

**Instrumento Clínico para Monitorização dos
Sintomas de Demência: Validação da Versão
Portuguesa do *Healthy Aging Brain Care Monitor***

Emília Margarida Barbosa Dias

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte; CESPU

Mestrado de Neuropsicologia Clínica

Índice

Introdução.....	Pág. 3
Seminário de Investigação.....	Pág. 4- 13
Resumo	Pág.4
Introdução	Pág. 5
Objetivo	Pág.5
Métodos	Pág.6-8
Amostra.....	Pág.6
Instrumentos	Pág.6-7
Procedimento	Pág. 7
Análise estatística	Pág. 8
Resultados.....	Pág.9
Discussão.....	Pág. 10-11
Referências	Pág. 12
Anexos	Pág. 13

Introdução

O Seminário de Investigação insere-se no plano curricular do segundo ano do Mestrado em Neuropsicologia Clínica a ser lecionado no Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte.

Para seleção do tema a desenvolver inteirei-me das linhas de investigação do Departamento de Ciências do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte. Estas eram linhas de investigação pertinentes e relevantes em termos do *state of art*, bem como, capazes de estabelecer a ligação entre os modelos teóricos e experimentais.

Desta forma, e porque o tema é bastante atual devido à sua prevalência na sociedade e verificando a escassez de instrumentos validados para a nossa população na área das demências, optei por aceitar realizar a investigação na mesma.

Desde logo começaram a ser aplicados os parâmetros essenciais a um estudo de investigação, ou seja, formalização do pedido de autorização à instituição pretendida para recolha de dados, elaboração do consentimento informado para os pacientes e seleção da revista para submissão, no caso, *Dementia & Neuropsychologia*.

Partindo das normas da revista que organizei a divisão do artigo. Assim, comecei por realizar a introdução com base na consulta da literatura existente. Através desta consegui aprofundar mais os meus conhecimentos na área e verificar a importância e relevância da escala na prática clínica. Esta

Posteriormente seguisse a fase de análise dos dados e discussão tendo em consideração os sintomas dos doentes, o facto de esta ser uma escala multidomínios que abrange estes sintomas, ser uma escala a ser preenchida e que abrange o cuidador, entre outros aspetos.

Assim, o trabalho de investigação compreende numa primeira parte uma introdução teórica seguida da parte prática que inclui amostra, instrumentos, procedimentos, análise estatística e resultados encontrados e posteriormente a discussão dos mesmos.

Instrumento Clínico para Monitorização dos Sintomas de Demência: Validação da Versão Portuguesa do *Healthy Aging Brain Care Monitor*

Emília Dias¹; Filipa Pires²; Bruno Manuel Lopes Bessa¹; Bruno Peixoto³

¹ Instituto de Investigação Avançada em Ciências da Saúde

² Fundação Cónego Filipe de Figueiredo

³ CESPU, Departamento de Ciências do Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte

Resumo

Introdução O HABC – Monitor é um instrumento desenvolvido para avaliar e monitorizar os sintomas de demência ao longo do tempo. O estudo tem como objetivo a validação da versão Portuguesa do HABC- Monitor. **Métodos:** Estudo transversal e psicométrico de 41 pacientes com demência e respetivos cuidadores formais ou informais. Serão determinados diversos parâmetros psicométricos, tais como: aceitabilidade, validade de constructo, validade discriminativa e validade de critério. **Resultados:** HABC-Monitor demonstra boa consistência interna (.91). Verifica-se a existência de correlações significativas entre os domínios e o total do HABC- Monitor e o total do NPI, domínio relativo ao cuidador do NPI e o resultado total do MMSE. **Conclusão:** HABC-Monitor demonstra boa aceitabilidade e validade como um instrumento clinicamente prático para monitorizar sintomas de demência através do cuidador informal.

