diagnóstico foi definido através dos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994). Nas questões relativas ao histórico médico passado, foi calculado o  $k$  item-a-item. A versão final brasileira foi elaborada visando manter as equivalências conceitual, de itens e semântica com o instrumento original. A confiabilidade inter-aferidor foi avaliada em cento e trinta entrevistas; e noventa e três indivíduos foram reentrevistados para a confiabilidade teste-reteste. A confiabilidade inter-aferidor foi quase perfeita nas sub-seções e nos itens individuais avaliados. A confiabilidade teste-reteste foi substancial em três sub-seções e moderada em duas delas. O Índice  $K$  foi quase perfeito ou substancial em 70% dos itens individuais do histórico médico passado. A versão brasileira da seção A do CAMDEX-R apresenta bons níveis de confiabilidade e foi considerada adequada para uso clínico.

Palavras-chave: Tradução (processo). Adaptação transcultural. Confiabilidade. Diagnóstico. Demências.

## ABSTRACT

Dementias cause an important impact in public health. The diagnosis of this syndrome is essentially clinical. The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – revised version (CAMDEX-R), Section A, is a structured interview with the patient for dementia diagnosis, composed by questions related to present state, past medical history and family history. To adapt cross-culturally and assess test-retest and inter-observer reliability of Section A of CAMDEX- R. An universalist approach was adopted. An extensive bibliographical review was carried out initially. Two translations of the original in English into Portuguese and two back translations into English were made and, finally, after analyses of the four independent versions and the original, a synthesis version was developed by a sworn translator. Two meetings with specialists on the theme subject were done, with the objective of evaluating which items needed adaptation. The twenty most difficult items were discussed with elders of the source population through the focal groups' technique. Later, a multidisciplinary geriatric team analyzed the version, with focus on socio-cultural context of Brazilian elderly, and elaborated the pretest version. The pretest was applied to thirty-five individuals, who were asked to comment and paraphrase the questions, with focus on those with greater difficulty to adapt. The identified problems returned to the group of specialists, who elaborated the final version. For the reliability analysis, the final version was applied to one hundred and sixty patients attended at the Serviço de Geriatria Prof Mario A. Sayeg, Pedro Ernesto University Hospital. Kappa statistic (k) was calculated to five sub-sections of the instrument, whose diagnosis was defined through the standard of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), of the American Psychiatric Association (APA, 1994). The Kappa statistic was calculated for each item of the questions related to past history. The Brazilian final version was elaborated after modifications of the literal translation, aiming at keeping semantic equivalence to the original. The inter-observer reliability was assessed in one hundred and thirty interviews; and ninety and three individuals were re-interviewed to evaluate test-retest reliability. The inter-observer reliability was almost perfect in all sub-sections and each items assessed. The test-retest reliability was moderate or higher in the five sub-sections. Kappa statistic showed substantial or almost perfect agreement in 70% of all individual items of past history. The Brazilian version of CAMDEX-R's Section A has good levels of reliability and was considered suitable for clinical use.

Keywords: Translating. Cross-cultural adaptation. Reliability. Diagnosis, Dementias.

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

QUADRO 1: Etiologia da síndrome demencial	28
TABELA 1: Perfil dos grupos focais	54

## LISTA DE TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1 – Itens abordados nos grupos focais .....	67
Tabela 2 – Itens parcialmente modificados no processo de equivalência semântica .....	70
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo de confiabilidade .....	72
Tabela 4: Confiabilidade inter-aferidor e teste-reteste das sub-seções da seção A do CAMDEX-R .....	73
Tabela 5: Confiabilidade inter-aferidor e teste-reteste dos itens do histórico médico passado da seção A do CAMDEX-R .....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS

ADAS	- Alzheimer's disease Assessment Scale
AP	- Auxiliar de Pesquisa
APA	- Associação Americana de Psiquiatria
BPSD	- Behavior and Psychological Symptoms of Dementia
CAMCOG	- Cambridge Cognitive Examination
CAMDEX	- Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly
CERAD	- Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
CID-10	- Classificação Internacional de Doenças – 10ª versão
CIPI	- Cuidado Integral à Pessoa Idosa
DA	- Demência do Tipo Alzheimer
DSM-IV	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4ª versão
DV	- Demência Vascular
HUPE	- Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAF	- Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional
MDRS	- Mattis Dementia Rating Scale
MEEM	- Mini-Exame do Estado Mental
NEUROPSI	- Evaluación Neuropsicológica Breve em Español
NINCDS-ADRA	- National Institute of Neurological Communicative Disorder and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
NINDS-AIREN	- National Institute of Neurological Diseases and Stroke-Association Internationale pour l'Enseignement en Neurosciences
ONU	- Organização das Nações Unidas
TDR	- Teste do Desenho do Relógio

UERJ - Universidade do Estado Rio de Janeiro  
UnATI - Universidade Aberta da Terceira Idade  
WAIS - Escala Weshler de Inteligência para Adultos

## SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO .....	19
2. INTRODUÇÃO .....	21
3. SÍNDROME DEMENCIAL.....	24
3.1. Epidemiologia das Demências .....	25
3.2. Características Clínicas .....	27
3.3. A Importância da Avaliação Clínica.....	29
4. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL.....	31
5. O USO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	35
6. CAMBRIDGE EXAMINATION FOR MENTAL DISORDERS OF THE ELDERLY (CAMDEX) .....	40
6.1. Seção A – Entrevista com o Paciente .....	44
7. JUSTIFICATIVA .....	46
8. OBJETIVO.....	48
9. METODOLOGIA.....	50
9.1. Classificação da Pesquisa.....	51
9.2. Locais de Estudo.....	51
9.3. Fase 1: Equivalências conceitual, de itens, semântica e operacional .....	52
9.3.1. Tradução.....	52

9.3.2. Retrotradução.....	52
9.3.3. Versão-síntese final.....	53
9.3.4. Grupos focais .....	53
9.3.5. Pré-testes.....	54
9.3.6. Análise Crítica da Primeira Fase .....	55
9.4. Fase 2: Confiabilidade .....	57
9.4.1. População do Estudo .....	57
9.4.2. Critérios de Elegibilidade .....	57
9.4.3. Treinamento dos Entrevistadores.....	58
9.4.4. Aplicação da Versão-final .....	58
9.4.5. Análise dos Dados.....	59
10. ARTIGO.....	60
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	83
12. REFERÊNCIAS.....	85
13. ANEXOS .....	96
Anexo 1: Versão original da Seção A do Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination – revised version (CAMDEX-R).....	96
Anexo 2: Itens da versão síntese-final que foram discutidos nos grupos focais .....	112
Anexo 3: Versão brasileira da Seção A do Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination – revised version (CAMDEX-R).....	115



Anexo 4: Itens completamente modificados no processo de adaptação transcultural..	130
Anexo 5: Itens parcialmente modificados no processo de adaptação transcultural .....	131
Anexo 6: Manual para aplicação da Versão brasileira da Seção A do Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination – revised version (CAMDEX-R).....	135
Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	152
Anexo 8: Carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ .....	154

## Capítulo 1

---

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho se insere em um amplo programa de investigação, cujo objetivo central é a validação de instrumentos de avaliação cognitiva e funcional em idosos. Até o momento, o diagnóstico das síndromes demências é eminentemente clínico, porém ainda é sub-diagnosticado, devido à freqüente confusão com alterações normais do envelhecimento. A correta identificação das demências possibilita a intervenção terapêutica e ajuda os familiares a planejarem o cuidado.

O uso de instrumentos estruturados pode facilitar o diagnóstico precoce das alterações cognitivas. Entretanto, a maioria dos testes de avaliação geriátrica foi desenvolvida ao se estudar populações em países desenvolvidos e, portanto, com perfil diferente da população idosa brasileira. A adaptação transcultural destes instrumentos é um procedimento indispensável antes de sua utilização na cultura-alvo.

Esta dissertação foi dividida em oito capítulos e, a seguir, há um breve resumo do seu conteúdo para facilitar seu acompanhamento.

A *Introdução* traz comentários pontuais sobre o contexto do envelhecimento populacional, o aumento da prevalência da demência e a importância e as dificuldades para seu diagnóstico.

Segue-se uma revisão sobre as síndromes demenciais no *capítulo III*, incluindo sua epidemiologia, características clínicas e a importância da avaliação clínica. No *capítulo IV*, há uma exposição sobre as abordagens preconizadas na literatura para o processo de adaptação transcultural, detalhando a abordagem universalista, que foi a utilizada neste trabalho.

O *capítulo V* descreve os principais instrumentos de avaliação cognitiva utilizados em idosos. A seguir, no *capítulo VI*, descreve-se a primeira e a versão revisada do *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX), com foco na seção A, a entrevista com o paciente, que é o tema desta dissertação.

Na *Justificativa*, está descrito o contexto teórico em que o trabalho se insere e sua importância prática. O *capítulo VIII* apresenta os objetivos desta pesquisa.

Em *Metodologia* explica-se como o presente trabalho foi dividido em duas grandes fases. Na primeira, foram realizadas as etapas para determinação das equivalências conceitual, de itens e semântica, com desenvolvimento da versão final da seção A do CAMDEX-R. Na segunda, esta versão foi aplicada aos idosos ambulatoriais para avaliação da confiabilidade inter-aferidor e teste-reteste. Os resultados estão descritos no artigo presente no *capítulo X*.

Um apanhado geral e as propostas de desdobramento do presente trabalho estão descritos nas *Considerações Finais*. O *capítulo XII* apresenta a bibliografia utilizada nesta dissertação.

A entrevista original, as modificações necessárias para a adaptação de alguns itens, a versão brasileira da seção A, o manual para sua aplicação desenvolvido nesta pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa podem ser vistos no capítulo *Anexos*.

## Capítulo 2

---

## 2 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional das nações desenvolvidas é bastante anterior ao dos países em desenvolvimento. Porém, a partir de meados do século XX, devido à queda nas taxas de fertilidade e mortalidade, também nestes últimos observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera a Era do Envelhecimento o período de 1975 a 2025. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional, embora tardio, foi ainda mais significativo e acelerado. Enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento da população idosa foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123% (Siqueira et al., 2002).

Ao contrário dos países desenvolvidos que se tornaram ricos antes de envelhecer, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de enriquecerem, sem a implementação de estratégias educacionais, políticas e sociais voltadas para a promoção da saúde dos idosos (Kalache, 2008).

O crescimento da população idosa no Brasil tem ocorrido rapidamente, graças às mudanças nas condições de saneamento e infra-estrutura e aos avanços na medicina e tecnologia. Estima-se que as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutirão no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 72,7 anos, em 2008, para o patamar de 81,29 anos em 2050. Os idosos já correspondem a quase 18 milhões (9,49% da população), evidenciando assim a importância deste contingente populacional em nosso país (IBGE, 2008).

A perspectiva é que o Brasil seja o sexto país do mundo em número absoluto de idosos em 2025 (Lopes & Bottino, 2002; Scazufca et al., 2002) e estima-se que chegará a 64 milhões em 2050 (29,75% da população) (IBGE, 2008). Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e, para cada 100 crianças, existirão 172,7 idosos (IBGE, 2008).

À medida que as sociedades envelhecem, os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. Enfermidade não é uma consequência inevitável da velhice, nem tampouco está limitada a este contingente populacional. Porém, à medida que as tendências

demográficas se aceleram, há um aumento na prevalência de doenças crônicas (Kalache, 2008). Esta mudança exige esforços sociais e econômicos para proporcionar a esta população condições adequadas de saúde e bem-estar (Veras, 1991).

As síndromes demenciais são distúrbios que crescem em importância devido ao aumento da sua prevalência, com a maior longevidade populacional, e também devido ao seu impacto na saúde física, mental, funcional e social do indivíduo e de sua família (Caramelli et al., 2002).

As demências são um importante problema de saúde pública em todo mundo devido aos custos diretos e indiretos associados à perda ocupacional, ao tratamento e à reabilitação dos indivíduos (Morris, 2005). Demência é responsável por 11,2% dos casos de incapacidade em idosos da população, superando as porcentagens relacionadas a outras doenças crônicas, como câncer e doenças cérebro e cardiovasculares (Ferri, 2005). Não menos importante é o impacto desta doença sobre os cuidadores dos pacientes, incluindo a perda de produtividade destes e as consequências sobre a sua própria saúde (Garrido et al., 2004).

É fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para diagnosticar precocemente o problema e monitorar a evolução dos sintomas desses indivíduos, a fim de melhorar sua qualidade de vida e estabelecer tratamento e prognóstico adequados.

O diagnóstico da demência é essencialmente clínico e a doença é muitas vezes subdiagnosticada (Pisiani et al., 2003). Uma das dificuldades mais marcantes é o diagnóstico diferencial entre as alterações fisiológicas do envelhecimento, o déficit cognitivo leve e a fase inicial da síndrome demencial (Kukull & Bowen, 2002). Os marcadores biológicos para o diagnóstico das demências estão sendo pesquisados, mas ainda não estão disponíveis (Peskind et al., 2001; Bailey, 2007).

## Capítulo 3

---



### 3 SÍNDROME DEMENCIAL

#### 3.1 Epidemiologia das demências

Atualmente, as síndromes demenciais são um grande desafio considerando-se sua prevalência e sua morbidade associada. Estima-se uma prevalência de demência nos países desenvolvidos de 6% em idosos (Hoffman et al., 1991; Rocca et al., 1998).

Em uma revisão sistemática, Lopes & Bottino (2002) verificaram que a prevalência média de demência, em indivíduos acima de 65 anos de idade, variou entre 2,2% na África; 5,5% na Ásia; 6,4% na América do Norte; 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa. A média de prevalência muito alta na Europa foi bastante influenciada por dois estudos espanhóis (Pouza et al., 1995 e Pi et al., 1996) que investigaram população rural, obtendo os maiores valores entre as pesquisas européias.

O maior fator de risco para demência é a idade. A prevalência de demência dobra a cada cinco anos após os 65 anos de idade, indo de 2% aos 65 anos para 20% aos 85 anos (Hoffman et al., 1991; Corrada et al., 1995; Andersen et al., 1997; Galo et al., 1998; Jorm & Jolly, 1998; Rocca et al., 1998).

Na análise dos estudos epidemiológicos publicados de 1994 a 2000, observou-se prevalência média de 1,17% nos indivíduos de 65 a 69 anos; 3,23% entre 70 e 74 anos; 7,87% entre 75 e 79; 16,22% entre 80 e 84; 23,50% entre 85 e 89; 38,76% entre 90 e 94 e 54,83% naqueles acima de 95 anos (Lopes & Bottino, 2002).

Considerando a variável gênero, 75% dos estudos demonstram que a prevalência é maior no sexo feminino (Lopes & Bottino, 2002); e vários estudos observaram aproximadamente duas vezes mais mulheres com demência em relação ao número de homens (Park et al., 1994; Pouza et al., 1995, Graves et al., 1996; Galo et al., 1998; Hebert, 2001).

No Brasil, além da escassez de dados sobre a epidemiologia da demência no país, dificuldades metodológicas foram observadas nos estudos populacionais. Os instrumentos utilizados requerem um bom nível educacional e podem ser inadequados se aplicados numa população idosa de baixa escolaridade. Em um dos estudos, estimou-se a prevalência de alteração

cognitiva em três bairros do Rio de Janeiro e a prevalência foi de 6,0% em Copacabana, 9,8% no Méier e 29,8% em Bangu, sendo este aumento da prevalência no último local associado ao seu menor índice educacional e econômico (Veras et al., 1991).

A prevalência brasileira de quadros demenciais é de 7,1% e corresponde à média da América do Sul, evidenciados pelo estudo EPIDOSO (Montaño et al., 2001) e pelo estudo de Catanduva (Herrera et al., 1998).

Em Catanduva, a Doença de Alzheimer (DA) foi a causa mais comum de demência, com 55% dos casos isoladamente, e foi responsável por 14% quando associada à demência vascular (demência mista). A prevalência de demência vascular (DV) foi de 9,3%. Em concordância com os dados mundiais, a prevalência aumentou com a idade e foi maior em mulheres. Uma relação inversa com a escolaridade foi observada, com 3,5% de demência entre as pessoas com oito anos ou mais de estudo formal, e 12,2% entre indivíduos analfabetos, mesmo tendo sido usados pontos de corte diferenciados (Herrera et al., 1998).

Na Europa e América do Norte, a Doença de Alzheimer também é a causa mais frequente, com 50 a 80% de prevalência (Galo et al., 1998; Jorm & Jolly, 1998; Kukull & Bowen, 2002). Nos Estados Unidos, a DA corresponde a terceira maior causa de incapacidade e mortalidade. Nos países orientais, a DV é a mais comumente encontrada (Kiyohara et al., 1994; Komahashi et al., 1994). Possivelmente, nas regiões menos favorecidas do Brasil também possa ser a causa mais comum de demência, relacionada ao precário sistema de saúde pública e à falta de políticas para controle dos fatores de risco das doenças cerebrovasculares (Herrera et al., 1998).

Os custos do tratamento das demências correspondem a um dos mais elevados dentre as doenças crônicas dos idosos. Ross e Bowen (2002) encontraram um custo anual entre 35 e 47 mil dólares por paciente com Doença de Alzheimer, o que geraria um custo de 140 bilhões de dólares por ano somente nos Estados Unidos para tratamento dos quatro milhões de americanos com esta doença.

### 3.2 Características clínicas

Segundo os critérios da décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1992), demência é uma síndrome clínica que engloba o comprometimento de múltiplas funções corticais superiores, sendo o mais importante a memória, e também deve incluir mais dois dos seguintes: pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento.

O quadro é crônico e representa declínio em relação aos níveis prévios de funcionalidade do indivíduo, com interferência nas suas atividades profissionais e sociais. O comprometimento cognitivo usualmente é acompanhado por alterações do comportamento e da personalidade. Há um desequilíbrio no controle emocional, que pode se manifestar pelos chamados Sintomas Comportamentais e Psicológicos de Demência (BPSD, de Behavior and Psychological Symptoms of Dementia, dos autores de língua inglesa): apatia, irritabilidade, labilidade, agitação, distúrbio do sono e agressividade física ou verbal, entre outros. Devem ser excluídos os quadros de *delirium*, déficits intelectuais preexistentes, déficits sensoriais graves e comprometimento por disfunção física.

O início do quadro demencial é, geralmente, insidioso. O paciente ou sua família observa dificuldade para armazenamento de novas informações e planejamento, inquietação ou apatia, pequenas inconsistências em algumas tarefas rotineiras e repetitividade. Com a piora do processo, ocorre maior deterioração cognitiva e funcional, que é persistente, mas não é difusa, nem uniforme entre os pacientes, até os estágios mais avançados (Kawas, 1999; Marcantonio, 1999; Machado, 2002; Leifer, 2003).

A síndrome demencial pode-se apresentar como manifestação de um conjunto de doenças, a maior parte das quais ainda não tem a sua fisiopatologia adequadamente descrita (Quadro 1).

Quadro 1: Etiologia da síndrome demencial

Doença de Alzheimer
Demência dos Corpos de Lewy
Demência Vascular
Demência Mista – Vascular e Alzheimer
Demência Frontotemporal
Alterações metabólicas – deficiência de vitamina B12, folato, niacina e hipercalcemia
Hipotireoidismo
Intoxicação por álcool e drogas
Infecções – neurosífilis, HIV e doença dos príons
Lesões estruturais – hematoma subdural e tumor cerebral
Hidrocefalia Normobárica
Paralisia Supranuclear Progressiva
Doença de Huntington
Doença de Parkinson

Em relação à Doença de Alzheimer, os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994), estabelece que é necessário comprometimento da memória e mais uma função cognitiva (afasia, apraxia, agnosia ou transtorno de funções executivas), de início gradual e declínio contínuo, que causam significativo comprometimento social, desde que excluídos outros transtornos clínicos, psiquiátricos ou neurológicos e uso de drogas. Os critérios do National Institute of Neurological Communicative Disorder and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) apresentam uma abordagem diferente, classificando o diagnóstico em definitivo, provável e possível, conforme evidência histopatológica e/ou avaliação por testes neuropsicológicos.

Quanto à demência vascular, este conceito é difícil de estabelecer, já que é difícil precisar até que ponto o componente vascular e aterosclerótico contribui para o quadro clínico de um indivíduo com síndrome demencial. Os critérios da CID-10, do DSM-IV e do NINDS-AIREN

(National Institute of Neurological Diseases and Stroke-Association Internationale pour l'Enseignement en Neurosciences) são os mesmos para demência, mas na presença de sinais neurológicos focais ou de doença vascular cerebral em exames complementares e com relação causal entre eles.

### 3.3 A Importância da avaliação clínica

Apesar da necessidade de testes estruturados, o correto diagnóstico dos quadros demenciais é essencialmente clínico e é um desafio cada vez mais frequente na prática médica diária. Uma investigação clínica, cognitiva, funcional e social abrangente tem ainda outros propósitos: identificar patologias reversíveis ou tratáveis; apontar o tratamento precoce; avaliar prognóstico e reabilitação; facilitar o aconselhamento familiar; e identificar fatores de estresses psicossociais que afetem o cuidado ao paciente (Machado, 2001; Ross & Bowen, 2002; Leifer, 2003).

A história médica deve ser completa. Devem ser questionadas as alterações mnêmicas e sua influência na capacidade funcional do indivíduo. É importante inquirir sobre todas as comorbidades do indivíduo, a fim de verificar doenças e fatores de risco que possam estar relacionadas ao quadro, incluindo os quadros de *delirium*, depressão e as doenças psiquiátricas. A investigação dos medicamentos em uso é imprescindível, sendo os mais importantes os benzodiazepínicos, neurolépticos, antidepressivos tricíclicos e anticolinérgicos, pela possível interferência na função cognitiva (Craft, 2003). História familiar de alteração cognitiva sugere o diagnóstico de Doença de Alzheimer, embora sua ausência não o afaste. Em relação à história social, é preciso avaliar o padrão educacional e cultural, trabalho e situação ocupacional, estrutura familiar e habitacional.

Durante a anamnese, a observação da linguagem e do estado geral do paciente já auxilia o diagnóstico. Indivíduos com quadro demencial podem apresentar vocabulário restrito e repetitivo, baixa capacidade de abstração e solicitar ajuda para as respostas referentes à história pregressa e familiar. Além disso, pode ser observado comprometimento de auto-cuidado.

A história também deve ser obtida com um informante confiável, isto é, uma pessoa que tenha contato suficiente com o paciente para poder observar os possíveis déficits (Neri et al,

1998; Nitrini et al., 2005). Dados do informante são capazes de sugerir a presença dos déficits cognitivos e funcionais em estágios iniciais, antes mesmo de serem detectados em testes neuropsicológicos (Tierney et al., 1996; Carr et al., 2000; Smith-Gamble et al., 2002; Ready et al., 2003, Isella et al., 2006).

Outro aspecto que justifica a participação do informante é a anosognosia, isto é, a falta de consciência que o paciente pode apresentar em relação ao seu próprio déficit. A maioria dos pacientes com demência leve tem consciência do problema, porém não são capazes de definir a gravidade do quadro ou suas conseqüências nas atividades de vida diária (Derouesné et al., 1999).

## Capítulo 4

---

#### 4 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

O desenvolvimento de programas de investigação sobre instrumentos de aferição é bastante complexo devido às minúcias envolvidas na concepção, desenvolvimento e consolidação do novo material, além do tempo e custo relacionados ao processo. Desta forma, frequentemente, utiliza-se um instrumento já em uso em outra cultura.

Porém, as diferenças existentes entre as línguas, definições, crenças, comportamentos e estilos de vida entre as populações tornam necessária uma avaliação da equivalência transcultural do instrumento original e de sua versão, antes da utilização desta no novo contexto (Moraes et al., 2002).

