



**CESPU**  
INSTITUTO SUPERIOR  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NORTE

*Paula Alexandra Marcos Pires*

**Capacidade discriminativa do *Inventário do  
Comportamento Para Idosos (ICI)*, no  
diagnóstico precoce das demências**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Mestrado de Psicogerontologia

2013



**Instituto superior de Ciências da Saúde, Norte, CESPU**

Departamento de Psicologia

Mestrado de Psicogerontologia

**Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências**

**Paula Alexandra Marcos Pires**

Candidatura ao Grau de Mestre em Psicogerontologia sob:

**Orientação:**

Prof. Dr.<sup>a</sup> Maria Manuela da Silva Leite

Gandra, 2013

---

## **Agradecimentos**

Esta dissertação de mestrado decorre de uma experiência única que passa pelo patamar profissional, sem dúvida, mas pela componente humana também. Como tal, agradeço a disponibilidade, acompanhamento atento e colaboração demonstrados por todos os colaboradores, sem exceção, á Santa casa da Misericórdia de Miranda do Douro, ao Centro de dia de doentes de Alzheimer São João de Deus (Hospital Conde Ferreira), Casa da Criança Mirandesa, e Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho – Hospital Eduardo Santos Silva.

À Prof. Dr.<sup>a</sup> Manuela Leite, Orientadora e Coordenadora do Mestrado de Psicogerontologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde, pela dedicação e esforço para levar este estudo avante.

Á Dr.<sup>a</sup> Hermínia, pela dedicação, simpatia e ajuda prestada na recolha da inúmera amostra.

As amigas e colegas de mestrado, que colaboraram com a recolha no que lhes foi possível, Orlanda, Susana e Fabiana, obrigada, sem vocês, tudo tinha sido mais difícil.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a execução desta dissertação de Mestrado.

A ti André, ... porque completas na perfeição a minha felicidade, és o culminar da minha vida, sem ti os meus sucessos académicos não teriam a mesma emoção. Obrigada por seres, ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio, pela confiança dando-me, desta forma, coragem para ultrapassar a culpa pelo tempo que a cada dia te subtraía.

---

Ao meu irmão e cunhada, Luís e Marta, um obrigado muito especial. Pelo apoio, pela coragem em continuar, pelo entusiasmo e ajuda prestada para que esta dissertação termina-se.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, mais do que isso, o grande apoio na minha vida. Obrigada por sempre me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor, pelo apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrada e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo, quero partilhar convosco a alegria de os conseguir vencer continuamente!

Uma palavra de reconhecimento muito especial para eles, pelo amor incondicional e pela forma como ao longo de todos estes anos, tão bem, souberam ajudar-me.

---

## Prefácio

Esta dissertação é o fruto de um conjunto de atividades que se desenvolveram ao longo do 2º Ano Curricular do Mestrado de Psicogerontologia, do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, com vista à candidatura de Grau de Mestre em Psicogerontologia. Foi realizado sob a orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Manuela Leite, coordenadora do Mestrado de Psicogerontologia do ISCS-N.

A especificidade desta dissertação centra-se na verificação da validade clínica da versão portuguesa do ICI “*Inventário do Comportamento Para Idosos – (ICI)*”.

Com a realização da presente dissertação, perspectivou-se, não só poder vir a contribuir para o desenvolvimento futuro de trabalhos pessoais, como também constituir matéria prima válida para o alargamento de mais fontes de avaliação clínica para doentes com demência.

Perspectiva-se ainda que este trabalho possibilite o desenvolvimento de futuras investigações na área.

---

# LISTA DE CONTEÚDOS

## Prefácio

### Parte I: Artigo a submeter a uma revista científica

#### 1.1. Artigo:

- "Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências"

#### 1.2. Anexo da submissão do artigo

### Parte II: Resumo a submeter a encontro Científico Internacional

- Congresso "*Internacional do Envelhecimento 2013*

"Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências"

Paula Pires, Manuela Leite

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Identificação da Revista e do Congresso de Envelhecimento Internacional e estado de submissão

**Anexo II** - Regras de Publicação e Submissão - Revista "Revista Envelhecimento & Inovação – Journal of Aging and Innovation"

**Anexo III** – Regras de publicação e submissão do Congresso "Internacional do Envelhecimento 2013"

---

## **Parte I: Artigos a submeter a uma revista científica**

**1.1 Artigo: "Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências"**

---

**"Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos* (ICI), no diagnóstico precoce das demências"**

**"Discriminative capacity of "Older Adult Behavior Checklist" (OABCL) in older adult diagnosis of dementia"**

**"Capacidad discriminante del *Inventario de Comportamiento para personas mayores* (ICI) en el diagnóstico precoz de la demencia"**

Paula Pires<sup>I</sup>, Manuela Leite<sup>II</sup>

---

<sup>I</sup> Masters Program in Psychogerontologist, Institute of Health Science/CESPU, Gandra, Portugal

<sup>II</sup> PhD, Psychology Department, Investigation Unit of Psychology and Health (UniPSA), Investigation Center of Health Science (CICS), Institute of Health Science/CESPU, Gandra, Portugal

**Correspondence:**

Paula Pires

R. Honório de Lima 346-D Hab. 3.7

4200-321 Porto, Portugal

E-mail: paulapiresive.com.pt

Telephone number: 00351 936702213

**Conflict of interest:**

There is no conflict of interest to report by any of the authors.



## **Abstract:**

The "Older Adult Behaviour Checklist (OABCL)" is an multidimensional instrument for hetero assessment of behaviour of the elderly. The aim of this study was to evaluate its discriminative ability, in the assessment and early diagnosis of dementia syndromes.

In this research a protocol was applied to 100 caregivers of elderly from the north of the country, divided into two groups: 50 caregivers of elderly with dementia (AC) and 50 caregivers of elderly people without dementia (GC). It was defined as inclusion criteria of AC, the diagnosis of dementia performed by a specialist. This assessment protocol was composed by Informed Consent and OABCL and by the results of the MMSE and the Clock Test in AC.

The syndrome scale scores, of the AC shows us normal values for the syndrome scales anxious/depressed, worries, Somatic complaints and irritable/disinhibited; borderline, for the Thought problems; and clinically significant at the level of Functional Impairment and the cognition problems. As for the CG, they exhibit normal values in all scales syndrome. Therefore, there are statistically significant differences between both groups in terms of worries ( $t(98) = -3.232, p = .002$ ); Thought Problems ( $t(98) = 5.692, p = .000$ ); Cognition Problems ( $t(98) = 14.071, p < .001$ ), and Functional Impairment ( $t(98) = 10.864, p < .001$ ).

The correlation study between OABCL and the MMSE, shows us the existence of weak correlations and statistically significant only at the syndrome scale of worries ( $r = .297, p < .036$ ), and Functional Impairment ( $r = -.336, p < .017$ ). The same is true between OABCL and the Clock Test, on the level of syndrome scale of worries ( $r = .407, p < .003$ ).

Despite the lack of strong and statistically significant correlations between scales of OABCL, MMSE and the Clock Test, it was verified the ability of OABCL in distinguish a clinical sample of a control, through the use of Syndrome Scales more susceptible to dementia symptoms.

**Keywords in English:** Older Adult Behavior Checklist, Functional Limitation, Dementia, Older Adult

## Resumo:

O «Inventário de Comportamento para Idosos (ICI)» é um instrumento de heteroavaliação multidimensional do comportamento do idoso, pretendendo-se com este estudo avaliar a sua capacidade discriminativa, na avaliação e diagnóstico precoce de síndromes demenciais.

Foi aplicado um protocolo de investigação a 100 cuidadores de idosos provenientes da zona norte do país, divididos em dois grupos: 50 cuidadores de idosos com demência (AC) e 50 cuidadores de idosos sem demência (GC). Definiu-se como critério de inclusão da AC, o diagnóstico de demência realizado por um especialista. O protocolo de avaliação era composto pelo Consentimento Informado e Inventário Do Comportamento para Idosos – (ICI), e pelos resultados do MMSE e TR na AC.

