



Carla Isabel da Costa Macedo

Validação da versão Portuguesa do *Addenbrooke Cognitive Examination-III* numa
amostra de participantes saudáveis e com défice cognitivo ligeiro

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Carla Isabel da Costa Macedo

Validação da versão Portuguesa do *Addenbrooke Cognitive Examination-III* numa
amostra de participantes saudáveis e com défice cognitivo ligeiro

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde para
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Doutor

Bruno Peixoto e do Prof. Doutor Luís Monteiro

Dedico com todo o amor e carinho: Aos meus pais, irmão (Filipe) e avós
paternos.

Validação da versão Portuguesa do *Addenbrooke Cognitive Examination-III* numa amostra de participantes saudáveis e com défice cognitivo ligeiro

Carla Macedo¹, Patrícia Rocha¹, Milene Machado¹, António Machado¹, Élia Baeta², Gerly Gonçalves³, Paulo Pimentel⁴, Emanuela Lopes³, Luís Monteiro⁵, Bruno Peixoto^{5,6}.

¹ *CESPU Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências da Saúde.*

Gandra / Portugal

² *Centro Hospitalar do Alto Minho. Viana do Castelo/ Portugal*

³ *Centro Hospitalar do Alto Ave. Guimarães/ Portugal*

⁴ *Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real/ Portugal*

⁵ *CESPU, Instituto Universitário de Ciências da Saúde, . Gandra / Portugal*

⁶ *NeuroGen - Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS).*

Porto/ Portugal

Autor Correspondente:

Carla Macedo
CESPU
Rua Central de Gandra, 1317
4585-116
Gandra- PORTUGAL
carlamacedo03@hotmail.com

Abstract

Background: The slight deterioration of memory and other cognitive functions is a long time, accepted as a normal part of aging. The DCL is a clinical entity that is characterized by a transition state between the normal aging and pathological aging. The functional evaluation of these patients is indispensable for the accomplishment out the rigorous, precocious and early diagnosis of DCL.

Objectives: The present study aims to: determine the internal consistency of the ACE-III; the discriminating validity (sensitivity and specificity) of evidence comparing it with another test commonly used (the Montreal Cognitive Assessment) in mild cognitive impairment detection; the concurrent validity and divergent validity of the ACE-III.

Methods: The study involved a sample of 29 patients with different types of DCL and 32 cognitively participants unharmed. Together with ACE-III, they were applied the Montreal Cognitive Assesmente (MoCa) and the Geriatric Depression Scale (GDS).

Results: ACE-III present a reasonable internal consistency value ($\alpha = .795$). We realize that the area under the curve of the two tests is significant, although it is superior in ACE-III.

Conclusion: This study shows that the Portuguese version of ACE-III is able to detect patients with cognitive impairment in DCL and differentiate them from patients without cognitive impairment based on their general cognitive status.

Key-words: Quick Cognitive, Addenbrooke's Cognitive Examination, Montreal Cognitive Assesmente, Geriatric Depression Scale.

Resumo

Background: A deterioração ligeira da memória e de outras funções cognitivas é, desde há muito tempo, aceite como uma parte normal do envelhecimento. O DCL é uma entidade clínica que se caracteriza por um estado de transição entre o envelhecimento dito normal e o envelhecimento patológico. A avaliação funcional destes doentes é imprescindível para a realização do diagnóstico rigoroso e precoce de DCL.

Objetivos: O presente estudo tem como objetivos: Determinar a consistência interna do ACE-III; Determinar a validade discriminativa (sensitividade e especificidade) da prova comparando-a com a de outra prova comumente utilizada (o Montreal Cognitive Assessment) na deteção de defeito cognitivo ligeiro; Determinar a validade concorrente e a validade divergente do ACE-III.

Métodos: O estudo envolveu uma amostra de 29 doentes com diferentes tipos de DCL e 32 participantes cognitivamente incólumes. Em conjunto com o ACE-III, foram aplicados o *Montreal Cognitive Assesmente* (MoCa) e a *Geriatric Depression Scale* (GDS).

Resultados: O ACE-III apresenta um valor de consistência interna razoável ($\alpha=.795$). Constatamos que a área sob a curva dos dois testes é significativa, embora seja superior no ACE-III.

Conclusão: Este estudo mostra que a versão Portuguesa do ACE-III é capaz de detectar pacientes com comprometimento cognitivo no DCL e de diferenciá-los de pacientes sem comprometimento cognitivo baseado no seu estado cognitivo geral.

Palavras-chave: Défice Cognitivo Ligeiro, Addenbrooke's Cognitive Examination, *Montreal Cognitive Assesmente*, *Geriatric Depression Scale*

Introdução

O envelhecimento corresponde a um conjunto de processos dinâmicos que ocorrem no organismo após a sua fase de desenvolvimento e que se relacionam com transformações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à acção do tempo [1].

Este além de ser um fenómeno normal, que faz parte do normal desenvolvimento humano, deve ser encarado numa perspectiva biopsicossocial, para que na sua análise entrem diversos domínios, como o biológico, o psicológico e o social [2].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) numa tentativa de uniformização de critérios, considera idoso qualquer pessoa com 65 ou mais anos, independentemente do seu estado de saúde.

Deste modo entende-se que, com o avançar da idade, as pessoas sofrem de um certo declínio na rapidez do processamento da informação e na memória episódica. Do ponto de vista clínico, a importância do diagnóstico precoce e a possibilidade de estabelecer uma prevenção secundária da demência ou de retardar a sua progressão levou ao desenvolvimento do conceito de Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) [3]. A apresentação mais frequente deste estado ocorre com a presença de défice numa capacidade cognitiva (frequentemente na memória, considerada como uma das queixas iniciais mais comuns) que vai para além do esperado enquanto processo de envelhecimento normal, mas sem critérios para diagnóstico de demência.

O envelhecimento da população marcado pelo aumento da esperança média de vida revela que existe cada vez mais população em risco de perder a sua autonomia funcional, a qual tende a diminuir com o aumento da idade, pois esta aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças crónicas [4]. A deterioração da memória e de

outras funções cognitivas é, desde há muito tempo, aceite como parte normal do envelhecimento. Contudo, alguns indivíduos experienciam um nível de comprometimento maior do que aquele geralmente esperado pelo envelhecimento, mas sem sinais de demência associados. Esta situação é denominada por Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) [5].

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é entendido como uma condição de transição entre o envelhecimento fisiológico e a demência. Estes indivíduos apresentam um declínio cognitivo maior que o esperado para a sua idade e escolaridade, mas que não interfere com as suas actividades da vida diária. Ainda assim, este comprometimento não possui gravidade suficiente para um diagnóstico de demência [3, 6].

Os critérios recorrentemente utilizados para definir DCL são: queixas de memória, actividades da vida diária genericamente intactas, função cognitiva geral normal, baixo desempenho em testes de memória objectivado, relativamente a idade e escolaridade e ausência de demência [7].