A necessidade de se adaptarem ferramentas de aferição não é restrita às situações envolvendo países e/ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais também requerem atenção. O alcance de sintonia com a população na qual a versão será usada é algo difícil de caracterizar (Reichenheim et al, 2003). Uma decisão deve ponderar o quanto se ganha com a aproximação cultural e o quanto se perde em termos de generalização e comparabilidade. A maioria dos testes de avaliação cognitiva, por exemplo, foi desenvolvida ao se estudar populações urbanas com alto nível educacional e socioeconômico.

As primeiras adaptações dos instrumentos eram apenas simples traduções realizadas pelos próprios pesquisadores ou, excepcionalmente, realizava-se uma comparação literal entre as versões retraduzidas e o idioma de origem. Atualmente, sabe-se que a avaliação semântica é apenas um dos processos importantes para fazer a adaptação transcultural (Reichenheim et al., 2003).

Além das vantagens já mencionadas, vários autores recomendam que um instrumento consolidado em certo contexto seja estudado e utilizado em outra cultura para comparar perfis epidemiológicos, facilitando o intercâmbio de informações entre a comunidade científica (Behling & Law, 2000; Reichenheim et al., 2000).

Existem várias propostas para a realização da adaptação transcultural, mas ainda não existe consenso quanto à melhor estratégia. Diferentes abordagens teóricas são responsáveis pela



diversidade de propostas metodológicas encontradas na literatura (Guillemin et al., 1993; Herdman et al., 1998).

O modelo utilizado neste trabalho está baseado na proposta de Herdman et al., 1998, e replicado por Moraes et al., 2002, Hasselmann et al., 2003, e Reichenheim et al., 2003. A primeira etapa do trabalho deve ser a apreciação conceitual e de itens, no intuito de entender como diferentes populações expressam os conceitos e domínios a serem investigados e o modo como as perguntas realizadas as captam. É realizada através de revisão de literatura e consulta aos *experts* da cultura-alvo. Depois, é necessário proceder à avaliação das equivalências semântica, operacional, de mensuração e funcional.

A equivalência de conceito consiste na verificação da pertinência dos conceitos e dimensões apreendidos pelo instrumento original na cultura alvo da nova versão.

A equivalência de itens é conduzida através da adequação de cada item do instrumento original, em termos de sua capacidade para representar tais conceitos na população onde o instrumento pretende ser usado. É realizado um exame crítico de cada item da avaliação.

A equivalência semântica assegura que a tradução corresponda à confirmação da transferência de significados das palavras entre diferentes idiomas. Existem duas vertentes de significados. A conotativa é aquela em que o significado pode estar articulado às idéias ou objetos do mundo aos quais uma ou mais palavras se referem. Por outro lado, a referencial é aquela em que o significado pode se referir ao sentido geral de cada item, captado por meio do instrumento original.

A equivalência operacional tem como objetivo a adequação dos aspectos operacionais da versão original na nova cultura a ser usada. Como exemplo, pode-se citar a forma de administrar o instrumento, as instruções e o número de respostas para cada pergunta.

A equivalência de mensuração é realizada para que haja a equivalência entre as propriedades psicométricas do instrumento original e da nova versão, através da confiabilidade e da validade. Nos instrumentos em que há uma escala, é importante avaliar as normas para escore na população-alvo.

Finalmente, dado que os outros aspectos da equivalência transcultural tenham sido alcançados, assume-se que a versão apresenta equivalência funcional com o original, ou seja, ela pode ser definida como a capacidade do instrumento realmente medir o que se propõe, com equidade entre culturas diferentes.

## Capítulo 5

---

## 5 O USO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Frequentemente, o paciente e seus familiares não são capazes de avaliar corretamente os déficits mnêmicos e funcionais, tendendo a minimizá-los como se fizessem parte do processo normal de envelhecimento. Além disso, as demências são muitas vezes subdiagnosticadas pelos profissionais de saúde (Pisiani et al., 2003; Boustani et al., 2003). Desta forma, é imprescindível a avaliação dos idosos através de instrumentos já estabelecidos. Os testes estruturados tendem a ser mais confiáveis que a interpretação subjetiva do examinador.

O maior problema dos testes de investigação é a influência do nível sociocultural e escolaridade, dos déficits sensoriais, das doenças agudas e das sequelas motoras nos resultados, além de fatores ambientais e do uso de medicamentos que podem agir no sistema nervoso central (Ganguli et al., 1991; Jagger et al., 1992; Koivisto et al., 1992; Rocca et al., 1992; Ainslie & Murden, 1993; MacKenzie et al., 1996; Tangalos et al., 1996; Wind et al., 1997; Stuck et al., 1999; Teng & Manly, 2005).

A influência da escolaridade é tão importante que foram necessárias alternativas para impedir uma redução importante no valor preditivo positivo destes testes quando aplicados a uma população de baixa escolaridade (Russel et al., 2005).

Similarmente, na população idosa brasileira, o baixo nível de escolaridade exige variações no ponto de corte de instrumentos para rastreio e diagnóstico de demência. A dificuldade dos estudos para utilizar os testes neuropsicológicos também se deve ao fato de que muitos deles ainda não foram adaptados para esta população (Nitrini, 1999 e Scazufca et al., 2007).

Segundo dados do IBGE, 12,8% da população adulta no Brasil é analfabeta, sendo que quase 50% deles tem mais de 50 anos (IBGE, 2008). Além disso, o Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional (INAF), usado para populações mais jovens (15 a 64 anos), classifica a população estudada em quatro níveis de alfabetização. De acordo com o INAF, em estudo realizado em 2007, 7% da população é analfabeta, 25% é alfabetizada a nível rudimentar, 40% é alfabetizada a nível básico e apenas 28% da população brasileira adulta consegue ler textos mais longos, localizar e relacionar mais de uma informação, comparar vários textos e tem pleno domínio da habilidade de escrita (<http://www.ipm.org.br>).

Apesar de algumas limitações, os testes neuropsicológicos identificam com maior precisão a extensão dos *déficits*, o potencial de reabilitação e o prognóstico em resposta às intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. As baterias neuropsicológicas também são importantes para melhor esclarecimento quanto à segurança e à competência do paciente, por exemplo, para manter suas ocupações ou dirigir um automóvel (Russel et al., 2005; Kipps & Hodges, 2005).

Embora não exista um padrão de testes para o diagnóstico das demências, existem diversos testes, desde os de aplicação rápida até extensas baterias neuropsicológicas, que podem ser utilizadas para auxiliar no diagnóstico (Russel et al., 2005).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste cognitivo de rastreio mais utilizado, onde são avaliados: orientação, memória, atenção, cálculo, praxia e linguagem. É composto por 19 itens e sua pontuação máxima é 30 pontos (Folstein et al., 1975). É um dos testes mais estudados na literatura e o mais utilizado internacionalmente para rastreamento cognitivo e diagnóstico de demência. No Brasil, vários autores têm estudado ele com o objetivo de definir a melhor adaptação para vários de seus itens, que sofrem uma intensa interferência cultural e de nível de escolaridade. (Bertolucci, 1994; Lourenço, 2002; Brucki et al., 2003).

O Teste do Desenho do Relógio (TDR) avalia a memória de longo prazo, o processamento auditivo, a estratégia de planejamento, as memórias visual e construcional, a função visuo-espacial e o pensamento abstrato (Wolf-Klein et al., 1989; Sunderland et al., 1989; Manos & Wu, 1994; Shulman, 2000). É um teste pouco estudado no Brasil e um estudo recente sugere que, devido à sua baixa acurácia, sua utilização não é recomendável no rastreamento cognitivo em indivíduos com menos de cinco anos de escolaridade (Lourenço et al., 2008).

O *Mini-Cog* consiste em dois testes rápidos, um de evocação de três palavras e o teste do desenho do relógio (Borson et al., 2000). No Brasil, aparece apresentar os mesmos problemas do TDR (Lourenço & Ribeiro, 2006; Ribeiro & Lourenço, 2009).

O *Short Cognitive Performance Test*: avalia a memória, o aprendizado e a concentração (Erzigkeit, 1989) e foi traduzido para o português por Flaks et al. em 2006. A *Blessed Dementia Scale* é dividida em um teste cognitivo e perguntas estruturadas para avaliar mudanças nas

atividades diárias, hábitos e personalidade (Blessed, 1968). A *Brief Cognitive Rating Scale* faz parte de uma avaliação mais ampla para verificar o estadiamento da doença, chamado de *Global Deterioration Scale and Functional Assessment Staging* (Reisberg & Ferris, 1988).

Para uma avaliação maior do desempenho cognitivo naqueles indivíduos que foram positivos nos testes iniciais, existem as baterias neuropsicológicas breves, que são definidas pelo tempo de aplicação de cerca de 30 minutos. São compostas por vários testes cognitivos agrupados.

O Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD), inclui os testes: Fluência verbal, Teste de nomeação de Boston (versão resumida), MEEM, Memória da Lista de Palavras, Praxia construtiva, Evocação da lista de palavras, Reconhecimento da lista de palavras e Evocação das apraxias (Morris et al., 1989,1993; Mirra et al., 1991; Welsh et al., 1994; Bertolucci et al., 2001).

A *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS) foi desenvolvida para avaliar a intensidade das mudanças cognitivas (sub-escala chamada ADAS-cog) e comportamentais da Doença de Alzheimer (Rosen et al., 1984). É o instrumento mais utilizado pela indústria farmacêutica para avaliar novos medicamentos para a DA. A ADAS-cog foi traduzida para o português por Schultz et al., 1999, 2001.

A *Mattis Dementia Rating Scale* (MDRS) avalia a atenção, iniciação e perseveração, praxia, conceituação e memória (Mattis, 1976, 1988). Este instrumento foi traduzido para o português e adaptado para indivíduos analfabetos (Porto et al., 2003; Foss et al., 2005).

A Avaliação Neuropsicológica Breve (NEUROPSI) foi elaborada por um grupo espanhol e avalia memória, orientação, atenção, concentração, linguagem e funções executivas (Ostrosky-Solís et al., 1999). A tradução para o Português foi feita por Abrisqueta-Gómez (1999).

Baterias neuropsicológicas amplas são utilizadas nos casos mais difíceis, quando ainda existe dúvida diagnóstica, mesmo após a realização dos testes de rastreio e das baterias neuropsicológicas breves. São testes extensos, que demandam várias sessões para sua conclusão,

como, por exemplo, a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos –WAIS (Wechsler, 1987; Fabrigoule et al., 1996)

## Capítulo 6

---



## **6 CAMBRIDGE EXAMINATION FOR MENTAL DISORDERS OF THE ELDERLY (CAMDEX)**

O CAMDEX foi desenvolvido e publicado em 1986 com a proposta de diagnosticar os casos de demência nos indivíduos acima de 65 anos, desenvolver medições confiáveis da extensão e gravidade do déficit cognitivo e avaliar as alterações comportamentais e a adaptação do indivíduo nas atividades corriqueiras diárias (Roth et al., 1986).

Este instrumento foi uma evolução na abordagem dos idosos com transtornos mentais já que inclui a entrevista com o paciente para obter informações sobre o estado clínico atual e sua história prévia e familiar, a bateria de testes neuropsicológicos e a entrevista com o informante para obter informações independentes sobre a história do idoso.

O foco principal do CAMDEX é o diagnóstico das demências, especificamente dos casos iniciais e dos seus sub-tipos, assim como no diagnóstico diferencial com a depressão, os estados paranóides e o delirium. Todas as seções do teste apresentaram alta confiabilidade inter-examinador e a avaliação cognitiva, presente na seção B, apresenta alta sensibilidade e especificidade (Roth et al., 1986).

No Brasil, Bottino et al. (1999) publicaram a tradução e a adaptação para o português do CAMDEX. Em 2001, foi publicada a versão brasileira do instrumento. Para o diagnóstico de demência, os autores utilizaram os critérios do CID-10 e do NINCDS-ADRDA. Duas duplas de psiquiatras avaliaram quarenta indivíduos. Cada indivíduo foi avaliado por dois psiquiatras treinados para utilizar o CAMDEX e o teste foi reaplicado após quinze dias. A confiabilidade do diagnóstico sintômico do CAMDEX foi excelente ( $\kappa=0,94$ ;  $p<0,001$ ), assim como a confiabilidade do diagnóstico etiológico ( $\kappa=0,83$ ;  $p<0,001$ ) (Bottino et al, 2001). Além da tradução informal e da determinação da confiabilidade, nenhum outro estudo para verificação das equivalências foi realizado.

A versão revisada do instrumento, CAMDEX-R, foi estruturada pelo mesmo grupo de Geriatria e Psicogeriatria de Cambridge (Roth et al., 1998). Esta versão favorece o diagnóstico diferencial de outros tipos de demência, tais como a demência por Corpos de Lewy e a demência frontal (Ballard et al., 1999; Lozano et al., 2000; Heinik & Solomesh, 2007).

Lozano-Gallego et al. (2000) destacaram as melhorias do CAMDEX-R em relação à sua versão original (CAMDEX), como uma melhor sensibilidade e especificidade. Verhey et al. (2003) obtiveram uma boa aceitação e bons resultados quando utilizado em sete países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Suécia, além do Reino Unido). Ainda não foi publicada a versão brasileira do CAMDEX-R.

A avaliação está composta de 391 itens divididos em nove seções.

A seção A, objeto desta pesquisa e que será apresentada no próximo capítulo, corresponde à entrevista com o indivíduo e é composta pelas perguntas direcionadas para o paciente sobre seu estado físico e mental atual. A seguir, é investigada sua história patológica pregressa e a história familiar. Sua versão original encontra-se no anexo 1.

A seção B é uma avaliação cognitiva e constitui o Cambridge Cognitive Examination na versão revisada (CAMCOG-R), cujo objetivo é diagnosticar graus leves de prejuízo cognitivo (Cullum et al., 2000). É uma bateria neuropsicológica breve, composta por 72 itens que avaliam orientação, linguagem, memória, atenção, cálculo, praxia, pensamento abstrato e percepção. Os escores dos sub-itens podem ser interpretados separadamente, obtendo a noção de cada domínio cognitivo isolado, e o escore total demonstra a cognição de um modo global. Este instrumento inclui todos os itens do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

Na seção C, são relatadas as observações do entrevistador, que consiste no relato do examinador sobre suas impressões em relação à aparência do paciente, seu comportamento, humor, discurso, atividade, auto-percepção, pensamento e o nível de consciência. Esta seção deve ser preenchida apenas ao final de toda avaliação.

O exame físico é descrito na seção D e compreende o exame físico geral e neurológico do paciente, incluindo o exame cardiovascular, a pesquisa dos reflexos profundos e superficiais, déficits sensoriais, tremores, sinais extrapiramidais e a avaliação de equilíbrio.

A seção E é chamada de “Propedêutica” e consiste nos registros da investigação dos exames complementares, incluindo os exames laboratoriais e radiológicos. São recomendados hemograma, eletrólitos, dosagem de vitamina B12 e ácido fólico, teste sorológico para sífilis,

avaliação da função tireoidiana, renal e hepática. A avaliação por diagnóstico de imagem radiológica, como a tomografia computadorizada de crânio, também é registrada nesta seção, assim como qualquer outro exame que possa ser necessário.

Na seção F, é realizado o registro de todas as medicações em uso, sejam elas prescritas por médico ou em uso por conta própria.

A seção G corresponde às informações adicionais do indivíduo e deve ser preenchida com informações extras obtidas durante o atendimento, mas que não se adequam a outras partes do CAMDEX. Seu objetivo é ampliar os dados clínicos relevantes para o diagnóstico e que possam não estar presentes nas perguntas estruturadas já realizadas.

A seção H é a entrevista com informante, que compreende a investigação da alteração cognitiva, comportamental e funcional do paciente junto com um familiar ou algum acompanhante que conheça bem o paciente. A escala de Newcastle Dementia Score está incorporada nesta seção (Blessed et al., 1968) e comprovou-se a relação entre a impressão do informante com a gravidade do quadro demencial (Hendrie et al., 1988). Além disso, o relato do acompanhante na versão revisada do CAMDEX é válido e confiável para diagnosticar demência naqueles pacientes com incapacidade intelectual prévia, especialmente os indivíduos com Síndrome de Down (Ball, 2004).

Na seção I, é registrada qualquer informação relevante dada pelo acompanhante que não se enquadrar às perguntas estruturadas prévias.

Ao término do CAMDEX-R, o indivíduo poderá ser classificado em normal, quatro categorias de demência (Doença de Alzheimer, Demência Multi-infarto ou vascular, Demência Mista e secundária a outras causas), duas categorias de estado confusional (estado confusional e estado confusional com demência), depressão, transtorno fóbico ou ansioso, doença paranóide ou parafrênica, e outros transtornos psiquiátricos. Os pacientes também serão classificados de acordo com a gravidade da demência e da depressão, ambas em uma escala de cinco pontos (Roth et al., 1998).

### 6.1 Seção A – Entrevista com o paciente

A seção A do CAMDEX-R, nomeada no original em inglês, *Interview with patient/subject*, é uma entrevista estruturada composta por 124 perguntas, numeradas de 14 a 138. Deve ser realizada face a face com o indivíduo sob suspeita de demência. Diferentemente da avaliação cognitiva (CAMCOG-R), a seção A não é uma escala pontuada, não possuindo um ponto de corte sugestivo do diagnóstico. Trata-se de um instrumento de impressão clínica.

A entrevista é iniciada com três perguntas simples: nome, idade e data de nascimento do indivíduo. Se o paciente não souber responder a pelo menos duas delas, não é válido continuar esta seção e o examinador deve iniciar a próxima etapa: a avaliação cognitiva (Roth et al, 1986). Caso ele responda adequadamente, as perguntas seguintes estão relacionadas à sua escolaridade e situação habitacional.

É iniciada, então, a avaliação do estado clínico atual, com avaliação das funções cerebrovasculares e de distúrbios do sono. As questões relacionadas à depressão incluem avaliação de apetite e peso, dificuldade de concentração, perda de disposição e interesse, humor deprimido, sentimento de culpa e ideação suicida. Os distúrbios de ansiedade englobam ansiedade generalizada, agorafobia e transtorno do pânico.

A seguir, realiza-se investigação das atividades funcionais, incluindo atividades de vida diária e perguntas relacionadas a manifestações extrapiramidais. O paciente é então questionado sobre lapsos de memória e funcionamento mental global. É importante ressaltar que a avaliação cognitiva só é realizada na Seção B, mas, na entrevista clínica, observa-se a percepção do indivíduo sobre seus déficits. Frequentemente, o relato do indivíduo nestas três perguntas sobre a memória não tem relação com a presença de demência, mas apenas com transtorno cognitivo leve. Neste momento, são avaliados possíveis sintomas psicóticos, através de perguntas sobre alucinação visual e auditiva e delírios persecutórios e somáticos.

Posteriormente, é feita investigação da história patológica pregressa, incluindo fatores de risco cardiovasculares, história de traumatismo cranioencefálico, manifestações psiquiátricas e tratamentos já realizados. Além disso, questiona-se sobre história de dependência química, seja

por etilismo, tabagismo ou uso de psicotrópicos. A avaliação de possível síndrome neuroléptica maligna é também realizada.

Na história familiar, são pesquisadas doenças cardiovasculares, neurológicas e psiquiátricas que possam estar relacionadas como fatores de risco de quadros demenciais. Entre elas, destacam-se a Síndrome de Down e a leucemia (Heston et al., 1977).

Para definir a confiabilidade do instrumento, Roth et al. (1986) avaliaram 40 indivíduos e dois psiquiatras anotavam independentemente as respostas do teste, um como entrevistador e o outro como observador. A confiabilidade inter-aferidor encontrada foi a mais elevada de todas as seções do CAMDEX.

O item com menor confiabilidade desta seção foi a pergunta 62, que é a única que não é realizada diretamente com o paciente, mas é a impressão do examinador em relação à possibilidade da incapacidade física ser a responsável pela alteração funcional, e não por ser de etiologia cognitiva.

## Capítulo 7

---

## 7 JUSTIFICATIVA

Devido ao envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das demências no Brasil, é imprescindível que sejam padronizadas rotinas para rastreamento e diagnóstico desta entidade clínica de morbidade tão expressiva para o país. A demência está associada com aumento do uso de serviços de saúde e da mortalidade (Ostbye et al, 1999; Christensen & White, 2006). Os marcadores biológicos para o diagnóstico das demências estão sendo pesquisados, mas ainda não são disponíveis para uso clínico.

Desta forma, são necessários instrumentos adaptados à nossa cultura e validados para a nossa população para auxiliar no diagnóstico e monitoramento dos casos de demência.

A seção A do CAMDEX-R é uma entrevista estruturada para a abordagem clínica dos pacientes. Porém, foi desenvolvido em outra cultura e é utilizado em diferentes versões no país, não adaptadas e sem padronização única, dificultando a análise dos resultados entre os centros. Propõe-se com este trabalho a adaptação do instrumento, com padronização de uma versão para aplicação entre idosos ambulatoriais.

Este projeto faz parte de um programa de investigação para validação de instrumentos de avaliação cognitiva e funcional em idosos do Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano, do Departamento de Medicina Interna, da Faculdade de Ciências Médicas, e do programa da Universidade Aberta da Terceira Idade, Cuidado Integral à Pessoa Idosa, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A tradução e adaptação transcultural das seções B e H do CAMDEX-R foram realizadas em projetos de outros autores associados ao programa de investigação acima referido (Paradela, 2007 e Sampaio, 2007). As demais seções do instrumento (C, D, E, F, G, I) parecem não sofrer interferência cultural e, portanto, serão objeto de tradução direta de uma língua para a outra, processo já em andamento.

Portanto, concluído o presente estudo, ele irá compor, junto do trabalho feito com as demais seções, a versão brasileira do CAMDEX-R, a ser oportunamente publicada.

## Capítulo 8

---



## 8 OBJETIVO

Geral:

- Adaptar para o Português falado no Brasil a seção A do *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – revised version* (CAMDEX-R) - entrevista com o paciente.

Específicos:

- Determinar as equivalências conceitual, de itens, semântica e operacional da seção A do CAMDEX-R;
- Determinar a confiabilidade teste-reteste da seção A do CAMDEX-R;
- Determinar a confiabilidade interaferidor da seção A do CAMDEX-R.

## Capítulo 9

---

## 9 METODOLOGIA

Foi solicitada autorização para realização do estudo para a Prof Felicia Huppert, da Universidade de Cambridge, atualmente a autora responsável pelo instrumento original.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ (Resolução 196/96) (anexo 8).

O trabalho foi desenvolvido em duas grandes fases. Na primeira, foram realizadas as etapas de determinação das equivalências conceitual, de itens e semântica da seção A do CAMDEX-R. A segunda fase consta na avaliação da confiabilidade, com aplicação da versão-final e análise de dados.

### 9.1 Classificação da pesquisa

- Método dedutivo
- Natureza aplicada
- Abordagem qualitativa e quantitativa
- Objetivo explicativo

### 9.2 Locais de estudo

O Serviço de Geriatria Prof. Mario A. Sayeg e Cuidado Integral à Pessoa Idosa / Policlínica Piquet Carneiro, da Universidade Aberta da Terceira Idade, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CIPI/UnATI/UERJ) se situa em um bairro da zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Promove atendimento interdisciplinar de nível secundário a cerca de 1500 idosos cadastrados.

A UnATI é um centro de convivência no interior da UERJ, que promove atividades socioculturais, educativas e de integração dos idosos à sociedade contemporânea, através de cursos, serviços comunitários, pesquisas e ações gerontológicas.

### 9.3 Fase 1: equivalências conceitual, de itens, semântica e operacional

As equivalências conceitual e de itens foram realizadas através de revisão bibliográfica e reuniões com especialistas da área de geriatria e gerontologia, com o foco na avaliação clínica, cognitiva e funcional dos idosos brasileiros. Foi discutido se os conceitos abarcados na entrevista original também se aplicavam à cultura brasileira e se esses conceitos estavam corretamente representados por cada item do instrumento.

