



Luisa Milene Santos Machado

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO ADDENBROOK COGNITIVE
EXAMINATION-III NUMA AMOSTRA DE PARTICIPANTES SAUDÁVEIS E
COM DEMÊNCIA**

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde,
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, sob a orientação dos Professor
Doutor Bruno Peixoto e Professor Doutor Luís Monteiro

Luisa Milene Santos Machado

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA DO ADDENBROOK COGNITIVE
EXAMINATION-III NUMA AMOSTRA DE PARTICIPANTES SAUDÁVEIS E
COM DEMÊNCIA**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

2016

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Bruno Peixoto e ao Professor Doutor Luís Monteiro, por acompanharem cada passo deste meu percurso, mostrarem total disponibilidade para a orientação, permitindo uma reflexão constante, desafiando as minhas capacidades e a mim própria.

Aos professores que compõem a Licenciatura e Mestrado em Psicologia Clínica e Neuropsicologia pelos ensinamentos transmitidos.

Aos Centros Hospitalares do Alto Minho, Centro Hospitalar do Alto Ave e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, juntamente com as comissões de ética pertencentes, que nos ajudaram na recolha de dados.

A todos aqueles que me incentivaram e contribuíram para a realização da minha tese, através de trocas de livros, sugestões de artigos, comentários e críticas.

A todos os meus colegas, pessoas muito significativas, pelas quais tenho grande respeito e estima.

À minha família e amigos pelo incentivo e por acreditarem em mim.

A vida é mais fácil quando temos uma boa rede de suporte. Espero “não ter perdido o essencial” e que este trabalho possa continuar a parar em diferentes “estações humanizadas” da prática clínica e da investigação.

Índice

| | |
|--|----|
| Agradecimentos | 1 |
| Introdução | 5 |
| Validação da versão Portuguesa do Addenbrooke Cognitive Examination-III numa amostra de participantes saudáveis e com demência. | 6 |
| Anexos | 21 |

Introdução

Esta dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Universitário de Ciências da Saúde sobre o tema “**Validação da versão Portuguesa do Addenbrooke Cognitive Examination-III numa amostra de participantes saudáveis e com demência**”.

Seguidamente será apresentada a estrutura da dissertação e os capítulos que vão ao encontro das normas, solicitada pela revista *Journal Dementia & Neuropsychologia*, para submissão.

O artigo terá como objetivo: 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 demência; Determinar a validade concorrente e a validade divergente do ACE-III, numa amostra de participantes cognitivamente incólumes e com diferentes quadros demenciais.

O artigo estará dividido, percorrendo o seguinte alinhamento:

- a. Introdução: Este capítulo pretende fundamentalmente contextualizar o leito das principais ideias e estudos realizados sobre o tema em causa e definir os objetivos propostos para esta investigação;
- b. Métodos: Serão caracterizados a amostra e os instrumentos utilizados para a recolha de dados (avaliação neuropsicológica e análise estatística);
- c. Resultados: Estão descritos os principais valores da investigação;
- d. Discussão: Uma reflexão desde da parte inicial do trabalho até ao encontro dos resultados finais, junto com as limitações e sugestões para o futuro.

Validação da versão Portuguesa do Addenbrooke Cognitive Examination-III numa amostra de participantes saudáveis e com demência.

Milene Machado¹, Patrícia Rocha¹, Carla Macedo¹, 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

Milene Machado

IINFACTS

Rua Central de Gandra, 1317

4585-116

Gandra- Portugal

machadomylene@gmail.com

Abstract

Background: International guidelines recommend keeping a surveillance attitude by using general cognitive screening tests in individuals with suspected cognitive impairments. Recently a third version of the Addenbrooke's Cognitive Examinations (ACE-III) was developed in order to improve previous versions.

Objective: Determine the internal consistency; determine the discriminant validity of ACE-III, comparing it with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and determine the concurrent and divergent validity of ACE-III.

Methods: The study involved a sample of 30 participants divided into two groups (dementia group and control group). Along with ACE-III, they were applied the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Geriatric Depression Scale (GDS) and a questionnaire to collect socio-demographic information and clinical history of participants.

Results: Dementia Group had significantly lower values in all neuropsychological domains. The ACE-III has a very good internal consistency value ($\alpha = .914$). For the cutting point 74 on the ACE-III, corresponding sensitivity values of 100% and specificity of 78.5%.

