

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

Contribuição para a Validação do IQCODE - Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly

Joana Santos Gomes

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2011



Contribuição para a Validação do IQCODE - Informant Questionnaire
on Cognitive Decline in the Elderly

Joana Santos Gomes

Dissertação Apresentada ao ISMT para a obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapia e
Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra, Novembro 2011

Imagem da Capa: A imagem foi retirada do Web site artflakes.com/en.

Agradecimentos

Um agradecimento especial à Professora Doutora Helena Espírito Santo pela orientação, disponibilidade, compreensão do meu tempo limitado e sobretudo por ser um modelo de inspiração a seguir.

Aos meus pais e irmão por toda a ajuda e sacrifício que fizeram por mim ao longo destes anos.

Obrigada.

Resumo

O Questionário para Informantes sobre Declínio Cognitivo em Idosos - IQCODE é uma importante ferramenta no rastreio do diagnóstico da demência. Baseado no relato do informante, é um instrumento de aplicação breve e tem como objectivo principal, avaliar o declínio cognitivo comparando o estado actual do idoso com o apresentado há 10 anos atrás.

Objectivo: Contribuição para a validação do IQCODE através da análise da relação entre o IQCODE, MMSE e MoCA; apresentação das suas propriedades psicométricas (fidedignidade e validade convergente); conhecer a gravidade do declínio e a prevalência de idosos com DCL possível através do IQCODE e comparar com as prevalências determinadas pelo MMSE e pelo MoCA.

Metodologia: Foi utilizada uma amostra de conveniência de 63 idosos e aplicada uma bateria de testes (MMSE, MOCA e IQCODE). Na caracterização da amostra foi efectuada a estatística descritiva, com cálculo das médias e desvios-padrão. Para o estudo da fidedignidade, foi calculado o alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação item-total para verificar a consistência interna do IQCODE. A validade convergente foi determinada pelo r de Pearson entre as pontuações do IQCODE, MMSE e MoCA. Para determinar a gravidade do declínio medida pelos três instrumentos, foi usado o teste t para uma amostra. No estudo das prevalências de tipos de declínio medidas pelo IQCODE, foi calculado o Qui-Quadrado da aderência.

Resultados: O IQCODE apresentou uma boa fidedignidade com um alfa de Cronbach de 0,98 e a consistência interna não aumenta se se remover um dos itens. Observou-se que não há correlação significativa entre o IQCODE, o MoCA e o MMSE, não garantindo a validade convergente.

Conclusão: A análise dos resultados atestou que este instrumento é válido e confiável, fornecendo dados quantitativos que contribuem para a validação do IQCODE. Como tal, o IQCODE deve ser usado como um complemento no diagnóstico do declínio cognitivo.

Palavras-chave: Declínio Cognitivo Leve, Relato do Informante, IQCODE; Validação.

Abstract

The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly – IQCODE is an important screening tool in the diagnosis of dementia. Based on the informant's report, is a brief interview whose main purpose is to evaluate the cognitive decline comparing the current individual performance with that of ten years ago.

Objective: Contribute to the validation of the IQCODE, by analyzing the correlation between IQCODE, MMSE and MoCA; presentation psychometric properties (reliability and validity); know the prevalence and severity of the decline of elderly people with MCI through the IQCODE and compare with the prevalence determined by the MMSE and MoCA.

Methods: We used a convenience sample of 63 elderly, which was applied to a battery of tests (IQCODE, MMSE and MoCA). In the sample characterization, was performed descriptive statistics, with calculation of means and standard deviations. To study the reliability, we calculated Cronbach's alpha coefficient and item-total correlation to examine the internal consistency of the IQCODE. In order to examine convergent validity, was determined correlation between IQCODE, MMSE and MoCA scores. To determine the severity of the decline measured by the three instruments, we used the one sample *t* test. The study of the prevalence types of decline as measured by the IQCODE, we calculated the chi-square.

Results: The study presented a good reliability with a Cronbach's alpha of 0.98 and internal consistency does not increase if you remove one of the items. It was observed there is no significant correlation between the IQCODE, MMSE and MoCA.