A equivalência semântica foi avaliada através de duas traduções e duas retrotraduções independentes, confecção da versão-síntese por uma tradutora juramentada, técnica de grupos focais e pré-testes com 35 indivíduos. Durante todo o processo, foram realizadas mais quatro discussões com o grupo de especialistas, a fim de analisar os resultados de cada etapa, discutir os itens de maior dificuldade e adequá-los ao contexto da cultura-alvo. A equivalência operacional foi verificada através dos pré-testes e, posteriormente, durante as entrevistas para avaliação da confiabilidade.

#### 9.3.1 Tradução

O instrumento foi submetido à tradução para o Português em duas versões independentes. As traduções foram realizadas por dois profissionais liberais, que foram informados do objetivo da pesquisa. Ambos são brasileiros, fluentes nos dois idiomas, e moraram por pelo menos dois anos em países de língua inglesa.

#### 9.3.2 Retrotradução

As versões em Português da seção A do CAMDEX-R foram retrotraduzidas para o Inglês por outros dois profissionais independentes, não atuantes na área de saúde e que não tiveram acesso ao instrumento original. As versões foram realizadas por um americano, que é fonte nos dois idiomas, e por uma brasileira, que é bacharel e licenciada em Inglês-Português e coordenadora geral de um curso de línguas estrangeiras.

A quinta avaliadora, brasileira e tradutora juramentada, elaborou a versão-síntese, a partir da comparação entre a entrevista original, as traduções e retrotraduções, sem ter tido qualquer contato com os profissionais das etapas anteriores.

### 9.3.3 Versão-síntese final

Um grupo multidisciplinar da área de geriatria, que apresenta amplo conhecimento dos critérios de demência, do CAMDEX-R e da língua inglesa, analisou a versão-síntese. A comparação desta versão com o instrumento original transcende a literalidade dos termos e inclui aspectos mais sutis, como o impacto que eles têm no contexto sócio-cultural da população brasileira.

Foram realizadas duas reuniões no CIPI/UnATI/UERJ. A primeira reunião teve duração de 210 minutos e a segunda de 135 minutos. A reunião foi composta por quatro médicos e uma assistente social. Posteriormente, alguns outros profissionais com experiência nos testes para avaliação de demência foram convidados a participar do trabalho e ouvidos individualmente.

Após as discussões em grupo, algumas alterações foram realizadas, com o objetivo de fazer adequações para melhor interpretação da população-alvo, mas sem alterar o significado geral de cada pergunta do instrumento. Esta etapa finalizou o processo para elaborar a versão-síntese final.

### 9.3.4 Grupos focais

Os itens com maior dificuldade para adaptação transcultural identificados na etapa anterior – 20 no total, foram selecionados para discussão em grupos focais; os itens que tiveram esta abordagem foram os de número 15, 18, 19, 23, 48, 50, 52, 54, 56, 57, 59, 61, 63, 74, 80, 82, 84, 97, 101 e 109 (anexo 2).

Os grupos focais foram constituídos de indivíduos acima de 60 anos, com boa capacidade cognitiva e funcional. Os idosos foram selecionados dentre os pacientes do Serviço de Geriatria e alunos dos cursos para idosos do Centro de Convivência da UNATI.

Existem diferenças no perfil de idosos que frequentam estes dois ambientes. No Serviço de Geriatria, os idosos são indivíduos portadores de doenças crônicas, em tratamento e reabilitação. De uma forma geral, têm idade mais avançada e menor escolaridade. Por outro lado, no Centro de Convivência da UnATI, os indivíduos têm um perfil mais jovem, com maior escolaridade e melhor nível socioeconômico.

Como os testes para investigação cognitiva sofrem influência do nível sociocultural e da escolaridade, todos os grupos focais e os pré-testes foram constituídos de indivíduos oriundos dos dois ambientes acima referidos, a fim de englobar esta diversidade.

Os convites para participação nos grupos focais foram realizados por via telefônica e 62% compareceram à reunião. Foram realizados sete grupos, totalizando 52 idosos. Sua duração média foi de 77 minutos. A idade média encontrada nos grupos foi de 72,8 anos e 6,9 anos de escolaridade. A seguir, encontra-se, na tabela 1, o número de participantes, a idade, a escolaridade média e a duração de cada reunião.

Tabela 1: Perfil dos participantes dos grupos focais

<b>Grupo focal</b>	<b>Participantes (n)</b>	<b>Duração (min)</b>	<b>Idade média (anos)</b>	<b>Escolaridade média (anos)</b>
1	8	120	76,5	7,0
2	7	90	75,5	5,0
3	7	90	71,8	4,6
4	9	70	73,5	4,6
5	8	60	70,2	8,3
6	6	60	68,8	12,5
7	7	55	72,3	7,2

### 9.3.5 Pré-testes

As questões discutidas com os idosos nos grupos focais foram analisadas pelo grupo multidisciplinar da geriatria. Foram avaliadas, principalmente, a aceitabilidade de cada item e as sugestões elaboradas pelos grupos, considerando o perfil sócio-cultural do idoso brasileiro atendido em uma unidade geriátrica. Esta reunião teve duração de cerca de 100 minutos e teve como produto final a versão pré-teste.

Esta versão foi aplicada pela pesquisadora principal (DAL) em 35 idosos, dos quais 20 eram pacientes atendidos regularmente no CIPI/UnATI/UERJ e 15 alunos que freqüentavam a

UnATI. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam quadro de demência, depressão, déficit sensorial grave ou qualquer doença incapacitante que prejudicasse a comunicação com a entrevistadora.

Além de responderem todas as perguntas do instrumento, os idosos foram questionados quanto à compreensão e pertinência dos itens. Foram, ainda, encorajados a parafrasear e sugerir perguntas que fossem consideradas mais difíceis. Em algumas situações, foram estimulados a justificar suas respostas. Os pré-testes têm como objetivo verificar, na prática, a percepção e o efeito do instrumento proposto na população-alvo e verificar a pertinência das perguntas, visando um equilíbrio entre acurácia das traduções e a naturalidade das expressões.

Outra importante função dos pré-testes é a avaliação da equivalência operacional, tendo sido consideradas adequadas a modalidade de entrevista face-a-face e as opções de resposta dos itens.

A duração média dos pré-testes foi de 35 minutos, tendo sido a entrevista mais curta de 25 minutos e a mais longa de 55. A média de idade foi de 76,7 anos (mínimo: 66 e máximo: 90). A maior parte dos entrevistados não concluiu o ensino fundamental e a escolaridade média encontrada foi 5,9 anos, embora três idosos tenham concluído o curso superior (nas áreas de Direito, Serviço Social e Pedagogia).

As questões mais problemáticas foram discutidas novamente pelo grupo multidisciplinar de especialistas, em uma reunião com duração de 130 minutos, que concluiu esta etapa do estudo e elaborou a versão-final (anexo 3).

#### 9.3.6 Análise Crítica da Primeira Fase

Após todas as etapas do processo de tradução e adaptação, 92 itens não sofreram modificações substanciais, tendo sido necessário apenas buscar-se a equivalência semântica, o que corresponde a 74% dos 124 itens do instrumento original.

Três itens (15, 19 e 109) foram completamente modificados, devido às diferenças sócio-culturais das populações em avaliação, e estão descritos no anexo 4. Vinte e quatro itens foram parcialmente modificados e a comparação de suas versões encontra-se no anexo 5.

Cinco itens foram considerados muito extensos e de difícil compreensão nos grupos focais e/ou pré-testes. Desta forma, os itens 18, 23, 26, 27 e 28 foram desmembrados em mais de uma questão.

Em todos os itens, optou-se por utilizar “o Sr(a)”, ao invés do pronome “você” por ser de uso mais formal e considerado mais respeitoso pela população-alvo.

As expressões relativas à orientação temporal, como, por exemplo, “recentemente”, “nos últimos 2 anos” e “hoje em dia” dos itens 29, 30, 32, 33, 56, 57, 58, 60, 65 e 72, foram deslocadas para o início das perguntas para facilitar a compreensão.

Nos itens 38, 55, 73, 85, 87, em que o original é “*How long have you felt this?*” ou “*How long have you experienced this?*”, gerou ambiguidade de tradução pela estrutura da frase e o tempo do verbo em inglês. Poderia ser tanto: “Durante quanto tempo o Sr(a) sentiu isso?” ou “Há quanto tempo o Sr(a) sente isso?” Porém, optou-se pela segunda opção, já que se trata de situação que teve início no passado e pode persistir até o momento.

Foi necessário adaptar a questão 18 pela diferença entre o sistema educacional inglês e o brasileiro. A pergunta sobre “*further education*” se refere à educação recebida depois do Ensino Fundamental, visando preparar o aluno para o ingresso na universidade ou para um emprego. Foi utilizada a expressão “curso técnico”, pois prepara o indivíduo para um ofício de trabalho. Nas discussões com os especialistas, alguns problemas sócio-culturais foram sinalizados, incluindo a desigualdade no acesso ao estudo no país e a baixa escolaridade da população idosa brasileira.

A pergunta 19 foi uma das que mais gerou discordância, já que utiliza termos que não são usados de forma distinta na cultura brasileira, que são: *nursing home*, *residential home* e *sheltered accommodation*. Na prática, todos são usados como instituições asilares. Porém, “*residential home*” é um tipo de acomodação onde os idosos são independentes, tendo sido traduzido como “residencial de idosos”. Por outro lado, o último termo refere-se à acomodação de idosos com distúrbio cognitivo e/ou funcional e foi traduzido como “lar de idosos”.



A pergunta 61 se refere à capacidade do indivíduo de realizar atividades domésticas, que foi traduzida como “preparar uma refeição ou fazer uma xícara de chá”. Entretanto, foi incluído “chá ou café” por este último ser um hábito mais comum na realidade sócio-cultural brasileira.

O termo “*stroke*” foi incluído como “derrame e isquemia cerebral”, além de “acidente vascular encefálico”, e “*heart attack*” como “ataque cardíaco ou infarto” por serem de uso popular.

A expressão “*heavy smoker*” da pergunta 93 foi retirada devido ao estigma de “fumante pesado ou inveterado”, tendo sido substituída por “O senhor já fumou?”. Do mesmo modo, a expressão “*heavy drinker*”, encontrada na pergunta 95, gerou dúvida pelo fato de ser difícil traduzi-la para uma expressão equivalente e que não causasse constrangimento (como, por exemplo, alcoólatra). Optou-se, então, pela reformulação da pergunta para “O Sr(a) já achou que bebia demais?”.

## 9.4 Fase 2: confiabilidade

### 9.4.1 População do estudo

Cento e sessenta indivíduos com 60 anos ou mais que aguardavam atendimento no Serviço de Geriatria foram recrutados. Um auxiliar de pesquisa (AP) apresentava o estudo aos idosos e oferecia participação no projeto, deixando claro que seu atendimento no serviço independia de sua decisão. Caso desejasse aderir ao processo, o idoso recebia informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7) e recebia uma cópia, após assinatura do mesmo. Após a entrevista, era marcado o retorno do indivíduo para o reteste.

### 9.4.2 Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão:

- Ter 60 anos de idade ou mais;
- Ser brasileiro (língua materna, o Português falado no Brasil);
- Ter um MEEM  $\geq$  14 pontos.

Critérios de exclusão:

- Estar em delirium (confusão mental aguda);
- Ser portador de deficiência sensorial grave, quer visual ou auditiva;
- Ter diagnóstico de demência ou depressão graves;
- Ter doença clínica grave ou descompensada que o impossibilite de manter a atenção durante o teste.

#### 9.4.3 Treinamento dos entrevistadores

Quatro entrevistadores foram treinados para padronização da coleta das informações e a correta codificação das respostas, assim como o fluxo do estudo a ser seguido. Algumas entrevistas foram simuladas para a identificação dos itens de mais difícil compreensão e as possíveis dúvidas. O objetivo principal desta fase foi produzir uniformidade entre os entrevistadores. Foi elaborado um manual para aplicação da versão brasileira da seção A do CAMDEX-R, que foi utilizado no treinamento e na aplicação do instrumento, e encontra-se no anexo 6.

#### 9.4.4 Aplicação da versão-final

A entrevista foi realizada com o indivíduo no ambulatório de geriatria, com registro no formulário próprio das respostas e gravação em meio digital de áudio.

Os entrevistadores foram divididos em auxiliares de pesquisa 1 e 2 (AP1 e AP2). O AP1 realizava a entrevista direta com o paciente e preenchia sua folha de respostas, enquanto o AP2 preenchia as respostas através da gravação da entrevista realizada, sem o conhecimento do formulário respondido pelo AP1. Esta etapa é importante para avaliar a confiabilidade inter-aferidor (Szklo & Nieto, 2000). Após cerca de 30 dias, a versão-final era reaplicada nos mesmos indivíduos pelo AP1 para avaliação da confiabilidade intra-aferidor (Szklo & Nieto, 2000).

A confiabilidade inter-aferidor foi avaliada em 130 indivíduos e a teste-reteste em 93 deles.

#### 9.4.5 Análise dos dados

Para definição da confiabilidade inter-aferidor e teste-reteste, foi utilizado o índice *kappa* para cada sub-seção.

A análise da confiabilidade está descrita no artigo a seguir.

## Capítulo 10

---

## 10 ARTIGO

Adaptação para o Português da Seção A do Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – Revised Version (CAMDEX-R) para o diagnóstico de demência.

### RESUMO

Este artigo enfoca a primeira fase da adaptação transcultural da seção A do *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – revised version* (CAMDEX-R), que é uma entrevista para o diagnóstico de demência. A avaliação da equivalência conceitual e de itens envolveu revisão bibliográfica e discussões com especialistas. A avaliação da equivalência semântica constou de: traduções do Inglês para o Português, e retrotraduções, com análise das versões e da original; encontros com experts; discussão com 52 idosos através da técnica de grupos focais; nova reunião de especialistas; pré-teste com 35 idosos; produção da versão-final. Para avaliar a estabilidade, a versão-final foi aplicada a 160 pacientes. A confiabilidade inter-aferidor foi quase perfeita nas sub-seções do estado clínico atual e nos itens individuais da história patológica pregressa (HPP). A confiabilidade teste-reteste foi moderada ou superior nas sub-seções e foi quase perfeita ou substancial em 70% dos itens da HPP. A versão brasileira apresentou boa equivalência com o original e bons níveis de confiabilidade.

Palavras-chave: questionário, tradução (processo), confiabilidade, demências.

**ABSTRACT**

Cross-cultural adaptation of Section A of the Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – Revised Version (CAMDEX-R) for dementia diagnosis.

This article concerns the first phase of the cross-cultural equivalence of Section A of *The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – revised version (CAMDEX-R)*, which is a clinical interview for dementia diagnosis. Evaluating conceptual and item equivalences involved literature review and expert groups. The appraisal of semantic equivalence involved: translations of the original into Portuguese and back translations, and analyses of the versions; meetings with specialists; discussions with 52 elders through the focal groups' technique; further meeting with experts; pre-testing on 35 elders; elaboration of the final version. For the reliability analysis, the final version was applied to 160 patients. The inter-observer reliability was almost perfect in all sub-sections of present state and each items of the past medical history. The test-retest reliability was moderate or higher in the sub-sections and substantial or almost perfect agreement in 70% of the items of past history. The Brazilian version has a satisfactory equivalence with the original and has good levels of reliability.

Key words: questionnaire, translating, reliability, dementias.

## Introdução

As demências se tornaram um importante problema de saúde pública devido ao aumento da sua prevalência, associado à transição demográfica e epidemiológica, e aos aspectos clínicos da doença, geradores de incapacidade cognitiva e funcional, e a alterações comportamentais (Morris, 2005). A síndrome demencial produz seus efeitos também sobre os cuidadores dos pacientes, em decorrência da perda de produtividade e as consequências sobre a sua própria saúde (Garrido et al., 2004).

Estima-se que a prevalência das demências em indivíduos com 65 ou mais anos de idade, nos países desenvolvidos, seja de 6% (Rocca et al., 1998). No Brasil, além da escassez de dados epidemiológicos, a inexistência de dados que contemplem todo o território nacional e as dificuldades metodológicas nos estudos populacionais existentes dificultam conclusões abrangentes. No estado de São Paulo, a prevalência média de quadros demenciais foi 7,1% (Montaño et al., 2001 e Herrera et al., 1998), sendo a Doença de Alzheimer a causa mais comum.

Segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994), a característica essencial da demência é o desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, que incluem comprometimento da memória e pelo menos uma das seguintes alterações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou alteração do funcionamento executivo. Os déficits cognitivos comprometem o funcionamento ocupacional ou social e representam um declínio em relação ao nível prévio de funcionamento. O diagnóstico não deve ser feito se os déficits cognitivos ocorrem exclusivamente durante o curso de um delirium.

A síndrome demencial é muitas vezes subdiagnosticada (Pisiani et al., 2003), devido às dificuldades no diagnóstico diferencial entre as alterações fisiológicas do envelhecimento, o déficit cognitivo leve e a fase inicial da doença (Kukull & Bowen, 2002). Além disso, o quadro demencial pode, frequentemente, interferir na percepção subjetiva dos déficits pelo indivíduo (Neri et al., 1998). O diagnóstico de demência é essencialmente clínico e não há ainda um marcador biológico que seja capaz de defini-la claramente.

A entrevista clínica é um dos principais instrumentos para o diagnóstico de demência (Demers et al., 2000). Uma avaliação clínica, cognitiva, comportamental, funcional e social deve ser obtida quando houver queixa de perda de memória, de confusão mental ou de um declínio na habilidade para desempenhar tarefas cotidianas (Resnikoff, 2001). Os testes estruturados, sejam as entrevistas com o paciente e com o informante, sejam os testes neuropsicológicos, são bastante valiosos para uma completa investigação diagnóstica.

O *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – revised version* (CAMDEX-R) é um instrumento estruturado para a abordagem clínica dos pacientes sob investigação de demência. A adaptação transcultural do teste neuropsicológico e da entrevista com o informante contidos neste instrumento foi realizada em projetos de outros autores (Paradela, 2006 e Sampaio, 2007), como parte de um programa de investigação para validação de instrumentos de avaliação cognitiva e funcional em idosos ambulatoriais. As demais seções do instrumento, referentes a exame físico, exames complementares e informações adicionais da avaliação, não sofrem interferência cultural e serão objeto de tradução direta, processo já em andamento.

Desta forma, concluído o presente estudo, ele irá compor, junto do trabalho realizado com as demais seções, a versão brasileira do CAMDEX-R, a ser oportunamente publicada.

O presente artigo tem como objetivo descrever o processo de adaptação transcultural, da versão para o português da entrevista clínica com o indivíduo (seção A) do CAMDEX-R e determinar a confiabilidade interaferidor e teste-reteste, como parte deste processo.

## **Metodologia**

### O Instrumento

O *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX) foi desenvolvido e publicado em 1986, com a proposta de diagnosticar casos de demência em idosos, desenvolver medições confiáveis da extensão e gravidade do déficit cognitivo e avaliar as alterações comportamentais e a adaptação do indivíduo às atividades de vida diária (Roth et al, 1986).



A versão revisada do instrumento, CAMDEX-R, foi estruturada pelo mesmo grupo de Geriatria e Psicogeriatria de Cambridge (Roth et al., 1998) e incorporou ao teste o diagnóstico diferencial de outros tipos de demência, tais como a demência dos Corpos de Lewy e a demência frontal (Ballard et al., 1999; Lozano et al., 2000; Heinik & Solomesh, 2007).

Este instrumento inclui a entrevista com o paciente e com o informante e a bateria de testes neuropsicológicos. A avaliação é extensa, composta de 391 itens, que estão divididos em nove seções. Por esta razão, não se constitui um teste para rastreio, mas sim destina-se à avaliação dos casos onde há dúvida diagnóstica.

A seção A é a entrevista com o indivíduo e é o objeto do presente estudo. A seção B é a avaliação cognitiva e constitui o Cambridge Cognitive Examination na versão revisada (CAMCOG-R). É uma bateria neuropsicológica breve, composta por 72 itens, cujo objetivo é diagnosticar graus leves de prejuízo cognitivo (Cullum et al., 2000). O ponto de corte 79/80 apresenta sensibilidade e especificidade de 92% e 96%, respectivamente (Roth et al., 1998). Na seção C, são relatadas as observações do entrevistador e o exame físico é descrito na seção D. A seção E consiste nos registros dos exames laboratoriais e radiológicos e, na seção F, de todas as medicações em uso. A seção G corresponde às informações extras obtidas durante o atendimento. A seção H é a entrevista com o informante, que compreende a investigação da alteração cognitiva, comportamental e funcional do paciente junto com um familiar ou algum acompanhante que conheça bem o paciente. Na seção I, é registrada qualquer informação relevante que não se enquadrar às perguntas estruturadas prévias.

A seção A corresponde a uma entrevista estruturada para a abordagem clínica dos pacientes e é composta por sub-seções com perguntas direcionadas ao seu estado físico e mental atual, incluindo avaliação das funções cerebrovasculares, do sono, distúrbio do humor e investigação das atividades funcionais cotidianas. A seguir, é investigada sua história patológica progressiva e a história familiar, incluindo fatores de risco, manifestações psiquiáticas e tratamentos realizados.

Esta entrevista não foi constituída para ser uma escala e, portanto, não há ponto de corte para o diagnóstico. Ela é organizada para elaboração de uma impressão clínica. É composta de

124 itens, numerados de 14 a 138, e deve ser de aplicada face-a-face por um profissional treinado.

### Primeira Etapa: Tradução e Adaptação

Após autorização para uso do CAMDEX-R pelo autor responsável pelo trabalho original, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/HUPE/UERJ).

Na primeira etapa do trabalho, dentro da abordagem universalista proposta por Herdman et al. (1998), foram aplicadas estratégias no sentido de se buscar as equivalências conceitual, de item e semântica (Moraes et al., 2002, Hasselmann et al., 2003, e Reichenheim et al., 2003).

O instrumento original foi submetido à tradução para o Português em duas versões independentes, que foram realizadas por dois brasileiros, fluentes nos dois idiomas. As versões em Português foram retrotraduzidas para o Inglês por outros dois profissionais independentes (um americano e um brasileiro) e que não tiveram acesso ao instrumento original. A quinta avaliadora, brasileira e tradutora juramentada, elaborou a versão-síntese, a partir da comparação entre a entrevista original, as traduções e retrotraduções, sem ter tido qualquer contato com os profissionais das etapas anteriores.

Um grupo multidisciplinar da área de geriatria e gerontologia, com amplo conhecimento dos critérios de demência, do CAMDEX-R e da língua inglesa, analisou a versão-síntese. Foram realizadas algumas alterações, com o objetivo de melhor adequá-las à população-alvo, mas sem alterar o significado geral de cada pergunta do instrumento.

As questões com maior dificuldade para adaptação, identificadas na etapa anterior, foram selecionadas para discussão em grupos focais. Foram discutidos 20 itens em cada reunião (Tabela 1).

Tabela 1: Itens abordados nos grupos focais

<b>Sub-seção</b>	<b>Item</b>	<b>Objeto</b>
Identificação	15	Idade atual
	18	Nível de escolaridade
	19	Moradia
Função Cerebrovascular	23	Déficit neurológico focal
Humor Deprimido	48	Ideação ou tentativa suicida
Ansiedade	50	Irritabilidade
	52	Ansiedade
	54	Ataque de pânico
Atividades Diárias	56	Dificuldade para iniciar movimento
	57	Lentidão da marcha
	59	Alteração da expressão facial
	61	Dificuldade para realizar tarefas domésticas
	63	Incontinência urinária
Paranóia e Características Psicóticas	74	Alucinações auditivas
	80	Delírio de perseguição
	82	Delírio
	84	Delírio hipocondríaco ou niilista
Histórico Médico Passado	97	Uso de psicotrópicos
	101	Inconsciência por reação adversa a medicamento
Histórico Médico Familiar	109	Organização familiar (irmãos)

Os grupos focais foram constituídos de indivíduos acima de 60 anos, com boa capacidade cognitiva e funcional, que foram selecionados dentre os pacientes de um ambulatório público de geriatria, e entre os participantes de um centro de convivência público para idosos. Os convites para participação nos grupos focais foram realizados por via telefônica e 62% compareceram à reunião. Foram realizados sete grupos, totalizando 52 idosos. Sua duração média foi de setenta e

sete minutos. A média de idade encontrada nos grupos foi de 72,8 anos e a média de escolaridade foi de 6,9 anos.