Conclusion: ACE-III showed good psychometric indicators. Associated with a good level of internal consistency, the ACE-III is a sensitive tool for the diagnosis of dementia and convergent and divergent validity, constituting well as a clinically useful tool.

Keywords: Dementia; Aging; screening tests; cognition; Diagnosis

Resumo

Introdução: As guidelines internacionais recomendam a adoção de uma atitude de vigilância, através do uso de testes de rastreio neurocognitivos geral em indivíduos com suspeita de alterações cognitivas. Recentemente foi desenvolvida a terceira versão do Addenbrooke Cognitive Examinations (ACE-III), com vista ao melhoramento das versões anteriores.

Objetivo: Determinar a consistência interna; Determinar a validade discriminativa do ACE-III, comparando-a com o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa) e determinar a validade concorrente e divergente do ACE-III.

Métodos: O estudo envolveu uma amostra de 30 participantes divididos em dois grupos (grupo de demência e grupo de controlo). Em conjunto com o ACE-III, foram aplicados o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e um questionário para a recolha de informação sócio-demográfica e história clínica dos participantes.

Resultados: O Grupo de Demência obteve valores significativamente inferiores em todos os domínios neuropsicológicos. O ACE-III apresenta um valor de consistência interna muito bom ($\alpha=.914$). Relativamente ao ponto de corte de 74 no ACE-III, correspondem valores de sensibilidade de 100% e especificidade de 78,5%.

Conclusão: O ACE-III revelou bons indicadores psicométricos. Associado a um bom nível de consistência interna, o ACE-III é um instrumento sensível no diagnóstico de demência e com validade convergente e divergente, constituindo-se assim, como uma ferramenta de utilidade clínica.

Palavras-chave: Demência; Envelhecimento; Testes de rastreio; Cognição; Diagnóstico

Introdução

As guidelines internacionais recomendam a adoção de uma atitude de vigilância, através do uso de testes de rastreio neurocognitivos geral em indivíduos com suspeita de alterações cognitivas[1, 2].

O envelhecimento demográfico constitui uma nova realidade nas sociedades industrializadas e as projeções indicam que, no mundo ocidental, a tendência para o envelhecimento continuará a acentuar-se. Em Portugal este fenómeno transformou-se num desafio quer pela sua intensidade, quer pela amplitude que atinge nos nossos dias[3].

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística em 2009, Portugal é um dos mais envelhecidos países ocidentais e as projeções recentes indicam um agravamento desta tendência de envelhecimento, estimando-se que os idosos representam mais de 32% do total da população portuguesa em 2060. A este respeito, uma outra estatística refere a existência de 153000 doentes com demência em Portugal, 90000 dos quais com Doença de Alzheimer, constituindo a idade o fator de risco mais importante. [4]

No processo de envelhecimento está associado um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida de uma pessoa. [5] As funções cognitivas que mais sofrem com o efeito da idade são a atenção, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento. [6] A demência é um termo vago que caracteriza síndromes de etiologias diversas, cujo aspeto fundamental consiste na deterioração intelectual adquirida devido a uma causa orgânica não específica.

Segundo a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde, a demência consiste numa “síndrome resultante de

doença cerebral, em geral de natureza crónica ou progressiva, na qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio; não há alteração do nível de consciência/alerta; as perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas, por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação”.[7] Assim, a demência não é uma doença específica, é uma síndrome, isto é, um conjunto de sintomas e sinais mais ou menos homogéneo, que pode ter como etiologia subjacente uma multiplicidade de patologias.

A característica clínica principal da síndrome demencial consiste no desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos suficientemente severos para interferir no funcionamento ocupacional e/ou social de um indivíduo. Ao nível da cognição podem, associar-se alterações psiquiátricas e do comportamento, nomeadamente, perturbações do estado anímico, da percepção e da personalidade.[8]

Os sintomas cognitivos correspondem a alterações ao nível das funções mentais superiores, nomeadamente, a memória, a linguagem, as praxias, as gnóscias e a capacidade executiva. De uma forma geral, embora sejam subtis no início, vão sofrendo um agravamento progressivo à medida que a doença avança.[9-12]

A depressão também é particularmente frequente numa fase inicial em que o indivíduo está consciente das suas perdas e da sua incapacidade crescente. Conforme a doença avança, vai perdendo a noção dos seus défices, de modo que, o humor depressivo pode dar lugar a uma situação de indiferença e apatia [11-13]. Nos sectores etários mais avançados, a depressão associa-se ao aumento do risco de desenvolver demência, especialmente, na presença de perturbação significativa das capacidades cognitivas.