O “perfil síndromico”, da AC demonstra-nos *valores normais* para as escalas síndrome Ansiedade/Depressão, Preocupações, Queixas Somáticas e Irritação/Desinibição; borderline, para os Problemas de Pensamento; e clinicamente significativos ao nível das Limitações Funcionais e os Problemas Cognitivos. Quanto ao GC, estes apresentam valores normais em todas as escalas síndrome. Por conseguinte, existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos ao nível das Preocupações ( $t(98) = -3.232$ ;  $p = .002$ ); Problemas de Pensamento ( $t(98) = 5.692$ ;  $p = .000$ ); Problemas Cognitivos ( $t(98) = 14.071$ ;  $p < .001$ ), e Limitações Funcional ( $t(98) = 10.864$ ;  $p < .001$ ).

O estudo correlacional entre o ICI e o MMSE, demonstra-nos a existência de correlações fracas e estatisticamente significativas apenas ao nível da escala síndrome de Preocupações ( $r = .297$ ,  $p < .036$ ), e Limitação Funcional ( $r = -.336$ ,  $p < .017$ ). O mesmo se verifica entre o ICI e o TR, ao nível da escala síndrome Preocupações ( $r = .407$ ,  $p < .003$ ).

Apesar da ausência de correlações fortes e estatisticamente significativas entre as escalas síndromes do ICI, e MMSE e TR, constatou-se a capacidade do ICI

em destriçar uma amostra clínica de uma de controlo, através das escalas síndrome mais suscetíveis aos sintomas demenciais.

**Palavras-chave Português:** Inventário do Comportamento para idosos, Limitação Funcional, Demência, Idosos.

**Palabras clave en Español:** Inventario de Comportamiento para Personas Mayores, Limitación Funcional, Demencia, Adulto Mayor

## Introdução

Uma das transformações sociais mais importantes que ocorrem nos últimos 50 anos está relacionada com o envelhecimento demográfico. Assistimos, portanto, ao fenómeno crescente e novo do envelhecimento da população em todas as sociedades economicamente desenvolvidas. Este acontecimento converteu os chamados idosos, num grupo social que atrai o interesse individual e coletivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico, político, entre outras (Osório, 2007).

O envelhecimento, na perspetiva de Lidz (1983) (cit in Oliveira, 2010) compreende três partes, sendo elas, o idoso (sem alterações psicossomáticas), a senescência (com declínios orgânicos e psicológicos) e por último a senilidade (dependência total). Apesar de nos países desenvolvidos, a melhoria das condições de vida repercutir-se num aumento da esperança média de vida (Oliveira, 2010), o processo de senescência conduz a um aumento da vulnerabilidade e probabilidade de morte (Costa, 2002).

A senescência traduz o «(...) processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos» (Cancela, 2007, p.3), dependendo de fatores biológicos, psíquicos e sociais, tendo em consideração que o envelhecimento é um conceito multidimensional, condicionado pela avaliação que o sujeito faz das suas experiências de vida, sociais e culturais (Chan, Chiu, Chien, Thompson, & Lam, 2006).

Apesar disso, com o envelhecimento, há uma tendência natural para o surgimento de patologias e alterações relacionadas com a idade (Argimon & Montes, 2004).

Do ponto de vista cognitivo, sabe-se que existe uma correlação positiva entre o envelhecimento e o aumento da prevalência de demências, sendo de 5-8% em indivíduos com 65 anos; 15-20% aos 75, e de 25-50%, a partir dos 85 anos (Santana, 2005). Tendo em consideração que em Portugal os idosos representam 19% da população total (INE, 2011), perspetivando-se que em 2050 atinjam a marca de 2,95 milhões, mais um milhão do que em 2005 (1,78 milhão), facilmente se compreende o impacto que estas alterações poderão ter ao nível

da saúde pública. Aliás, prevê-se que as demências dupliquem a cada cinco anos após os 60 anos, aumentando exponencialmente com a idade (Caramelli & Barbosa, 2002).

No entanto, nem sempre as alterações cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento evoluem no sentido demencial, tendo em consideração, que nem todo o declínio funcional evolui no sentido da doença (Osório, 2007). Neste sentido, é necessário uma distinção clara destes dois processos de envelhecimento – normal e patológico, na qual a avaliação neuropsicológica assume um papel central.

Para Rowe e Kahn, (1987) (cit in Smith & Ivnik, 2004) a definição de envelhecimento normal tem estado relacionada com a expressão “envelhecer com êxito”, sendo que esta definição reserva-se à passagem do tempo, excluindo as doenças relacionadas com a idade. As doenças comuns associadas à idade são fisiologicamente próprias do processo de envelhecimento, isto é, fazem parte do desenvolvimento (LaRue, 1992), evoluindo normalmente no sentido de uma perda da eficiência na aquisição de nova informação (LaRue, 1992, Petersen, Smith, Ivnik, Kokmen, & Tangalos, 1994), numa perda de velocidade de processamento, da flexibilidade cognitiva e da eficiência da memória de trabalho (LaRue, 1992) e na retenção da informação bem codificada (Petersen et al., 1994).

O Défice Cognitivo Ligeiro (DCL), constitui uma situação clínica intermédia – entre envelhecimento normal e patológico, caracterizando-se por défices ao nível da memória, funções executivas, processamento visuo-espacial ou linguagem. Os indivíduos que possuem défice cognitivo ligeiro têm um défice de memória que excede aquilo que se espera para um envelhecimento normal (Petersen, 2004). Esta condição clínica tanto pode evoluir no sentido demencial, como se manter estável ao longo do tempo.

Do ponto de vista patológico, a demência mais prevalente é a demência de Alzheimer (DA) representando 60% de todas as demências, afetando mais de 6 milhões de pessoas na América do Norte, 5 milhões na Europa, 8 a 10 milhões na Ásia e 1,5 milhões de pessoas na América do Sul (Querol, Martínez, Pérez,

& Herrera, 2005). Trata-se de uma doença com início insidioso e deterioração progressiva (LoGiudice, 2002), caracterizada sobretudo, pela perda de memória. A demência vascular (DV) constitui segundo Román (2002), a segunda maior forma de demência, cujos sintomas primários surgem como *deficits* nas funções executivas ou focais múltiplos (Caramelli & Barbosa, 2002). A demência por corpos de Lewy (DCL) representa cerca de 20% dos pacientes com demência. O diagnóstico clínico é feito quando o declínio cognitivo é flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais (LoGiudice, 2002). Já a demência Frontotemporal estima-se que represente 10% a 15% dos casos de demência degenerativa (Neto, Tamelini, & Forlenza, 2005).

A síndrome demencial caracteriza-se pela alteração da atividade normal das células nervosas, deterioração das funções intelectuais ou cognitivas sem que haja déficit de percepção ou estado de consciência. O DSM-IV (2004), associa um déficit de memória ou amnésia a pelo menos uma de outras alterações, como a apraxia, afasia ou agnosia. No entanto, as alterações cognitivas que acompanham o envelhecimento normal dificultam o diagnóstico de perturbações mentais orgânicas como é o caso da demência.

Tendo em consideração o envelhecimento populacional e a sua associação ao aumento da prevalência das demências, especialmente da doença de Alzheimer (LoGiudice, 2002), torna-se vital a identificação de indivíduos com risco potencial de desenvolver demência. Apesar de difícil, o diagnóstico precoce das demências possibilita a intervenção terapêutica, diminui os níveis de stresse aos familiares, reduz risco de acidentes, prolonga autonomia e possivelmente, em alguns casos, evita ou retarda o início do processo demencial (Charchat-Fichman, Caramelli, Sameshima, & Nitrini, 2005).

O diagnóstico sindrômico de demência depende de avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho em atividades de vida diária. A avaliação cognitiva pode ser iniciada por testes de rastreio breves, de fácil e rápida aplicação, devendo contudo ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo (Gil & Busse, 2009). O Teste do Relógio e o Mini Mental State Examination (MMSE), são os testes mais usados na avaliação clínica inicial, tratar-se de instrumentos de avaliação de

aplicação fácil e rápida. Para além disso, apresentam uma boa adaptabilidade para rastreamento de distúrbios cognitivos, avaliação da gravidade e da intensidade de declínio cognitivo nos casos clínicos, com confiabilidade adequada em situações de teste e re-teste (0,80 a 0,95), permitindo o seguimento evolutivo do paciente (Gil & Busse, 2009).

A avaliação neuropsicologia detalhada é recomendada especialmente nos estágios iniciais de demência em que os testes breves podem apresentar valores normais ou resultado limítrofe.