As questões discutidas com os idosos nos grupos focais foram, posteriormente, analisadas pelo grupo multidisciplinar da geriatria, considerando, principalmente, a aceitabilidade de cada item e as sugestões elaboradas, resultando em uma nova versão.

Esta versão pré-teste foi aplicada em 35 idosos, oriundos do ambulatório e do centro de convivência. Foram excluídos os indivíduos que apresentavam quadro de demência, depressão, déficit sensorial grave ou qualquer doença incapacitante que prejudicasse a comunicação com a entrevistadora. Além de responderem todas as perguntas do instrumento, os idosos foram questionados quanto à compreensão e pertinência dos itens. Foram, ainda, encorajados a parafrasear as perguntas consideradas mais difíceis e, em algumas situações, a justificar suas respostas. A duração média dos pré-testes foi de 35 minutos. A média de idade foi de 76,7 anos e a média de escolaridade encontrada foi 5,9 anos.

As questões mais problemáticas foram discutidas novamente pelo grupo multidisciplinar de especialistas, que concluiu esta etapa do estudo e elaborou a versão-final.

### Segunda Etapa: Confiabilidade

O estudo foi realizado em um ambulatório público de geriatria, no período de Março a Agosto de 2008, com uma amostra de conveniência. Os pacientes eram convidados a participar no dia do atendimento médico ou de outra especialidade gerontológica. Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais; ser brasileiro; e ter um Mini Exame do Estado Mental igual ou maior que 14 pontos. Foram excluídos os pacientes com quadro de *delirium*; deficiência sensorial grave; diagnóstico de demência ou depressão graves; ou doença clínica grave ou descompensada.

Cento e sessenta indivíduos concordaram em participar, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram submetidos à entrevista face-a-face, que também foi gravada em áudio. Um auxiliar de pesquisa (AP1) realizava a entrevista diretamente com o paciente e preenchia sua folha de respostas; outro auxiliar de pesquisa (AP2) preenchia as respostas ouvindo as gravações, sem o conhecimento do formulário preenchido pelo AP1.

Em 130 indivíduos as gravações foram consideradas adequadas e esta foi a amostra com que se calculou a confiabilidade inter-aferidor do teste. Todos os idosos foram convidados a retornar para um novo teste com o mesmo auxiliar de pesquisa, em um período aproximado de 30 dias; 93 deles completaram o estudo de confiabilidade teste-reteste.

Os auxiliares de pesquisa foram duas assistentes sociais, um fisioterapeuta e uma médica geriatra, que foram submetidos a sessões de treinamento para padronização da entrevista. Um manual para aplicação da seção A foi produzido pelos pesquisadores responsáveis, com orientações sobre a aplicação, a codificação das respostas, o preenchimento da folha de respostas e a introdução das subseções e itens.

A confiabilidade foi calculada para cada subseção do instrumento. Os domínios analisados foram: distúrbios do sono (itens 24 a 26), humor deprimido (itens 27 a 48), ansiedade (itens 49 a 55), cognição (itens 64 a 70, referentes à memória; e itens 71 a 73, referentes ao funcionamento mental global), e paranóia e características psicóticas (itens 74 a 87).

Para a avaliação da presença da característica em cada sub-seção, considerou-se os critérios do DSM-IV (APA, 1994).

As sub-seções função cerebrovascular (itens 20 a 23) e atividades diárias (itens 56 a 63) não foram avaliadas no seu conjunto pois as questões são muito distintas entre si e não é possível concluir um diagnóstico ao serem analisadas separadamente. As questões relativas ao histórico médico passado (parte 2), também por sua diversidade, foram avaliadas isoladamente item a item. Os demais itens referentes à identificação (itens 14 a 19) e histórico médico familiar (parte 3) não foram submetidos aos testes de confiabilidade.

Para a análise dos dados, foram utilizados o índice *Kappa* ( $k$ ) e os critérios de Landis e Koch (1977) para a sua interpretação: quase perfeita  $> 0,80$ ; substancial de  $0,61$  a  $0,80$ ; moderada de  $0,41$  a  $0,60$ ; regular de  $0,21$  a  $0,40$ ; fraca de  $0,01$  a  $0,20$  e pobre  $0$  ou menos. Os dados foram armazenados e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 12.0.

## Resultados

Após a primeira etapa do estudo, 92 dos 124 itens do instrumento original não sofreram outras modificações, além daquelas produzidas no estabelecimento da equivalência semântica. Foram necessárias outras adaptações em 22% dos itens. As maiores alterações foram realizadas nos itens 15, 19 e 109. Estes itens englobam dados sobre idade, moradia e ordem cronológica dos irmãos, respectivamente, porém as estruturas gerais das perguntas no instrumento original não se aplicavam à população-alvo.

Vinte e quatro itens foram parcialmente modificados durante o processo de equivalência semântica (tabela 2) e cinco itens das sub-seções de identificação, função cerebrovascular, sono e humor deprimido foram desmembrados para melhor compreensão dos indivíduos entrevistados (itens 18, 23, 26, 27 e 28).

Tabela 2: Itens parcialmente modificados no processo de equivalência semântica

<b>Sub-seção</b>	<b>Itens</b>
Função Cerebrovascular	20, 21
Sono	24, 25, 26
Humor Deprimido	29, 32, 37, 48
Ansiedade	52
Atividades de Vida Diária	61, 63
Memória	65, 67, 69
Paranóia e Características Psicóticas	74, 76, 82, 84
Histórico Médico Passado	88, 90, 93, 94, 95

Durante os testes de confiabilidade, a duração das entrevistas variou de 15 a 55 minutos, com média de 30 minutos, tanto na primeira aplicação do instrumento, quanto no reteste.

Não foram observadas diferenças significativas no perfil sociodemográfico dos indivíduos analisados para a confiabilidade interaferidor e naqueles que retornaram para o reteste, através da realização do teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ).

Os participantes do estudo se constituíram predominantemente de mulheres (acima de 70% dos indivíduos), com idade avançada (65% acima de 70 anos) e com mais de 60% da amostra com escolaridade igual ou inferior a quatro anos e renda mensal até um salário-mínimo (Tabela 3).

Tabela 3: Características sociodemográficas dos participantes do estudo de confiabilidade

		Inter-aferidor (n=130)	Teste-reteste (n=93)
Gênero		n (%)	n (%)
	Masculino	36 (27,7)	25 (26,9)
	Feminino	94 (72,3)	68 (73,1)
Idade			
	60-64 anos	4 (3,1)	3 (3,2)
	65-69 anos	15 (11,5)	12 (12,9)
	70-74 anos	26 (20,0)	18 (19,4)
	75-79 anos	35 (26,9)	32 (34,4)
	80-84 anos	30 (23,1)	20 (21,5)
	>85 anos	20 (15,4)	8 (8,6)
Estado civil			
	Solteiro	16 (12,3)	15 (16,1)
	Casado	43 (33,1)	33(35,5)
	Separado	8 (6,2)	8 (8,6)
	Viúvo	63 (48,5)	37 (39,8)
Escolaridade			
	Analfabeto	15 (11,5)	8 (8,6)
	1-4 anos	68 (52,3)	50 (53,8)
	5-8 anos	29 (22,3)	19 (20,4)
	9-11 anos	13 (10,0)	12 (12,9)
	>12 anos	5 (3,8)	4(4,3)
Renda			
	Até 1 SM	78 (60)	56(60,2)
	2-4 SM	47 (36,2)	35 (37,6)
	>5 SM	5 (3,8)	2 (2,2)



A confiabilidade inter-aferidor foi quase perfeita em todos os domínios das sub-seções avaliadas. Em relação ao teste-reteste, a concordância foi substancial nas sub-seções humor deprimido, cognição e paranóia e características psicóticas. Nos domínios distúrbio do sono e ansiedade, o *Kappa* encontrado foi moderado (Tabela 4).

Tabela 4: Confiabilidade inter-aferidor e teste-reteste das sub-seções da seção A do CAMDEX-R

<b>Sub-seção / Domínio</b>	<b>Confiabilidade inter-aferidor (<i>Kappa</i>)</b>	<b>Confiabilidade teste-reteste (<i>Kappa</i>)</b>
Distúrbio do sono	0,984	0,477
Humor Deprimido	0,951	0,629
Ansiedade	0,908	0,579
Cognição	0,938	0,697
Paranóia	0,948	0,637

Em relação aos itens individuais do histórico médico passado, a confiabilidade inter-aferidor foi quase perfeita em todas as questões e o Índice Kappa variou de 0,839 a 1,00. A confiabilidade teste-reteste foi quase perfeita em três itens, substancial em quatro deles e moderada em dois. Apenas no item 100, relativo a efeito colateral grave (síndrome neuroléptica maligna) com uso de um novo medicamento, o Kappa foi regular (Tabela 5).

Tabela 5: Confiabilidade inter-aferidor e teste-reteste dos itens do histórico médico passado da seção A do CAMDEX-R

<b>Item</b>	<b>Objeto</b>	<b>Confiabilidade inter-aferidor (<i>Kappa</i>)</b>	<b>Confiabilidade teste-reteste (<i>Kappa</i>)</b>
88	Infarto Agudo do Miocárdio	0,956	0,754
89	Hipertensão Arterial	0,914	0,768
90	Acidente Vascular Encefálico	1,00	0,591
91	Síncope por Traumatismo crânio encefálico	0,967	0,691
92	Convulsões ou Epilepsia	0,905	0,852
93	Tabagismo	0,839	0,877
94	Etilismo	0,905	0,555
97	Uso de psicotrópicos	1,00	0,726
99	Doença Psiquiátrica	0,974	0,825
100	Reação Adversa a medicamento	1,00	0,354

## Discussão

Este estudo faz parte de um programa de investigação de instrumentos para avaliação cognitiva e funcional em idosos. O processo de adaptação transcultural para o Brasil do CAMDEX-R está em andamento, e as nove partes que o constituem receberam atenção diferenciada, segundo o julgamento dos autores, em função do maior ou menor grau de interferência que o instrumento sofreria no processo de adaptação. Um procedimento semelhante de adaptação transcultural descrito no presente artigo, através do modelo de equivalências, também foi aplicado às seções B (avaliação cognitiva) e H (entrevista com o informante) (Paradela, 2007 e Sampaio, 2007, respectivamente).

O principal aspecto positivo do presente estudo é o fato de que esta versão da seção A foi obtida por meio de um cuidadoso processo de adaptação transcultural, compatível com as rigorosas recomendações metodológicas atuais (Reichenheim, 2007).

Sendo a primeira tradução sistemática da seção A do CAMDEX-R para o português falado no Brasil, após as etapas de tradução, retrotradução, discussão com especialistas, técnica de grupos focais e pré-teste, foram realizadas modificações em 32 itens, a fim de adequar o instrumento para a realidade do idoso brasileiro. Posteriormente, a versão-final foi submetida aos testes de confiabilidade, tendo sido encontrados resultados satisfatórios na confiabilidade interaferidor e teste-reteste, o que reflete a estabilidade desta versão. Somente em um item, relativo à síndrome neuroléptica maligna (item 100), a confiabilidade teste-reteste foi regular, provavelmente por abordar uma patologia muito específica e rara, com uma pergunta considerada vaga pelos pesquisadores.

O CAMDEX-R é um instrumento extenso, cujo objetivo principal é auxiliar no diagnóstico de demência, estando sua aplicação restrita a casos selecionados por suspeita clínica, e não deve ser usado como instrumento de rastreio. A versão revisada apresenta melhor sensibilidade e especificidade em relação à sua versão original (Lozano-Gallego et al, 2000). Por estas características, se fortalece cada vez mais a proposta de utilizá-lo como instrumento de definição diagnóstica, tanto em ambiente clínico, quanto em pesquisa epidemiológica.

Os altos valores obtidos na confiabilidade inter-aferidor sugerem que o instrumento pode ser aplicado por profissionais de saúde não médicos, desde que tenham conhecimento dos critérios de demência e do seu diagnóstico diferencial e recebam treinamento adequado para aplicação da entrevista.

Da mesma forma, a entrevista clínica do CAMDEX-R também pode ser útil no treinamento em geriatria como guia para a anamnese dos pacientes sob suspeita de déficit cognitivo. Esta possibilidade de utilização do instrumento torna-o um forte candidato à incorporação às estratégias de ensino acadêmico das várias profissões e especialidades que lidam com transtornos cognitivos.

Um aspecto metodológico merece consideração quando se examina a confiabilidade de um processo de aferição. Os entrevistadores, cientes do processo de avaliação em curso, tendem a proceder com maior rigor do que em circunstâncias habituais, o que pode superestimar os resultados da confiabilidade inter-aferidor. Naturalmente, este é um aspecto inerente a qualquer procedimento científico: o isolamento dos fenômenos nos laboratórios de pesquisa acaba por criar situações ideais de estudo, muitas vezes produzindo resultados diferentes daqueles obtidos em situações ecológicas. No entanto, os autores não acreditam que isto se constitua num ponto negativo, já que esses resultados devem ser vistos, no que tange à confiabilidade do instrumento, como a tradução do potencial de reprodutibilidade inerente a ele.

Durante todo o processo de equivalência conceitual, de itens e semântica, um problema que foi amplamente discutido foi a influência do nível sociocultural e da escolaridade na compreensão das questões pelos entrevistados. Desta forma, várias adaptações foram realizadas para adequar os itens para uma população de baixa escolaridade. Sem dúvida, por esta razão, a versão final obtida deve ser vista como uma, entre muitas outras possíveis, considerando-se as peculiaridades da população de idosos que participaram do estudo. Portanto, consideramos esta uma outra limitação do estudo: a maioria dos indivíduos tinha idade avançada, baixa escolaridade e freqüentava um ambulatório de saúde da rede pública, tornando a amostra homogênea e não representativa do conjunto da população idosa brasileira. Sugere-se a aplicação desta versão em outros ambientes operacionais (como idosos que vivem na comunidade, atendidos em ambulatórios gerais, hospitalizados e internados em instituições asilares, por exemplo) e em

populações com características demográficas diferentes (idosos mais jovens, com maior escolaridade e melhor nível socioeconômico, por exemplo) para melhor avaliação da sua aplicabilidade e estabilidade nestas outras circunstâncias.

A seção A é uma entrevista com o paciente que fornece uma impressão clínica em relação ao déficit cognitivo e sua aplicação está localizada no contexto do CAMDEX-R. Portanto, seu uso isolado para diagnóstico de síndrome demencial ainda não pode ser recomendado. Para isto, novos estudos seriam necessários.

Embora o diagnóstico dos domínios das sub-seções da história médica atual tenha sido baseado nos critérios do DSM-IV (depressão e distúrbio de ansiedade, por exemplo), não se pode recomendar apenas a utilização das sub-seções para o diagnóstico destas doenças.

A confiabilidade das sub-seções foi moderada ou superior nos retestes, mas foi inferior à observada na inter-afetador em todos os casos. Um dos fatores que podem ser responsáveis por isto foi o intervalo entre as entrevistas. Este intervalo foi definido em 30 dias para evitar o efeito de memória e a influência de mudanças no quadro clínico do paciente. Porém, em alguns casos, os pacientes retornaram posteriormente (até 75 dias depois) devido à dificuldade de locomoção, quer por fatores físicos ou sociais, que foi outra limitação do estudo.

A dificuldade operacional de retorno destes indivíduos também fez com que a amostra estudada para o reteste fosse menor que para a estabilidade inter-afetador. Apesar deste aspecto negativo, não há evidência que este fato tenha comprometido a qualidade dos resultados.

Uma desvantagem da seção A é sua extensão; e muitos participantes (tanto do pré-teste, quanto do estudo de confiabilidade) queixaram-se do tempo de aplicação, o que também pode ter propiciado o não comparecimento ao reteste. Os pesquisadores observaram redundância em muitos itens, principalmente na terceira parte, relativa à história médica familiar. Um estudo posterior deverá avaliar uma versão resumida desta seção.

Estudos adicionais sobre a validade de constructo e de critério deste instrumento completarão a equivalência de mensuração da versão brasileira do teste.

Concluindo, a versão final da seção A do CAMDEX-R foi considerada adequada para uso clínico no contexto linguístico-sócio-cultural da população idosa brasileira, com equivalência satisfatória com o instrumento original e altos níveis de estabilidade no tempo e entre os examinadores.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition, 1994.
2. Ballard CG, Ayre G, O'Brien J et al. Simple standardised neuropsychological assessments aid in the differential diagnosis of dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease and vascular dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 1999; 10:104-8.
3. Cullum S, Huppert FA, Mcgee M et al. Decline across different domains of cognitive function in normal ageing: results of a longitudinal population-based study using CAMCOG. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000; 15(9):853-62.
4. Demers L, Oremus M, Perrault A, Wolfson C. Review of outcome measurement instruments in Alzheimer's disease drug trials: introduction. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2000; 13:161-9.
5. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública*, 2004; 38(6):835-41.
6. Hasselmann MH, Reinchenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(4):1083-93.
7. Heinik J, Solomesh I. Validity of the Cambridge Cognitive Examination-Revised new Executive Function Scores in the diagnosis of dementia: some early findings. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2007; 20(1):22-8
8. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*, 1998; 7:323-35.
9. Herrera Jr E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq Clin*, 1998; 25:70-3.
10. Kukull WA, Bowen JD. Dementia epidemiology. *Med Clin North Am*, 2002; 86:573-90.
11. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. In: *Biometrics*, 1977; 33:159-74.
12. Lozano-Gallego M, Llinàs-Regà J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J. El CAMDEX-R en la evaluación clínica de las demencias. *Actas Esp Psiquiatr*, 2000; 28 (2): 125-9.
13. Montano MB, Loening A, Ramos L, et al. Prevalência de demência em uma coorte de idosos da comunidade. *Arq Neuropsiquiatr*, 2001; 59(3):2.

14. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim M. Adaptação transcultural para o português do instrumento "*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad. Saúde Pública*, 2002, vol.18(1), p.163-176.
15. Morris J. Dementia Update 2005. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2005; 19:100-17.
16. Neri M, Roth M, et al. The validity of informant reports in assessing the severity of dementia: Evidence from the CAMDEX interview. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 1998; 9:56-62.
17. Paradela EMP. Adaptação transcultural para o português do Teste Cognitivo de Cambridge (CAMCOG-R) e desempenho do teste em idosos ambulatoriais [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007; 167 pp.
18. Pisiani MA, Redlich C, et al. Underrecognition of preexisting cognitive impairment by physicians in older ICU patients. *Chest*, 2003; 124:2267-74.
19. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC)* utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad. Saúde Pública*, 2003; vol.19, no.6, p.1701-12.
20. Reichenheim, ME, Moraes, CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, 2007; vol.41, n.4, 665-73.
21. Resnikoff D. Consenso sobre a síndrome de deterioração intelectual e demência: a experiência mexicana. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2001; 53-64.
22. Rocca WA, Cha RH, Waring SC, Kokmen E. Incidence of dementia and Alzheimer's disease: a reanalysis of data from Rochester, Minnesota, 1975-1984. *Am J Epidemiol*, 1998;148(1):51-62.
23. Roth M, Huppert F, Mountjou CQ, Tym E. *CAMDEX-R: The Cambridge examination for mental disorders of the elderly*, 1998. Cambridge University Press.
24. Roth M, Tym E, Mountjoy CO, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R. *CAMDEX: a standardized instrument for the diagnosis of mental disorders in the elderly with special reference to the early detection of dementia*. *British Journal of Psychiatry*, 1986; 149:698-709.



25. Sampaio, SGSM. Tradução, adaptação transcultural e confiabilidade de uma entrevista estruturada com informante para o diagnóstico de demência [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007; 171pp.

## Capítulo 11

---

## 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou fazer uma adaptação transcultural cuidadosa da seção A do CAMDEX-R e, após os testes de confiabilidade, propor a versão brasileira deste instrumento.

Nenhum estudo com uso isolado da seção A com idosos foi localizado. Nesta pesquisa, não se constatou o benefício para tal uso da entrevista clínica do CAMDEX-R. Para o correto diagnóstico das síndromes demenciais, é necessária a aplicação de todo instrumento. A confecção de uma versão reduzida da primeira seção talvez seja vantajosa, já que vários participantes queixaram-se da extensão da entrevista e os pesquisadores observaram que existem alguns itens que poderiam ser condensados, reduzindo o seu número total. Para isto, novos estudos são necessários.

A avaliação da equivalência de mensuração da seção A, além de um estudo da influência de características sócio-demográficas dos indivíduos nos resultados, principalmente a escolaridade, faz parte de um processo já iniciado. Além disso, seria importante avaliar sua psicomетria em outros ambientes operacionais, como hospitais, instituições asilares e ambulatórios gerais.

O estudo do CAMDEX-R está incluído em um programa de investigação de instrumentos de avaliação cognitiva e funcional, e pretende propor a versão brasileira de todo instrumento. Para este fim, o processo de tradução e adaptação das seções B e H já foram concluídos (Paradela, 2007; Sampaio, 2007). As demais seções, por suas características, estão sendo submetidas apenas à equivalência semântica. Num futuro próximo, será avaliada a validade do instrumento como um todo na comunidade.

## Capítulo 12

---

## 12. REFERÊNCIAS

1. Abrisqueta-Gómez JA. Avaliação neuropsicológica nas fases inicial e moderada da demência do tipo Alzheimer. [Tese Doutorado]. Escola Paulista de Medicina 1999. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.
2. Ainslie NK, Murden RA. Effect of education on the clock-drawing dementia screen in non-demented elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 1993; 41:249-52.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – forth edition, 1994.
4. Bailey P. Biological markers in Alzheimer's disease. *Can J Neurol Sci* , 2007;34 Suppl 1:72-6.91594038
5. Ball SL, Holland AJ, Hon J et al. The modified CAMDEX informant interview is a valid and reliable tool for use in the diagnosis of dementia in adults with Down's syndrome. *J Intellectual Disability Research*, 2004.; 48(6):611-20.
6. Ballard CG, Ayre G, O'Brien J et al. Simple standardised neuropsychological assessments aid in the differential diagnosis of dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease and vascular dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 1999; 10:104-8.
7. Behling O & Law KS. Translating Questionnaires and other Research Instruments, 2000; v. 133, Thousand Oaks: Sage Publications.
8. Bertolucci PHF, Okamoto IH, Brucki SMD, Siviero MO, Toniolo JN, Ramos LR.. Applicability of the CERAD Neuropsychological Battery to Brazilian Elderly. *Arq Neuropsiquiatr*, 2001; 59:532-36.
9. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 1968; 114:797-811.
10. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000; 15(11):1021-7.
11. Bottino CMC, Almeida OP, Tamai S et al. CAMDEX - Entrevista estruturada para diagnóstico de transtornos mentais em idosos 1999. Projeto Terceira Idade, Instituto e Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. São Paulo.