Devido à heterogeneidade que caracteriza a população com DCL quanto à sua apresentação clínica, etiologia e aos resultados da sua progressão [8, 9], os critérios de diagnóstico têm sido alvo de frequente análise e revisão [9, 10, 11] sendo o diagnóstico de DCL correspondente, num primeiro passo, a queixas cognitivas por parte dos doentes e/ ou dos seus familiares; detecção de declínio no funcionamento cognitivo durante o último ano por parte do doente e/ ou seus familiares; defeito cognitivo evidenciado pela avaliação clínica; ausência de interferência significativa na vida diária do doente e ausência de demência – estes critérios correspondem normalmente a uma pontuação de 0,5 na escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) [10]. Após estabelecido o este diagnóstico, pode passar-se ao segundo passo

em que se define a tipologia de DCL do doente, sendo sugeridos 3 subtipos [9, 10] diferentes: DCL amnésico (DCLa) que se caracteriza pelo predomínio do defeito de memória, nomeadamente na capacidade de evocação livre, e que progride mais frequentemente para demência do tipo Alzheimer (DA); DCL de múltiplos domínios (DCLmd) – sem predomínio do defeito de memória e com defeitos ligeiros em diferentes capacidades cognitivas; de progressão mais frequente para DA e demência vascular, podendo também representar um processo de envelhecimento cognitivo normal; DCL de domínio único que não a memória – defeito predominante de outro domínio cognitivo que não a memória (progressão mais frequente para outros tipo de demência que não DA). Apesar da prática usual de classificação do DCL nestes subtipos, estudos recentes têm reportado o seu baixo valor preditivo na progressão clínica dos doentes [11].

Nas últimas décadas devido a um aumento do número de pessoas afectadas por esta demência, verifica-se um enorme esforço na elaboração de estudos com o objetivo de desenvolver estratégias para prevenir ou retardar o início da doença. Assim a identificação de populações com maior risco de demência é o primeiro passo a ser dado. Pessoas com QSM e com DCL estão em maior risco de desenvolver demência, embora, ainda, não seja claro se as QSM são por si só um preditor robusto de futuro comprometimento cognitivo (CC) [12].

Após pesquisas mais profundas desta temática, descobre-se uma verdadeira incongruência entre resultados de diversos estudos, ou seja por um lado as queixas subjectivas de memória são interpretadas como uma real dificuldade cognitiva, por outro são consideradas como um resultado de factores psicológicos, tais como a ansiedade, depressão ou até mesmo alta exigência pessoal [13, 14, 15, 16].

Indivíduos com humor deprimido tendem a queixar-se mais espontaneamente dos seus défices, o que realmente nos pode indicar que se encontram mais conscientes de memória, através de mecanismos cognitivos que operam de forma diferente de sujeitos com CC ou demência, sendo importante avaliar os sintomas depressivos [17]. A depressão está presente em cerca de 60% dos pacientes com DCL que progridem para doença de Alzheimer, podendo a depressão ser um sinal de prognóstico útil em pacientes com DCL [18].

O Exame Cognitivo de Addenbrooke, ACE-III, foi desenvolvido com o objectivo de melhorar versões anteriores em domínios como linguagem e aptidões visoespaciais. É um instrumento de rastreio cognitivo que permite determinar a existência ou não de declínio cognitivo. Para além da pontuação global do desempenho cognitivo, são também avaliados de forma individual cinco domínios: atenção e orientação, memória, fluência, linguagem e aptidão visuo-espacial. O presente estudo tem como vários objectivos: Determinar a consistência interna do ACE-III; Determinar a validade discriminativa (sensibilidade e especificidade) da prova comparando-a com a de outra prova comumente utilizada (o Montreal Cognitive Assessment) na deteção de defeito cognitivo ligeiro; Determinar a validade concorrente e a validade divergente do ACE-III.

Método

Amostra

Foram incluídos 61 participantes divididos em dois grupos: Grupo Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), composto por 29 indivíduos de ambos os sexos, preenchendo os critérios de diagnóstico de Petersen[5]. 16 participantes apresentam um quadro de DCL multidomínios, 5 DCL do tipo amnésico e 8 DCL do tipo não-amnésico; Grupo controlo, composto por 32 participantes cognitivamente incólumes, independentes nas atividades de vida diária, de ambos os sexos e sem historial de patologia neuropsiquiátrica e residentes em diferentes distritos de Portugal. Os sujeitos que compõem o grupo controlo são utentes de centros de dia e de associações religiosas e cívicas.

Foram excluídos indivíduos sem escolaridade, com alterações sensoriais não corrigidas e com alterações motoras impeditivas da realização da avaliação neuropsicológica.

Os grupos não diferem entre si no que se refere à idade ($p=.235$), escolaridade ($p=.120$) e sexo ($p=.366$).

Na tabela 1 são apresentadas as características dos grupos.

Avaliação Neuropsicológica

Addenbrooke's Cognitive Examination

O Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-III) é um instrumento de rastreio cognitivo que permite determinar a existência ou não de declínio cognitivo. Para além da pontuação global do desempenho cognitivo, são também avaliados de forma individual cinco domínios: atenção, memória, fluência, linguagem e habilidades visuoespaciais. A pontuação máxima neste instrumento é de 100 pontos.

Montreal Cognitive Assessment

O Montreal Cognitive Avaliação (MoCa) é um teste de rastreio cognitivo que avalia vários domínios cognitivos, incluindo: Função Executiva, Habilidades Visuoespaciais, Memória, Linguagem, Atenção e Concentração. Este teste foi utilizado por possuir uma elevada sensibilidade a alterações cognitivas, sendo por isso um bom instrumento para estabelecer a validade concorrente ao ACE-III. O MoCA também foi utilizado para garantir o cognitivo normalidade dos indivíduos do grupo controlo.

Geriatric Depression Scale

A GDS[19] é uma escala de depressão geriátrica, ou seja, mede a presença de sintomas depressivos na população idosa. É constituída por 30 itens de auto-resposta dicotómica (o sujeito deve responder assinalando a resposta “Sim” ou “Não”, de acordo com a forma como se tem sentido durante a última semana). Dos 30 itens, 20 estão formulados de forma positiva e 10 de forma negativa. Embora seja uma escala de auto-relato, as questões podem ser lidas aos doentes que não possam responder de forma independente – no presente estudo, as questões foram lidas aos participantes que apresentavam dificuldades de leitura, por motivos de baixa escolaridade e/ou de problemas de visão. Os pontos de corte para a população portuguesa são: ausência de depressão = $GDS \leq 10$; sintomatologia depressiva ligeira = $GDS \geq 11 \leq 20$; sintomatologia depressiva grave = $GDS > 20$.

Procedimentos

O presente estudo obteve o parecer favorável das comissões de ética do Centro Hospitalar do Alto Minho, Centro Hospitalar do Alto Ave e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Todos os participantes forneceram o seu consentimento informado.

Os participantes foram recrutados nas consultas externas de neurologia e neuropsicologia. As provas neuropsicológicas foram aplicadas após a análise da história clínica.

Análise Estatística

A análise estatística foi efetuada através do programa informático IBM SPSS *Statistics 23*.