Dada a co-morbilidade entre a depressão e demência (Smith H. M., 2007), torna-se imperativo uma avaliação mais global do idoso. O *Older Adult Self-Report - OASR* (questionário de auto-avaliação) e o *Older Adult Behavior Checklist – OABCL* (heteroavaliação), são duas formas paralelas que em conjunto, facilitam a comparação entre a perceção que o sujeito tem acerca dele próprio e a perceção dos outros em relação a ele (Achenbach, Newhouse, & Rescorla, 2004). Destina-se a idosos com idades compreendidas entre os 60 a 90 e mais anos, permitindo desta forma, uma avaliação global do processo de senescência.

O Inventário de Comportamento do Idoso (ICI), é a versão portuguesa do OABCL (Sampaio, 2012), e fornece novas formas de integrar dados de auto-relato dos cuidadores com a possibilidade de melhorar a avaliação dos idosos. Através das escalas síndrome (Ansiedade/Depressão, Preocupações, Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Problemas de Memória, Limitações Funcionais, e Irritação/Desinibição), é possível o diagnóstico precoce de algumas entidades clínicas, tais como a demência ou depressão, permitindo a agregação de problemas relacionados com bases empíricas e Escalas Orientadas para o Diagnóstico DSM (Achenbach, et al., 2004).

Para testar a validade e utilidade do OABCL (ICI, na versão portuguesa), o autor observou o seu desempenho em situações clínicas geriátricas comuns, incluindo sujeitos com problemas de memória (predominantemente diagnósticos de demência) e uma amostra constituída em ambulatório de geriatria psiquiatria (transtornos predominantemente afetivos), comparando os resultados obtidos a

partir de uma amostra não-clínica. Concluindo que este possui correlações significativas com os testes normalmente usados na avaliação clínica destes doentes (Achenbach, et al. 2004).

## **Objetivos**

Este estudo tem como principal objetivo verificar a validade clínica da versão portuguesa do ICI (Inventário de Comportamento de Idosos), na deteção de síndromes demenciais.

## **Método**

A amostra total é constituída por 100 indivíduos, de ambos os sexos organizados em dois grupos: um grupo de Amostra Clínica (AC), constituído por cuidadores de doentes com diagnóstico de demência (n=50) e um Grupo de Controlo (GC), constituído por cuidadores de idosos sem história de psicopatologia associada (n=50).

Como critérios de inclusão foi definido cuidadores formais ou informais, que preste cuidados aos idosos há pelo menos 6 meses. Entende-se por informal, o indivíduo que possui uma relação próxima (familiaridade/amizade) com o idoso, e formal, o indivíduo com um vínculo estatutário e remuneratório. Foi definido ainda que os idosos do grupo clínico, deveriam possuir um diagnóstico de demência realizado por um especialista.

O ICI permite apenas a caracterização dos idosos e não do respondente. Neste sentido, verifica-se em ambos os grupos um predomínio do sexo feminino (AC – 52%; GC – 62%), e da situação de reformado (100%). A **amostra clínica**, possuem uma média de idades de 80,08 (DP=7.56), sendo 48% são viúvos e 34% casados e a residirem com o cônjuge. A maioria (58%), possuem até 4 anos de escolaridade, sendo que 22% nunca frequentaram a escola. O **grupo de controlo** apresenta características muito semelhantes, com uma média de idades de 79.96 (DP=7.64), 54% viúvos e 38% são casados e vivem com o cônjuge. No entanto, revelaram-se mais escolarizados - 34% possuem até 4 anos de escolaridade e 30% com escolaridade compreendida entre 5 e 6 anos de escolaridade.



No que concerne á relação estabelecida entre o idoso e o seu cuidador, verifica-se em ambos os grupos um predomínio claro dos cuidadores formais (AC - 70%; GC - 78%)

**Procedimento:**

Para este estudo foram aplicados dois protocolos de investigação (A e B). O protocolo de investigação A, foi constituído por: (1) Consentimento informado; (2) Inventário Do Comportamento para idoso (Sampaio, 2012).

O protocolo de investigação B, inclui os instrumentos supracitados, aos quais se associou os Resultados do Mini Mental State Examination (MMSE) e do Teste do Relógio (TR). Salienta-se que estes dois últimos instrumentos já tinham sido administrados pelos técnicos de acompanhamento dos doentes, tendo-se recolhido os valores obtidos aquando da última avaliação do idoso.

A sua administração foi realizada em contextos diferentes e por diferentes investigadores de acordo com o grupo de pertença – Grupo de Controlo (GC) ou Amostra Clínica (AC), respetivamente. A administração do protocolo A, foi realizada no domicílio de cada participante, recolhida numa investigação anterior (Sampaio, 2012). No que concerne ao protocolo B, este foi aplicado pelo próprio investigador em 4 sítios distintos: Santa casa da Misericórdia de Miranda do Douro, Centro de dia de doentes de Alzheimer São João de Deus (Hospital Conde Ferreira), Casa da Criança Mirandesa, e Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho – Hospital Eduardo Santos Silva.

Os cuidadores destes idosos foram informados acerca do tema de investigação e objetivo de estudo, sendo assegurada a confidencialidade dos dados. O consentimento informado foi obtido em todos os participantes.

O ICI é um questionário de heteroavaliação, e apresenta-se como um instrumento adequado na avaliação de diversos aspetos da psicopatologia e funcionamento adaptativo. É composto por 127 questões divididas por fatores (Achenbach, et al., 2004). O questionário descreve o comportamento para a faixa etária dos 60 a 90 e mais anos através do conhecimento que os outros têm acerca do idoso, o cuidador informal ou formal se há pelo menos 6 meses.

O ICI permite a avaliação de sete escalas síndrome: Ansiedade/ Depressão, Preocupações, Queixas Somáticas, Problemas de Pensamento, Problemas Cognitivos / Memória, Limitação Funcional, e Irritação / Desinibição.

O objetivo de possuir os valores do MMSE e TR prende-se com a necessidade de obter comparação, estes e os valores obtidos no ICI.

O MMSE é um teste de rastreio para défices cognitivos, possuindo os valores normais e sugestivos de demência, considerando a idade e o nível de escolaridade. O TR é um instrumento clínico e de pesquisa desenvolvido para detetar prejuízo cognitivo, com ênfase na investigação das habilidades visuo-espaciais, construtivas, perceptivo-visuais e conceitual-abstratas.

A análise estatística dos resultados foi realizada com o *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* (versão 21.0), tendo-se recorrido á estatística descritiva (media, desvio padrão e frequência), estatística inferencial (teste  $t$ ) e correlacional (do tipo Pearson).

### **Resultados:**

No que diz respeito aos resultados obtidos nas escalas Síndrome do ICI, verifica-se que a AC, apresenta valores mais elevados, ao nível das Limitações Funcionais (M=15.72; DP=3.84), seguido pelos Problemas Cognitivos (M=11.78; DP=3.48), Ansiedade/ Depressão (M=10.86; DP=5.31), Irritação/Desinibição (M=8.32; DP=6.51), Problemas de Pensamento (M=7.42; DP=4.25), Queixas Somáticas (M=6.12; DP=4.03), Preocupações (M=5.74; DP=2.99). Já no GC os valores mais elevados verificam-se na Ansiedade / Depressão (M=8.80; DP=5.65), Preocupações (M=7.60; DP=2.76), Irritação / Desinibição (M=6.22; DP=6.07), Queixas Somáticas (M=5.82; DP=4.25), Limitações Funcionais (M=5.42; DP=5.50), Problemas de Pensamento (M=3.28; DP=2.89) e por fim Problemas Cognitivos (M=3.02; DP=2.69).

Tendo em consideração os valores padronizados que nos permite a elaboração do “**perfil sindrómico**” (valores padronizados pelo autor), verifica-se que a AC apresenta *valores normais* para as escalas síndrome, Ansiedade/Depressão, Preocupações, Queixas Somáticas e Irritação/Desinibição; *borderline*, para os

Problemas de Pensamento; e *clínicamente significativos* ao nível das Limitações Funcionais e os Problemas Cognitivos. Quanto ao GC apresentam valores normais para o “perfil sindrómico”.

*Tabela 1* estudo comparativo entre amostra Clínica e Grupo de Controlo nas escalas Síndrome.