12. Bottino CMC, Stoppe A Jr, Scalco AZ et al. Validade e confiabilidade da versão brasileira do CAMDEX. *Arq Neuropsiq*, 2001; 59(3):20.
13. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. preventive service task force. *Ann Intern Med*, 2003; 138: 927-37.
14. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 2003;vol.61,no.3B:
15. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev. Bras. Psiquiatr*, 2002.; 24(1):7-10.
16. Carr DB, Gray S, Baty J, Morris JC. The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology*, 2000; 55,105:1724-26.
17. Chaves MIF. Diagnóstico diferencial das doenças demenciais. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*, 2001; 81-104.
18. Christensen MD, White HK. Dementia assessment and management. *J Am Med Dir Assoc*, 2006; 7(2): 109-18. Review.
19. Corrada M, Brookmeyer R, Kawas C. Sources of variability in prevalence rates of Alzheimer's disease. *Int J Epidemiology* , 1995; 24: 1000-5.
20. Craft S, Cholerton B, Reger M. Aging and cognition: what is normal? In: Hazzard WR et al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5<sup>th</sup> ed, 2003:1355-72.
21. Cullum S, Huppert FA, Mcgee M et al. Decline across different domains of cognitive function in normal ageing: results of a longitudinal population-based study using CAMCOG. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000; 15(9):853-62.
22. Demers L, Oremus M, Perrault A, Wolfson C. Review of outcome measurement instruments in Alzheimer's disease drug trials: introduction. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2000; 13:161-9.
23. Derouesné C, Thibault S, Lagha-Pierucci S, Baudouin-Madec V, Ancrì D, Lacomblez L. Decreased awareness of cognitive deficits in patients with mild dementia of the Alzheimer type. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1999; 14:1019.
24. Erzigkeit H. The SKT: a short cognitive performance test as an instrument for the assessment of clinical efficacy of cognition enhancers. In Bergener M, Reisberg B, eds. *Dignosis and treatment of senile dementia*. Berlin: Springer-Verlag; 1989.

25. Fabrigoule C, Lafont S, Letteneur L, Dartigues JF. WAIS similarities subtest performances as predictors of dementia in elderly community residents. *Brain Cog*, 1996;30:323-6.
26. Ferri CP, Prince M, Brodaty H, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 2005; 366:2112-7.
27. Flaks MK, Yassuda MS, Regina AC, Cid CG, Camargo CH, Gattaz WF, et al. The Short Cognitive Performance Test (SKT): a preliminary study of its psychometric properties in Brazil. *Int Psychogeriatr*, 2006; 18 (1): 121-33.
28. 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; 12:189-98.
29. Foss MP, Vale FAC, Speciali JG. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para Avaliação de Demência (Mattis Dementia Rating Scale - MDRS). *Arq. Neuro-psiquiatr*, 2005; 63(1): 119-26.
30. Galo S, Hendrie HC, Hallk S, Hui S. The relationship between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer's disease: a metaanalysis. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 55:809-15.
31. Ganguli M, Ratcliff G et al. Effects of age, gender, and education on cognitive tests in a rural elderly community sample: norms from the Monongahela Valley Independent Elders Survey. *Neuroepidemiology*, 1991; 10:42-52.
32. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública*, 2004; 38(6):835-41.
33. Graves AB, Larson EB, Edland SD, et al. Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King County, Washington State: the Kame project. *Am J Epidemiology*, 1996;144:760-71.
34. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*, 1993; 46:1417-32.
35. Hasselmann MH, Reinchenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1)*, usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(4):1083-93.
36. Hebert LE, Scherr PA, McCann JJ, et al. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men? *Am J Epidemiology*, 2001;153:132-6.

37. Heinik J, Solomesh I. Validity of the Cambridge Cognitive Examination-Revised new Executive Function Scores in the diagnosis of dementia: some early findings. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2007; 20(1):22-8
38. Hendrie HC, Hall KS et al. The CAMDEX: A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly: a replication with a US sample. *JAGS*, 1988; 36:402-8.
39. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*, 1998; 7:323-35.
40. Herrera Jr E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq Clin*, 1998; 25:70-3.
41. Heston LL, Mastri AR. The genetics of Alzheimer disease: association with hematologic malignancy and Down's syndrome. *Arch of General Psychiatry*, 1977; 34:976-81.
42. Hoffman A, Rocca WA, Brayne C, 1991. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J Epidemiol*; 20:736-48.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008). [Acesso em 31/01/09] Disponível na Internet no endereço eletrônico: <http://www.ibge.org.br>.
44. Instituto Paulo Montenegro. Indicador de Analfabetismo Funcional (INAF). [Acesso em 15/08/09] Disponível na Internet no endereço eletrônico: <http://www.ipm.org.br>.
45. Isella V, Villa L, Russo A, Regazzoni R, Ferrarese C, Appollonio IM. Discriminative and predictive power of an informant report in mild cognitive impairment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 166-71.
46. Jagger C, Clarke M, Anderson J, Battcock T. Misclassification of dementia by the minimal state examination--are education and social class the only factors? *Age Ageing*, 1992; 21:404-11.
47. Jorm AF, Jolly D. The incidence of dementia: a metaanalysis. *Neurology*, 1998; 51:728-33.
48. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2008;13(4):1107-11.
49. Kawas CH. Alzheimer's disease. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG (eds.) *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4<sup>th</sup> ed. New Baskerville: Mc Graw-Hill, 1999; 1257-69.



50. Kipps CM, Hodges JR. Cognitive assessment for clinicians. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005; 76 Suppl 1: 22-30. Review.
51. Kiyohara Y, Yoshitake T, Kato I, et al. Changing patterns in the prevalence of dementia in a Japanese community: the Hisayama study. *Gerontology*, 1994;40(Suppl 2):29-35.
52. Koivisto K, Helkala EL, Reinikainen KJ, Hanninen T, Mykkanen L, et al. Population-based dementia screening program in Kuopio: the effect of education, age, and sex on brief neuropsychological tests. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 1992; 5:162-71.
53. Komahashi T, Ohmori K, Nakano T, et al. Epidemiological survey of dementia and depression. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 1994;48:517-26.
54. Kukull WA, Bowen JD. Dementia epidemiology. *Med Clin North Am*, 2002; 86:573-90.
55. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. In: *Biometrics*, 1977; 33:159-74.
56. Leifer BP. Early diagnosis of Alzheimer's Disease: clinical and economic benefits. *J Am Geriatr Soc*, 2003; 51:S281-8.
57. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr*, 2002; 60 (1):60-9.
58. Lourenço RA, Ribeiro Filho ST, Moreira IFH, Paradela EMP, Miranda AS. The Clock-Drawing Test: performance among low-educational level older people. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2008 (São Paulo); v.30, p.309 - 15.
59. Lourenço RA, Ribeiro Filho ST. The accuracy of the Mini-Cog in screening low-educated elderly for dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2006; v.54, p.376 -7.
60. Lourenço RA. Validação do Mini-exame do Estado Mental em uma unidade ambulatorial de saúde [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002; 137 pp.
61. Lozano-Gallego M, Llinàs-Regà J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J. El CAMDEX-R en la evaluación clínica de las demencias. *Actas Esp Psiquiatr*, 2000; 28 (2): 125-9.
62. Machado JCB. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FA, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 133-47.

63. Mackenzie DM, Copp P, Shaw RJ, Goodwin GM. Brief cognitive screening of the elderly: a comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE), Abbreviated Mental Test (AMT) and Mental Status Questionnaire (MSQ). *Psychol Med*, 1996; 26:427-30.
64. Manos PJ, Wu R. The ten point clock test: a quick screen and grading method for cognitive impairment in medical and surgical patients. *Int J Psychiatry Med* 1994; 24(3):229-44.
65. Marcantonio E. Dementia. In: Goetz CG, Pappert AJ. Goetz: textbook of clinical neurology. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1999; 357-65.
66. Mattis S. Dementia Rating Scale. Professional Manual, 1988. Florida: Psychological Assessment Resources
67. Mattis S. Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patient. In Bellak L, Karasu TB (eds). *Geriatric psychiatry: a handbook for psychiatrists and primary care physicians*, 1976. New York: Grune & Stratton:77-121.
68. Mirrs SS, Heyman A, Mckeel D, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part II. Standardization of the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, 1991; 41:479-86.
69. Montano MB, Loening A, Ramos L, et al. Prevalência de demência em uma coorte de idosos da comunidade. *Arq Neuropsiquiatr*, 2001; 59(3):2.
70. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim M. Adaptação transcultural para o português do instrumento "*Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad. Saúde Pública*, 2002, vol.18(1), p.163-176.
71. Morris J. Dementia Update 2005. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2005; 19:100-17.
72. Morris JC, Edland S, Clark C, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part IV. Rates of cognitive change in the longitudinal assessment of probable Alzheimer's disease. *Neurology*, 1993; 43:2457-2465.
73. Morris JC, Heyman A, Mohs RC, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, 1989; 39:1159-65.
74. Neri M, Roth M, et al. The validity of informant reports in assessing the severity of dementia: Evidence from the CAMDEX interview. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 1998; 9:56-62.
75. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CM et al. Diagnosis of Alzheimer's disease in Brasil: cognitive and functional evaluation. Recommendations of the Scientific Department of Cognitive

Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Arq Neuropsiquiatr*, 2005; 63(3A):720-7.

76. Nitrini, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Rev. Bras. Psiquiatria*, 1999, v.26, n.5, p.262-7.

77. Ostbye T, Hill G, Steenhuis R. Mortality in elderly Canadians with and without dementia: a 5-year follow-up. *Neurology*, 1999; 53 (3): 521-6.

78. Ostrosky-Solis F, Ardila A, Roselli M. NEUROPSI: A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *J Intern Neuropsychol Soc*, 1999; 5 (5): 413-33.

79. Paradela EMP. Adaptação transcultural para o português do Teste Cognitivo de Cambridge (CAMCOG-R) e desempenho do teste em idosos ambulatoriais [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007; 167 pp.

80. Park J, Ko HJ, Park YN, Jung C. Dementia among the elderly in a Korean community. *Br J Psychiatry*, 1994;164:796-801.

81. Peskind ER, Griffin WS, Akama KT, Raskind MA, Van Eldik LJ. Cerebrospinal fluid S100B is elevated in the earlier stages of Alzheimer's disease. *Neurochem Int* 2001; 39 (5-6): 409-13

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

83. Pisani MA, Redlich C, et al. Underrecognition of preexisting cognitive impairment by physicians in older ICU patients. *Chest*, 2003; 124:2267-74.

84. Porto CS, Fichman HC, Caramelli P, et al. Brazilian version of the Mattis dementia rating scale: diagnosis of mild dementia in Alzheimer's disease. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, 2003, vol.61, no.2B, p.339-45.

85. Pouza SL, Regla JL, Franch V, Pinedo LF. The prevalence of dementia in Girona. *Neurology*, 1995;10:189-93.

86. Ready RE, Ott BR, Grace J. Amnesic behavior in dementia: symptoms to assist in early detection and diagnosis. *J Am Geriatr Soc* , 2003; 51: 32-7.

87. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselman MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev. Saúde Pública*, 2000; vol.34, no.6, p.610-6.

88. Reichenheim ME, Moraes CL. Adaptação transcultural do instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad. Saúde Pública*, 2003; vol.19, no.6, p.1701-12.
89. Reichenheim, ME, Moraes, CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública*, 2007; vol.41, n.4, 665-73.
90. Reisberg B, Ferris SH. Brief cognitive rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 1988; 24: 629-36. Resnikoff D. Consenso sobre a síndrome de deterioração intelectual e demência: a experiência mexicana. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2001; 53-64.
91. Resnikoff D. Consenso sobre a síndrome de deterioração intelectual e demência: a experiência mexicana. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2001; 53-64.
92. Ribeiro Filho ST, Lourenço RA. The performance of the Mini-Cog in a sample of low educational level elderly. *Dementia & neuropsychologia*, 2009; v.3, p.81 - 7,.
93. Rocca WA, Bonaiuto S, Lippi A, Luciani P et al. Validation of the Hodkinson abbreviated mental test as a screening instrument for dementia in an Italian population. *Neuroepidemiology*, 1992; 11:288-95.
94. Rocca WA, Cha RH, Waring SC, Kokmen E. Incidence of dementia and Alzheimer's disease: a reanalysis of data from Rochester, Minnesota, 1975-1984. *Am J Epidemiol*, 1998;148(1):51-62.
95. Rosen WG, Mohs RC; Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 1984; 141: 1356-64.
96. Ross GW, Bowen JD. The diagnosis and differential diagnosis of dementia. *Med Clin North Am* 2002; 86:455-76.
97. Roth M, Huppert F, Mountjou CQ, Tym E. *CAMDEX-R: The Cambridge examination for mental disorders of the elderly*, 1998. Cambridge University Press.
98. Roth M, Tym E, Mountjoy CO, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R. *CAMDEX: a standardized instrument for the diagnosis of mental disorders in the elderly with special reference to the early detection of dementia*. *British Journal of Psychiatry*, 1986; 149:698-709.

99. Russel EW, Russel SLK, Hill BD. The fundamental psychometric status of neuropsychological batteries. *Arch Clin Neuropsychol*, 2005; 20:785-94.
100. Sampaio, SGSM. Tradução, adaptação transcultural e confiabilidade de uma entrevista estruturada com informante para o diagnóstico de demência [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007; 171pp.
101. Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr*, 2007, p.1-13.
102. Schultz RR, Siviero MO, Bertolucci PHF. The cognitive subscale of the "Alzheimer's Disease Assessment Scale" in a Brazilian sample. *Braz J Med Biol Res*, 2001; 34 (10):1295-1302.
103. Schultz RR. Desempenho de uma população brasileira na subescala cognitiva da "Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer" (ADAS-Cog). [Dissertação Mestrado], Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 1999.
104. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000; 15(6):548-61. Review.
105. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2002; 7(4): 899-906.
106. Smith-Gamble V et al. Informant reports of changes in personality predict dementia in a population-based study of elderly african americans and yoruba. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2002; 10: 724-32.
107. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Behav Med*, 1999; 24 (4): 147-56.
108. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc*, 1989; 37: 725-9.
109. Szklo M, Nieto FJ. Quality assurance and control. In: *Epidemiology: beyond the basic*, 1999. Jones & Bartlett Pub; 343-404.
110. Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ, Petersen, et al. The Mini-Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance, 1996. *Mayo Clin Proc*; 71:829-37.

111. Teng EL, Manly JJ. Neuropsychological testing: helpful or harmful? *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2005; 19(4):267-71.
112. Tierney MC, Szalai JP, Snow WG, Fisher RH. The prediction of Alzheimer disease – the role of patient and informant perceptions of cognitive deficits. *Arch Neurol*, 1996; 53: 423-7.
113. Veras RP, Coutinho ESF. Estudo da prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos. *Rev Saude Publ*, 1991; 25: 209-17.
114. Veras RP. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. *Rev. Saúde Pública*, 1991; 25(6):476-88.
115. Verhey FR, Huppert FA, Korten EC, Houx P et al. Cross-national comparisons of the Cambridge Cognitive Examination – revised: the CAMCOG-R. *Age Ageing*, 2003; 32:534-40.
116. Wechsler D. *Wechsler Memory Scale Manual – Revised*. San Antonio: Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, 1987.
117. Welsh KA, Butters N, Mohs RC, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part V. A normative study of the neuropsychological battery. *Neurology*, 1994; 44:609-14.
118. Wind AW, Schellevis FG, Van Staveren G, et al. Limitations of the Mini-Mental State Examination in diagnosing dementia in general practice. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997; 12:101-8.
119. Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, Brod MS. Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *J Am Geriatr Soc*, 1989; 37 (8): 730-4.
120. World Health Organization, ICD-10. *Mental and Behavioral Disorders (1992)*. Genebra, Suíça.

## Capítulo 13

---

### 13. ANEXOS

#### **Anexo 1: Versão original da Seção A do Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination – revised version (CAMDEX-R)**

All items must be coded

Codes for missing values:

Subject doesn't know or won't answer      8, 88 or 888

Not asked/ not applicable                      9, 99 or 999

Record time of commencement of interview with subject \_\_\_\_\_

#### Part 1: Questions relating to present state

I would like to begin by checking that the information I have is correct.

14. What is your full name?

Error                      0            8

No error                1            9

15. What was your age last birthday?

*If age is one year out and appears to be referring to age next birthday this may be clarified by questioning.*

Error                      0            8

No error                1            9

16. What is your date of birth?

Error                      0            8

No error                1            9

*If the respondent gives a date of birth which differs from that in your records, check with an informant before coding the answer as incorrect unless the answer given by the respondent is grossly inaccurate.*

**You may skip to cognitive examination if any two of the above questions show error.**

17. How old were you when you left school?

Years:                      8            9

18. Did you have any education or training after school (attending a university or technical school, or any other further education, e.g. nursing)? If so, for how many years? Did you obtain any qualifications?

Years:                      8            9

*Specify highest level*

*Enter years spent in further education which led, or were intended to lead, to a higher academic or professional qualification. Exclude apprenticeships and other forms of craft training. Years spent in part-time education should be divided by two.*



**Rate the subject's level of education compared with others of the same age.**

Minimum statutory schooling or less	1	
Additional education beyond minimum	2	8
University level or equivalent	3	9

19. What are your present living arrangements?

Long-term hospital	0	
Nursing home	1	
Residential home	2	
Sheltered accommodation	3	
Home of relative	4	
Own home with spouse or others	5	
Own home alone	6	8
Other	7	9

**Cerebrovascular function**

Now I would like to ask you some questions about your health and any problems with it.

20. Do you often have headaches (any kind)?

No or rarely	0	8
> once per week	1	9

21. Do you often have dizzy spells?

No or rarely	0	8
> once per week	1	9

22. Have you fallen or left close to falling?

No or rarely	0	8
> once per week	1	9

23. Have you experienced sudden weakness of limbs or face on one side that got better, or sudden loss of sight that got better, or sudden loss of speech that got better?

No	0	8
Yes	1	9

**Sleep**

**For questions 24-26 record a sleep problem only if sleep disturbance is not due to physical problems and if it has been present for at least 2 weeks.**

24. Have you recently experienced difficulty in falling asleep?

No	0	8
Yes	1	9

25. Have you recently become restless or wakelul during the night?

No	0	8
Yes	1	9

26. Has your sleep pattern changed so that you wake early in the morning and seem unable to fall asleep again? Or do you sleep much more than usual?

No	0	
Sometimes	1	8
Most of the time	2	9

*Specify*

*Code early morning if at least 2 hours earlier than usual.*

### **Depressed mood**

**For questions 27-37 record only if symptoms have been present for at least two weeks.**

27. Have you lost your appetite or become much more hungry than usual?

No	0	
Sometimes	1	8
Most of the time	2	9

*Specify*

*Code 'loss of appetite' even if it seems to have been caused by physical ill-health*

28. Have you lost or gained a lot of weight during the last six months?

No	0	
Loss	1	8
Gain	2	9

*Specify*

*Code even if the weight change was caused by physical illness. If weight loss was due to deliberate dieting, code 0. Establish weight change of at least 5% or if a respondent has not weighed recently ask about change in appearance or whether clothes fit less well.*

29. Do you often feel less confident than before to cope with what you have to?

No	0	8
Yes	1	9

30. Do you find it more difficult to make decisions or choices than you used to?

No	0	8
Yes	1	9

31. Have you lost pleasure or interest in doing things you usually cared about or enjoyed?

No	0	
Sometimes	1	8
Most of the time	2	9

*If activities are limited, enquire about enjoyment from visits by friends or other relevant events*

32. Has there been a significant loss in your energy recently and is it harder to get things done?

No	0	8
Yes	1	9

33. Have you preferred recently to remain on your own rather than seek the company of others?

No	0	8
Yes	1	9

34. Do you find it more difficult to concentrate than is normal for you? (e.g. keeping your mind on a conversation, book or TV programme)

No	0	8
Yes	1	9

35. Do you find you talk more slowly than is normal for you?

No	0	8
Yes	1	9

36. Are there times when your thoughts come much more slowly than usual?

No	0	8
Yes	1	9

37. Do you feel sad, depressed or miserable?

No		0
Occasionally	1	8
Most or all of the time	2	9

*If 'no', skip to question 46 and code questions 38-45 as 999 or 9.*

38. How long have you felt like this?

Duration in months:

39. Is there any reason why you have become depressed?

No	1	
Bereavement	2	8
Other	3	9

*Specify if "other".*

40. Is this different from your usual feeling of sadness?

No	0	8
Yes	1	9

41. When you are feeling depressed, can anything cheer you up?

Able to cheer up	0	8
Not able to cheer up	1	9

42. Is the depression so bad that it affects every part of your life; work, friendships, family life?

No	0	8
Yes	1	9

43. Is there any particular time of day when it is worse?

No	0	8
Yes (if morning)	1	9

*Code yes only if depression is worse in the morning.*

44. Do you feel other people are to blame for your unhappiness?

No blame	0	
Blames others	1	8
Blames self	2	9

45. Do you feel worthless or guilty about some of the things you did or mistakes you made in the past?

No	0	
Sometimes	1	8
Most of the time	2	9

46. How do you feel about your future?

Neutral or optimistic	0	8
Pessimistic	1	9

*Code as "neutral" answers like, "I just take one day at a time".*

47. Do you sometimes feel that life is not worth living?

No	0	8
Yes	1	9

*If "no", skip to question 49 and code question 48 as 9.*

48. Have you felt so low that you thought of ending it all? (committing suicide)

No	0	
Occasionally	1	
Recurrent thoughts	2	8
Suicide attempt	3	9

### **Worry/Anxiety**

49. Do you feel more tense and worry more than usual about little things?

No	0	8
Yes	1	9

50. Have you felt more irritable or on edge lately?

No	0	8
Yes	1	9

51. Have there been times lately when you were very anxious or frightened?

No	0	8
Yes	1	9

52. Have there been times lately when you felt anxious and then physically unwell; e.g. when your heart pounded or you felt shaky or sweaty?

No	0	8
Yes	1	9

53. Are there any special situations which make you anxious, e.g. leaving home alone; going into shops or crowds?

No	0	8
Yes	1	9

54. Have you had any attacks of fear or panic when you felt you would collapse or lose control of yourself?

No	0	8
Yes	1	9

*Specify*

*If no positive response to questions 53 and 54, skip to question 56 and code question 55 as 999.*

55. How long have you experienced this?

Duration in months:

### **Everyday Activities**

*Ask questions 56 and 57 only if the patient can talk. If bedfast or chairfast code 9.*

56. In the last year or two have you experienced much hesitation or difficulty in starting to move (e.g. starting to walk or getting out of a chair)?

No	0	8
Yes	1	9

*Code "yes" only if there is a problem in initiating movement, not e.g. arthritic knees*

57. Has your walking become slower in the last year or two?

No	0	8
Yes	1	9

58. Has your handwriting become smaller or shakier in the last year or two?

No	0	8
Yes	1	9

59. Have you noticed when looking in the mirror that the expression of your face has changed?

No	0	8
Yes	1	9

60. Have you needed any help recently to check your change after spending small amounts of money?

No	0	8
Yes	1	9

*Code "yes" only if there is a problem of calculation.*

61. Do you have difficulty with household tasks such as preparing a meal or making yourself a cup of tea?

No	0	
----	---	--

Difficulty	1	8
Impossible	2	9

62. In the opinion of the interviewer, is failure on questions 60 and 61 due to physical impediment (e.g. stroke, severe arthritis) as distinct from cognitive impairment?