Inicialmente foram calculadas medidas de tendência central, de desvio e frequências. Posteriormente os resultados obtidos pelos grupos nos testes neuropsicológicos foram comparados através do teste U de *Mann-Whitney*. A consistência interna foi calculada através do α de *Cronbach*. A Capacidade discriminativa do ACE-III assim como do MoCA foram estabelecidas através da *Receiver Operating Curve* (ROC), no sentido de se estabelecerem os valores de sensibilidade e de especificidade para diferentes pontos de corte.

A validade convergente e a validade divergente foram determinadas através de correlações *Spearman* entre o ACE-III, MoCA e GDS, respetivamente.

Consideraram-se significativos resultados com $p < .05$.

Resultados

Os resultados obtidos pelos grupos nos testes são apresentados na tabela 2. Através da análise da tabela constatamos que o grupo DCL obteve resultados significativamente inferiores em todos os domínios neuropsicológicos com exceção do domínio visuoespacial do ACE-III. Os valores de depressão são significativamente superiores no grupo DCL.

O ACE-III apresenta um valor de consistência interna razoável ($\alpha=.795$). Através da análise da tabela 3 constatamos que a área sob a curva dos dois testes é significativa, embora seja superior no ACE-III.

Na figura 1 encontram-se representadas as curvas dos dois testes e, na tabela 4 os pontos de corte com os respectivos valores de sensibilidade e de especificidade das provas. Para um ponto de corte de 23 no MoCA obtemos um valor de sensibilidade de 90,63% e de especificidade de 53,57%. Para o ACE-III um ponto corte de 82 correspondem uma sensibilidade de 87,5% e uma especificidade de 57,14%.

Os resultados totais no ACE-III correlacionaram-se significativamente com os resultados no MoCA ($\rho=.835$; $p<.001$) e na GDS ($\rho=-.548$; $p<.001$).

Discussão de Resultados

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) é a fase de transição entre as alterações cognitivas próprias do envelhecimento e o estágio inicial de uma demência. Os idosos com DCL têm maior probabilidade de desenvolver quadros demências em curtos espaços de tempo, pelo que é importante intervir precocemente, nomeadamente através de programas de intervenção na cognição.

O presente estudo teve como objetivo analisar o valor potencial de um teste cognitivo breve, o ACE-III, na deteção de Défice Cognitivo Ligeiro em relação ao MoCa.

Este estudo fornece uma validação objetiva do ACE-III, como uma medida de atenção, memória, linguagem e função visuoespacial, como é evidente a partir da correlação significativa entre os valores de domínio e desempenho nas medidas neuropsicológicas padronizadas.

Neste trabalho, procurou-se determinar a consistência interna do ACE-III, verificar a validade discriminativa do mesmo comparando-a com a de outra prova comumente utilizada (o *Montreal Cognitive Assessment*) na diferenciação de DCL e ainda analisar a validade concorrente e a validade divergente do ACE-III.

Os resultados obtidos com a realização do estudo evidenciaram boas propriedades psicométricas para o ACE-III. O α de Cronbach de .81 obtido no ACE-III para a amostra total (N = 61) evidencia a existência de valores de consistência interna considerados bons. Este valor situa-se próximo dos encontrados em estudos realizados: α de Cronbach = .927 no estudo da versão espanhola, α de Cronbach = .732 no estudo normativo português e α = .88 na versão original. [20, 21, 22]

Procedemos ao cálculo da sensibilidade e especificidade para o MoCA e para o ACE-III para ambos os grupos (DCL e controlo). Considerando o ponto de corte

abaixo de 23 pontos na pontuação total do MoCA para a discriminação entre pacientes com DCL e participantes de controlo obtiveram-se valores de 91% para a sensibilidade e 54% para a especificidade; estes valores foram próximos quando comparados com o ACE-III. Em relação ao ACE-III, e considerando o ponto de corte abaixo de 82 na distinção entre pacientes com DCL e participantes controlo, obtiveram-se valores de 88% para a sensibilidade e 57% para a especificidade na precisão discriminativa. Os valores obtidos com o ACE-III foram, à exceção do valor para a sensibilidade, superiores aos obtidos com o MoCA (cf. Tabela 4).

Os pontos de corte para os testes propostos no presente estudo apresentam adequada capacidade de identificar verdadeiros positivos e negativos em relação à presença de Défice Cognitivo Ligeiro. Além disso, apresentam valores mais altos e equilibrados de sensibilidade e especificidade que outras propostas de pontos de corte. (cf. Tabela 4).

Foi possível verificar que a pontuação média total do MoCA foi menor no grupo DCL do no grupo controlo (cf. Tabela 2). Também para a pontuação total do ACE-III se verificou o mesmo padrão de pior desempenho para os pacientes com DCL e de melhor desempenho para os participantes controlo.

Para todos os domínios cognitivos avaliados pelo ACE-III, o grupo de DCL obteve valores significativamente inferiores ao grupo de controlo. Este resultado está relacionado com a amostra de DCL, composta maioritariamente por participantes com um quadro multidomínios.

Os resultados encontrados referentes à proposição de pontos de corte para o ACE-III a partir dos valores da amostra do presente estudo demonstraram valores de área sob a curva ROC (0.816), de sensibilidade e especificidade similares aos reportados por outros estudos como referência [20].

Considerando os resultados obtidos e os resultados dos estudos nomeados ao longo desta dissertação, os principais resultados estão em consonância com os encontrados em outros estudos internacionais o que nos permite aferir que o ACE-III é um instrumento válido e confiável. Quando comparado com o MoCa, o ACE-III possui algumas vantagens no seu uso nomeadamente, um maior número de provas de linguagem e itens de memória. Assim este instrumento demonstra ser uma escolha eficaz, podendo ser utilizado como um teste de rastreio (quando é necessária uma maior sensibilidade) ou como um instrumento de diagnóstico (quando é necessária uma maior especificidade) na identificação do DCL.

Ao contrário de outros testes de rastreio cognitivo, foi realizado para o ACE-III um estudo dos indicadores psicométricos e normativos para a população portuguesa, sustentando assim a sua confiabilidade [21]. Para além das vantagens anteriormente enumeradas, o ACE-III aprofunda fortemente cada domínio avaliado, possuindo uma variedade de provas para cada um deles ao contrário dos testes de rastreio já existentes. No final da prova é possível verificar não só o resultado total obtido pelo indivíduo como também o resultado obtido em cada um dos domínios avaliados (ao contrário do MoCa).

Em suma, o ACE-III possibilita uma completa avaliação das funções cognitivas, potenciando a sensibilidade dos seus resultados na identificação precoce de pacientes com DCL e uma melhor adequação ao rastreio cognitivo dos indivíduos, permitindo uma posterior avaliação com mais especificidade e atenção.

No contexto de uma população envelhecida, a avaliação cognitiva assume um papel fundamental para a deteção precoce do declínio cognitivo. Assim a eficácia do rastreio cognitivo pode ser comprometida pela inadequada seleção do instrumento de avaliação.