A relação entre depressão e demências podem se realizar de três formas, podemos encontrar um déficit cognitivo entre pacientes deprimidos sem demência; a depressão pode funcionar como fator de risco para a demência ou representar o início de um quadro demencial; ou podemos estar diante de uma co-morbilidade entre perturbação depressiva e demência.[13]

Neste enquadramento, devemos perceber que o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade originam um incremento na urgência de intervenção junto deste grupo e, nesta perspectiva, obrigam a pensar as especificidades do desenvolvimento da avaliação psicológica e os respetivos instrumentos de medida. [4]

Recentemente foi desenvolvida a terceira versão do Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-III), tendo como objetivo a validação do mesmo contra testes neuropsicológicos comumente usados para testar domínios das funções de atenção, linguagem, memória e visuo-espaciais em síndromes demenciais, e por fim o melhoramento das versões anteriores [3, 4].

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 demência; Determinar a validade concorrente e a validade divergente do ACE-III numa amostra de participantes cognitivamente incólumes e com diferentes quadros demenciais.

Amostra

Foram incluídos 30 participantes divididos em dois grupos: Grupo Demência, composto por 14 participantes com o diagnóstico de demência de acordo com os critérios NINCDS-ARDA [3]. 7 participantes apresentam um diagnóstico provável de doença de

Alzheimer, 3 de demência vascular, 2 de demência frontotemporal (variante comportamental) e 2 demência de etiologia mista (vascular e degenerativa); Grupo controlo, composto por 16 participantes cognitivamente incólumes, independentes nas actividades de vida diária, de ambos os sexos e sem historial de patologia neuropsiquiátrica e residentes em diferentes distritos de Portugal. Os sujeitos que compõem a amostra 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 ($p=.283$), escolaridade ($p=.342$) e sexo ($p=.206$).

Na tabela 1 são apresentadas as características dos grupos.

Avaliação Neuropsicológica

Assume um papel de relevante na prática clínica e de investigação em Neuropsicologia como meio complementar de diagnóstico que tem como objetivo primordial averiguar a integridade estrutural e funcional dos sistemas cerebrais. [14]

O Addenbrooke Cognitive Examination-III é um teste cognitivo breve que avalia cinco domínios cognitivos: Atenção (máximo de 18 pontos), representada por tarefas de orientação evocação verbal imediata e de subtração em série; Memória (máximo de 26 pontos), contendo tarefas de evocação verbal diferida (livre e por reconhecimento), de aprendizagem verbal e de memória semântica; Fluência verbal (máximo de 14 pontos), avaliada através de uma prova de fluência fonológica e de que uma prova de fluência semântica; Linguagem (máximo de 26 pontos), avaliada através de tarefas de compreensão, repetição, nomeação, leitura e escrita; Habilidades visuoespaciais (máximo

de 16 pontos), contemplando tarefas visuoespaciais (ex: cópia do cubo de Desenhos do relógio) e de percepção espacial. . O resultado máximo é de 100 pontos, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de um melhor funcionamento cognitivo. Com um tempo de aplicação de 20 minutos, o ACE-III cumpre os requisitos de um teste de rastreio cognitivo, ao avaliar diferentes dimensões e ao permitir uma visão global do funcionamento neurocognitivo individual. [15]

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa) é constituído por um protocolo de apenas uma página, a sua administração tem uma duração próxima dos 15 minutos e a pontuação máxima obtida é de 30 pontos. Esta prova além de se revelar um instrumento sensível na deteção precoce do DCL (Défice cognitivo ligeiro) e DA (Doença de Alzheimer) e no acompanhamento longitudinal destas condições clínicas. [16] também tem sido descrita como um instrumento sensível e capaz de detetar alterações cognitivas ligeiras associada a várias condições clínicas (como, por exemplo, Défice Cognitivo Vascular. [17]

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) é uma escala com 30 itens em formato de resposta simples, sim/não, que permite aceder a sintomas afetivos e comportamentais da depressão, manifestados na última semana. Especificamente desenvolvido para a população geriátrica, o instrumento exclui as preocupações que podem ser confundidas com doenças somáticas ou quadros demenciais. [18]

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 Demência obteve resultados significativamente inferiores em todos os domínios neuropsicológicos.