Not physical	0	
Partly physical	1	8
Entirely physical	2	9

*If no pairment, code 9.*

63. Do you have difficulty in controlling your bladder?

No	0	
Occasionally wets	1	8
Frequently wets	2	9

### **Memory**

64. Do you have any difficulty with your memory?

No	0	8
Yes	1	9

65. Do you forget where you have left things more than you used to?

No	0	8
Yes	1	9

66. Do you forget the names of close friends or relatives?

No	0	8
Yes	1	9

67. Have you ever been in your own neighbourhood and forgotten your way?

No	0	8
Yes	1	9

*If no difficulty with memory, skip to question 71 and code question 68 as 999 and questions 69-70 as 9.*

68. When did this difficulty begin?

Duration in months:

69. Did it come on suddenly?

Gradual	0	8
Sudden	1	9

70. Has it become better or worse since it started?

Better	0	
Worse	1	8
Remained same	2	9

**General mental functioning**

71. Do you think and talk about the past more than recent events?

No	0	8
Yes	1	9

72. Have you had more difficulty recently in finding the word you want to say, or do you sometimes say the wrong word?

No	0	8
Yes	1	9

*If no difficulty, skip to question 74 and code question 73 as 999.*

73. How long have you experienced this?

Duration in months:

**Paranoid and other psychotic features**

*Some general questions about friendliness of neighbours and others are a useful prelude to asking questions which seek to elicit definitive pathology, e.g. Do you get on well with your neighbours or have you any difficulty?*

74. Do you, or have you ever had, the experience of hearing that other people do not?

No	0	8
Yes	1	9

*Establish presence or absence of hallucinations or delusions and specify content.*

*If "no", skip to question 76 and code question 75 as 999.*

75. When did this start?

Duration in months:

76. Do you ever have the experience of seeing things other people do not?

No	0	8
Yes	1	9

*Establish presence or absence of hallucinations or delusions and specify content.*

*If "no", skip to question 80 and code question 77 as 999 and 78 and 79 as 9.*

77. When did this start?

Duration in months:

78. Was it when you were wide awake?

No	0	8
Yes	1	9

79. Did you think it was real?

No	0	8
Yes	1	9

80. Do you ever believe that people are watching you, spying on you, or plotting against you?

No           0       8  
Yes           1       9

*Establish presence or absence of hallucinations or delusions and specify content.*

*If “no”, skip to question 82 and code question 81 as 999.*

81. How long has this been going on?

Duration in months:

82. Do you ever feel that special messages are being sent to you, for instance on the TV, radio, or that your mind or body are being controlled in other ways?

No           0       8  
Yes           1       9

*Establish presence or absence of hallucinations or delusions and specify content.*

*If “no”, skip to question 84 and code question 83 as 999.*

83. When did this start?

Duration in months:

84. Do you have any peculiar feelings with regard to your body?

No or not delusional           0       8  
Yes ilusional                   1       9

*Establish presence and absence of hypochondriacal or nihilistic delusions.  
If symptoms due to real physical disease code 0.*

*If “no”, skip to question 88 and code question 85 and 87 as 999 and question 86 as 9.*

85. How long have you felt this?

Duration in months:

86. Have you experienced any bodily harassment or interference?

No           0       8  
Yes           1       9

*Establish presence or absence of illusory sexual or other interference.  
Specify.*

*If “no”, skip to question 88 and code question 87 as 999.*

87. How long have you felt this?

Duration in months:

## Part 2: Questions relating to past history

Now I would like to ask you some questions about your health in the past.



88. Have you ever had, or been told by a doctor that you have had, a heart attack?

No	0	
One	1	
Two	2	8
>2	3	9

89. Have you ever been told by a doctor that you have high blood pressure or hypertension?

No	0	8
Yes	1	9

*Do not count high blood pressure in pregnancy*

90. Have you ever been told by a doctor that you have had a stroke?

No	0	
One	1	
Two	2	8
>2	3	9

91. Have you ever suffered a blow on the head which caused you to become unconscious?

No	0	
One	1	
Two	2	8
>2	3	9

*Specify age(s).*

92. Have you ever had fits or epilepsy?

No	0	
Infantile only	1	
Past fits	2	8
Current fits	3	9

*Specify age of onset.*

*I would like to ask you about your smoking and drinking habits.*

93. Have you ever been a heavy smoker, say 20 cigarettes or more a day for a year or more?

No	0	8
Yes	1	9

94. Have you ever had an alcoholic drink and if so what was the most you drank on a regular basis?

No	0	8
Yes	1	9

*Code "yes" for daily consumption of more than 10 units over a period of two weeks.*

*Record daily consumption for each alcohol category:*

Units of beer, lager or shandy:

(1 pint beer/lager = 2 units; 1 pint shandy = 1 unit)

Units of wine, sherry, port, vermouth:

(1 glass = 1 unit)

Units of spirits, liqueurs:

(1 pub measure = 1 unit)

95. Did you ever think you were a heavy drinker?

No	0	8
Yes	1	9

96. Did drinking ever cause you any problems such as losing jobs, relationships or with driving?

No	0	8
Yes	1	9

97. Have you ever taken pills or drugs that you felt you couldn't manage without, such as pills to help you sleep or help you cope?

No	0	
Tranquillisers	1	
Hypnotics	2	
Barbiturates	3	
Stimulants	4	
Others	5	8
More than one type	6	9

*Establish dependence.*

*Specify.*

98. Do you consider yourself a nervous person?

No	0	8
Yes	1	9

*If the respondent seeks clarification ask whether acquaintances have regarded him or her as a nervous person.*

*Record answer.*

99. Have you ever had an emotional or nervous illness requiring treatment?

No	0	
1 episodes	1	
2 episodes	2	
3 episodes	3	
4 episodes	4	
5 episodes	5	
6 episodes	6	8
>6 episodes	7	9

*Include as treatment counselling, psychotherapy and the prescription of psychotropic medication by doctors.*

*Record number of episodes and all relevant information.*

100. Did you ever become acutely ill very soon after being given a new drug by mouth or injection?

No	0	8
Yes	1	9

*Specify.*

*If “no”, skip to question 105 and code questions 101-104 as 9.*

101. Were you unconscious?

No           0     8

Yes           1     9

102. Were you said to be severely confused?

No           0     8

Yes           1     9

103. Did you have a rise in temperature?

No           0     8

Yes           1     9

104. Were you admitted to hospital?

No           0     8

Yes           1     9

*If “yes”, record where and when (medical records to be obtained).*

Part III: Questions relating to family history and past history

*Now I would like to ask about your family, i.e. your blood relatives (include half brothers and sisters).*

105. How many sons did you have? (Living or dead)

Number:           88

None           00     99

106. How many daughters did you have? (Living or dead)

Number:           88

None           00     99

107. How many brothers did you have?

Number:           88

None           00     99

108. How many sisters did you have?

Number:           88

None           00     99

109. What position in the family are you?

Position:           88

Position       00     99

*Code eldest 01; second 02; etc.*

*For the following, record the best estimate.*

110. Is your mother still alive? If so, how old is she?

Age: 888  
 Not alive 000 999

*If mother alive skip to question 112 and code question 111(a) and 111(b) as 999.*

111. (a) About how old was your mother when she died?

Age: 888  
 999

(b) How old were you when your mother died?

Age: 888  
 999

112. Is your father still alive? If so, how old is he?

Age: 888  
 Not alive 000 999

*If father alive skip to question 114 and code question 113 as 999.*

113. (a) About how old was your father when he died?

Age: 888  
 999

*All the following questions are about your close blood relatives: mother, father, brothers, sisters and your own children.*

*Have any of these relatives had to go into an institution because they couldn't look after themselves on account of confusion or difficulty with memory?*

114. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number: 88  
 None 00 99

115. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number: 88  
 None 00 99

Did any of your relatives have a heart attack (or die suddenly or unexpectedly)?

116. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number: 88  
 None 00 99

117. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number: 88  
 None 00 99

Have any of your relatives had a stroke or sudden weakness or speech difficulty?

118. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number: 88

None 00 99

119. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number: 88

None 00 99

Have any of your relatives had high blood pressure?

120. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number: 88

None 00 99

*Do not count high blood pressure in pregnancy.*

121. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Numbers: 88

None 00 99

Have you or any of your family had diabetes?

122. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number: 88

None 00 99

123. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number: 88

None 00 99

124. Subject

No 0 8

Yes 1 9

Have you or any of your family had Parkinson's disease, i.e. marked tremor or stiffness?

125. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number: 88

None 00 99

126. Male relatives: father, brother ( ), sons ( )

Number: 88

None 00 99

127. Subject

No 0 8

Yes            1        9

Do you or anyone in the family have a child with a mental handicap or Down's syndrome?

*Indicate which relative is the parent of the Down's child, e.g. if the subject's sister has Down's syndrome, tick mother and father.*

128. Female relatives: mother, sisters ( ), sons ( )

Number:            88

None            00        99

129. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number:            88

None            00        99

130. Subject

No            0        8

Yes            1        9

Have you or has anyone in the family had leukaemia?

131. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number:            88

None            00        99

132. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number:            88

None            00        99

133. Subject

No            0        8

Yes            1        9

Have you or has anyone in the family had cancer?

134. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number:            88

None            00        99

135. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number:            88

None            00        99

136. Subject

No            0        8

Yes            1        9

*Specify type of cancer.*

Have any of your relatives had emotional or nervous illness requiring treatment?

137. Female relatives: mother, sisters ( ), daughters ( )

Number: 88

None 00 99

138. Male relatives: father, brothers ( ), sons ( )

Number: 88

None 00 99

*Specify type of nervous illness.*

**Anexo 2: Itens da versão síntese-final que foram discutidos nos grupos focais**

15. Qual era sua idade no seu último aniversário?

Erro	0	8
Acerto	1	9

18. O sr.(a) fez curso superior ou algum outro curso depois que concluiu a escola (faculdade, curso técnico ou alguma outra formação adicional, por exemplo, enfermagem)? Em caso afirmativo, por quantos anos? O sr.(a) obteve os certificados de qualificação?

Anos:	8	9
-------	---	---

**Pontue o nível de escolaridade do paciente comparado a outros indivíduos da mesma idade:**

Ensino Fundamental ou menos		1
Educação adicional (curso técnico ou Ensino Médio)	2	8
Nível universitário ou equivalente	3	9

19. Onde o sr.(a) mora atualmente?

Internação de longa duração (hospital)		0
Asilo		1
Residencial de idosos		2
Lar de idosos		3
Casa de parentes		4
Própria casa		5
Própria casa sozinho	6	8
Outra	7	9

23. O sr.(a) já perdeu a força dos membros ou em um lado da face e melhorou, ou teve perda súbita da visão ou da fala e melhorou?

Não	0	8
Sim	1	9

48. O sr.(a) já se sentiu tão mal que pensou em cometer suicídio?

Não		0
Às vezes		1
Frequentemente		2
Tentativa de suicídio		3

50. O sr.(a) tem se sentido mais irritável ou no limite ultimamente?

Não	0	8
Sim	1	9

52. O sr.(a) tem se sentido ansioso e ficou indisposto? Por exemplo: seu coração disparou, ou se sentiu trêmulo, com suor frio?

Não	0	8
Sim	1	9



54. O sr.(a) teve algum ataque de medo ou pânico no qual sentiu que desmaiaria ou perderia o controle de si mesmo(a)?

Não	0	8
Sim	1	9

56. No último ano ou últimos dois anos, o sr.(a) teve mais dificuldade ou hesitou em começar um movimento (ex: começar a andar ou levantar da cadeira)?

Não	0	8
Sim	1	9

57. O seu andar está mais lento no último ano ou nos últimos dois anos?

Não	0	8
Sim	1	9

59. Ao se olhar no espelho, o sr.(a) notou que a expressão de sua face mudou?

Não	0	8
Sim	1	9

61. O sr.(a) tem dificuldade de realizar tarefas domésticas tais como preparar uma refeição ou fazer uma xícara de chá ou café?

Não	0	
Dificuldade	1	8
Impossibilidade	2	9

63. O sr.(a) tem dificuldade em controlar sua urina?

Não	0	
Às vezes perde urina / se molha	1	8
Freqüentemente perde urina / se molha	2	9

74. O sr.(a) ouve ou já ouviu algo que as outras pessoas não ouviram?

Não	0	8
Sim	1	9

80. O sr.(a) acha que tem pessoas lhe observando, espionando ou tramando contra o senhor?

Não	0	8
Sim	1	9

82. O sr.(a) acredita que estão sendo enviadas mensagens especiais ao sr.(a), por exemplo, pela televisão, rádio, ou que seu corpo ou mente estão sendo controlados de alguma outra maneira?

Não	0	8
Sim	1	9

84. O sr.(a) sente alguma coisa estranha no seu corpo?

Não	0	8
Sim	1	9

97. O sr.(a) já tomou medicamentos ou drogas dos quais se sentiu dependente, como remédios para dormir ou para lidar com situações?

Não	0	
Tranquilizantes	1	
Hipnóticos	2	
Barbitúricos	3	
Estimulantes	4	
Outros	5	8
Mais de um tipo	6	9

101. O sr.(a) ficou inconsciente?

Não	0	8
Sim	1	9

109. Qual a sua posição na família (em relação à idade)?

Não	0	8
Sim	1	9

**Anexo 3: Versão brasileira da Seção A do Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination – revised version (CAMDEX-R)**

CAMDEX-R Section A: Entrevista com o paciente

Todos os itens deverão ser codificados

Códigos para questões não respondidas:

Não sabe ou não respondeu 8, 88 ou 888,

Não perguntado / não aplicável 9, 99 ou 999

Hora do início e do final da entrevista com o paciente \_\_\_\_\_

Parte 1: Perguntas relativas ao estado atual

Eu gostaria de começar verificando se a informação que eu tenho está correta.

14. Qual é o seu nome completo?

Erro 0 8

Acerto 1 9

15. Qual é a sua idade atual?

Erro 0 8

Acerto 1 9

16. Qual é a sua data de nascimento?

Erro 0 8

Acerto 1 9

**Você pode passar para o exame cognitivo (parar este teste) se ao menos duas das três questões anteriores estiverem incorretas.**

17. Quantos anos o sr.(a) tinha quando saiu da escola?

Anos: 8 9

18a. O sr.(a) fez curso técnico ou superior após o ensino fundamental?

Não 0 8

Sim 1 9

18b. Em caso afirmativo, por quantos anos?

Anos: 8 9

18c. O sr.(a) obteve diploma?

Não 0 8

Sim 1 9

**Especifique o nível educacional mais alto.**

**Informe os anos de estudo cursados que levaram, ou pretendiam levar, ao curso superior ou à qualificação profissional. Descreva outras formas de aprendizado (por exemplo, cursos de costura, datilografia, etc). Não inclua cursos livres, como cursos da terceira idade (Unati).**

**18d. Pontue o nível de escolaridade do paciente:**

Ensino Fundamental ou menos	1	
Educação adicional (curso técnico ou Ensino Médio)	2	8
Nível universitário ou equivalente	3	9

19. Onde o sr.(a) mora atualmente?

Internação de longa duração (hospital)	0	
Asilo	1	
Residencial de idosos	2	
Casa de parentes	3	
Própria casa com outras pessoas	4	
Própria casa sozinho	5	8
Outros	6	9

**Função Cerebrovascular**

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde e possíveis problemas com ela.

20. O sr.(a) sente dores de cabeça? **Com que frequência?**

Não ou raramente	0	8
Mais de uma vez por semana	1	9

21. O sr.(a) sente tonteiras? **Com que frequência?**

Não ou raramente	0	8
Mais de uma vez por semana	1	9

22. O sr.(a) já caiu ou quase caiu?

Não ou raramente	0	8
Mais de uma vez por semana	1	9

23a. O sr.(a) já teve um lado do corpo ou do rosto paralisado e depois melhorou?

Não	0	8
Sim	1	9

23b. Já teve perda súbita da visão ou da fala e depois melhorou?

Não	0	8
Sim	1	9

Sono

**Para as questões de 24 a 26, registre somente se o problema de sono não estiver relacionado a problema físico e tiver persistido por pelo menos duas semanas.**

24. O sr.(a) tem sentido dificuldade para pegar no sono?

Não	0	8
Sim	1	9

25. O sr.(a) tem ficado inquieto ou sem sono durante a noite?

Não	0	8
Sim	1	9

26a. O sr. (a) passou a acordar muito mais cedo que o habitual e não consegue voltar a dormir?

Não	0	
Às vezes	1	8
A maioria das vezes	2	9

*Considere de manhã cedo quando acordar pelo menos 2 horas mais cedo que o habitual.*

26b. O sr.(a) está dormindo mais que o habitual?

Não	0	
Às vezes	1	8
A maioria das vezes	2	9

### **Humor deprimido**

**Para as questões de 27 a 37, registre somente se os sintomas estiveram presentes por, pelo menos, duas semanas.**

27a. O sr.(a) perdeu seu apetite?

Não	0	
Às vezes	1	8
A maioria das vezes	2	9

*Considere "perda de apetite" mesmo que pareça ter sido causada por doença física.*

27b. Ele aumentou muito (ou não mudou)?

Não	0	
Às vezes	1	8
A maioria das vezes	2	9

28a. O sr.(a) perdeu muito peso nos últimos seis meses?

Não	0	8
Sim	1	9

28b. O sr.(a) ganhou muito peso (ou não mudou)?

Não	0	8
Sim	1	9

*Considere qualquer mudança de peso mesmo que tenha sido causada por doença física. Se a perda de peso decorre de dieta que o próprio paciente esteja fazendo, marque 0. Estabeleça como mudança de peso variação de, no mínimo, 5% ou, caso o paciente não tenha se pesado recentemente, pergunte sobre mudanças na sua aparência ou se as roupas permanecem com o mesmo caimento.*

29. Hoje em dia, o sr.(a) se sente menos confiante em fazer suas tarefas (do que antes)?

Não	0	8
Sim	1	9

30. Hoje em dia, o sr.(a) acha mais difícil tomar decisões ou fazer escolhas (do que antes)?

Não	0	8
Sim	1	9

31. O sr.(a) perdeu o prazer ou o interesse em fazer coisas que normalmente gostava de fazer?

Não	0	
Às vezes	1	8

A maioria das vezes 2 9

*Se o paciente tiver atividades limitadas, investigue sobre a satisfação de receber os amigos em casa ou outros eventos relevantes.*

32. Recentemente, o sr.(a) perdeu a sua disposição e tem sido difícil realizar tarefas?

Não	0	8
Sim	1	9

33. Recentemente, o sr.(a) tem preferido ficar sozinho ao invés de procurar a companhia de outras pessoas?

Não	0	8
Sim	1	9

34. O sr.(a) tem tido mais dificuldade em se concentrar do que o seu normal (por exemplo, manter a concentração em uma conversa, livro ou programa de TV)?

Não	0	8
Sim	1	9

35. O sr.(a) acha que está falando mais lentamente (devagar) do que o seu normal?

Não	0	8
Sim	1	9

36. Há momentos em que seus pensamentos estão muito mais lentos do que o habitual?

Não	0	8
Sim	1	9

37. O sr.(a) se sente muito triste, deprimido ou infeliz?

Não		0
Ocasionalmente	1	8
A maior parte do tempo	2	9

*Caso negativo, vá para a questão 46 e marque 999 ou 9 nas questões de 38 a 45.*

38. Há quanto tempo o sr.(a) se sente assim?

Duração em meses:

39. Existe alguma razão pela qual o sr.(a) ficou deprimido?

Não	1	
Luto	2	8
Outro	3	9

*Especifique "outro".*

40. Esta sensação é diferente de seu sentimento de tristeza habitual?

Não	0	8
Sim	1	9

41. Quando o sr.(a) se sente deprimido, alguma coisa pode animá-lo?

Não	0	8
Sim	1	9

42. A depressão é tão forte que afeta todas as áreas da sua vida; seu trabalho, suas amizades, sua vida familiar?

Não	0	8
Sim	1	9

43. Existe algum momento particular do dia em que isso piora?

Não	0	8
Sim (se for de manhã)	1	9

44. O sr.(a) acha que os outros são culpados pela sua infelicidade?

Nenhum culpado	0	
Culpa os outros	1	8
Culpa si mesmo	2	9

45. O sr.(a) se sente inútil ou culpado por alguma coisa que fez ou por erros do passado?

Não	0	
Às vezes	1	8
A maioria das vezes	2	9

46. Como o sr.(a) se sente em relação ao seu futuro?

Neutro ou otimista	0	8
Pessimista	1	9

47. Às vezes, o sr.(a) acha que não vale a pena viver?

Não	0	8
Sim	1	9

*Caso negativo, vá para a questão 49 e marque 9 na questão 48.*

48. O sr.(a) já se sentiu tão mal que pensou em cometer suicídio?

Não	0	
Às vezes	1	
Frequentemente	2	8
Tentativa de suicídio	3	9

Preocupação / Ansiedade

49. O sr.(a) passou a se sentir mais tenso e preocupado com as pequenas coisas do que o habitual?

Não	0	8
Sim	1	9

50. O sr.(a) tem se sentido mais irritável (ou no limite) ultimamente?

Não	0	8
Sim	1	9

51. O sr.(a) tem se sentido muito ansioso ou com medo ultimamente?

Não	0	8
Sim	1	9

52. O sr.(a) tem se sentido ansioso e ficou indisposto por causa disso? Por exemplo: seu coração disparou, ou se sentiu trêmulo, com suor frio?

Não	0	8
Sim	1	9

53. Existe alguma situação que o deixa ansioso, como por exemplo sair de casa sozinho(a), fazer compras, ou estar em meio a multidões?

Não	0	8
Sim	1	9

54. O sr.(a) já teve algum ataque de medo ou pânico? O sr.(a) sentiu que desmaiaria ou perderia o controle de si mesmo(a)?

Não	0	8
Sim	1	9

*Especifique.*

*Se as repostas das questões 53 e 54 forem negativas, vá para a questão 56 e marque 999 na questão 55.*

55. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

#### **Atividades diárias**

*Somente pergunte as questões 56 e 57 se o paciente puder falar. Se acamado ou em cadeira de rodas, marque 9.*

Agora eu gostaria de saber como o sr.(a) tem lidado com algumas atividades corriqueiras de seu dia-a-dia.

56. Nos últimos dois anos, o sr.(a) teve mais dificuldade, hesitou ou demorou para começar um movimento (por ex: começar a andar ou levantar da cadeira)?

Não	0	8
Sim	1	9

*Codifique "sim" somente se houver problema ao iniciar o movimento, e não dor ou artrite nos joelhos, por exemplo.*

57. Nos últimos dois anos, o sr.(a) está andando mais devagar?

Não	0	8
Sim	1	9

58. Nos últimos dois anos, sua letra ficou menor ou mais trêmula?

Não	0	8
Sim	1	9

59. Ao se olhar no espelho, o sr.(a) notou que a sua expressão facial mudou?

Não	0	8
Sim	1	9

60. Recentemente, o sr.(a) precisou de ajuda para conferir seu troco depois de gastar pequenas quantias em dinheiro?

Não	0	8
Sim	1	9

*Codifique "sim" somente se houver um problema para cálculo.*



61. O sr.(a) tem dificuldade de realizar tarefas domésticas, como preparar uma refeição ou fazer uma xícara de chá ou café?

Não	0	
Dificuldade	1	8
Impossibilidade	2	9

*62. Na opinião do entrevistador, as dificuldades retratadas nas questões 60 e 61 são devidas a impedimento físico (ex: AVC, artrite grave) diferentemente de distúrbio cognitivo?*

<i>Não físico</i>	<i>0</i>	
<i>Parcialmente físico</i>	<i>1</i>	<i>8</i>
<i>Completamente físico</i>	<i>2</i>	<i>9</i>

*Caso não haja incapacidade, marque 9.*

63. O sr.(a) tem dificuldade em controlar sua urina?

Não	0	
Às vezes perde urina / se molha	1	8
Freqüentemente perde urina / se molha	2	9

### **Memória**

É relativamente comum problemas com a memória entre os idosos.

64. O sr.(a) tem algum problema de memória?

Não	0	8
Sim	1	9

65. Hoje em dia, o sr.(a) tem mais dificuldade de lembrar onde deixou as coisas do que antes?

Não	0	8
Sim	1	9

66. O sr.(a) se esquece dos nomes de amigos próximos ou parentes?

Não	0	8
Sim	1	9

67. Alguma vez, o sr.(a) já se perdeu na sua própria vizinhança?

Não	0	8
Sim	1	9

*Aplicar as próximas três perguntas se houver “sim” para qualquer uma das anteriores. Se não houver problema com a memória, vá para a questão 71 e marque 999 na questão 68 e 9 nas questões 69 e 70.*

O sr.(a) me disse que tem problema de memória.