Contudo este estudo apresenta algumas limitações, tais como, o número reduzido da amostra (n=61) e a baixa escolaridade o que poderá ter influenciado o seu resultado. Por ser mais extenso e detalhado, o ACE-III possui um tempo médio de administração superior ao MoCa o que constituiu uma dificuldade. Alguns dos participantes demonstravam sinais de fadiga e cansaço ao longo da aplicação dos instrumentos.

Deste modo, futuros estudos devem incrementar o aumento da amostra, incluindo a validação nos vários tipos de DCL, estabelecer classificações e valores de sensibilidade e especificidade de corte e testar a utilidade em diferentes contextos clínicos como nos cuidados de saúde primários e na neurologia geral.

É de realçar a utilidade e o carácter pioneiro deste estudo visto não existirem, até ao presente, investigações efetuadas com o ACE-III e MoCa incluído no Défice Cognitivo Ligeiro. Por este facto resulta, também, que a expectância sobre os resultados fosse, de certa forma, incógnita.

Referências Bibliográficas

- [1] Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- [2] Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- [3] Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, C. S., Ivnik, R.J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*, 56, 303-308.
- [4] Pedrosa, H. M. D. (2007). *Avaliação funcional em doentes com defeito cognitivo ligeiro: A escala ADCS MCI ADL*. Dissertação de mestrado em Neurociências. Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa. Retrived from: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1050/1/16437_tm.pdf
- [5] Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, 256(3), 183-194.
- [6] Petersen, R. C. (2004). Características Clínicas. In R. C. Petersen & J. C. Morris (Eds.). *Défice cognitivo ligeiro – o envelhecimento e a doença de alzheimer* (pp. 15-39). Lisboa: Climepsi.
- [7] Ritchie K., Artero S., Touchon J. Classification criteria for mild cognitive impairment: a population-based validation study. *Neurology*. 2001, 56: 37 - 42.
- [8] Winbland, B., Palmer, K., Kivipelto, M. et al. Mild cognitive impairment: beyond controversies, towards a consensus. *J Intern Med*. 2004; 256: 240 - 246.
- [9] Nygård, L. Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? *Acta*

Neurol Scan. 2003, 107(s179): 42 - 46.

[10] Portet, Ousset, Visser, et al. The MCI working group of the European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC). MCI in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the Mild Cognitive Impairment Working Group of the EADC. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006, 77: 714 - 718.

[11] Fisk, J.D., Merry, H.R., Rockwood, K. Variations in case definition affect prevalence but not outcomes of mild cognitive impairment. *Neurology*. 2003, 61: 1179 - 1184.

[12] Lautenschlager, N. T., Flicker, L., Vasikaran, S., Leedman, P. & Almeida, O. P. (2005). Subjective memory complaints with and without objective memory impairment, relationship with risk factors for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13 (8): 731-734. DOI: 10.1176/appi.ajgp.13.8.731

[13] Jonker, C., Geerling, M. I. & Schmand, B. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (11): 983-991. Doi: 10.1002/1099-1166(200011)15:11<983::AID-GPS238>3.0.CO;2-5

[14] Barnes, D. E., Alexopoulos, G. S., Lopez, O. L., Williamson, J. D. & Yaffe, K. (2006). Depressive symptoms, vascular disease and mild cognitive impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 63: 273-280. Doi: 10.1001/archpsyc.63.3.273

[15] Mol, M. E. M., Martin, P. J. B., Willems, D. & Jolles, J. (2006). Subjective memory complaints predict cognitive dysfunction over time? A six-year follow-up of the maastricht aging study. *Int Journal Geriatric Psychiatry*, 21, 432-441. Doi:

10.1002/GPS.1487

[16] Vale, F. A. C., Balieiro-Jr, A. P. & Silva-Filho, J. H. (2012). Memory complaint scale (MCS): Proposed tool for active systematic search. *Dement Neuropsychol*, 6 (4): 212-218.

[17] Wong, C. H. Y., Lam, L. C. W., Lui, V. W. C., Chiu, H. F. K., Chan, S. S. M. & Tam, C. W. C. (2006). Subjective complaints and self-evaluation of memory test performance in questionable dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21: 937-944. Doi: 10.1002/gps.1586

[18] Visser, P. J., Verhey, F. R. J., Ponds, R.W. & Jolles, J. (2001). Diagnosis of preclinical alzheimer's disease in a clinical setting. *International Psychogeriatrics*, 13 (4): 411- 423.

[19] Yesavage et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. *J. Psychiatric Res.* 1983, 17: 37 - 49.

[20] Matias-Guiu JA, de Bobadilla, RF, Escudero G, Pérez-Pérez J, Cortés A, Morenas-Rodríguez E, Valles-Salgadoa T, Moreno-Ramosa JK, Matías-Guiu J. Validación de la versión española del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia. *Neurología* 2014. doi: 10.1016/j.nrl.2014.05.00.

[21] Machado A, Baeta E, Pimentel P, Peixoto B. Psychometric and normative indicators of the portuguese version of the Addenbrooke's Cognitive Examination-III. Preliminary study on a sample of healthy subjects. *Acta Neuropsychologica* 2015; 13 (2): 127-136. doi: 10.5604/17307503.1168287.

[22] Hsieh S, Schubert S, Hoon C, Mioshi, E, Hodges JR. Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in Frontotemporal Dementia and

Alzheimer's Disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2013; 36: 242-250.

doi: [10.1159/00035167](https://doi.org/10.1159/00035167).

ANEXOS

Tabela 1. Características dos grupos

	Controlo (n=32)	DCL (n=29)
Idade (M±DP)	68,6 ± 6,2	66,2 ± 9,4
Escolaridade (M±DP)	5,6 ± 3	4,5 ± 2,3
Sexo (n)		
Masculino	13	14
Feminino	19	15

Tabela 2. Resultados obtidos pelos grupos nas provas e comparação do desempenho

	Controlo (n=32)	DCL (n=29)	U	p
MoCA (M±DP)	26,25±2,5	21,55±4,93	740,05	<.001
GDS (M±DP)	7,66±4,18	13,9±5,32	178,5	<.001
ACE-III (total) (M±DP)	89,41±5,9	78,79±11,23	731	<.001
Atenção (M±DP)	16,9±1,67	15,34±2,62	651,5	.005
Memória (M±DP)	24±2,59	20,07±4,36	739,5	<.001
Fluência (M±DP)	9,53±1,61	7,41±2,48	710	<.001
Linguagem (M±DP)	25,06±1,37	22,82±3,16	684	<.001
Visuoespacial (M±DP)	13,91±1,94	12,41±3	588	.069