O ACE-III apresenta um valor de consistência interna muito bom ($\alpha=.914$). Através da análise da tabela 3 constatamos que a área sob a curva dos dois testes é muito aproximada e extremamente significativa.

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 21 no MoCA obtemos um valor de sensibilidade de 100% e de especificidade de 92,86%. Para o ACE-III um ponto corte de 74 correspondem uma sensibilidade de 100% e uma especificidade de 78,57%. Os resultados totais no ACE-III correlacionaram-se significativamente com os resultados no MoCA ($\rho=.915$; $p<.001$) e na GDS ($\rho=-.606$; $p<.001$).

Discussão

A demência é um problema importante de saúde pública atual e com tendência a agravar-se nos próximos tempos.

Neste ponto e tendo em conta que o objetivo deste trabalho foi determinar a consistência interna do ACE-III, verificar a validade discriminativa do mesmo, comparando com o MoCA e por fim determinar a validade concorrente e divergente do ACE-III.

Os resultados obtidos apresentam o processo de validação do ACE-III com uma consistência interna, muito bom, em alfa de *Cronbach*. Relativamente à validade discriminativa, em comparação com o MoCA, os resultados forma de acordo com a nossa expectativa inicial, os valores de sensibilidade e de especificidade foram muito similares ao MoCA.

Em comparação com os outros estudos, os resultados estão em consonância com os resultados encontrados em estudos internacionais. No nosso estudo, obtivemos um valor de consistência interna, muito bom ($\alpha=.914$), na versão preliminar portuguesa [19] ($\alpha=.732$), na versão espanhola [20] a consistência interna do ACE-III, foi muito similar ($\alpha=.927$), no Egito[21] que apesar de não utilizar o α de *Cronbah*, mostra resultados significativos, na correlação dos domínios com o total da escala ($p<.001$), na versão original [22] de Hsieh ($\alpha=.88$), onde neste estudo compara a versão revista do ACE com o ACE-III, onde se realça resultados altos na sensibilidade e especificidade no ACE- III (82-.93-10).

Numa abordagem geral, os estudos que utilizaram o ACE-III como instrumento de avaliação os resultados são muito bons, com coeficientes α de Cronbach muito próximos do nosso. Comparando o ACE-III com outros instrumentos de avaliação neurocognitiva, tais como, MMSE, ACE-R, *Hopkins Verbal Learning Test*, *Brief Alzheimer Screen* mostrou correlações significativas em todos os seus domínios, com correlações de $p=.99$ ($p<.001$).[2, 23, 24]

Para a aplicação do Addenbrooke's Cognitive Examination III, é preciso alguma formação para a administração, para se familiar com o instrumento e gerir melhor o tempo para o administrar.

Este estudo não está isento de limitações. O ACE-III teve uma longa duração na sua administração, devido às limitações de alguns participantes e por vezes, pela falta de disponibilidade dos mesmos, demoramos um pouco mais do tempo médio para a sua administração. A extensão do instrumento, pois a maioria dos participantes, queixavam-se de cansaço, que poderá ter comprometido alguns resultados.

Apontamentos para o futuro, numa abordagem clínica bem estruturada proporcionará a confirmação (ou refutação) do diagnóstico de demência e, eventualmente, a

identificação da causa subjacente. Uma vez que o diagnóstico de demência é, essencialmente, clínico, sendo estabelecido através do reconhecimento de deterioração em pelo menos duas áreas da cognição com gravidade suficiente para interferir com o funcionamento do indivíduo, será imprescindível efectuar uma avaliação cognitiva e funcional do doente com suspeita de demência. Para isso, é necessário excluir condições clínicas similares que, inclusivamente, podem causar ou agravar o comprometimento cognitivo, tais como, a depressão ou o delírio.

No entanto, estudos futuros devem considerar o aumento da amostra e devem determinar a validade em vários tipos de demência, estabelecendo classificações e valores de sensibilidade e de especificidade assim como, testar a utilidade do ACE-III em diferentes contextos clínicos, tais como: cuidados de saúde primários e unidades geriátricas.