	Amostra Clínica	Grupo de Controlo	<i>t</i> (98)	<i>P</i>
	(M; DP)	(M; DP)		
<b>Ansiedade / Depressão</b>	(10.86; 5.31)	(8.80; 5.65)	1.880	n.s
<b>Preocupações</b>	(5.74; 2.99)	(7.60; 2.76)	-3.232	**
<b>Queixas Somáticas</b>	(6.12; 4.03)	(5.82; 4.25)	.362	n.s
<b>Problemas de Pensamento</b>	(7.42; 4.25)	(3.28; 2.89)	5.692	***
<b>Problemas Cognitivos</b>	(11.78; 3.48)	(3.02; 2.69)	14.071	***
<b>Limitações Funcionais</b>	(15.72; 3.84)	(5.42; 5.50)	10,86	***
<b>Irritação / Desinibição</b>	(8.32; 6.51)	(6.22; 6.07)	1,668	n.s

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

Apesar disso, quando comparados ambos os grupos, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas escala síndrome de Preocupações ( $t(98) = -3.232$ ;  $p = .002$ ); Problemas de Pensamento ( $t(98) = 5.692$ ;  $p = .000$ ); Problemas Cognitivos ( $t(98) = 14.071$ ;  $p = .000$ ), e Limitações Funcionais ( $t(98) = 10.864$ ;  $p = .000$ ). O mesmo não se verifica, ao nível das escalas síndrome, Ansiedade e Depressão ( $t(98) = 1.880$ ;  $p = n.s$ ), Queixa Somáticas ( $t(98) = .362$ ;  $p = .718$ ) e Irritação Desinibição ( $t(98) = 1.668$ ;  $p = n.s$ ) (Tabela 1).

A Tabela 2, apresenta os valores de MMSE e TR da AC, cujos resultados (M=13.28 e DP= 7.64), indicam-nos a existência de défices cognitivos.

*Tabela 2* Interpretação MMSE

	M	DP	Min	Máx
<b>Valores MMSE AC</b>	13,28	7,64	0	30

No entanto, não podemos descurar o facto de o MMSE possuir diferentes pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade dos sujeitos. Neste sentido, procedeu-se á estratificação da amostra de acordo com o nível de escolaridade e os respetivos pontos de corte do MMSE (Tabela 3).

*Tabela 3 Distribuição da AC com défices cognitivos no MMSE pelos diferentes pontos de corte.*

Pontos de corte	N	%
Analfabetos ( $\leq 15$ )	9	18
1 a 11 anos de escolaridade ( $\leq 22$ )	28	56
> 11 anos de escolaridade ( $\leq 27$ )	6	12
<b>Total</b>	43	86%

Dos 50 indivíduos que compõem a AC, verifica-se que a maior parte da amostra (86%), apresentam défices cognitivos sugestivos de quadros demenciais. Contudo, 14% dos sujeitos, apesar do diagnóstico de demência, não apresentam défices cognitivos significativos no MMSE.

A Tabela 4 diz respeito aos valores obtidos pela nossa AC, no TR.

*Tabela 4 Valores obtidos na amostra clinica no TR.*

Pontos de Corte	N	Percentagem da amostra
0	36	72%
1	10	20%
2	2	4%
3	2	4%
<b>Total</b>	50	100%

Verificando os valores obtidos pela AC no TR, pode-se constatar que a AC possui grandes dificuldades visuo-construtivas e de planeamento.

No sentido de se verificar a validade clínica do ICI, procedeu-se ao estudo correlacional das Escalas Síndrome do ICI, com o MMSE e o TR (Tabela 5).

*Tabela 5* Estudo Correlacional (do tipo Pearson) entre a Escala Síndrome, MMSE e TR.

	<b>MMSE</b>	<b>Teste Relógio</b>
Ansiedade/Depressão	-.078	.157
Preocupações	.297*	.407**
Queixas Somáticas	-.054	.145
Problemas de Pensamento	-.185	.036
Problemas Cognitivos	-.249	.034
Limitação Funcional	-.336*	-.038
Irritação e Desinibição	-.026	.185

\*\* $p < 0.01$  \* $p < 0.05$

Através da análise do coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 5), verificamos que a escala síndrome de Preocupações se correlaciona de forma positiva, fraca e significativa ( $r = .297$ ,  $p = .036$ ) com o MMSE, ou seja, as preocupações influenciam de algum modo os valores obtidos no MMSE. Contudo a escala Limitação Funcional correlaciona-se de forma negativa, fraca com o mesmo ( $r = -.336$ ,  $p = .017$ ), o que significa que, quanto maiores os défices cognitivos, maiores são as Limitações Funcionais.

Porem, o MMSE não se correlaciona de forma estatisticamente significativa, com a Ansiedade/Depressão ( $r = -.078$ ,  $p = n.s$ ), Queixas Somáticas ( $r = -.054$ ,  $p = n.s$ ), Problemas de Pensamento ( $r = -.185$ ,  $p = n.s$ ), Problemas Cognitivos ( $r = -.249$ ,  $p = n.s$ ), e Irritação/Desinibição ( $r = -.026$ ,  $p = n.s$ ).

O TR correlaciona-se com a escala síndrome Preocupações, de forma positiva, fraca e significativa ( $r = .407$ ,  $p < .003$ ). Contudo, não apresenta correlações estatisticamente significativas com as restantes escalas síndrome: Ansiedade/Depressão ( $r = -.157$ ,  $p = n.s$ ), Queixas Somáticas ( $r = .145$ ,  $p < p = n.s$ ), Problemas de Pensamento ( $r = .036$ ,  $p = n.s$ ), Problemas Cognitivos ( $r = .034$ ,  $p = n.s$ ), Limitação Funcional ( $r = -.038$ ,  $p = n.s$ ), e Irritação/Desinibição ( $r = .185$ ,  $p = n.s$ ).

Por fim, verificou-se que o MMSE e o TR apresentam uma correlação moderada, positiva ( $r=.560$ ) e estatisticamente significativa ( $p=.001$ ), ou seja quanto maior o valor obtido no MMSE, maior o valor obtido no TR.

### **Discussão dos resultados**

A validação clínica das escalas síndrome do ICI numa amostra da população portuguesa, institui o nosso principal objetivo. Neste sentido, constituíram-se dois grupos, um composto por idosos com diagnóstico de demência (clínica) e outro sem esta condição clínica (controlo).

Neste sentido, num primeiro momento analisamos os resultados obtidos em ambos os grupos nas escalas síndrome, definiram-se os perfis sindrômicos de cada um deles e realizou-se um estudo comparativo entre ambos, pretendendo-se avaliar desta forma, a capacidade discriminativa do instrumento na diferenciação do envelhecimento normal do patológico. O estudo correlacional do ICI com o MMSE e o TR, tinha como objetivo validar clinicamente a capacidade discriminativa do ICI no rastreio de síndromes demenciais.

Começamos a discussão precisamente pelo estudo correlacional, na medida em que, sendo o MMSE um dos instrumentos de rastreio de demência mais utilizados e tratando-se de uma amostra clínica devidamente diagnosticada, esperava-se encontrar correlações fortes e estatisticamente significativas entre o ICI e o MMSE, o que não se verificou. Somente duas escalas síndrome (Preocupações e Limitações Funcionais) se correlacionam significativamente com o MMSE, mas de forma fraca.

Estas ausências de significância levantam-nos várias questões, nomeadamente, (1) a validade dos resultados obtidos ao nível do MMSE, (2) a capacidade discriminativa do MMSE no diagnóstico precoce de demências, e (3) validade da heteroavaliação (ICI).

No que diz respeito á validade dos resultados do MMSE, salienta-se mais uma vez que os mesmos foram fornecidos pelos técnicos que acompanham os doentes, não se sabendo no entanto, a data da última avaliação, nem o tipo de demência subjacente. Sabe-se que há demências que apresentam mais défices cognitivos do que outras (e.g. Alzheimer vs. Fronto-temporal), assim como, a

inexistência de um padrão fixo de evolução, o que permite que num espaço curto de tempo um indivíduo possa apresentar um agravamento dos défices cognitivos. Partindo deste pressuposto, e tendo em consideração a existência de 7 indivíduos clinicamente diagnosticados, mas que apresentam valores normativos ao nível do MMSE, assim como, o facto de a amostra apresentar valores clinicamente significativos ao nível dos Problemas Cognitivos no ICI, poderemos considerar que esta ausência de significância se poderá dever a questões puramente avaliativas (timing e realizada por diferentes técnicos). A existência de uma correlação positiva, moderada e significativa entre o MMSE e o TR, e a quase inexistência de correlações estatisticamente significativas entre o ICI e o TR, corroboram esta nossa suposição.