Palavra chave: Demência; Avaliação e Monitorização; Cuidadores;

Abstract

Background: The HABC-Monitor is one instrument developed for assess and monitoring the symptoms the dementia over time. This study aims to obtain the validity of the HABC-Monitor for the Portuguese population. **Methods:** Tranverse study and psychometric the 41 patients with dementia and respective formal /informal caregiver. Will be determined several psychometric parameters such as: acceptability, construct validity, discriminant validity and criteria validity. **Results:** The HABC-Monitor demosntrated good internal consistency (.91). It turns out the existence of significant correlations between the domains, and the total of HABC-Monitor and the total of the NPI, the domain relative to the caregiver of NPI and the total result of the MMSE. **Conclusion:** The HABC-Monitor demonstrates good reliability and validity as a clinically practical multidimensional tool for monitoring symptoms of dementia through the informal caregiver.

Key words: Dementia; Evaluation and monitoring; Caregivers;

Introdução

A cada novo ano há 7,7 milhões de novos casos de demência. Em 2010 o número de pessoas com demência era de 35,6 milhões. ¹

Demência é um termo usado para descrever uma síndrome causada por diferentes doenças. Estas doenças incluem demência vascular, alzheimer, demência de corpos de Lewy. ²

A maioria das doenças demenciais são progressivas e os primeiros sintomas e problemas diferem muito daqueles em fases posteriores. ³

Existem características comuns às diversas formas de demência tais como, perda de memória, comprometimento da função executiva, linguagem, mudanças de comportamento, orientação espacial. ⁴

Devido ao declínio destas funções existe o comprometimento da função pessoal, social e ocupacional mas, o processo demencial tem particular impacto na vida daqueles que acompanham estes pacientes tais como, membros da sua família ou cuidador. ⁴

Apesar do grande número escalas concebidas para avaliação dos sintomas demenciais, torna-se imperativo a construção de uma escala multidomínios que seja de fácil administração e auxilie na avaliação e monitorização dos sintomas. ⁵

Assim, a escala ideal deveria ter como características: fácil e rápida administração; boa confiabilidade e validade; deve englobar áreas relevantes como a cognição, atividades diárias, comportamento, interação social e qualidade de vida; aplicável aos estádios de gravidade; útil para o acompanhamento da progressão da doença na prática clínica; sensível para medir o efeito da terapia. ⁶

O objetivo central deste estudo é a validação da versão Portuguesa do *Helathy Aging Brain Care Monitor* (HABC-Monitor) para a população Portuguesa. Serão determinados diversos parâmetros psicométricos, tais como: a aceitabilidade, a validade de constructo, a validade de discriminativa e a validade de critério.

Métodos

Amostra

Trata-se de um estudo transversal e psicométrico. A amostra foi recolhida em unidades geriátricas privadas (centros de dia e lares). A amostra é constituída por 41 pacientes com demência, de diferentes etiologias, e respetivos cuidadores formais ou informais. Os critérios de inclusão dos pacientes contemplaram os seguintes elementos: diagnóstico de demência de acordo com o DSM-IV; diagnóstico do tipo de demência de acordo com critérios específicos (ex: Alzheimer NINCDS-ADRD; Demência Vascular: ANINDS-AIREN); alfabetizados. Quanto aos critérios de inclusão de cuidadores, foram considerados os seguintes: conhecimento do paciente de há pelo menos 1 ano; alfabetizados.

Na tabela 1 estão rerepresentados os dados descritivos (demográficos e clínicos) da amostra. A amostra é constituída por indivíduos de ambos os sexos, embora a maioria seja do sexo feminino (70,73%), com idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos (M=78,3; d.p.=4,32). Relativamente ao nível de instrução, constatamos que a amostra apresenta uma média de 5,03 anos de escolaridade (d.p.=3,01).

Em relação ao estado civil, os participantes são maioritariamente viúvos (80,49%). O diagnóstico demencial mais frequente na amostra é o de Doença de Alzheimer (34,15%). A maioria dos cuidadores são formais (70,73%), representados por auxiliares de geriatria, terapeutas ocupacionais e enfermeiros.