Conclusion: The results certified that this instrument is valid and reliable, that provides quantitative data to contribute to the validation of the IQCODE. As such, the IQCODE can be used as an adjunct in the diagnosis of cognitive decline.

Keywords: Mild Cognitive Impairment; Informant Report; IQCODE; Validity.

Índice

I. Introdução	1
Demência	1
Declínio Cognitivo Leve	2
Critérios de Diagnóstico do Declínio Cognitivo Leve.....	3
Instrumentos de Avaliação do Declínio Cognitivo Leve	4
Instrumentos com Base no Relato do Informante	5
Questionário para Informantes sobre Declínio Cognitivo em Idosos – IQCODE..	6
Variações da Versão Original	7
A Influência das Características do Informante.....	8
Características Psicométricas.....	8
II. Objectivos.....	9
III. Materiais e Métodos.....	10
Participantes.....	10
Procedimentos Metodológicos	11
Instrumentos	12
Análise Estatística.....	14
IV. Resultados.....	14
V. Discussão e Conclusão.....	18
VI. Referências Bibliográficas	22
VII. Anexos.....	28

I. Introdução

A intensificação do fenómeno do envelhecimento em Portugal conduz a um impulso no desenvolvimento de novos estudos e pesquisas que procurem contribuir para uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo idoso.

O envelhecimento pode ser analisado sob uma perspectiva biológica, que assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida, levando conseqüentemente a um aumento gradual de doenças que podem precipitar o fim da vida. Numa perspectiva psicológica, as alterações associadas ao envelhecimento, manifestam-se através da perda de memória ou uma maior dificuldade no raciocínio, passando a ser a porta de entrada no campo das demências.

Por sua vez, socialmente, o envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção de idosos na população total e esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade activa (INE, 2002).

O envelhecimento pressupõe então, uma diminuição incontornável de um conjunto de factores físicos, biológicos e cognitivos (Gonçalves, 2006). De entre as várias doenças que podem surgir durante o envelhecimento, a demência é a que mais se destaca pela sua elevada incidência (Papalia & Olds, 2000). Tal como referem Baltes e Baltes (1990), é possível adiar a deterioração das competências humanas, mas não o declínio normativo.

Demência

Uma das principais conseqüências do aumento da população idosa é o aumento da prevalência das demências (Prince et al., 2003).

Segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), as síndromes demenciais são caracterizadas pela ocorrência de alterações de múltiplas funções, ou seja, por um declínio cognitivo progressivo de funções como a memória, a orientação, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem, o julgamento e outras alterações de comportamento ou personalidade que afectam a capacidade funcional do indivíduo no seu dia-a-dia, levando, dependendo da gravidade, à perda da sua independência, autonomia e conseqüentemente à perda da qualidade de vida do indivíduo idoso (OMS, 1993; Neto et al., 2005; Machado et al., 2007).

No diagnóstico diferencial identifica-se inicialmente os quadros passíveis de reversibilidade de diversas etiologias, alterações metabólicas, intoxicações, infecções,

deficiências nutricionais, entre outras. Já nas demências degenerativas primárias e nas suas formas sequenciais, o diagnóstico etiológico acarreta implicações terapêuticas e prognósticas (Neto et al., 2005). Este grupo inclui a Doença de Alzheimer e as demências fronto-temporais (Doença de Pick e Demência Frontal não Pick), a Doença de Corpos de Lewy, a Demência de Parkinson, a Coreia de Huntington e outras mais raras (Garcia et al., 1994). A demência constitui portanto um problema médico e social em crescimento, sobretudo na população com idade superior a 75 anos.

Estudos epidemiológicos (Garcia et al., 1994) indicam uma estimativa da prevalência da demência em Portugal de cerca de 92.470. No entanto, muitos idosos que sofrem de perdas de memória e declínio cognitivo leve, não preenchem critérios suficientes para satisfazer o diagnóstico de demência, surgindo assim diversos conceitos nosológicos que tentam descrever esta dificuldade, como a perda de memória associada à idade, o declínio cognitivo ou o declínio cognitivo leve, sendo que o diagnóstico de qualquer um destes conceitos poderá afectar a vida do idoso, podendo conduzir à demência.