Relativamente á capacidade discriminativa do MMSE, é do conhecimento geral a sua fácil e rápida aplicabilidade, assim como, a boa adaptabilidade no rastreio de distúrbios cognitivos, avaliação da gravidade e da intensidade de declínio cognitivo nos casos clínicos, permitindo o seguimento evolutivo do paciente (Gil & Busse, 2009), sendo por isso, comumente utilizado na clínica. Apesar disso, são-lhe apontadas um conjunto de limitações, que estão na base dos falsos positivos e falsos negativos. Inteligência pré-mórbida e/ou níveis educacionais elevados, podem conduzir a falsos negativos; idade avançada, baixo nível educacional, diferenças culturais, assim como défices sensoriais podem levar a falsos positivos (Ismail & Shulman, 2006). O tipo de demência também poderá influenciar os resultados obtidos, sabendo-se que os doentes com demência “Não Alzheimer” (e.g. D. por corpos de Lewy ou D. frontotemporal), podem obter pontuações superiores às dos pontos de corte (Reisberg, 2007). Estas limitações, poderão justificar os indivíduos que apesar do diagnóstico de demência, apresentam valores “normais” aquando da avaliação do MMSE, enviesando desta forma o estudo correlacional.

Apesar destas limitações que poderão ter condicionado os resultados obtidos, não podemos descurar o facto de o ICI ser um questionário de heteroavaliação. Contrariamente ao MMSE, cuja avaliação foi realizada diretamente com os idosos (apesar de ser realizada por técnicos diferentes), o ICI fornece-nos uma avaliação do idoso a partir da avaliação subjetiva realizada pelos seus

cuidadores. Neste sentido, apesar de o grau de concordância entre a auto (OASR) e heteroavaliação (OABCL/ICI) ser relativamente forte (Achenbach, et al., 2004) esta poderá ser influenciada pela proximidade física e emocional entre ambos; pela sobrecarga do cuidador; pelo grau de amizade/animosidade entre ambos.

No que concerne á quase ausência de correlações fortes e estatisticamente significativas entre o ICI e o TR, aplica-se a mesma linha de raciocínio aquando do MMSE. À semelhança do anterior, também os resultados do TR foram obtidos através de avaliações realizadas por diferentes técnicos e em *timings* diferentes, não se tendo tido em consideração a data de avaliação. Para além disso, sendo um instrumento frequentemente utilizado na avaliação, sobretudo das funções visuoespaciais, visuoconstrutiva, visuoespaciais, representação simbólica e grafomotora, linguagem auditiva, memória semântica e funções executivas, é mais sensível ao comprometimento do córtex frontal e temporal, sendo amplamente utilizado para triagem de demência, mas questionável a sua adequação no rastreio de DCL (Hamdan & Hamdan, 2008).

Não obstante a inexistência de correlações muito significativas entre o ICI e o MMSE, verifica-se que os resultados obtidos no ICI por ambos os grupos, divergem, em várias escalas síndrome. A AC apresenta valores superiores e estatisticamente significativos relativamente ao GC, ao nível das escalas síndrome Problemas de Pensamento e Problemas Cognitivos e Limitações Funcionais, e igualmente significativos mas inferiores de Preocupações. No que concerne á Irritação/Desinibição, apesar de a AC apresentar valores mais elevados, estes não atingem a significância estatística nem a relevância clínica. O mesmo se verifica relativamente às escalas síndrome Ansiedade/Depressão e Queixas Somáticas.

Curiosamente, os Problemas Cognitivos, constituem o cerne das síndromes demenciais, tendo em consideração que a demência é um síndrome caracterizado por um deterioro progressivo das funções cognitivas, acompanhado de sintomas psiquiátricos e alterações comportamentais que provocam uma incapacidade progressiva e irreversível (Robles, Cucurella, Formiga, Fort, Rodríguez, et al., 2011).



Na fase inicial da demência, são frequentes os lapsos de memória recente, afasia ligeira, dificuldades de orientação em lugares desconhecidos, dificuldade na escrita e uso de objetos, apatia e depressão. Na fase mais avançada, acentuam-se os sintomas anteriores, com desorientação mesmo em ambientes conhecidos, podendo surgir alterações motoras (e.g. apraxias). Também são frequentes perturbações do humor e do comportamento, necessitando de ajuda no desenvolvimento das atividades da vida diária. À medida que a doença vai evoluindo, vão-se acentuando os sintomas mnésicos, de reconhecimento, motores e comportamentais, entre outros, tornando-se o indivíduo totalmente dependente de outrem. O comprometimento da memória e de outras funções cognitivas, o que muitas vezes os impede, especialmente em fases mais avançadas de efetuar um relato adequado do seu estado emocional interno (sintomas), faz com que os comportamentos observados por familiares ou cuidadores (sinais) sejam mais facilmente referidos (McKeith & Cummings, 2005), e enfatizados, acrescentamos nós. Daí, provavelmente a expressividade desta escala síndrome na AC.

A sobressaliência ao nível das limitações funcionais da AC comparativamente ao GC, poderá por conseguinte resultar da própria evolução da doença, que transforma progressivamente o indivíduo autónomo num ser totalmente dependente.

Os Problemas de Pensamento também se encontram normalmente associados às síndromes demenciais, consubstanciados em problemas de comportamento tais como comportamentos delirante, reações de catástrofe, acusações ao outro de roubo, esconder ou mesmo de manter contacto com outras pessoas desconhecidas (Dubois, Feldman, Jacova, Dekosky, Barberger-Gateau, et al., 2007)

Curiosamente sintomas de Irritação/Desinibição também costumam fazer parte do perfil sindrómico dos quadros demenciais (DSM-IV, 2004), sobretudo na fase moderada da Demência de Alzheimer e na demência frontotemporal. Apesar de a AC apresentar valores superiores nesta escala síndrome comparativamente ao GC, esta não assume significância estatística, podendo dever-se ao estado de desenvolvimento da demência. Nas fases iniciais, a memória, atenção,

funções executivas e as habilidades viso-espaciais, são os domínios mais afetados (Schlindwein-Zanini, 2010), sendo as alterações de comportamento tais como a irritação e desinibição, mais frequentes nas fases intermédias, voltando a desaparecer em fases mais avançadas.

No que concerne á escala síndrome Ansiedade/Depressão, também á semelhança da anterior, a AC apresentou valores mais elevados, sem todavia atingir significado estatístico. Esta poderá dever-se á co-morbilidade de estados depressivos nos quadros demenciais, sendo frequentes sintomas de ansiedade e de depressão em doentes que se encontram em fases iniciais das demências (Cummings, 2004).

As Preocupações, constituem a escala síndrome em que a GC apresenta valores mais elevados do que a AC, sendo esta diferença estatisticamente significativa, o que é perfeitamente compreensível, tendo em consideração a “perda da realidade” á medida que a demência se vai instalando e evoluindo. A esta, associam-se a institucionalização da maior parte dos indivíduos da AC, que implica a transferência de responsabilidades, diminuindo por conseguinte o nível de preocupações sobretudo com os aspetos básicos da vida diária. Para além disso, tratando-se o GC de um grupo de idosos num processo de envelhecimento normal, as questões relacionadas com a finitude da vida e a procura de um sentido de coerência existencial preconizado por Erikson (Triadó & Villar, 2007), poderão justificar o aumento das preocupações dos mesmos, relativamente ao grupo de doentes desencilhados.

Em suma, podemos considerar que apesar da ausência de correlações fortes e estatisticamente significativas entre o ICI e o MMSE e o TR, este consegue através das suas escalas síndrome distinguir claramente um grupo de indivíduos diagnosticados com demência de um grupo de idosos normais, nas áreas potencialmente problemáticas nos quadros demenciais: problemas cognitivos (cl clinicamente significativos) e problemas de pensamento (borderline). Os níveis mais elevados de Irritação/Desinibição comparativamente ao GC, mas que se encontram dentro dos valores normais no perfil sindrómico, levam-nos a acreditar tratar-se de uma amostra composta por indivíduos ou em fases iniciais, sendo a mesma corroborada pelos valores de Depressão/Ansiedade, ou numa

bastante avançada, tendo ultrapassada a fase problemática dos problemas comportamentais provocados pela desinibição, e justificando os níveis mais elevados de Limitações Funcionais.

Contudo, não nos podemos esquecer de um conjunto de limitações inerentes ao estudo e que poderão ter influenciado os resultados obtidos: discrepância de avaliadores nos diferentes instrumentos; ausência de informações quanto á data de avaliação do MMSE e TR, bem como tipo de demência e estágio de desenvolvimento; e o facto do ICI se tratar de um instrumento de heteroavaliação, com todas as subjetividades inerentes á avaliação humana.