Referências

1. Sorbi, S., et al., *EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia*. European Journal of Neurology, 2012. **19(9)**: p. 1159-1179.
2. Petersen, R.C., et al., *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*. Neurology, 2001. **56(9)**: p. 1133-1142.
3. McKhann, G.M., et al., *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association*

- workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's & dementia*, 2011. 7(3): p. 263-269.
4. Simões, M.R., *Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2012. 31(1): p. 9-33.
 5. Sequeira, C., *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 2010.
 6. Nunes, B., *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Porto: Lidel.[Links], 2008.
 7. World Health, O., *International statistical classification of diseases and related health problems*. Vol. 1. 2004: World Health Organization.
 8. Freitas, S., et al., *Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa*. Avaliação Psicológica, 2010. 9(3): p. 345-357.
 9. Brown, R.H. and A.H. Ropper, *Dementia and the amnesic (Korsakoff) syndrome with comments on the neurology of intelligence and memory*. Adams and Victor's Principles of Neurology, 2005: p. 367-369.
 10. American Psychiatric, A., *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª edição)*. 2014, Climepsi Editores: Lisboa.
 11. Bové, J., et al., *Toxin-induced models of Parkinson's disease*. NeuroRx, 2005. 2(3): p. 484-494.
 12. Bradley, W.G., *Neurology in clinical practice: principles of diagnosis and management*. Vol. 1. 2004: Taylor & Francis.
 13. Grinberg, L.P., *Depressão em idosos: desafios no diagnóstico e tratamento*. RBM Rev Bras Med, 2006. 63(7): p. 317-30.

14. Simões, M.R., *Avaliação neuropsicológica: Esboço de um programa*. 1997, Psychologica.
15. Mioshi, E., et al., *The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening*. International journal of geriatric psychiatry, 2006. **21**(11): p. 1078-1085.
16. Freitas, S., et al., *Montreal cognitive assessment: validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease*. Alzheimer Disease & Associated Disorders, 2013. **27**(1): p. 37-43.
17. Hachinski, V., et al., *National Institute of Neurological Disorders and Stroke–Canadian stroke network vascular cognitive impairment harmonization standards*. Stroke, 2006. **37**(9): p. 2220-2241.
18. Yesavage, J.A., et al., *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. Journal of psychiatric research, 1983. **17**(1): p. 37-49.
19. Machado, A., et al., *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).
20. Matias-Guiu, J.A., et al., *Validación de la versión española del test Addenbrooke's Cognitive Examination III para el diagnóstico de demencia*. Neurología, 2015. **30**(9): p. 545-551.
21. Qassem, T., et al., *Normative data for healthy adult performance on the Egyptian–Arabic Addenbrooke's Cognitive Examination III*. Middle East Current Psychiatry, 2015. **22**(1): p. 27-36.

22. Hsieh, S., et al., *Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease*. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 2013. **36**(3-4): p. 242-250.
23. Mathuranath, P.S., et al., *A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementia*. *Neurology*, 2000. **55**(11): p. 1613-1620.
24. Nasreddine, Z.S., et al., *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005. **53**(4): p. 695-699.

Anexos

Tabela 1. Características dos grupos

| | Controlo (n=16) | Demência (n=14) |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Idade (M±DP) | 68,6 ± 6,2 | 64,1 ± 11,3 |
| Escolaridade (M±DP) | 5,6 ± 3 | 5,43 ± 3,1 |
| Sexo (n) | | |
| Masculino | 13 | 4 |
| Feminino | 19 | 10 |

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

| | Controlo (n=16) | Demência (n=14) | U | p |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|-----------------|
| MoCA (M±DP) | 26,25±2,5 | 13,07±5,77 | 3,5 | <.001 |
| GDS (M±DP) | 7,66±4,18 | 17,5±6,67 | 209,5 | <.001 |
| ACE-III (total) (M±DP) | 89,41±5,9 | 58,36±18,52 | 6 | <.001 |
| Atenção (M±DP) | 16,9±1,67 | 11,36±4,12 | 23 | <.001 |
| Memória (M±DP) | 24±2,59 | 12,86±6,97 | 12 | <.001 |
| Fluência (M±DP) | 9,53±1,61 | 5,43±2,43 | 8,5 | <.001 |
| Linguagem (M±DP) | 25,06±1,37 | 18,5±5,26 | 16 | <.001 |
| Visuoespacial (M±DP) | 13,91±1,94 | 10,21±3,64 | 35,5 | .001 |