Instrumentos

HABC-Monitor (HABC-M)

O HABC-M inclui 31 itens de resposta cobrindo quatro domínios clínicos relevantes: cognição, funcionalidade, sintomas psicológicos e qualidade de vida do cuidador. Cada item é avaliado pelo cuidador tendo quatro opções de resposta (Nenhuma, vários dias, a maioria dos dias, quase diariamente) de acordo com a frequência sentida nas últimas duas semanas. A pontuação para cada item varia entre zero e três. O resultado máximo é de 84 pontos. Os últimos três itens são relativos á qualidade de vida do cuidador (máximo de nove pontos). Esta escala demora cerca de 6 minutos a ser preenchida. ⁶

Inventário Neuropsiquiátrico (NPI)

O Inventário Neuropsiquiátrico consiste numa entrevista estruturada, aplicada ao cuidador informal, que dá informação sobre a presença de psicopatologias em áreas de comportamento. Abrange 10 secções do comportamento e 2 neurovegetativas (12 no total): a) delírios; b) alucinações; c) agitação/agressão; d) depressão; e) ansiedade; f) euforia; g) apatia; h) desinibição; i) irritabilidade/labilidade; j) comportamento motor aberrante; k) comportamentos noturnos; l) apetite e alterações alimentares.

Cada secção é pontuada segundo a frequência e a gravidade do comportamento durante o último mês, com uma amplitude de pontuação de 0 a 144. O NPI avalia também o stress do cuidador com uma pontuação de 0 a 60. O tempo de administração é perto de 20 minutos.⁷ Este instrumento servirá para estabelecer a validade concorrente do HABC-M.

Avaliação breve do estado mental: Mini Mental State Examination (MMSE)

Constitui uma avaliação cognitiva de referência nos idosos com demência, uma vez que possibilita o despiste de défice cognitivo de acordo com a idade e grau de escolaridade. Este instrumento permite avaliar a orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.⁸ A sua aplicação ao paciente, permitirá analisar a validade concorrente do domínio cognitivo do HABC-Monitor, assim como a sua capacidade discriminativa.

Procedimentos

A recolha foi efetuada após parecer positivo da direção do Centro Social Cónego Melo. A todos os participantes foi solicitado o consentimento informado.

Aos cuidadores foi aplicado o HABC-Monitor e o NPI, enquanto aos pacientes apenas foi administrado o *Mini Mental State Examination*. Embora a aplicação do protocolo experimental aos dois grupos tenha ocorrido num espaço cronológico muito próximo (uma semana), esta decorreu de forma independente.

Análise Estatística

A análise e tratamento estatístico dos dados foram efetuados no programa *SPSS 22* para *Windows*.

Consideraram-se valores significativos com $p \leq .05$.

Análise psicométrica do HABC-Monitor

Aceitabilidade

A aceitabilidade refere-se à qualidade dos dados. A qualidade dos dados do HABC- Monitor foi testada através da análise de dados perdidos e através da distribuição das pontuações (efeito piso e efeito teto).

A análise dos dados perdidos refere-se à proporção de participantes que não completaram pelo menos um item da escala. Para análise de dados considerou-se como critérios de qualidade uma percentagem de dados perdidos abaixo de 10% .⁹

Os efeitos de piso e teto são definidos, respetivamente, como a percentagem de participantes que situam as suas respostas nos extremos (máximo e mínimo) da escala. As percentagens de efeito piso e efeito teto foram calculadas para todos os itens e domínios do HABC- Monitor. Para análise de dados aceitáveis utilizou-se como critério uma percentagem abaixo de 80% .⁹

Validade de Constructo

A avaliação da validade de constructo foi efetuada através do cálculo da consistência interna (α de *Cronbach*), das correlações entre os domínios e a pontuação total do HABC- Monitor e das correlações interdomínios (testes de correlação de *Spearman*).

Validade de Critério

A validade de critério foi estabelecida pela correlação dos diferentes domínios do HABC- Monitor com os resultados obtidos em instrumentos de conteúdo similar, através de correlações de *Spearman*.