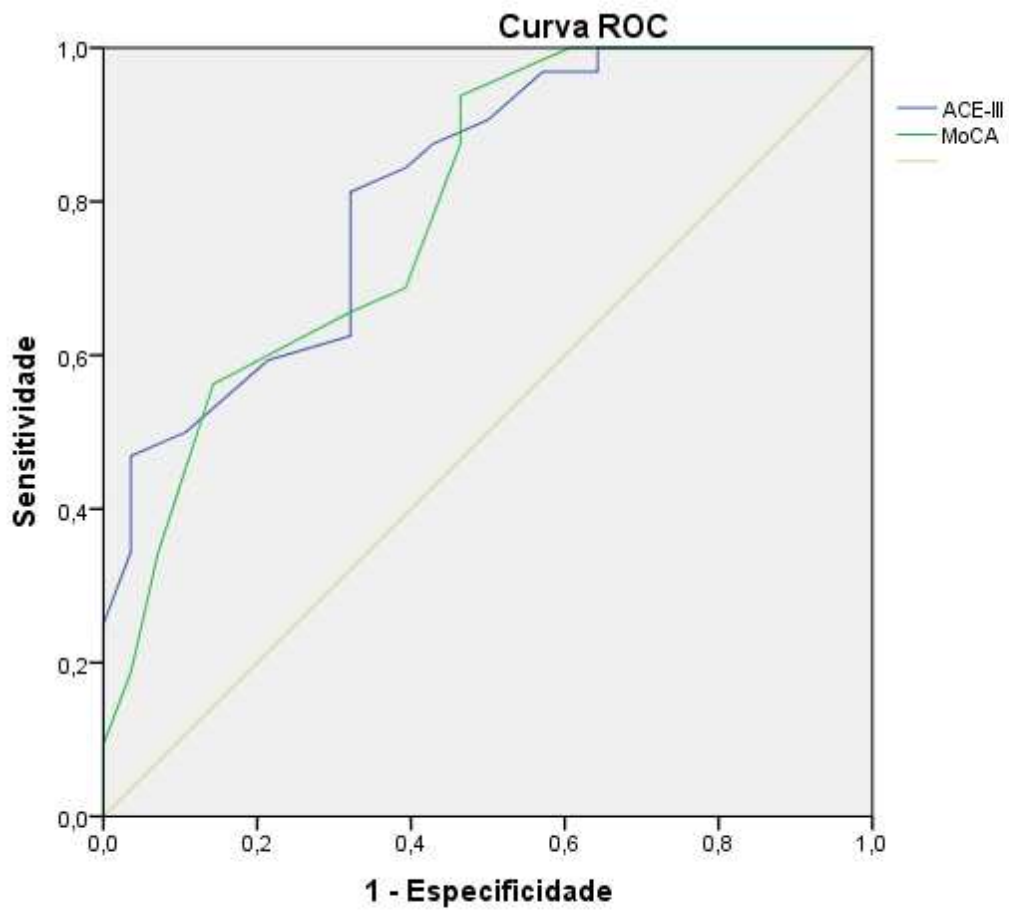
Tabela 3. Valores de área sob a curva para cada um dos testes neuropsicológicos

Prova Neuropsicológica	Área	Erro Padrão	p	Intervalo de Confiança	
				Limite inferior	Limite Superior
ACE-III	,816	,054	<.001	,711	1
MoCA	,791	,058	<.001	,677	1

Tabela 4. Pontos de corte e valores de sensibilidade e de especificidade para o ACE-III e MoCA

MoCA			
	<i>Cut-off</i>	Sensibilidade	Especificidade
	22	93,75	53,57
	23	90,63	53,57
	24	87,50	53,57
	25	68,75	60,71
	26	65,63	67,86
	27	56,25	85,71
ACE-III			
	78	96,88	36
	80	96,88	42,86
	81	90,63	50,00
	82	87,50	57,14
	83	84,38	60,71
	84	81,25	67,86

Figura 1. Curva ROC do ACE-III e MoCA



[Home](#)
[Journal Information](#)
[History](#)
[Editorial Board](#)
[Advanced Search](#)
[Current Edition](#)
[Previous Editions](#)
[Images Bank](#)
[Instructions to Reviewers](#)
[Information for Authors](#)
[Subscriptions](#)
[Contact](#)

[Submissão Online](#)

[Manual de Submissão](#)



latindex



PsycINFO

SCOPUS

SJR SCImago Journal & Country Rank

SciELO
Scientific Electronic Library Online



OFFICIAL JOURNAL OF THE COGNITIVE NEUROLOGY AND AGEING DEPARTMENT OF THE BRAZILIAN ACADEMY OF NEUROLOGY AND OF THE BRAZILIAN ASSOCIATION OF GERIATRIC NEUROPSYCHIATRY

Brief Information for Authors

Dementia & Neuropsychologia is a quarterly journal dedicated to publishing research in cognitive and behavioral sciences, focusing on clinical epidemiology, basic and applied neurosciences, and cognitive tests devised or adapted for populations with heterogeneous cultural, educational and socioeconomic backgrounds. **Dementia & Neuropsychologia** is particularly involved in publishing research relevant to developing countries, and also seeks to disseminate reviews and case reports that are important contributions to neurological, psychiatric, geriatric, neuropsychological, speech therapy, occupational therapy and related fields.

The journal is published in the English language but also includes Portuguese versions of the title, abstract and key words. Manuscripts prepared in Portuguese or Spanish can also be accepted and translated by our native English-speaking board for an additional fee.

Dementia & Neuropsychologia follows the guidelines of the ICMJE (International Committee of Medical Journal

Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals editors October 2008 update; www.icmje.org)

In concert with the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), **Dementia & Neuropsychologia** will require, as a condition of consideration for publication, registration of clinical trials in a public trials registry. Acceptable trial registries include <http://clinicaltrials.gov>, <http://actr.org.au>, <http://trialregister.nl>, and <http://www.umin.ac.jp/ctr>. For this purpose, the ICMJE defines a clinical trial as any study that prospectively assigns human subjects to intervention or comparison groups to evaluate the cause-and-effect relationships between a medical intervention and a health outcome. The trial registry name and URL and the registration number should be included at the end of the abstract. Trials must be registered at or before the onset of patient enrollment.

In agreement with BIREME/PAHO/WHO recommendations for reporting of randomized trials, authors are advised to adhere to the guidelines in the CONSORT STATEMENT (www.consort-statement.org).

EDITORIAL POLICIES FOR AUTHORS

Authorship responsibility, criteria, and contributions; financial disclosure; and copyright transfer. The cover letter includes (1) statement on authorship responsibility, (2) statement on financial disclosure, and (3) copyright transfer agreement. Each of these first 3 statements must be read and signed by all authors. (See the Authorship Form and an example of cover letter).

Conflict of interest. A conflict of interest may exist when an author (or the author's institution or employer) has financial or personal relationships that could inappropriately influence (or bias) the author's decisions, work, or manuscript. All authors are required to report potential conflicts of interest, including specific financial interests relevant to the subject of their manuscript, in their cover letter, on the **Dementia & Neuropsychologia** financial disclosure form, or in an attachment to the form. Authors without relevant financial interests in the manuscript should indicate this lack of interest.

Authors are required to report detailed information regarding all financial and material support for the research and work, including but not limited to grant support, funding sources, and provision of equipment and supplies.

Authors are expected to provide detailed information about any relevant financial interests or financial conflicts within the past 5 years and for the foreseeable future, particularly those present at the time the research was conducted and up to the time of publication. In

addition, authors who have no relevant financial interests are asked to provide a statement indicating that they have no financial interests related to the material in the manuscript.

The policy requesting disclosure of conflicts of interest applies for all manuscript submissions, including letters to the editor and book reviews.