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 |
| MoCA | ,984 | ,018 | ,000 | ,949 | 1 |
| ACE-III | ,973 | ,023 | ,000 | ,927 | 1 |

Figura 1. Curva ROC do ACE-III e MoCA

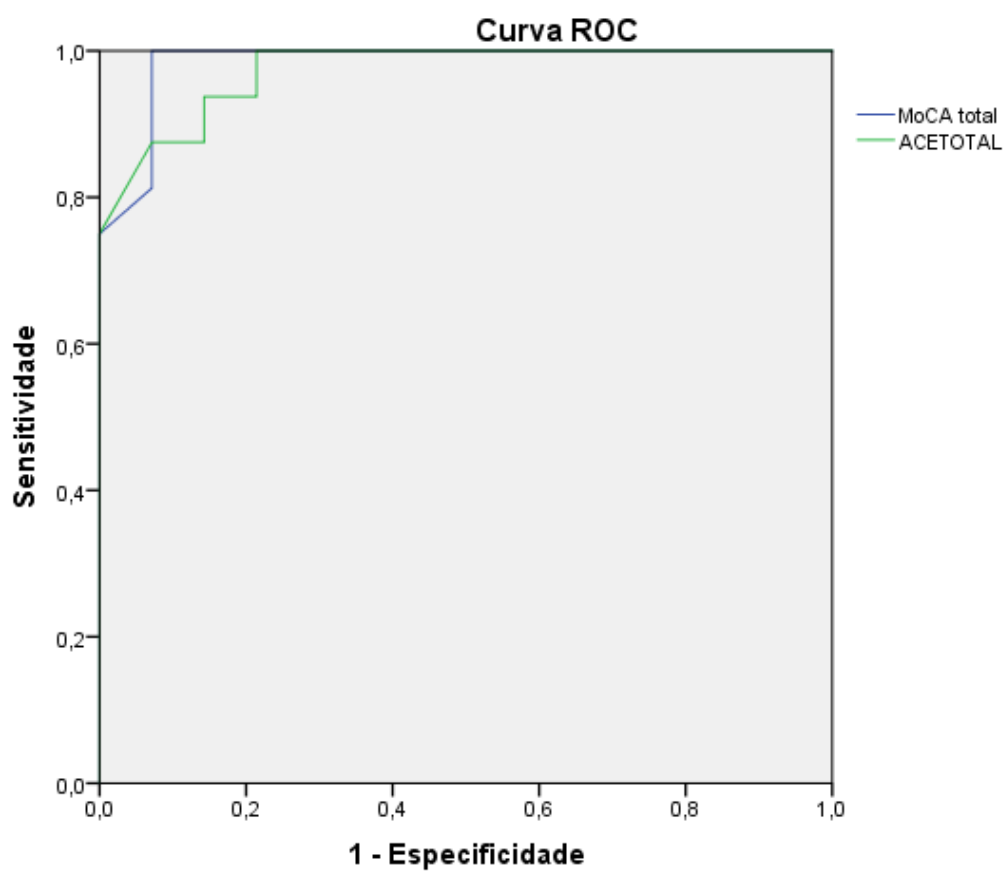


Tabela 4. Pontos de corte e valores de sensibilidade e de especificidade para o ACE-III e MoCA

| MoCA | | | |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | <i>Cut-off</i> | Sensibilidade | Especificidade |
| | 16 | 100 | 71,43 |
| | 18 | 100 | 78,57 |
| | 19 | 100 | 85,71 |
| | 21 | 100 | 92,86 |
| | 23 | 93,75 | 92,86 |
| | 25 | 81,25 | 92,86 |
| ACE-III | | | |
| | 57 | 100 | 50 |
| | 63 | 100 | 64,29 |
| | 66 | 100 | 71,43 |
| | 74 | 100 | 78,57 |
| | 81 | 93,75 | 78,57 |
| | 83 | 93,75 | 85,71 |

[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

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 | |