Resultados

Na tabela 2 observamos a descrição dos resultados obtidos pela nossa amostra nos instrumentos aplicados. A partir da análise da tabela 3, podemos constatar que nenhum dos itens revelou efeito de piso acima dos 80%. O único item a obter um efeito de tecto superior a 80% foi o relativo aos problemas em "lidar assuntos financeiros complicados tais como, controlar o livro de cheques e pagar contas" (81,2%). Nenhum item ficou por ser respondido.

O valor do alfa e *Chronbach* obtido foi de .91. Na tabela 4, constatamos que as correlações obtidas entre os domínios e entre estes e o total da escala foram significativas. Na tabela 5, podemos observar a existência de correlações significativas entre os domínios e o total do HABC- Monitor e o total do NPI, o domínio relativo ao cuidador do NPI e o resultado total do MMSE.

Discussão

HABC-Monitor é um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar e monitorizar os sintomas de demência ao longo do tempo. Este abarca quatro *clusters* de sintomas demenciais: cognitivo, funcional, comportamental e stress do cuidador. A sua execução depende dos auto relatos do cuidador informal e não requer a presença do clínico pois, pode ser realizado através de telefone, web ou papel.

De uma forma geral, a versão Portuguesa do HABC-Monitor revela propriedades muito similares às da versão original permitindo a disponibilização para o uso clínico, de um instrumento breve para monitorização da demência através do cuidador informal.

Assim, e como verificado a demência é uma patologia em que a progressão dos sintomas em fases leves da doença e fases mais acentuada é evidente. HABC – Monitor mostra-se como um instrumento viável para monitorizar os seus sintomas.

Para avaliação dos sintomas demenciais outros instrumentos já se encontram disponíveis, contudo, estes instrumentos não incluem abrangem num só instrumento as dimensões mais afetadas pelo processos demencial.

Através do HABC –Monitor e quer do nosso estudo, quer no estudo original verificaram-se que as correlações entre domínios e a qualidade de vida do cuidador e o total do HABC-Monitor foram significativas.

Assim, podemos afirmar a escolha dos quatro fatores como bastante completa para avaliação dos sintomas da patologia em questão.

HABC-Monitor depende dos auto-relatos do cuidador informal e avalia o stress do cuidador o que se mostra muito importante pois, está verificado que após o diagnóstico de demência a preocupação para todos os envolvidos é muita e as famílias e especialmente os companheiros são suscetíveis de ser profundamente afetados.

O fato de ser uma escala que depende dos auto-relatos do cuidador informal ou formal constitui-se uma vantagem, visto que, em fases posteriores e no processo gradual de evolução dos sintomas demenciais o paciente pode não estar capacitado para compreensão e descrição do seu estado.

HABC-Monitor demonstra elevado grau de aceitabilidade e validade para monitorização da gravidade dos sintomas demenciais determinados pelos cuidadores informais ou formais.

Relativamente às características psicométricas foi possível concluir que o HABC-Monitor exhibe boa qualidade dos dados. Apenas um dos itens revelou efeito piso acima dos 80%. Estes dados vão de encontro à versão original do teste que revela uma satisfatória qualidade dos dados, tendo variado os efeitos de teto e piso entre 16% a 82% com uma média de 68%.

A escala mostra-se altamente correlacionada (.91), no entanto estes resultados já se verificavam na escala original que revelou alta consistência interna (0.73-0.92).

A existência de correlações significativas entre os domínios e o total do HABC-Monitor e o total do NPI e o resultado do MMSE é evidente o que se verifica na escala original. Consta-mos que o HABC-Monitor se correlaciona com outros instrumentos que foram estudados na população alvo e tendo-se verificado favoráveis. Assim, para avaliação do estado cognitivo dos pacientes o MMSE é como um instrumento prático para classificação do estado cognitivo dos pacientes foi incluído e NPI como instrumento mais adequado para verificar a psicopatologia na área do comportamento e stress do cuidador.

Assim, a versão Portuguesa do HABC-Monitor, reúne elementos suficientes para maximizar a sua utilidade na prática clínica de rotina onde adicionando ao exame clínico e á entrevista por um profissional de saúde levariam a um diagnóstico precoce ou em alternativa, á monitorização do doente com demência ¹⁰.