68. Quando esse problema começou?

Duração em meses:

69. Começou de repente ou se desenvolveu gradualmente?

Gradualmente	0	8
Repentinamente	1	9

70. E tem melhorado ou piorado desde que começou?

Melhor	0	
Pior	1	8
Permaneceu o mesmo	2	9

### Funcionamento mental global

71. O sr.(a) pensa e fala mais sobre o passado do que os eventos recentes?

Não	0	8
Sim	1	9

72. Recentemente, o sr.(a) tem sentido mais dificuldade para encontrar a palavra que queria dizer, ou o sr.(a) às vezes diz a palavra errada?

Não	0	8
Sim	1	9

*Se não houver dificuldade, vá para a questão 74 e marque 999 na questão 73.*

73. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

### Paranóia e outras características psicóticas

*Algumas perguntas gerais sobre amizade com vizinhos e vida social são úteis para introduzir as questões que buscam descobrir esta patologia.*

Algumas pessoas têm mania de perseguição ou ouvem vozes.

74. O sr.(a) ouve ou já ouviu vozes que outras pessoas não ouviram?

Não	0	8
Sim	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo, vá para a questão 76 e marque 999 na questão 75.*

75. Quando isso começou?

Duração em meses:

76. Alguma vez, o sr.(a) já viu alguma coisa que outras pessoas não viram?

Não	0	8
Sim	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo, vá para a questão 80 e marque 999 na pergunta 77, e 9 nas questões 78 e 79.*

77. Quando isso começou?

Duração em meses:

78. O sr.(a) estava bem acordado quando aconteceu?

Não	0	8
Sim	1	9

79. Parecia real?

Não	0	8
-----	---	---

Sim 1 9

80. Frequentemente, o sr.(a) acha que tem pessoas lhe observando, espionando ou tramando contra o senhor?

Não 0 8

Sim 1 9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo vá para a questão 82 e marque 999 na questão 81.*

81. Há quanto tempo isso vem acontecendo?

Duração em meses:

82. O sr.(a) acredita que estão sendo enviadas mensagens especiais ao sr.(a) pela televisão, rádio? Ou que seu corpo ou mente estão sendo controlados de alguma outra maneira?

Não 0 8

Sim 1 9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo, vá para a questão 84 e marque 999 na questão 83.*

83. Quando isso começou?

Duração em meses:

84. O sr.(a) tem alguma sensação estranha (**sentimento peculiar**) no seu corpo?

Não ou sem delírios 0 8

Sim, com delírios 1 9

*Estabeleça presença ou ausência de delírios hipocondríacos ou niilistas.*

*Se os sintomas estão relacionados à doença física, marque 0.*

*Caso negativo, vá para a questão 88 e marque 999 nas questões 85 e 87 e 9 na questão 86.*

85. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

86. O sr.(a) já sofreu algum abuso sexual ou agressão física?

Não 0 8

Sim 1 9

*Estabeleça presença ou ausência de agravos sexuais ilusórios ou de outra natureza. Especifique.*

*Caso negativo, vá para a questão 88 e marque 999 na questão 87.*

87. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

## Parte 2: Perguntas relativas ao histórico médico passado

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde no passado.

88. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) sofreu um ataque cardíaco ou infarto?

Não	0	
Um	1	
Dois	2	8
Mais de dois	3	9

89. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) tem pressão alta ou hipertensão?

Não	0	8
Sim	1	9

*Não considere pressão alta durante a gestação.*

90. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) sofreu um derrame, AVC ou isquemia cerebral?

Não	0	
Um	1	
Dois	2	8
Mais de dois	3	9

91. O sr.(a) já sofreu uma pancada na cabeça que o fez desmaiar?

Não	0	
Uma	1	
Duas	2	8
Mais de duas	3	9

*Especifique com qual(is) idade(s).*

92. O sr.(a) já teve convulsões ou epilepsia?

Não	0	
Apenas na infância	1	
Convulsões no passado	2	8
Convulsões no presente	3	9

*Especifique a idade em que começou.*

Eu gostaria de lhe perguntar sobre os hábitos de fumar e beber.

93. O sr.(a) já fumou? **(Em caso afirmativo)** fumou um maço ou mais por dia durante um ano ou mais?

Não	0	8
Sim	1	9

*Faça a segunda apenas se a primeira for afirmativa. Só considere “sim” se a carga tabágica for maior que 1 maço por dia durante, pelo menos, 1 ano.*

94. O sr.(a) já usou bebida alcoólica? **(Em caso afirmativo)** qual a maior quantidade que o sr.(a) bebeu regularmente?

Não	0	8
Sim	1	9

*Faça a segunda apenas se a primeira for afirmativa. Só considere “sim” para consumo diário maior que 10 unidades em um período de duas semanas. Calcule o número de unidades consumidas conforme a orientação abaixo.*

*Registre o consumo diário para cada categoria de álcool:*

*Unidades de cerveja: (500ml de cerveja de baixa fermentação = 2 unidades)*

*Unidades de vinho, xerez, vinho do porto, vermute: (1 taça = 1 unidade)*

*Unidades de destilados, cachaça, vodka, whisky, licorés: (25ml = 1 unidade)*

95. O sr.(a) já achou que bebia demais?

Não	0	8
Sim	1	9

96. A bebida já lhe causou algum problema como perda de emprego, em relacionamentos ou ao dirigir?

Não	0	8
Sim	1	9

97. O sr.(a) já tomou medicamentos sem os quais não podia ficar, como remédios para dormir ou para lidar com situações difíceis?

Não	0	
Tranquillizantes	1	
Hipnóticos	2	
Barbitúricos	3	
Estimulantes	4	
Outros	5	8
Mais de um tipo	6	9

*Estabeleça a dependência.*

*Especifique (descreva o nome do medicamento).*

98. O sr.(a) se considera uma pessoa nervosa?

Não	0	8
Sim	1	9

*Se o paciente necessita esclarecimento para responder, pergunte se os seus conhecidos o consideram uma pessoa nervosa.*

*Registre a resposta.*

99. O sr.(a) já teve doença emocional ou nervosa que necessitou tratamento?

Não	0	
1 episódio	1	
2 episódios	2	
3 episódios	3	
4 episódios	4	
5 episódios	5	
6 episódios	6	8
Mais de 6 episódios	7	9

*Inclua como tratamento: aconselhamento, psicoterapia e prescrição médica de psicotrópicos (medicamentos controlados).*

*Registre o número de episódios e todas as informações relevantes.*

100. O sr.(a) já teve algum problema de saúde sério logo após ter tomado um novo remédio via oral ou injetável?

Não	0	8
Sim	1	9

*Caso negativo, vá para a questão 105 e marque 9 nas questões de 101 a 104.*

101. O sr.(a) perdeu a consciência?

Não	0	8
Sim	1	9

102. Disseram que o sr.(a) ficou muito confuso?

Não	0	8
Sim	1	9

103. O sr.(a) teve febre?

Não	0	8
Sim	1	9

104. o sr.(a) foi internado no hospital?

Não	0	8
Sim	1	9

*Em caso afirmativo, registre onde e quando.*

### Parte 3: Perguntas relativas ao histórico médico familiar e passado

Agora eu gostaria de perguntar sobre sua família, ou seja, parentes consangüíneos (incluindo meios-irmãos ou meias-irmãs).

105. Quantos filhos (**homens**) o sr.(a) teve? (**vivos ou mortos**)

Número:		88
Nenhum	00	99

106. Quantas filhas o sr.(a) teve? (**vivas ou mortas**)

Número:		88
Nenhuma	00	99

107. Quantos irmãos (**homens**) o sr.(a) teve? (**vivos ou mortos**)

Número:		88
Nenhum	00	99

108. Quantas irmãs o sr.(a) teve? (**vivas ou mortas**)

Número:		88
Nenhuma	00	99

109. Qual a ordem de seu nascimento em relação aos seus irmãos?

Posição:		88
----------	--	----

*Explicar exatamente como é a avaliação da posição de nascimento entre todos os irmãos.*

*Marque 01 para mais velho, 02 para segundo, etc.*

*Para a próxima pergunta, registre a melhor estimativa.*

110. Sua mãe ainda está viva? Em caso afirmativo, qual a idade dela?

Idade:		888
Morta	000	999

*Se a mãe estiver viva, vá para a questão 112 e marque 999 nas questões 111(a) e 111(b).*

111. (a) Com que idade sua mãe faleceu?

Idade:	888	999
--------	-----	-----

(b) Qual era a sua idade quando sua mãe faleceu?

Idade:	888	999
--------	-----	-----

112. Seu pai ainda está vivo? Em caso afirmativo, qual a idade dele?

Idade:                   888  
Morto               000   999

*Se o pai estiver vivo, vá para questão 114 e marque 999 na questão 113.*

113. (a) Com que idade o seu pai faleceu?

Idade:                   888   999

*Todas as questões a seguir estão relacionadas aos seus parentes consangüíneos mais próximos: seus filhos, mãe, pai, irmãos e irmãs.*

Algum desses parentes teve que ser internado por não conseguir cuidar de si mesmo devido a confusão mental ou problemas de memória?

114. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:               88  
Nenhum               00   99

115. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos:               88  
Nenhum               00   99

Algum desses parentes sofreu ataque cardíaco (ou teve morte súbita)?

116. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:               88  
Nenhum               00   99

117. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos:               88  
Nenhum               00   99

Algum desses parentes sofreu derrame ou teve fraqueza ou dificuldade na fala súbitas?

118. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:               88  
Nenhum               00   99

119. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos:               88  
Nenhum               00   99

Algum desses parentes teve pressão alta?

120. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:               88  
Nenhum               00   99

*Não considere pressão alta durante gestação.*

121. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
 Nenhum 00 99

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve diabetes?

122. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88  
 Nenhum 00 99

123. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
 Nenhum 00 99

124. Indivíduo

Não 0 8  
 Sim 1 9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve Doença de Parkinson, ou seja, tremor acentuado ou rigidez?

125. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88  
 Nenhum 00 99

126. Parentes do sexo masculino: pai, irmão ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
 Nenhum 00 99

127. Indivíduo

Não 0 8  
 Sim 1 9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve filhos portadores de deficiência mental ou síndrome de Down?

*Indique qual parente é o pai/mãe da criança portadora de síndrome de Down, por exemplo, se a irmã do paciente tem a síndrome, marque mãe e pai.*

128. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88  
 Nenhum 00 99

129. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
 Nenhum 00 99

130. Indivíduo

Não 0 8  
 Sim 1 9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve leucemia?

131. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88



Nenhum        00     99

132. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos:                88

Nenhum        00     99

133. Indivíduo

Não                0        8

Sim                1        9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve câncer?

134. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:                88

Nenhum        00     99

135. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos:                88

Nenhum        00     99

136. Indivíduo

Não                0        8

Sim                1        9

*Especifique o tipo de câncer.*

Algum desses parentes teve doença emocional ou nervosa que necessitou tratamento?

137. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:                88

Nenhum        00     99

138. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( )

Quantos:                88

Nenhum        00     99

*Especifique a doença nervosa.*

**Anexo 4: Itens completamente modificados no processo de adaptação transcultural**

<b>Original</b>	<b>Versão-síntese</b>	<b>Versão-final</b>
<i>15. What was your age last birthday?</i>	Qual era sua idade no seu último aniversário?	Qual é a sua idade atual?
<i>19. What are your present living arrangements?</i>	Qual é a sua atual residência ou moradia?	Onde o sr.(a) mora atualmente?
<i>109. What position in the family are you?</i>	Qual a sua posição na família (em relação à idade)?	Qual a ordem de seu nascimento em relação aos seus irmãos?

**Anexo 5: Itens parcialmente modificados no processo de adaptação transcultural**

<b>Original</b>	<b>Versão-síntese</b>	<b>Versão-final</b>
20. <i>Do you often have headaches (any kind)?</i>	20. O sr.(a) sente dores de cabeça (de qualquer tipo) frequentemente?	20. O sr.(a) sente dores de cabeça? Com que frequência?
21. <i>Do you often have dizzy spells?</i>	21. Você sente tonturas frequentemente?	21. O sr.(a) sente tonteiras? Com que frequência?
24. <i>Have you recently experienced difficulty in falling asleep?</i>	24. Você tem sentido dificuldade para adormecer?	24. O sr.(a) tem sentido dificuldade para pegar no sono?
25. <i>Have you recently become restless or wakelul during the night?</i>	25. Você tem ficado agitado ou insone durante a noite?	25. O sr.(a) tem ficado inquieto ou sem sono durante a noite?
26. <i>Has your sleep pattern changed so that you wake early in the morning and seem unable to fall asleep again? Or do you sleep much more than usual?</i>	26. O seu padrão de sono está alterado a ponto de você acordar de manhã cedo e não conseguir voltar a dormir? Ou você está dormindo mais que o habitual?	26a. O sr. (a) passou a acordar muito mais cedo que o habitual e não consegue voltar a dormir? 26b. O sr.(a) está dormindo mais que o habitual?
29. <i>Do you often feel less confident than before to cope with what you have to?</i>	29. Hoje em dia, você se sente muitas vezes menos confiante ao lidar com o cotidiano do que antes?	29. Hoje em dia, o sr.(a) se sente menos confiante em fazer suas tarefas (do que antes)?

---

32. <i>Has there been a significant loss in your energy recently and is it harder to get things done?</i>	32. Houve recentemente perda significativa de energia e tem sido difícil realizar tarefas?	32. Recentemente, o sr.(a) perdeu a sua disposição e tem sido difícil realizar tarefas?
37. <i>Do you feel sad, depressed or miserable?</i>	37. Você se sente triste, deprimido ou extremamente infeliz?	37. O sr.(a) se sente muito triste, deprimido ou infeliz?
48. <i>Have you felt so low that you thought of ending it all? (committing suicide)</i>	48. Você já se sentiu tão mal que pensou em acabar com tudo? (suicidar-se)	48. O sr.(a) já se sentiu tão mal que pensou em cometer suicídio?
52. <i>Have there been times lately when you felt anxious and then physically unwell; e.g. when your heart pounded or you felt shaky or sweaty?</i>	52. Você tem se sentido ansioso/aflito e fisicamente indisposto? Por exemplo: seu coração disparou, ou se sentiu trêmulo, suado?	52. O sr.(a) tem se sentido ansioso e ficou indisposto por causa disso? Por exemplo: seu coração disparou, ou se sentiu trêmulo, com suor frio?
61. <i>Do you have difficulty with household tasks such as preparing a meal or making yourself a cup of tea?</i>	61. Você tem dificuldade de realizar tarefas domésticas tais como preparar uma refeição ou fazer uma xícara de chá?	61. O sr.(a) tem dificuldade de realizar tarefas domésticas, como preparar uma refeição ou fazer uma xícara de chá ou café?
63. <i>Do you have difficulty in controlling your bladder?</i>	63. Você tem dificuldade em controlar a sua bexiga?	63. O sr.(a) tem dificuldade em controlar sua urina?
65. <i>Do you forget where you have left things more than you used to?</i>	65. Você tem mais dificuldade agora de lembrar onde deixou as coisas do que antes?	65. Hoje em dia, o sr.(a) tem mais dificuldade de lembrar onde deixou as coisas do que antes?

---

---

67. <i>Have you ever been in your own neighbourhood and forgotten your way?</i>	67. Você já esteve em seu próprio bairro e esqueceu o caminho?	67. Alguma vez, o sr.(a) já se perdeu na sua própria vizinhança?
69. <i>Did it come on suddenly?</i>	69. Começou gradual ou repentinamente?	69. Começou de repente ou se desenvolveu gradualmente?
74. <i>Do you, or have you ever had, the experience of hearing that other people do not?</i>	74. Você ouve ou já ouviu algo que as outras pessoas não ouviram?	74. O sr.(a) ouve ou já ouviu vozes que outras pessoas não ouviram?
76. <i>Do you ever have the experience of seeing things other people do not?</i>	76. Você vê algo que as outras pessoas não vêem?	76. Alguma vez, o sr.(a) já viu alguma coisa que outras pessoas não viram?
82. <i>Do you ever feel that special messages are being sent to you, for instance on the TV, radio, or that your mind or body are being controlled in other ways?</i>	82. Você sente que estão sendo enviadas mensagens especiais a você, por exemplo, pela televisão, rádio, ou que sua mente ou corpo estão sendo controlados de alguma outra maneira?	82. O sr.(a) acredita que estão sendo enviadas mensagens especiais ao sr.(a) pela televisão, rádio? Ou que seu corpo ou mente estão sendo controlados de alguma outra maneira?
84. <i>Do you have any peculiar feelings with regard to your body?</i>	84. Você tem alguma sensação estranha com relação ao seu corpo?	84. O sr.(a) tem alguma sensação estranha (sentimento peculiar) no seu corpo?
88. <i>Have you ever had, or been told by a doctor that you have had, a heart attack?</i>	88. Você já sofreu ou foi informado(a) por médicos de que sofreu um ataque cardíaco?	88. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) sofreu um ataque cardíaco ou infarto?

---

---

<i>90. Have you ever been told by a doctor that you have had a stroke?</i>	90. Algum médico já lhe disse que você sofreu um AVC (Acidente Vascular Cerebral)?	90. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) sofreu um derrame, AVC ou isquemia cerebral?
<i>93. Have you ever been a heavy smoker, say 20 cigarettes or more a day for a year or more?</i>	93. Você já foi um fumante inveterado, chegando a consumir 20 cigarros ou mais por dia durante um ano ou mais?	93. O sr.(a) já fumou? (Em caso afirmativo) fumou um maço ou mais por dia durante um ano ou mais?
<i>94. Have you ever had an alcoholic drink and if so what was the most you drank on a regular basis?</i>	94. Você já consumiu bebida alcoólica e, em caso afirmativo, qual o máximo que você bebia regularmente?	94. O sr.(a) já usou bebida alcoólica? (Em caso afirmativo) qual a maior quantidade que o sr.(a) bebeu regularmente?
<i>95. Did you ever think you were a heavy drinker?</i>	95. Você já achou que bebia demais?	95. O sr.(a) já achou que bebia demais?

---

## **Anexo 6: Manual para aplicação da Versão brasileira da Seção A do Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination – revised version (CAMDEX-R)**

### Introdução:

O Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly – Revised Version (Camdex-R) é um instrumento estruturado para o diagnóstico de demência. A seção A é constituída pela entrevista inicial com o indivíduo, com investigação do estado clínico atual e progresso do paciente e sua história familiar, incluindo aspectos neuropsicológicos. O objetivo deste estudo é a sua tradução, adaptação transcultural e realização dos testes de confiabilidade da aplicação da versão final.

Inicialmente, foram realizadas duas traduções para o Português, duas retrotraduções para o Inglês, seguidas da análise independente das versões por uma tradutora juramentada, que resultou na confecção da versão-síntese. Um grupo multidisciplinar da geriatria analisou esta versão, sob o foco do contexto sócio-cultural dos idosos brasileiros, resultando na versão-síntese final. Foram, então, realizados dez grupos focais, totalizando 52 idosos, para discutir as questões de mais difícil compreensão. Os resultados foram avaliados novamente pela equipe de especialistas, tendo sido realizadas novas alterações desta versão, resultando na versão pré-teste. Trinta e cinco idosos foram entrevistados com esta versão através de pré-testes. Finalmente, após nova reunião de discussão multidisciplinar, foi definida a versão-final.

A segunda fase terá o objetivo de determinar a confiabilidade deste questionário.

Nesse momento, está se iniciando uma das etapas mais importantes da pesquisa e trabalho realizado pelos entrevistadores é fundamental para o sucesso da pesquisa. Para assegurar que os dados sejam comparáveis, é imperativo que a coleta de dados seja conduzida de maneira uniforme. Essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo processo para garantir a qualidade das informações.

A versão-final será aplicada a 120 pacientes do ambulatório de Cuidado Integral à Pessoa Idosa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ. Um entrevistador completará o questionário diretamente, durante a entrevista, enquanto que o segundo o realizará através de

meio audiodigital. Uma segunda entrevista será realizada posteriormente com os mesmos indivíduos pelo primeiro entrevistador. Desta forma, serão determinadas a confiabilidade teste-reteste e inter-aferidor, com posterior análise estatística.

Diretrizes gerais para condução da entrevista:

- **Permaneça sempre neutro:** Não demonstre surpresa com o que ouve. Através de sua atitude, coloque o idoso à vontade e ganhe a sua confiança.
- **Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas:** Algumas vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise nem explique demais as palavras. Nas perguntas em que poderão ser realizadas alterações, elas estarão descritas para os entrevistadores em destaque.
- **Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem:** As perguntas seguem-se numa seqüência lógica. Mudar esta seqüência pode alterar o conteúdo do questionário. Se o idoso estiver falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, **não pule nenhuma pergunta**, mesmo que haja alguma repetição. No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará indicado claramente em itálico.
- **Não aceite um fácil “não sei” como resposta antes de mais uma tentativa de obter a informação:** Tente mais uma vez obter uma réplica, mas tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta.
- **Direito do idoso de não querer responder:** Lembre-se que o entrevistado tem o direito de não responder a qualquer pergunta. Nesses casos, marque o código correspondente e passe para a próxima questão.
- **Checar uma resposta:** Esclarecer ou confirmar a informação prestada pelo idoso. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se o entrevistado não responder dentro das possibilidades previstas. Por exemplo, você pode dizer: "Bem, qual dessas opções se aproxima mais?" e repetir as respostas que estão na pergunta.
- **Desestimule irrelevâncias:** Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que o idoso relate alguma história ilustrativa da resposta, sobretudo entre “entrevistados faladores”. Isto não é incomum entre pessoas idosas. Não hesite em interromper educadamente, explicando que haverá



espaço para outras observações ao final da entrevista e trazê-lo de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar o idoso.

**Explique o objetivo da pesquisa e leia o termo de consentimento, antes do início.**

**Preencha a folha de rosto**

CAMDEX-R Section A: Entrevista com o paciente

Todos os itens deverão ser codificados

Códigos para questões não respondidas:

Não sabe ou não respondeu 8, 88 ou 888,

Não perguntado / não aplicável 9, 99 ou 999

Hora do início e do final da entrevista com o paciente \_\_\_\_\_

Parte 1: Perguntas relativas ao estado atual

Eu gostaria de começar verificando se a informação que eu tenho está correta.

14. Qual é o seu nome completo?

Erro 0 8

Acerto 1 9

15. Qual é a sua idade atual?

Erro 0 8

Acerto 1 9

16. Qual é a sua data de nascimento?

Erro 0 8

Acerto 1 9

**Você pode passar para o exame cognitivo (parar este teste) se ao menos duas das três questões anteriores estiverem incorretas.**

17. Quantos anos o sr.(a) tinha quando saiu da escola?

Anos: 8 9

18a. O sr.(a) fez curso técnico ou superior após o ensino fundamental?

Não 0 8

Sim 1 9

18b. Em caso afirmativo, por quantos anos?

Anos: 8 9

18c. O sr.(a) obteve diploma?

Não 0 8

Sim 1 9

Especifique o nível educacional mais alto.

Informe os anos de estudo cursados que levaram, ou pretendiam levar, ao curso superior ou à qualificação profissional. Descreva outras formas de aprendizado (por exemplo, cursos de costura, datilografia, etc). Não inclua cursos livres, como cursos da terceira idade (Unati).

**18d. Pontue o nível de escolaridade do paciente:**

Ensino Fundamental ou menos	1	
Educação adicional (curso técnico ou Ensino Médio)	2	8
Nível universitário ou equivalente	3	9

19. Onde o sr.(a) mora atualmente?

Internação de longa duração (hospital)	0	
Asilo	1	
Residencial de idosos	2	
Casa de parentes	3	
Própria casa com outras pessoas	4	
Própria casa sozinho	5	8
Outros	6	9

**Função Cerebrovascular**

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde e possíveis problemas com ela.

20. O sr.(a) sente dores de cabeça? **Com que frequência?**

Não ou raramente	0	8
Mais de uma vez por semana	1	9

21. O sr.(a) sente tonteadas? **Com que frequência?**

Não ou raramente	0	8
Mais de uma vez por semana	1	9

22. O sr.(a) já caiu ou quase caiu?

Não ou raramente	0	8
Mais de uma vez por semana	1	9

23a. O sr.(a) já teve um lado do corpo ou do rosto paralisado e depois melhorou?