Apesar disso, consideramos que o ICI se revelou um bom instrumento de avaliação clínica, no diagnóstico diferencial de um envelhecimento normal e patológico, através de uma avaliação global do comportamento em geral, das limitações funcionais e estado de humor, permitindo ainda o diagnóstico precoce de alterações cognitivas, e por conseguinte de síndromes demenciais.

## Bibliografia

- Achenbach, T. M., Newhouse, P. A., & Rescorla, L. A. (2004). *Manual for the ASEBA Older Adults Forms & Profiles*. Burlington, VT:: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Argimon, I. d., & Montes, R. M. (2004). The memory as a control on Alzheimer's dementia and the diagnostic strategy. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 52-60.
- Association, A. P. (2004). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi editores.
- Cancela, D. M. (2007). O processo de envelhecimento. *Psicologia.com*.
- Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). How to diagnose the four most frequent causes of dementia? *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (1) 7-10.
- Chan, S. W., Chiu, H. F., Chien, W., Thompson, D. R., & Lam, L. (2006). Quality of life in chinese elderly people with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21: 312-318.
- Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Decline of cognitive capacity during aging. *Rev Bras Psiquiatria*, 27(12) 79-82.
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos - Formação, Práticas e competências dos Enfermeiros*. Lisboa: Formasau .
- Cummings, J. L. (2004). Sintomas Neuropsiquiátricos. In R. C. Petersen, *Défice Cognitivo Ligeiro* (pp. 41-61). Lisboa: Climepsi.
- Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., Dekosky ST, S., Barberger-Gateau, P., Cummings, J., . . . Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet Neurology*, Aug;6(8):734-46.
- Gil, G., & Busse, A. L. (2009). Neuropsychological assessment and diagnosis of dementia, mild cognitive impairment and complaint of age-related memory. *Arquivos Médicos*, 54 (2) 44-50.
- Hamdan, A. C., & Hamdan, E. M. (2008). Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer. *RBCEH, Passo Fundo*, 6 (1) 98-105.
- Ismail, Z., & Shulman, K. I. (2006). Avaliação cognitiva breve para a demência. In H. Firmino, *Psicogeriatría* (pp. 513-530). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- LaRue, A. (1992). *Aging and Neuropsychological Assessment*. Nova Iorque: Plenum Press.

- LoGiudice, D. (2002). Dementia: an update to refresh your memory. *Intern Med J.*, 32(11) 535-540.
- McKeith, I., & Cummings, J. (2005). Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol*, 4 (11) 735-742.
- Neto, J. G., Tamelini, M. G., & Forlenza, O. V. (2005). The differential diagnosis of dementia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3) 119:130.
- Oliveira, B. d. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: LivPsic.
- Osório, A. R. (2007). Os idosos na sociedade Atual. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As pessoas idosas* (pp. 11-47). Lisboa: Horizontes Pedagógicos.
- Petersen, R. C. (2004). Generalidades Conceptuais. In R. C. Petersen, *Défice Cognitivo Ligeiro - O Envelhecimento e a Doença De Alzheimer* (pp. 1 - 14). Lisboa : Climepsi.
- Petersen, R., Smith, G., Ivnik, R., Kokmen, E., & Tangalos, E. (1994). Memory function in very Alzheimer's disease. *Neurology* 44, 867-872.
- Querol, C. M., Martínez, V. T., Pérez, M. C., & Herrera, G. V. (2005). Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 21 (3-4).
- Reisberg, B. (2007). Global measures: Utility in defining and measuring treatment response in dementia. *Int Psychogeriatr*, 19 (3): 21-56.
- Robles, M. J., Cucurella, E., Formiga, F., Fort, I., Rodríguez, D., Barranco, E., . . . Cubí, D. (2011). La información del diagnóstico en la demencia. *Geriatría y Gerontología* , 46 (3) 163-169.
- Román, G. (2002). Defining dementia: clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia. *Acta Neurol Scand Suppl*, 6-9.
- Sampaio, E. F. (2012). *Validação do Teste Older Adult Self- Report (OASR) e Older Adult Behavior Checklist (OABCL)* . Gandra: Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte.
- Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e Outras Demências - Diagnóstico Diferencial. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça, *A Doença de Alzheimer e Outras Demências - Diagnóstico Diferencial* (pp. 61-82). Lisboa: Lidel-edições técnicas, LDA.
- Schlindwein-Zanini, R. (2010). Dementia in the elderly: Neuropsychological aspects. *Rev Neurocienc*, 18(2): 220-226.
- Smith, G. E., & Ivnik, R. J. (2004). Neuropsicologia Normativa. In R. C. Petersen, *Défice Cognitivo Ligeiro - O Envelhecimento e a Doença de Alzheimer* (pp. 63-88). Lisboa: Climepsi.
- Smith, H. M. (2007). Psychological services needs of older women. *Psychological Services*, 4, 281-287.
- Triadó, C., & Villar, F. (2007). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

## **Parte I: Artigos a submeter a uma revista científica**

### **1.1 Anexo da submissão do artigo**

## Declaration of authors' consent for publication

The authors signed below transfer with exclusiveness all the publication all the publications rights, in any form or means, of the article "**Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências**", and guarantee that the article is original and unpublished.

Paula Pires

---

Manuela Leite

---

Date: \_\_\_\_\_

## Declaration of conflicts of interest

No conflict of interest is reported by any of the authors of the article "**Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências**", signed below.

Paula Pires

---

Manuela Leite

---

Date: \_\_\_\_\_



## Suggestions for specialist reviewers

The authors of the "**Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências**" suggest as reviewers the following specialists:

1. (a definir)
2. (a definir)
3. (a definir)

Paula Pires

---

Manuela Leite

---

Date: \_\_\_\_\_

**Parte 2: Resumo a submeter a encontro Científico Internacional**

- *Congresso “Internacional do Envelhecimento 2013”*



**"Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos* (ICI), no diagnóstico precoce das demências"**

Paula Pires<sup>I</sup>, Manuela Leite<sup>II</sup>

Tendo em consideração o envelhecimento demográfico, e a implicação do ponto de vista psicológico e cognitivo, torna-se imperativo a avaliação precoce e eficaz dos défices associados. O «Inventário de Comportamento para Idosos (ICI)» é um instrumento de heteroavaliação multidimensional do comportamento do idoso, pretendendo-se com este estudo avaliar a sua capacidade discriminativa, na avaliação e diagnóstico precoce de síndromes demenciais.

Nesta investigação foi aplicado um protocolo a 100 cuidadores de idosos provenientes da zona norte do país, divididos em dois grupos: 50 cuidadores de idosos com demência (AC) e 50 cuidadores de idosos sem demência (GC). Definiu-se como critério de inclusão da AC, o diagnóstico de demência realizado por um especialista. Este protocolo de avaliação era composto pelo Consentimento Informado e Inventário Do Comportamento para Idosos – (ICI), e pelos resultados do MMSE e TR na AC.

O “perfil síndromico”, da AC demonstra-nos *valores normais* para as escalas síndrome Ansiedade/Depressão, Preocupações, Queixas Somáticas e Irritação/Desinibição; borderline, para os Problemas de Pensamento; e clinicamente significativos ao nível das Limitações Funcionais e os Problemas Cognitivos. Quanto ao GC, estes apresentam valores normais em todas as escalas síndrome. O estudo correlacional entre o ICI e o MMSE demonstra-nos a existência de correlações fracas e estatisticamente significativas apenas ao nível da escala síndrome de Preocupações ( $r=.297$ ,  $p<.036$ ), e Limitação Funcional ( $r= -.336$ ,  $p<.017$ ). O mesmo se verifica entre o ICI e o TR, ao nível da escala síndrome Preocupações ( $r=.407$ ,  $p<.003$ ). Quando comparamos os dois grupos verificam-se diferenças significativas nas escalas síndrome, ao nível das Preocupações ( $t(98)= - 3.232$ ;  $p=.002$ ); dos Problemas de Pensamento ( $t(98)= 5.692$ ;  $p=.000$ ); Problemas Cognitivos ( $t(98) =14.071$ ;  $p=.000$ ), e Limitações Funcional ( $t(98)=10.864$ ;  $p=.000$ ). Já não se verifica diferenças, quanto a escalas

síndrome, Ansiedade/Depressão ( $t(98)= 1.880$ ;  $p=.063$ ), Queixa Somáticas ( $t(98)= .362$ ;  $p=.718$ ) e Irritação Desinibição ( $t(98)= 1.668$ ;  $p=.098$ ).