Como limitações do estudo apresentam-se o tamanho da amostra, o espaço cronológico que foi utilizado entre a aplicação do protocolo experimental aos dois grupos.

Como o estudo decorreu na maioria com pessoas institucionalizadas não é possível extrapolar para outros contextos e desta forma, deveria ser aplicado em outras configurações. Em estudos futuros, mais estudos de validação da escala deveriam ser efetuados, visto que, a escala apresentasse como uma ferramenta bastante útil.

Referências

1. World Health Organization. Dementia: A Public Health Priority. United Kingdom: WHO Library Cataloguing; 2012: 95
2. Draper, B. Dealing with dementia. Austrália: Allen & Unwin; 2004: 252
3. Lillrank, S. Alzheimer's disease and other dementias. New York: Chelsea House; 2007: 112
4. Levine, R. Defying Dementia: Understanding and Preventing Alzheimer's and Related Disorders. London: Praeger; 2006: 213
5. [Monahan PO](#), [Boustani MA](#), [Alder C](#), [Galvin JE](#), [Perkins AJ](#), [Healey P](#), [Chehresa A](#), [Shepard P](#), [Bubp C](#), [Frame A](#), [Callahan C](#). Practical clinical tool to monitor dementia symptoms: the HABC-Monitor. Clin Interv Aging. 2012;7:143-57
6. Robert P, Ferris S, Gauthier S, Ihl R, Winblad B, Tennigkeit F. Review of Alzheimer's disease scales: is there a need for a new multi-domain scale for therapy evaluation in medical practice?. Alzheimer's Research & Therapy 2010; 2:24
7. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994;44:2308–2314
8. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12:189-198.
9. Fernández-Concepción, O, Verdecia-Fraga R, Álvarez-González MA, Román-Pastoriza Y, Ramírez-Pérez E. Escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38): evaluación de su aceptabilidad, fiabilidad y validez. Revista de Neurología 2005; 7: 391–398
10. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. Ann Intern Med 1995; 122:422-429

Anexos

Tabela 1. Características da Amostra

		n	%	M	DP
Género					
	Masculino	12	29,27		
	Feminino	29	70,73		
Idade (anos)					
				78,3	4,32
Escolaridade (anos)					
				5,03	3,01
Estado Civil					
	Viúvo	33	80,49		
	Solteiro	8	19,51		
Situação Actual					
	Institucionalizado	35	85,37		
	Não Institucionalizado	6	14,63		
Diagnóstico					
	Doença de Alzheimer	14	34,15		
	Demência Vascular	12	29,27		
	Demência Mista	13	31,71		
	Demência Frontotemporal	2	4,89		
Cuidadores					
	Formal	29	70,73		
	Informal	12	29,27		

Tabela 2. Resultados obtidos pela amostra nas provas aplicadas

	M	DP
HABC- Monitor (Total)	43,3	18,2
Domínios		
Cognição	13	6,4
Funcionalidade	15	5,8
Comportamento	16	9,1
Qualidade de Vida do Cuidador	2,5	0,7
NPI (Total)	32	12,8
NPI (<i>Stress</i> do cuidador)	24,5	1,1,9
MMSE	17,3	4,6