Funding/support and role of sponsor. All financial and material support for the research and the work should be clearly and completely identified in an acknowledgment.

Data access and responsibility. For clinical trials sponsored by pharmaceutical companies, authors must state in their letter of submission that (1) they have had full access to all the data, (2) they have the right to publish all the data, and (3) they have had the right to obtain independent statistical analyses of the data. Manuscripts containing statistical evaluations should include the name and affiliation of the statistical reviewer.

Duplicate previous publication or submission. Manuscripts are received with the understanding that they are not under simultaneous consideration by another publication. This information must be inserted in the cover letter.

Informed consent. For experimental investigations of human or animal subjects, state in the "Methods" section of the manuscript that an appropriate institutional review board has approved the project. A copy of the approval by the Ethics Committee should be mailed with the manuscript. For those investigators who do not have formal ethics review committees (institutional or regional), the principles outlined in the Declaration of Helsinki should be followed. For investigations of human subjects, state in the "Methods" section the manner in which informed consent was obtained from the subjects. A letter of consent must accompany all photographs of patients in which a possibility of identification exists. It is not sufficient to cover the eyes to mask identity. Refer to patients by number (or in anecdotal reports, by assigning fictitious names). Real names or initials should not be used in the text, tables, or illustrations.

Unauthorized use. Accepted manuscripts become the permanent property of Dementia & Neuropsychologia and may not be published elsewhere without permission from the publisher.

SEND OF THE MANUSCRIPTS

Submissions must be made online: <https://mc04.manuscriptcentral.com/dn-scielo>. Submissions must be accompanied by a cover letter, declaration of Authorship Responsibility, Financial Disclosure and Copyright Transfer/Publishing Agreement. Studies involving humans should be accompanied by a copy of the Ethics Committee authorization from the institution involved. Clinical trial studies will be accepted for publication, pending the presentation of Clinical Trial Registers.

1. All submitted manuscripts are reviewed initially by an editor. Manuscripts with insufficient priority for publication are rejected promptly.
2. Initial screening will be performed by a junior editors to verify the formal eligibility of the manuscript according to the editorial norms of Dementia & Neuropsychologia.
3. Manuscripts are sent for peer-review (see below).
4. The authors are informed of the probable date of publication following the final decision of the Editor-in-Chief. The authors may be asked for additional information regarding previous presentation in Scientific Meetings. This information can be supplied in the cover-letter sent at the time of manuscript submission.

Peer review

1. After approval of formal aspects, the manuscript is submitted to peer-review by ad-hoc consultants, international and national specialists. Each manuscript is evaluated by at least two reviewers. Peer reviewer identities are kept confidential, and authors' identities are also not divulged to reviewers.
2. The referees' comments and suggestions are sent to the authors of the manuscript within 60 days for reworking of the paper.
3. The reformulated version is accepted as a re-submission and re-sent to the referees for further review.
4. In the case of referee approval, the manuscript is revised by the editor and associate editors and passes to the publishing step.
5. In the case of pending issues the manuscript is again returned to the authors with indications for revision.
6. The entire process is supervised by the Editor-in-Chief who determines the number of appropriate re-submissions, while focusing on the quality of the work being published.

MANUSCRIPT PREPARATION

Information for authors is available on line (demneuropsy.com.br; and also at abneuro.org). Please follow these instructions:

Cover letter. Designates the corresponding author, authorship responsibility, contributions, financial support, and conflict of interests and provides full address, telephone, and fax numbers, and e-mail address.

Title page. Includes manuscript title and authors' names. The title should be concise and descriptive, with essential information on the manuscript content. The name of the authors should include the first name. At the bottom of the title page indicate: the name of the department and institution, city and country in which the study was conducted; the academic title of each author and their institutional affiliation; grant support acknowledgement; name and address (postal and electronic) for mail.

Abstract. The abstract of original manuscripts or short communications should be structured and contain the following items: background, objective(s), methods, results and conclusions. Abstracts may contain up to 250 words. Abstracts of case reports, history note or reviews, may be unstructured and contain up to 150 words.

Key words. Include 4-6 key words or short phrases after the abstract, according to the Descriptors for Health Sciences (<http://decs.bvs.br/>).

Title, abstract and key words must also be provided in a Portuguese version (for those who do not write in Portuguese, the editorial office will translate these items).

Text. Original manuscripts may have up to 3,000 words and contain only four sections: introduction (which usually finishes by defining the objectives); methods (material and/or subjects; statistical methods; bioethical approach with the name of the Ethics Committee that approved the study and patient Informed Consent); results; discussion (which should include the limitations of the study and conclusions); and acknowledgements. Data presented in tables and illustrations should not be repeated in the text. Observations: Short communication, history note and case report: up to 1,500 words of text; reviews up to 5,000 words. "Neuroimaging through clinical cases" up to 750 words.

References. Up to 50 references may be included for original manuscripts, numbered consecutively in the order they are cited. For case reports, history note or short communications, up to 30, for "Neuroimaging through clinical cases" up to 10 and for reviews up to 150 references are allowed. The references should follow the Vancouver system and be abbreviated according to the Index Medicus or Pubmed standard. List all authors when there are six or fewer; whereas when there are seven or more, list the first three then follow with "et al."

- Articles: Author(s).Title. Journal year;volume:pages initial-final.
- Books: Author(s) or editor(s). Title. Edition- if not the first. City where published: publisher; year:number of pages.
- Chapter of a book: Author(s). Title. In: Book editor(s) followed by (eds), Title, Edition- if not the first. City where published: publisher; year:pages initial-final.
- Abstracts: Author(s).Title, followed by (Abstr). Journal year; volume (Supplement and number if necessary):page(s) or, in case of abstracts not published in journals: Title of the publication. City where published: publisher, year:page(s).

Tables. Up to 5 tables in original manuscripts (up to 2 tables in short communications, history note or case reports), each presented on a separate page together with its title, legend and sequence number. Tables should contain all information required to be understood by the reader. Vertical lines should not be used for separating data within the table. Type or print out each table double spaced on a separate page. Do not submit tables as photographs. Number tables consecutively in the order of their first citation in the text and supply a brief title for each. Give each column a short or abbreviated heading. Place explanatory matter in footnotes, not in the heading. Explain in footnotes all nonstandard abbreviations used in each table. For footnotes use the following symbols, in this sequence: *, +, †, §, ||, ¶, **, ++, +++, etc. The editor, on accepting a manuscript, may recommend that additional tables containing important supporting data too extensive to publish be deposited with an archival service, **such as the site of the journal (www.demneurology.com.br), or be made available** by the authors. In this case an appropriate statement will be added to the text. Submit all tables for consideration together with the manuscript.

Illustrations. Up to 3 figures, graphs or photos, with their title and legend on separate pages (up to 2 illustrations in short communications, history note or case reports).