Apesar da ausência de correlações fortes e estatisticamente significativas entre as escalas síndromes do ICI, e MMSE e TR, constatou-se a capacidade do ICI em destriçar uma amostra clínica de uma de controlo, através das escalas síndrome mais suscetíveis aos sintomas demenciais.

**Conclusão:** os resultados sugerem que o ICI é bom instrumento de avaliação clínica, no diagnóstico diferencial de um envelhecimento normal e patológico, através de uma avaliação global do comportamento em geral, das limitações funcionais e estado de humor, permitindo ainda o diagnóstico precoce de alterações cognitivas, e por conseguinte de síndromes demenciais.

<sup>1</sup>Aluna de Mestrado em Psicogerontologia

<sup>2</sup>Professor Auxiliar do Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte

---

## *Anexos*

---

---

**ANEXO I:** *Identificação da Revista e do congresso  
de Envelhecimento Internacional*

---

## 1.1 Revista Científica com Peer-review

Artigos originais de investigação:

- "Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências"

(Discriminative capacity of "Older Adult Behavior Checklist" (OABCL) in older adult diagnosis of dementia)

Paula Pires, Manuela Leite

Revista:

- Revista Envelhecimento & Inovação – Journal of Aging and Innovation

Estado: A SUBMETER

---

## 1.2 Encontro Científico Internacional

Apresentação de Poster:

- "Capacidade discriminativa do *Inventário do Comportamento Para Idosos (ICI)*, no diagnóstico precoce das demências"

(Discriminative capacity of "Older Adult Behavior Checklist" (OABCL) in older adult diagnosis of dementia)

Paula Pires, Manuela Leite

Encontro Científico:

- Congresso Internacional do Envelhecimento 2013 Lisboa, 7 e 8 de Junho de 2013

Formato de apresentação: Poster

Estado: A Submeter

---

**Anexo II:** *Regras de publicação e submissão –  
Revista “Revista Envelhecimento & Inovação” –  
“Journal of Aging and Innovation”*

---



## ARTIGOS ORIGINAIS:

Incluem estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo efectividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objectivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o “checklist” correspondente:

- **Equator Network**: overview of reporting guidelines;
- **CONSORT Statement** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados (Consolidated Standards Of Reporting Trials);
- **STARD Statement** checklist e fluxograma para estudos de diagnóstico (Standards for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy);
- **MOOSE Statement** checklist e fluxograma para meta-análise de estudos observacionais (proposal for reporting meta analyses of observational studies in epidemiology);
- **PRISMA Statement** (formely QUOROM) checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e com e sem metaanálise;
- **STROBE Statement (& STREGA)** checklist e fluxograma para estudos observacionais em epidemiologia (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology);
- **STARLITE Statement** checklist e fluxograma para revisões da literatura (Standards for Reporting Literature searches);
- **COREQ checklist for reporting** checklist e fluxograma para estudos qualitativos com entrevistas ou focus grupo (qualitative research interviews and focus groups).

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Devem ter até 5000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências. As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 35, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

Os resumos devem ser apresentados no formato estruturado, com até 300 palavras, contendo os itens: Objectivo, Métodos, Resultados e Conclusões.

## TIPOS DE ARTIGOS:

- **ARTIGOS ORIGINAIS** – A estrutura de apresentação deve ser a seguinte: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceites. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de selecção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritas de forma compreensiva e completa. A

secção de Resultados deve limitar-se a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

- **COMUNICAÇÕES BREVES** – Relatos curtos de achados que apresentam interesse, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão estruturada.

## ARTIGOS DE REVISÃO:

- **Revisão sistemática e meta-análise** – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objectiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para selecção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise).
- **Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta carácter descritivo discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objecto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teóricometodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

## AUTORIA:

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projecto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redacção e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, noutros periódicos impressos.

## PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS:

Fase	Cada artigo recebido para publicação percorre os seguintes passos	Processo temporal
1) Pré-análise	<p>a) Apreciação dos aspectos técnicos. No caso de se verificarem inconformidades a nível da compatibilidade com a linha editorial, a formatação ou a referenciação bibliográfica, o artigo pode ser rejeitado de imediato com a indicação do(s) motivo(s).</p> <p>b) Em caso de conformidade, o artigo é enviado pelo conselho editorial a dois dos juizes do painel de revisores nacionais e internacionais.</p>	15 Dias
2) Avaliação por referees	<p>a) A apreciação dos juizes segue critérios de qualidade e rigor científicos</p> <p>b) Em situações de desacordo entre juizes haverá lugar à apreciação por um terceiro juiz</p>	90 Dias

c) Uma vez recebidas as apreciação de todos os juizes, o conselho editorial toma decisão sobre uma das seguintes opções:

i) Aceitação para publicação

ii) Aceitação condicionada a alterações de acordo com os comentários dos juizes ou pequenas alterações de formatação

iii) Convite a reformulação de acordo com os comentários e sugestões dos juizes para entrada em novo processo de submissão e apreciação.

iv) Rejeição com indicação dos fundamentos.

3) Reformulação do Autor	a) Em função das recomendações claramente explicitas, o autor deve efectuar as alterações e reenviar o documento.	15 Dias
4) Redacção/Estilo	O artigo será verificado por um elemento do Conselho Editorial, que analisa a primeira versão do artigo e a versão corrigida, em função das recomendações dos revisores nacionais e internacionais.	15 Dias
5) Publicação	A publicação do artigo será sempre da responsabilidade do Director da Revista.	Até 6 meses do fim do processo

- **Pré-análise:** a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade académica e relevância do manuscrito para a saúde pública.
- **Avaliação por referees:** os manuscritos seleccionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.
- **Redacção/Estilo:** A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.
- **O anonimato** é garantido durante todo o processo de julgamento.
- **Manuscritos recusados**, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

### PREPARO DOS MANUSCRITOS:

Devem ser digitados em extensão. Doc, com letras arial, corpo 12, com 1,5 espaços, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas. Todas as páginas devem ser numeradas.

Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

### IDIOMA:

Aceitam-se manuscritos nos idiomas **português, francês, espanhol e inglês**. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês, ou

espanhol, ou francês.

### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

1. Título do artigo – deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em português, inglês e espanhol.
2. O sobrenome e nome de cada autor.
3. Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor) e o título acadêmico.
4. Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência (email).
5. Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
6. Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.
7. Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

### **DESCRITORES:**

Devem ser indicados entre 3 e 6, extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS) (<http://decs.bvs.br/>), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH) (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

### **AGRADECIMENTOS:**

Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

### **REFERÊNCIAS:**

As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo APA **American Psychological Association**.

### **EXEMPLOS:**

### **PERIÓDICOS:**

Hoeck, S., François, G., Van der Heyden, J., Geerts, J., & Van Hal, G. (2011). Healthcare utilisation among the Belgian elderly in relation to their socio-economic status. *Health Policy*(Amsterdam, Netherlands), 99(2), 174-182. Retrieved from EBSCOhost.

Gill, R., & Stewart, D. (2011). Relevance of gender-sensitive policies and general health indicators to compare the status of South Asian women’s health. *Women’s Health Issues: Official Publication Of The Jacobs Institute Of Women’s Health*, 21(1), 12-18. Retrieved from EBSCOhost.

### **LIVROS**

herwood, J., & Edwards, T. (2006). Decolonisation: a critical step for improving Aboriginal health. In E. Willis, V. Smye, M. Rameka (Eds.), *Advances in Contemporary Indigenous Healthcare* (pp. 178-190). Sydney, Australia: eContent Management Pty Ltd. Retrieved from EBSCOhost.

## CAPÍTULOS DE LIVROS

Kearney-Nunnery, R. (2008). Chapter 16: Healthy initiatives for at-risk populations. In *Advancing Your Career: Concepts of Professional Nursing* (pp. 289-314). Philadelphia, Pennsylvania: F.A. Davis Company. Retrieved from EBSCOhost.

Tsai, T. (2006). Nursing partnerships in Indigenous health. In E. Willis, V. Smye, M. Rameka (Eds.), *Advances in Contemporary Indigenous Healthcare* (pp. 264-266). Sydney, Australia: eContent Management Pty Ltd. Retrieved from EBSCOhost.