Tabela 3. Efeitos de piso e de tecto e itens não preenchidos

Itens do HABC-Monitor	Efeito de	Efeito de	Não
	Piso	Teto	preenchido
	%	%	%
Juízo ou tomada de decisões	11	67,3	0
Repete as mesmas coisas vezes sem conta, com questões ou histórias	60	75,2	0
Esquecimento do mês ou ano correctos	22	73,7	0
Lidar assuntos financeiros complicados tais como, controlar o livro de cheques e pagar contas	11,3	81,2	0
Lembrar-se de compromissos	14,7	69,2	0
Pensamento ou memória	0	45,6	0
Aprender a usar uma ferramenta, aplicação ou dispositivo	0	67,1	0
Planeamento, preparação ou servir-se às refeições	72,1	71,5	0
Toma das medicações na dose correcta e no tempo certo	12,9	70,3	0
Caminhada ou deambulação física	59,4	32,5	0
O banho	18,2	75,4	0
Compras de artigos pessoais como mercearia	11,6	66,4	0
Tarefas domésticas	9,7	56,2	0
Dexa-lo(a) sozinho(a)	6	45,3	0
A segurança dele(a)	3	63,2	0
A qualidade de vida dele(a)	0	78,2	0
Quedas ou tropeções	2	69,3	0
Redução do interesse ou do prazer em fazer coisas, passatempos ou actividades	8	55,8	0
Sentir-se em baixo, deprimido ou desesperado	4	54	0
Ser teimoso, agitado, agressivo ou resistente á ajuda dos outros	1	32,3	0
Sentir-se ansioso, nervoso, tenso, receoso ou em pânico	1	47,2	0
Acreditar que os outros o estão a roubar ou que planeiam fazer-lhe mal	9	24,5	0
Ouvir vozes, ver coisas ou falar com pessoas que não estão presentes	53,4	19,4	0
Pouco apetite ou apetite em excesso	18,2	39,4	0
Adormecer, manter-se a dormir ou dormir demais	11,4	67,9	0
Acções impulsivas, sem pensar nas consequências das suas acções	33,2	21,1	0
Vagueando, caminhando ou fazendo coisas repetidamente	73,7	35,2	0
A sua qualidade de vida	8,9	39,5	0
O seu futuro financeiro	0	66,9	0
A sua saúde mental	11,8	78,4	0
A sua saúde física	19,1	9,1	0

Tabela 4. Correlações entre os domínios a qualidade de vida do cuidador e o total do HABC-Monitor

	Cognição	Funcionalidade	Comportamento	Qualidade de Vida do Cuidador
HABC- Monitor (Total)	0,342*	0,428**	0,322*	0,41**
Cognição		0,154*	0,461**	0,231*
Funcionalidade			0,331*	0,427**
Comportamento				0,501**

Valores apresentados são ρ de *Sperman*

* $p = .001$

** $p < .001$

Tabela 5. Correlações entre o HABC- Monitor e seus domínios e outros testes

	NPI (Total)	NPI (<i>Stress</i> do cuidador)	MMSE
HABC- Monitor (Total)	0,456**	0,481**	0,683**
Cognição	0,529**	0,382*	0,734**
Funcionalidade	0,632**	0,631**	0,534**
Comportamento	0,721**	0,76**	0,512**
Qualidade de Vida do Cuidador	0,567**	0,721**	0,281*

Valores apresentados são ρ de *Sperman*

* $p = .001$

** $p < .001$

Informações aos 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. Para aqueles investigadores que não possuem 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.

REVISÃO EDITORIAL E PUBLICAÇÃO

Os procedimentos para a submissão dos manuscritos seguem os seguintes passos:

Os manuscritos são submetidos por meio eletrônico, com a carta de apresentação e com as declarações de responsabilidade de autoria, declaração financeira e transferência de direitos autorais (veja os modelos abaixo). Estudos que utilizem seres vivos devem submeter uma cópia da autorização pelo Comitê de ética da instituição envolvida. Ensaios 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.demneuropsy.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 ou revisões não necessitam ser estruturados e podem conter até 150 palavras.

Palavras-chaves. Adicione 3 a 4 palavras-chave ou frases curtas após o resumo, seguindo os descritores em ciências da saúde ([HTTP://decs.bvs.br/](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 e relato de caso é até 1500 palavras e para revisões até 5000 palavras.

Referências. Até 50 para manuscritos originais, numeradas consecutivamente em ordem de aparecimento. Para relatos de caso ou comunicações breves até 30, e nas revisões, até 100. As referências devem seguir o modelo do *Index Medicus*. Liste todos os autores quando forem seis ou menos; quando sete ou mais, liste os primeiros três seguidos de “et al”.

- 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 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: *, +, +, \$, ll, ¶, **, ++, 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 curtas ou relatos de caso).

Atenção. Antes de enviar o manuscrito para demneuropsy@uol.com.br, 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 na página da Academia Brasileira de Neurologia (www.abneuro.org).