Não	0	8
Sim	1	9

23b. Já teve perda súbita da visão ou da fala e depois melhorou?

Não	0	8
Sim	1	9

Sono

**Para as questões de 24 a 26, registre somente se o problema de sono não estiver relacionado a problema físico e tiver persistido por pelo menos duas semanas.**

24. O sr.(a) tem sentido dificuldade para pegar no sono?

Não	0	8
-----	---	---

Sim 1 9

25. O sr.(a) tem ficado inquieto ou sem sono durante a noite?

Não 0 8

Sim 1 9

26a. O sr. (a) passou a acordar muito mais cedo que o habitual e não consegue voltar a dormir?

Não 0

Às vezes 1 8

A maioria das vezes 2 9

*Considere de manhã cedo quando acordar pelo menos 2 horas mais cedo que o habitual.*

26b. O sr.(a) está dormindo mais que o habitual?

Não 0

Às vezes 1 8

A maioria das vezes 2 9

### Humor deprimido

**Para as questões de 27 a 37, registre somente se os sintomas estiveram presentes por, pelo menos, duas semanas.**

27a. O sr.(a) perdeu seu apetite?

Não 0

Às vezes 1 8

A maioria das vezes 2 9

*Considere "perda de apetite" mesmo que pareça ter sido causada por doença física.*

27b. Ele aumentou muito (ou não mudou)?

Não 0

Às vezes 1 8

A maioria das vezes 2 9

28a. O sr.(a) perdeu muito peso nos últimos seis meses?

Não 0 8

Sim 1 9

28b. O sr.(a) ganhou muito peso (ou não mudou)?

Não 0 8

Sim 1 9

*Considere qualquer mudança de peso mesmo que tenha sido causada por doença física. Se a perda de peso decorre de dieta que o próprio paciente esteja fazendo, marque 0. Estabeleça como mudança de peso variação de, no mínimo, 5% ou, caso o paciente não tenha se pesado recentemente, pergunte sobre mudanças na sua aparência ou se as roupas permanecem com o mesmo caimento.*

29. Hoje em dia, o sr.(a) se sente menos confiante em fazer suas tarefas (do que antes)?

Não 0 8

Sim 1 9

30. Hoje em dia, o sr.(a) acha mais difícil tomar decisões ou fazer escolhas (do que antes)?

Não	0	8
Sim	1	9

31. O sr.(a) perdeu o prazer ou o interesse em fazer coisas que normalmente gostava de fazer?

Não	0	
Às vezes	1	8
A maioria das vezes	2	9

*Se o paciente tiver atividades limitadas, investigue sobre a satisfação de receber os amigos em casa ou outros eventos relevantes.*

32. Recentemente, o sr.(a) perdeu a sua disposição e tem sido difícil realizar tarefas?

Não	0	8
Sim	1	9

33. Recentemente, o sr.(a) tem preferido ficar sozinho ao invés de procurar a companhia de outras pessoas?

Não	0	8
Sim	1	9

34. O sr.(a) tem tido mais dificuldade em se concentrar do que o seu normal (por exemplo, manter a concentração em uma conversa, livro ou programa de TV)?

Não	0	8
Sim	1	9

35. O sr.(a) acha que está falando mais lentamente (devagar) do que o seu normal?

Não	0	8
Sim	1	9

36. Há momentos em que seus pensamentos estão muito mais lentos do que o habitual?

Não	0	8
Sim	1	9

37. O sr.(a) se sente muito triste, deprimido ou infeliz?

Não	0	
Ocasionalmente	1	8
A maior parte do tempo	2	9

*Caso negativo, vá para a questão 46 e marque 999 ou 9 nas questões de 38 a 45.*

38. Há quanto tempo o sr.(a) se sente assim?

Duração em meses:

39. Existe alguma razão pela qual o sr.(a) ficou deprimido?

Não	1	
Luto	2	8
Outro	3	9

*Especifique "outro".*

40. Esta sensação é diferente de seu sentimento de tristeza habitual?

Não	0	8
Sim	1	9

41. Quando o sr.(a) se sente deprimido, alguma coisa pode animá-lo?

Não	0	8
Sim	1	9

42. A depressão é tão forte que afeta todas as áreas da sua vida; seu trabalho, suas amizades, sua vida familiar?

Não	0	8
Sim	1	9

43. Existe algum momento particular do dia em que isso piora?

Não	0	8
Sim (se for de manhã)	1	9

44. O sr.(a) acha que os outros são culpados pela sua infelicidade?

Nenhum culpado	0	
Culpa os outros	1	8
Culpa si mesmo	2	9

45. O sr.(a) se sente inútil ou culpado por alguma coisa que fez ou por erros do passado?

Não	0	
Às vezes	1	8
A maioria das vezes	2	9

46. Como o sr.(a) se sente em relação ao seu futuro?

Neutro ou otimista	0	8
Pessimista	1	9

47. Às vezes, o sr.(a) acha que não vale a pena viver?

Não	0	8
Sim	1	9

*Caso negativo, vá para a questão 49 e marque 9 na questão 48.*

48. O sr.(a) já se sentiu tão mal que pensou em cometer suicídio?

Não	0	
Às vezes	1	
Frequentemente	2	8
Tentativa de suicídio	3	9

Preocupação / Ansiedade

49. O sr.(a) passou a se sentir mais tenso e preocupado com as pequenas coisas do que o habitual?

Não	0	8
Sim	1	9

50. O sr.(a) tem se sentido mais irritável (ou no limite) ultimamente?

Não	0	8
Sim	1	9

51. O sr.(a) tem se sentido muito ansioso ou com medo ultimamente?

Não	0	8
Sim	1	9

52. O sr.(a) tem se sentido ansioso e ficou indisposto por causa disso? Por exemplo: seu coração disparou, ou se sentiu trêmulo, com suor frio?

Não	0	8
Sim	1	9

53. Existe alguma situação que o deixa ansioso, como por exemplo sair de casa sozinho(a), fazer compras, ou estar em meio a multidões?

Não	0	8
Sim	1	9

54. O sr.(a) já teve algum ataque de medo ou pânico? O sr.(a) sentiu que desmaiaria ou perderia o controle de si mesmo(a)?

Não	0	8
Sim	1	9

*Especifique.*

*Se as repostas das questões 53 e 54 forem negativas, vá para a questão 56 e marque 999 na questão 55.*

55. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

#### **Atividades diárias**

*Somente pergunte as questões 56 e 57 se o paciente puder falar. Se acamado ou em cadeira de rodas, marque 9.*

Agora eu gostaria de saber como o sr.(a) tem lidado com algumas atividades corriqueiras de seu dia-a-dia.

56. Nos últimos dois anos, o sr.(a) teve mais dificuldade, hesitou ou demorou para começar um movimento (por ex: começar a andar ou levantar da cadeira)?

Não	0	8
Sim	1	9

*Codifique "sim" somente se houver problema ao iniciar o movimento, e não dor ou artrite nos joelhos, por exemplo.*

57. Nos últimos dois anos, o sr.(a) está andando mais devagar?

Não	0	8
Sim	1	9

58. Nos últimos dois anos, sua letra ficou menor ou mais trêmula?

Não	0	8
Sim	1	9

59. Ao se olhar no espelho, o sr.(a) notou que a sua expressão facial mudou?

Não	0	8
Sim	1	9

60. Recentemente, o sr.(a) precisou de ajuda para conferir seu troco depois de gastar pequenas quantias em dinheiro?

Não	0	8
Sim	1	9

*Codifique "sim" somente se houver um problema para cálculo.*

61. O sr.(a) tem dificuldade de realizar tarefas domésticas, como preparar uma refeição ou fazer uma xícara de chá ou café?

Não	0	
Dificuldade	1	8
Impossibilidade	2	9

*62. Na opinião do entrevistador, as dificuldades retratadas nas questões 60 e 61 são devidas a impedimento físico (ex: AVC, artrite grave) diferentemente de distúrbio cognitivo?*

<i>Não físico</i>	<i>0</i>	
<i>Parcialmente físico</i>	<i>1</i>	<i>8</i>
<i>Completamente físico</i>	<i>2</i>	<i>9</i>

*Caso não haja incapacidade, marque 9.*

63. O sr.(a) tem dificuldade em controlar sua urina?

Não	0	
Às vezes perde urina / se molha	1	8
Freqüentemente perde urina / se molha	2	9

### **Memória**

É relativamente comum problemas com a memória entre os idosos.

64. O sr.(a) tem algum problema de memória?

Não	0	8
Sim	1	9

65. Hoje em dia, o sr.(a) tem mais dificuldade de lembrar onde deixou as coisas do que antes?

Não	0	8
Sim	1	9

66. O sr.(a) se esquece dos nomes de amigos próximos ou parentes?

Não	0	8
Sim	1	9

67. Alguma vez, o sr.(a) já se perdeu na sua própria vizinhança?

Não	0	8
Sim	1	9

*Aplicar as próximas três perguntas se houver "sim" para qualquer uma das anteriores. Se não houver problema com a memória, vá para a questão 71 e marque 999 na questão 68 e 9 nas questões 69 e 70.*

O sr.(a) me disse que tem problema de memória.

68. Quando esse problema começou?

Duração em meses:

69. Começou de repente ou se desenvolveu gradualmente?

Gradualmente	0	8
Repentinamente	1	9

70. E tem melhorado ou piorado desde que começou?

Melhor	0	
Pior	1	8
Permaneceu o mesmo	2	9

### Funcionamento mental global

71. O sr.(a) pensa e fala mais sobre o passado do que os eventos recentes?

Não	0	8
Sim	1	9

72. Recentemente, o sr.(a) tem sentido mais dificuldade para encontrar a palavra que queria dizer, ou o sr.(a) às vezes diz a palavra errada?

Não	0	8
Sim	1	9

*Se não houver dificuldade, vá para a questão 74 e marque 999 na questão 73.*

73. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

### Paranóia e outras características psicóticas

*Algumas perguntas gerais sobre amizade com vizinhos e vida social são úteis para introduzir as questões que buscam descobrir esta patologia.*

Algumas pessoas têm mania de perseguição ou ouvem vozes.

74. O sr.(a) ouve ou já ouviu vozes que outras pessoas não ouviram?

Não	0	8
Sim	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo, vá para a questão 76 e marque 999 na questão 75.*

75. Quando isso começou?

Duração em meses:

76. Alguma vez, o sr.(a) já viu alguma coisa que outras pessoas não viram?

Não	0	8
Sim	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo, vá para a questão 80 e marque 999 na pergunta 77, e 9 nas questões 78 e 79.*

77. Quando isso começou?

Duração em meses:



78. O sr.(a) estava bem acordado quando aconteceu?

Não	0	8
Sim	1	9

79. Parecia real?

Não	0	8
Sim	1	9

80. Frequentemente, o sr.(a) acha que tem pessoas lhe observando, espionando ou tramando contra o senhor?

Não	0	8
Sim	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo vá para a questão 82 e marque 999 na questão 81.*

81. Há quanto tempo isso vem acontecendo?

Duração em meses:

82. O sr.(a) acredita que estão sendo enviadas mensagens especiais ao sr.(a) pela televisão, rádio? Ou que seu corpo ou mente estão sendo controlados de alguma outra maneira?

Não	0	8
Sim	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de alucinações ou delírios e especifique o conteúdo.*

*Caso negativo, vá para a questão 84 e marque 999 na questão 83.*

83. Quando isso começou?

Duração em meses:

84. O sr.(a) tem alguma sensação estranha (**sentimento peculiar**) no seu corpo?

Não ou sem delírios	0	8
Sim, com delírios	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de delírios hipocondríacos ou niilistas.  
Se os sintomas estão relacionados à doença física, marque 0.*

*Caso negativo, vá para a questão 88 e marque 999 nas questões 85 e 87 e 9 na questão 86.*

85. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

86. O sr.(a) já sofreu algum abuso sexual ou agressão física?

Não	0	8
Sim	1	9

*Estabeleça presença ou ausência de agravos sexuais ilusórios ou de outra natureza.  
Especifique.*

*Caso negativo, vá para a questão 88 e marque 999 na questão 87.*

87. Há quanto tempo o sr.(a) sente isso?

Duração em meses:

Parte 2: Perguntas relativas ao histórico médico passado

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde no passado.

88. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) sofreu um ataque cardíaco ou infarto?

Não	0	
Um	1	
Dois	2	8
Mais de dois	3	9

89. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) tem pressão alta ou hipertensão?

Não	0	8
Sim	1	9

*Não considere pressão alta durante a gestação.*

90. Algum médico já lhe disse que o sr.(a) sofreu um derrame, AVC ou isquemia cerebral?

Não	0	
Um	1	
Dois	2	8
Mais de dois	3	9

91. O sr.(a) já sofreu uma pancada na cabeça que o fez desmaiar?

Não	0	
Uma	1	
Duas	2	8
Mais de duas	3	9

*Especifique com qual(is) idade(s).*

92. O sr.(a) já teve convulsões ou epilepsia?

Não	0	
Apenas na infância	1	
Convulsões no passado	2	8
Convulsões no presente	3	9

*Especifique a idade em que começou.*

Eu gostaria de lhe perguntar sobre os hábitos de fumar e beber.

93. O sr.(a) já fumou? **(Em caso afirmativo)** fumou um maço ou mais por dia durante um ano ou mais?

Não	0	8
Sim	1	9

*Faça a segunda apenas se a primeira for afirmativa. Só considere “sim” se a carga tabágica for maior que 1 maço por dia durante, pelo menos, 1 ano.*

94. O sr.(a) já usou bebida alcoólica? **(Em caso afirmativo)** qual a maior quantidade que o sr.(a) bebeu regularmente?

Não	0	8
Sim	1	9

*Faça a segunda apenas se a primeira for afirmativa. Só considere “sim” para consumo diário maior que 10 unidades em um período de duas semanas Calcule o número de unidades consumidas conforme a orientação abaixo.*

*Registre o consumo diário para cada categoria de álcool:*

Unidades de cerveja: (500ml de cerveja de baixa fermentação = 2 unidades)

Unidades de vinho, xerez, vinho do porto, vermute: (1 taça = 1 unidade)

Unidades de destilados, cachaça, vodka, whisky, licor: (25ml = 1 unidade)

95. O sr.(a) já achou que bebia demais?

Não	0	8
Sim	1	9

96. A bebida já lhe causou algum problema como perda de emprego, em relacionamentos ou ao dirigir?

Não	0	8
Sim	1	9

97. O sr.(a) já tomou medicamentos sem os quais não podia ficar, como remédios para dormir ou para lidar com situações difíceis?

Não	0	
Tranquilizantes	1	
Hipnóticos	2	
Barbitúricos	3	
Estimulantes	4	
Outros	5	8
Mais de um tipo	6	9

*Estabeleça a dependência.*

*Especifique (descreva o nome do medicamento).*

98. O sr.(a) se considera uma pessoa nervosa?

Não	0	8
Sim	1	9

*Se o paciente necessita esclarecimento para responder, pergunte se os seus conhecidos o consideram uma pessoa nervosa.*

*Registre a resposta.*

99. O sr.(a) já teve doença emocional ou nervosa que necessitou tratamento?

Não	0	
1 episódio	1	
2 episódios	2	
3 episódios	3	
4 episódios	4	
5 episódios	5	
6 episódios	6	8
Mais de 6 episódios	7	9

*Inclua como tratamento: aconselhamento, psicoterapia e prescrição médica de psicotrópicos (medicamentos controlados).*

*Registre o número de episódios e todas as informações relevantes.*

100. O sr.(a) já teve algum problema de saúde sério logo após ter tomado um novo remédio via oral ou injetável?

Não	0	8
Sim	1	9

*Caso negativo, vá para a questão 105 e marque 9 nas questões de 101 a 104.*

101. O sr.(a) perdeu a consciência?

Não            0       8  
Sim            1       9

102. Disseram que o sr.(a) ficou muito confuso?

Não            0       8  
Sim            1       9

103. O sr.(a) teve febre?

Não            0       8  
Sim            1       9

104. o sr.(a) foi internado no hospital?

Não            0       8  
Sim            1       9

*Em caso afirmativo, registre onde e quando.*

### Parte 3: Perguntas relativas ao histórico médico familiar e passado

Agora eu gostaria de perguntar sobre sua família, ou seja, parentes consangüíneos (incluindo meios-irmãos ou meias-irmãs).

105. Quantos filhos (**homens**) o sr.(a) teve? (**vivos ou mortos**)

Número:                    88  
Nenhum            00       99

106. Quantas filhas o sr.(a) teve? (**vivas ou mortas**)

Número:                    88  
Nenhuma            00       99

107. Quantos irmãos (**homens**) o sr.(a) teve? (**vivos ou mortos**)

Número:                    88  
Nenhum            00       99

108. Quantas irmãs o sr.(a) teve? (**vivas ou mortas**)

Número:                    88  
Nenhuma            00       99

109. Qual a ordem de seu nascimento em relação aos seus irmãos?

Posição:                    88

*Explicar exatamente como é a avaliação da posição de nascimento entre todos os irmãos.*

*Marque 01 para mais velho, 02 para segundo, etc.*

*Para a próxima pergunta, registre a melhor estimativa.*

110. Sua mãe ainda está viva? Em caso afirmativo, qual a idade dela?

Idade:                        888  
Morta                    000       999

*Se a mãe estiver viva, vá para a questão 112 e marque 999 nas questões 111(a) e 111(b).*

111. (a) Com que idade sua mãe faleceu?

Idade: 888 999

(b) Qual era a sua idade quando sua mãe faleceu?

Idade: 888 999

112. Seu pai ainda está vivo? Em caso afirmativo, qual a idade dele?

Idade: 888

Morto 000 999

*Se o pai estiver vivo, vá para questão 114 e marque 999 na questão 113.*

113. (a) Com que idade o seu pai faleceu?

Idade: 888 999

*Todas as questões a seguir estão relacionadas aos seus parentes consangüíneos mais próximos: seus filhos, mãe, pai, irmãos e irmãs.*

Algum desses parentes teve que ser internado por não conseguir cuidar de si mesmo devido a confusão mental ou problemas de memória?

114. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88

Nenhum 00 99

115. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88

Nenhum 00 99

Algum desses parentes sofreu ataque cardíaco (ou teve morte súbita)?

116. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88

Nenhum 00 99

117. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88

Nenhum 00 99

Algum desses parentes sofreu derrame ou teve fraqueza ou dificuldade na fala súbitas?

118. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88

Nenhum 00 99

119. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88

Nenhum 00 99

Algum desses parentes teve pressão alta?

120. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

*Não considere pressão alta durante gestação.*

121. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve diabetes?

122. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

123. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

124. Indivíduo

Não 0 8  
Sim 1 9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve Doença de Parkinson, ou seja, tremor acentuado ou rigidez?

125. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

126. Parentes do sexo masculino: pai, irmão ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

127. Indivíduo

Não 0 8  
Sim 1 9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve filhos portadores de deficiência mental ou síndrome de Down?

*Indique qual parente é o pai/mãe da criança portadora de síndrome de Down, por exemplo, se a irmã do paciente tem a síndrome, marque mãe e pai.*

128. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

129. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos: 88  
Nenhum 00 99

130. Indivíduo

Não 0 8

Sim            1        9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve leucemia?

131. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:            88

Nenhum            00        99

132. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos:            88

Nenhum            00        99

133. Indivíduo

Não            0        8

Sim            1        9

O sr.(a) ou algum de seus parentes teve câncer?

134. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:            88

Nenhum            00        99

135. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( ).

Quantos:            88

Nenhum            00        99

136. Indivíduo

Não            0        8

Sim            1        9

*Especifique o tipo de câncer.*

Algum desses parentes teve doença emocional ou nervosa que necessitou tratamento?

137. Parentes do sexo feminino: mãe, irmãs ( ), filhas ( ).

Quantos:            88

Nenhum            00        99

138. Parentes do sexo masculino: pai, irmãos ( ), filhos ( )

Quantos:            88

Nenhum            00        99

*Especifique a doença nervosa.*

- **REVISANDO A ENTREVISTA:** Depois de terminada a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu acurada e completamente.
- **Calcule a duração da entrevista.**
- **Remarque a entrevista conforme o retorno na consulta médica ou de outra especialidade no CIPI.**

## **Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de um trabalho científico que pretende traduzir e adaptar para a nossa cultura uma parte de uma entrevista para diagnóstico de demência chamado CAMDEX-R (*Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination*). Como o CAMDEX é extenso, será trabalhada apenas uma parte dele, a Seção A.

A demência é um quadro em que a pessoa perde progressivamente várias funções cerebrais, com destaque para a perda de memória. Sua principal causa é a doença de Alzheimer. Hoje ainda não existe um exame que diagnostique com certeza a demência e estabeleça sua causa. Existem vários instrumentos (testes para avaliação das diversas funções cerebrais e entrevistas a serem feitas com o paciente e com familiares) para ajudar no diagnóstico.

O CAMDEX é um destes instrumentos. Ele foi desenvolvido na Universidade de Cambridge (Inglaterra) e é de grande valia na prática clínica. É um instrumento usado em todo o mundo. Uma revisão do instrumento original foi feita pelos autores ingleses em 1998, chamando-o de CAMDEX-R e esta edição ainda não foi traduzida para a nossa língua e nem adaptada para a cultura brasileira e, portanto, ainda não pode ser usada.

O processo de tradução e adaptação transcultural consta de várias etapas. Antes de formarmos esta versão em português, duas pessoas traduziram o texto original para o português, outras duas retraduziram para o inglês e um grupo de especialistas bilíngües definiu esta versão final. Esta etapa do estudo quer ter certeza que esta versão final está adequada, cumprindo seu objetivo.

Para tal, selecionamos alguns pacientes já acompanhados neste serviço. Sua participação se dará da seguinte forma: a entrevista será aplicada ao(a) senhor(a) por um entrevistador treinado e será registrada em formulário próprio, além de ser gravada para que um outro profissional possa também preencher a entrevista a partir de suas respostas. O objetivo de termos dois profissionais preenchendo o mesmo questionário é observar possíveis diferenças nas respostas assinaladas. Em cerca de trinta dias, o(a) senhor(a) será novamente chamado(a) a responder a mesma entrevista. Gostaria de ressaltar que isto é um convite. O(A) senhor(a) pode



ou não aceitar participar, e pode inclusive querer se desligar do estudo a qualquer momento. A sua não participação no projeto ou um futuro desligamento em **nada** mudará o atendimento do(a) senhor(a) neste serviço.

A gravação da entrevista ocorrerá de forma que o(a) senhor(a) não possa ser identificado. Tudo o que for conversado, todos os dados obtidos nas entrevistas, seu nome e as gravações serão mantidas em sigilo. Utilizaremos apenas as respostas, sem citar nenhum dado que possa identificar o(a) senhor(a).

Conforme as leis em vigor em nosso país, o(a) senhor(a) não será remunerado(a) para participar deste projeto de pesquisa.

O(A) senhor(a) está recebendo uma cópia deste documento com igual teor.

Desde já, agradeço sua participação e me coloco a disposição para qualquer esclarecimento.

Telefones para contato: 2587-8037 e 2587-8036.

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Daniele Aguiar Lima - Pesquisadora

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indivíduo da Pesquisa

## Anexo 8: Carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Rio de Janeiro, 23 de maio de 2007

Do: Comitê de Ética em Pesquisa  
Prof. Roberto Soares de Moura  
Para: Aut. Daniele Aguiar Lima  
Orient. Prof. Roberto Alves Lourenço

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (1721-CEP/HUPE-CAAE: 0009.0.228.000-07) "TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA SEÇÃO A DO CAMDEX-R" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. S<sup>a.</sup>, que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

*Prof. Roberto Soares de Moura*  
Prof. Roberto Soares de Moura  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)