**Para outros exemplos** recomendamos consultar o documento “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication” (<http://www.icmje.org>).

**Comunicação pessoal**, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos electrónicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

**Citação no texto:** Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão “et al”. A exactidão das referências constantes da listagem e a correcta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

**Tabelas** – Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação.

**Quadros** são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

**Figuras** – As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

## **CHEK LIST – Verificação dos itens exigidos na submissão:**

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português, espanhol e inglês, com até 100 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc), 1,5 espaços.
4. Nomes da agência financiadora e números dos processos, se existir.
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma (até 300 palavras).
6. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a “responsabilidade de autoria”
7. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
8. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
9. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
10. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
11. Referências normalizadas segundo estilo APA, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor, e se todas estão citadas no texto.

## **FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO:**

Nome

E-mail

Telefone

Ficheiro a enviar ( em Word )

Observações

--

---

*Anexo III: Regras de publicação e submissão do  
Congresso*

*“Internacional do Envelhecimento 2013”*

---



[Home](#)[Programas](#)[Comissões](#)[Comunicações Livres/Posteress](#)[Inscrições](#)[Galeria](#)[Contactos](#)

## Regulamento

### Regulamento para o Concurso de Comunicações Livres e Posters

[PROGRAMA EM PDF](#)

#### INTRODUÇÃO

#### CANDIDATURA

Para a revisão dos resumos submetidos à avaliação da Comissão Científica do Concurso é necessário o cumprimento dos seguintes requisitos:

1. As inscrições para as comunicações livres e posters são abertas a todas as pessoas independentemente do seu grau de formação académica ou da área de desempenho profissional;
2. Todos os candidatos que pretendam participar nas Comunicações Livres ou apresentar posters tem que se encontrar inscritos no Congresso. A data de inscrição iniciará no dia 1 de janeiro de 2013 e prolongar-se-á até 31 de maio de 2013;
3. Os trabalhos submetidos devem ser originais;
4. O tema deve versar o envelhecimento, qualquer que seja a sua abordagem;
5. A entrega de resumos das comunicações livres e posters poderá ser feita até ao dia 31 de Maio de 2013, a partir de 1 de Janeiro de 2013.
6. A apreciação dos resumos (comunicações livres e posters) será efectuada pelos elementos da Comissão Científica do Concurso, atendendo aos critérios de selecção divulgados;
7. A decisão do júri relativa à aprovação das propostas para as comunicações livres e posters será comunicada aos autores através do e-mail pelo qual foi enviado o resumo. Não há possibilidade de recurso;
8. A divulgação dos resultados da aprovação será no dia 2 de junho de 2013;
9. Os autores não poderão fazer parte da Comissão Científica do Concurso;
10. Serão emitidos certificados a todos os autores dos trabalhos seleccionados.

#### COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

#### ENVIO DE RESUMOS

#### CRITÉRIOS PARA SELECÇÃO DAS COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

#### Preços

##### 6 de junho

Simpósio Médico - 60 €

##### 6 e 7 de junho

Congresso Internacional do Envelhecimento - 80 €

##### 6, 7 e 8 de junho

Simpósio Médico & Congresso Internacional do Envelhecimento - 90 €



PONTO ÚNICO

DATAS



Share to FB

0 Tweetar 0

Gosto 19 pessoas gostam disto. Sê a primeira entre os teus amigos.

Facebook

Encontra-nos no Facebook



II Congresso Internacio  
do Envelhecimento -  
Simpósio Médico

Gosto 67



II Congresso  
Internacional do  
Envelhecimento -  
Simpósio Médico  
através de  
Comunicações E  
Pósteres Aagi

Apresentação  
Congresso  
Internacional  
do  
Envelhement  
o 2013  
[www.youtube.com](http://www.youtube.com)

11/4 às 0:43



II Congresso  
Internacional do  
Envelhecimento -  
Simpósio Médico  
partilhou a

[Home](#)[Programas](#)[Comissões](#)[Comunicações Livres/Posteress](#)[Inscrições](#)[Galeria](#)[Contactos](#)

## Regulamento

### Regulamento para o Concurso de Comunicações Livres e Posters

[PROGRAMA EM PDF](#)

#### INTRODUÇÃO

#### CANDIDATURA

#### COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

1. O resumo não deverá exceder os 2500 caracteres;
2. Os autores devem mencionar claramente o tipo de apresentação que pretendem;
3. A Comunicação Livre deverá ter uma duração máxima de 10 minutos com tolerância de 2 minutos. Este tempo deverá ser cumprido rigorosamente sob pena de penalização na classificação se isso não acontecer;
4. A comunicação livre realizada em grupo pode ser apresentada por dois prelectores no máximo;
5. Os posters poderão conter fotos, figuras gráficas, esquemas, etc., visíveis a 1,5 metros de distância, com 90 cm (largura) X 1,20 (comprimento). O envio da maquete em power point é obrigatório até 31 de Maio de 2013;
6. Os posters eleitos para o Congresso deverão ser entregues até ao dia 6 de Junho 2013, presencialmente no secretariado permanente ou por outro meio para morada do secretariado permanente com registo e aviso de recepção no caso de envio por correio;
7. Os posters ficam expostos durante o Congresso, sendo obrigação do (s) autor (es) permanecerem junto destes em horário a definir pela comissão científica do concurso, para se proceder à discussão, dispondo de 10 minutos;
8. Serão atribuídos prémios às 3 melhores comunicações livres e aos três melhores posters apreciados pelo júri constituído pelos elementos da comissão científica do concurso, tendo em conta os critérios de avaliação divulgados.

#### ENVIO DE RESUMOS

#### CRITÉRIOS PARA SELECÇÃO DAS COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

#### PONTO ÚNICO

#### DATAS

#### Preços

##### 6 de junho

Simpósio Médico - 60 €

##### 6 e 7 de junho

Congresso Internacional do Envelhecimento - 80 €

##### 6, 7 e 8 de junho

Simpósio Médico & Congresso Internacional do Envelhecimento - 90 €



 Share to FB

0

 **Tweeter**

0



Gosto

19 pessoas gostam disto. Sê a primeira entre os teus amigos.

Facebook

**Encontra-nos no Facebook**



**II Congresso Internacio  
do Envelhecimento -  
Simpósio Médico**

Gosto 67



**II Congresso  
Internacional do  
Envelhecimento -  
Simpósio Médico  
através de  
Comunicações E  
Pósteres Aagi**

**Apresentação  
Congresso  
Internacional  
do  
Envelhiment  
o 2013**  
[www.youtube.com](http://www.youtube.com)

11/4 às 0:43



**II Congresso  
Internacional do  
Envelhecimento -  
Simpósio Médico**  
partilhou a

[Home](#)[Programas](#)[Comissões](#)[Comunicações Livres/Posteress](#)[Inscrições](#)[Galeria](#)[Contactos](#)

## Regulamento

### Regulamento para o Concurso de Comunicações Livres e Posters

[PROGRAMA EM PDF](#)

#### INTRODUÇÃO

#### CANDIDATURA

#### COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

#### ENVIO DE RESUMOS

- Os resumos das comunicações livres e posters deverão ser remetidos para o endereço electrónico [aagiposteres@gmail.com](mailto:aagiposteres@gmail.com)
- A proposta deverá apresentar explicitamente o título do trabalho bem como os autores do mesmo;
- O nome do ficheiro deverá ser composto pelo título do trabalho;
- A data limite de recepção dos resumos será 31 de Maio de 2013.

#### CRITÉRIOS PARA SELECÇÃO DAS COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

#### PONTO ÚNICO

#### DATAS



- ➔ Indexada Biblioteca Nacional
- ➔ Indexada Google Académico

[f Share to FB](#)

0

[Tweeter](#) 0

[Gosto](#)

19 pessoas gostam disto. Sê a primeira entre os teus amigos.





Facebook

**Encontra-nos no Facebook**

---

 **II Congresso Internacional do Envelhecimento - Simpósio Médico**  
Gosto 67

---

 **II Congresso Internacional do Envelhecimento - Simpósio Médico através de Comunicações E Pósteres Aagi**

**Apresentação Congresso Internacional do Envelhecimento 2013**  
[www.youtube.com](http://www.youtube.com)

11/4 às 0:43

---

 **II Congresso Internacional do Envelhecimento - Simpósio Médico**  
partilhou a publicação de