Attention. Before submitting your manuscript, please go through the Author's checklist and complete the Authorship, non-financial, and financial disclosure forms available online from the journal's homepage (www.demneurology.com.br) or www.scielo.br

Instruções ao autores

Dementia & Neuropsychologia é um jornal trimestral dedicado à publicação de

pesquisas em ciências cognitivas e do comportamento, com foco em epidemiologia clínica, neurociências básicas e aplicadas e testes cognitivos desenvolvidos ou adaptados para populações com diferentes substratos culturais, educacionais e socioeconômicos. **Dementia & Neuropsychologia** está particularmente envolvida com a publicação de pesquisas relevantes de países em desenvolvimento e também procura disseminar revisões e relatos de caso que sejam contribuições importantes para a neurologia, psiquiatria, geriatria, neuropsicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e outros campos relacionados.

O jornal é publicado em inglês, mas também inclui versões em português do título, resumo e palavras-chave. Os manuscritos preparados em português ou espanhol poderão ser aceitos e vertidos para o inglês por nativo da língua, com um custo adicional para os autores.

Dementia & Neuropsychologia segue as diretrizes do ICMJE, (*International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals editors*, atualização de outubro de 2008; www.icmje.org).

Em acordo com o ICMJE, **Dementia & Neuropsychologia** requer, como condição para consideração de publicação, o registro do ensaio clínico nos centros de registro. Os sites para registros de ensaio clínico aceitáveis incluem: <http://clinicaltrials.gov>, <http://isrctn.org>, <http://actr.org.au>, <http://trialregister.nl> e <http://www.umin.ac.jp/ctr>. Para este propósito, o ICMJE define ensaio clínico como qualquer estudo que prospectivamente submete indivíduos a intervenções ou comparações de grupos para avaliar as relações de causa e efeito entre uma intervenção médica e a evolução do estado de saúde. O nome do ensaio registrado, sua URL e número de registro deverão constar ao final do resumo. Os ensaios devem ser registrados no início, ou antes, do recrutamento dos indivíduos. Em acordo com as recomendações da BIREME/OPAS/OMS para relato de ensaios clínicos, os autores deverão trabalhar seguindo as diretrizes recomendadas no CONSORT STATEMENT (www.consort-statement.org).

REGRAS EDITORIAIS PARA OS AUTORES

Responsabilidade pela autoria, critérios e contribuições; declaração de finanças e transferência de direitos autorais. A carta de apresentação deve incluir: (1) declaração de responsabilidade de autoria e (2) declaração de auxílio financeiro e (3) acordo de transferência de direitos autorais. Cada uma destas três declarações deve ser lida e assinada por todos os autores. (Veja o formulário de autoria e um exemplo de carta de apresentação).

Conflito de interesse. Um conflito de interesse pode existir quando um autor (ou a instituição ou empregador do autor) tem relações financeiras e pessoais que possam inapropriadamente influenciar (ou enviesar) a decisão sobre a autoria do trabalho ou manuscrito. Todos os autores são requisitados a relatar potenciais conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros específicos relevantes ao assunto do manuscrito, na sua carta de apresentação e no formulário de declaração financeira de interesses de **Dementia & Neuropsychologia**. Autores sem interesses financeiros relevantes, devem indicar a ausência de interesse no manuscrito.

São solicitadas aos autores informações detalhadas quanto ao suporte material e financeiro para a pesquisa a trabalho, incluindo fontes de fundos e provisão de equipamentos e suprimentos, não limitados ao auxílio pesquisa.

Espera-se que os autores forneçam informações detalhadas sobre qualquer interesse financeiro relevante ou conflitos financeiros até 5 anos atrás e num futuro próximo, particularmente, aqueles presentes durante a pesquisa e o período de publicação. Além disso, os autores que não tiverem interesses financeiros devem providenciar uma declaração indicando não haver interesse financeiro relacionado ao material do manuscrito.

Estas regras de declarações de conflitos de interesse devem ser aplicadas a todos os manuscritos submetidos, incluindo cartas ao editor, relatos de caso e revisões de livros.

Fundos e suporte e papel do financiador. Todo suporte financeiro e material para a pesquisa e trabalho deve ser clara e completamente identificado nos agradecimentos.

Acesso aos dados e responsabilidade. Para ensaios clínicos financiados pela indústria farmacêutica, os autores devem relatar na sua carta de submissão que (1) eles tiveram total acesso aos dados, (2) tiveram o direito de publicar todos os dados e (3) tiveram o direito de obter análises estatísticas independentes. Manuscritos contendo avaliações estatísticas devem conter o nome e afiliação do revisor estatístico.

Publicação prévia ou submissão duplicada. Manuscritos são recebidos entendendo-se que não estejam sob outra consideração para publicação. Esta informação deve ser inserida na carta de apresentação.

Consentimento informado. Para investigações experimentais em seres humanos ou animais, coloque na sessão de "Métodos" do manuscrito que um comitê institucional aprovou o projeto. Uma cópia da aprovação do Comitê de Ética deve ser enviado com o manuscrito. Para aqueles investigadores que não possuam um comitê de ética em pesquisa formal (institucional ou regional) os princípios exibidos na Declaração de Helsinki devem ser seguidos. Uma carta de consentimento deve acompanhar todas as fotografias de pacientes na qual uma possível identificação possa ocorrer. Não é suficiente cobrir olhos para mascarar

a identidade. Refira-se ao paciente por número (ou, em relatos anedóticos, por nomes fictícios). Nomes reais ou iniciais não devem ser usados no texto, tabelas ou ilustrações.

Uso não autorizado. Manuscritos aceitos tornam-se propriedade permanente de Dementia & Neuropsychologia e não podem ser publicados em outro local sem a permissão do editor.

SUBMISSÕES DE MANUSCRITOS

As submissões devem ser online: <https://mc04.manuscriptcentral.com/dn-scielo>. Devem ser anexados: a carta de apresentação, declarações de responsabilidade de autoria, declaração financeira e transferência de direitos autorais. Estudos que utilizem seres vivos devem submeter uma cópia da autorização pelo Comitê de ética da instituição envolvida. Ensaaios clínicos serão aceitos para publicação, mediante apresentação do registro de ensaio clínico.

1. Todos os manuscritos submetidos são revistos inicialmente por um editor. Manuscritos com insuficiente prioridade para publicação serão prontamente rejeitados.
2. A avaliação inicial é realizada por um editor junior verificando a adequação formal do manuscrito às normas de Dementia & Neuropsychologia.
3. Os manuscritos são enviados para a revisão por pares (veja abaixo).
4. Os autores são informados pelo Editor Chefe da provável data de publicação após sua decisão final.
5. Os autores podem ser solicitados a fornecer informações adicionais sobre a apresentação prévia em encontros científicos. Esta informação pode ser dada na carta de apresentação, enviada na ocasião da submissão do manuscrito.

Revisão por pares

1. Após aprovação dos aspectos formais, o manuscrito é submetido para revisão por pares e consultores ad-hoc, especialistas nacionais e internacionais. Cada manuscrito é avaliado por pelo menos dois revisores. As identidades dos revisores são mantidas confidenciais e a identidade dos autores não é informada aos revisores.
2. Os comentários e sugestões dos revisores são enviados aos autores do manuscrito num prazo de 60 dias para reformulação.
3. A versão reformulada é aceita para re-submissão e reenviada aos revisores para reapreciação.
4. No caso da aprovação pelo revisor, o manuscrito é revisado pelo editor e editores associados e passa ao processo de publicação.
5. No caso de pendências remanescentes o manuscrito é reenviado para os autores com as indicações de revisão.
6. O processo inteiro é supervisionado pelo Editor Chefe que determina o número apropriado de re-submissões, sempre focando na qualidade do trabalho a ser publicado.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Informações aos autores estão disponíveis on line (www.demneuropsychology.com.br; e também em www.abneuro.org). Por favor, siga as seguintes instruções:

Carta de apresentação. Declare um autor para correspondência, responsabilidade de autoria, contribuições, suporte financeiro e conflito de interesses. Forneça também, endereço para correspondência, números de telefone e fax e endereço eletrônico.

Página de Título. Inclui o título do manuscrito e os nomes dos autores. O título deve ser conciso e descritivo, com informação essencial sobre o conteúdo do manuscrito. O nome dos autores deve incluir o primeiro nome. Ao final da página de título informe: o nome do departamento e instituição, cidade e país no qual o estudo foi conduzido, título acadêmico de cada autor e sua afiliação institucional, suporte financeiro, agradecimentos, nome e endereço (postal e eletrônico) para correspondência.

Resumo. Os resumos de artigos originais, ou comunicações breves devem ser estruturados e conter os seguintes itens: embasamento, objetivo(s), métodos, resultados e conclusões. Os resumos podem conter até 250 palavras. Resumos de relatos de caso, revisões e nota histórica não necessitam ser estruturados e podem conter até 150 palavras.

Palavras-chaves- Adicione 4 a 6 palavras-chave ou frases curtas após o resumo, seguindo os descritores em ciências da saúde (<http://decs.bvs.br/>)

Título, resumo e palavras-chaves devem ser fornecidos também em português. Aqueles que não escrevem na língua portuguesa, contarão com a tradução dos editores.

Texto - Os manuscritos originais deverão apresentar até 3000 palavras, contendo: introdução e objetivos; métodos (material e/ou casuística; método estatístico; menção à aprovação do Comitê de Ética e seu nome e o consentimento informado); resultados; discussão (que deve incluir as conclusões); e agradecimentos. Os dados apresentados nas tabelas e ilustrações não devem ser repetidos no texto.

Observações: O limite para comunicações breves, nota histórica e relato de caso é até 1500

palavras e para revisões até 5000 palavras;
Neuroimagem através de casos clínicos até 750 palavras.

Referências - Até 50 para manuscritos originais, numeradas consecutivamente em ordem de aparecimento. Para relatos de caso, nota histórica ou comunicações breves até 30, para "Neuroimagem através de casos clínicos" até 10 e nas revisões, até 150. As referências devem seguir a norma Vancouver e abreviado conforme o modelo do Index Medicus ou PubMed.

- Artigos: autor(es). Título. Jornal ano; volume: páginas inicial-final.
- Livros: autor(es) ou editor(es). Título. Edição, se não for a primeira. Cidade de publicação: editora; ano: número de páginas.
- Capítulo de livro: autor(es). Título. In: Editores do livro seguido por (Eds), Título, edição, se não for a primeira. Cidade de publicação: editora, ano: páginas inicial e final.
- Resumos: autor(es). Título, seguido por (abstr). Jornal ano; volume (suplemento e seu número, se necessário): página(s) ou, no caso de resumos não publicados em jornais: Título da publicação. Cidade de publicação: editora, ano: página(s).

Tabelas. Até cinco tabelas em manuscritos originais (até duas em comunicações breves, nota histórica ou relatos de caso), cada uma apresentada em página separada, com seu título, legenda e sequência numérica. As tabelas devem conter toda a informação requerida para compreensão do leitor. Não devem ser utilizadas linhas verticais para separar os dados dentro da tabela. Não submeta tabelas como fotografias. Numere a tabela consecutivamente em ordem de sua primeira citação no texto e forneça um breve título para cada uma. Dê a cada coluna um cabeçalho curto ou abreviado. Coloque notas informativas no rodapé, não no cabeçalho. Explícite no rodapé todas as abreviações usadas em cada tabela. Para o rodapé use os seguintes símbolos, nesta sequência: *, +, +, §, ||, ¶, **, ++, etc. O Editor ao aceitar um manuscrito, pode recomendar que tabelas adicionais contendo dados importantes de suporte, muito extensos para publicação, possam ser deixadas num arquivo, tal como no sítio da revista (www.demneuropsy.com.br), ou que possa ser disponibilizado pelos autores. Neste caso, uma declaração apropriada será adicionada ao texto. Submeta todas as tabelas junto com o manuscrito.

Ilustrações. Até três figuras, gráficos ou fotos, com seu título e legenda em páginas separadas (até duas ilustrações em comunicações breves, nota histórica ou relatos de caso).

Atenção. Antes de submeter seu manuscrito, por favor, complete o check list e as declarações de autoria, conflitos financeiros e não financeiros, disponíveis na página eletrônica do jornal (www.demneuropsy.com.br) ou www.scielo.br

- Home
- Journal Information
- History
- Editorial Board
- Advanced Search
- Current Edition
- Previous Editions
- Images Bank
- Instructions to Reviewers
- Information for Authors
- Subscriptions
- Contact

Submissão Online

Manual de Submissão



OFFICIAL JOURNAL OF THE COGNITIVE NEUROLOGY AND AGEING DEPARTMENT OF THE BRAZILIAN ACADEMY OF NEUROLOGY AND OF THE BRAZILIAN ASSOCIATION OF GERIATRIC NEUROPSYCHIATRY

Checklist

DEMENTIA & NEUROPSYCHOLOGIA

Authors' checklist

Before submitting your manuscript, please take a few minutes of your time to be sure that everything is right

Title of the manuscript: _____

Author name correspondent: _____

1. Cover letter with contribution of each author to the manuscript (please follow the model of cover letter available at demneuropsy@org.br)	
2. Title page with: Title in English (not too long)	
3. Authors' names, including the first name, and affiliations are in the title page	
4. Name of the department and institution, city and country in which the study was conducted are in the title page	
5. Grant support acknowledgement is in the title page	
6. Title in Portuguese (almost perfect version of the English title; for those not fluent in Portuguese, the editorial staff will translate)	
7. Structured abstract for original papers, with up to 250 words (for case reports or reviews, abstracts may be unstructured and may contain up to 150 words)	
8. Abstract in Portuguese is a version of the English abstract (for those not fluent in Portuguese, the editorial staff will translate)	
9. Key words (4-10) follow the Descriptors for Health Sciences (http://decs.bvs.br) in English and Portuguese	
10. Text up to 3000 words for original manuscripts (up to 1500 for case reports and brief short communications; and up to 5000 for reviews)	
11. Information of the approval by the Ethics Committee must be present in the "Methods" section	
12. Tables: up to 5 in original papers (2 in short communications or case reports); should be auto-explicative	
13. Illustrations: up to 3 figures, graphs or photos, with legends.	
14. References follow the general guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors	