Declínio Cognitivo Leve

Ao longo das últimas décadas, foram formuladas diversas definições caracterizadoras do declínio da capacidade cognitiva nos idosos (Charchat-Fitchman et. al., 2005), devendo-se esta diversidade de definições à falta de uniformidade conceitual (Petersen, 2001). Dentre todos os conceitos clínicos, o conceito de Declínio Cognitivo Leve (DCL) tem sido o mais amplamente estudado na literatura internacional (Petersen, 2001).

Em 1986, foram propostos no workshop do National Institute of Mental Health, critérios para o declínio da memória associado à idade. Estes critérios faziam referência a queixas mnemónicas por parte de idosos e ao comprometimento da memória documentada em relação a adultos saudáveis.

A expressão “Declínio Cognitivo Leve”, em inglês “Mild Cognitive Impairment”, apareceu na literatura pela primeira vez numa publicação de 1990, referindo-se a um indivíduo com ligeira dificuldade na realização de testes cognitivos, mas não sendo necessariamente distinguível de demência leve (Bennett, 2004).

O Declínio Cognitivo Leve é então caracterizado por um declínio significativo na ausência de demência, tratando-se de um declínio cognitivo maior do que o esperado para a idade e escolaridade do indivíduo. Este declínio, que afecta principalmente a memória, pode

causar alterações nas actividades de vida diária de forma subtil, não fazendo estas alterações parte do envelhecimento normal (Rabelo, 2009).

Segundo Rabelo (2009), as queixas de memória associam-se ao declínio de outras funções cognitivas. Nesse sentido assume-se que o DCL possa existir em vários subtipos, tais como o amnésico, de múltiplos domínios (linguagem, funções executivas, habilidades visuo-espaciais com ou sem alteração da memória) e de um único domínio que não a memória.

As etiologias podem ser variadas, sendo que o subtipo amnésico tem grande probabilidade de se converter na doença de Alzheimer, enquanto o subtipo sem alteração de memória tem maior probabilidade de progredir para outros tipos de demência. O Declínio Cognitivo pode então ser considerado como uma fase clínica intermediária entre o envelhecimento cognitivo normal e um estágio leve de demência (Conceição et al., 2010).

Crítérios de Diagnóstico do Declínio Cognitivo Leve

O diagnóstico de Declínio Cognitivo é uma tarefa complexa, pois os quadros de DCL são frequentes, havendo uma frequente necessidade de diferenciar entre manifestações iniciais e as alterações associadas com o processo normal de envelhecimento (Conceição et al., 2010).

Em 2001, a Academia Americana de Neurologia (AAN) publicou algumas directrizes para a detecção do DCL. O grupo de especialistas da AAN identificou alguns critérios para o diagnóstico de DCL: o relato pessoal da perda de memória pelo próprio, preferencialmente confirmado por outra pessoa; detecção de uma perda de memória maior que o normal, comparativamente a testes-padrão de avaliação; a capacidade de executar actividades diárias normais, entre outras.

Apesar de algumas destas questões serem consideradas por muitos, incoerentes, vários investigadores continuam a trabalhar no conceito de DCL, (Alzheimer's Association, 2007), apresentando-se estas directrizes como fundamentos a seguir.

O processo de diagnóstico do DCL passa então a compreender várias etapas, primeiramente, considera-se a queixa do paciente (ou do cuidador/familiar) sobre o seu funcionamento cognitivo e se na avaliação da história de vida e do estado mental não forem observados critérios de demência, mas estão presentes alterações da cognição sem declínio no desempenho das actividades da vida diária, então, existe a possibilidade de se diagnosticar como Declínio Cognitivo Leve. Nesse seguimento, é avaliada a causa ou etiologia subjacente, mediante testes e exames laboratoriais, exame físico geral ou neurológico e exames de neuroimagem (Damasceno, 2004).

O neuropsicólogo poderá realizar também uma avaliação neuropsicológica mais abrangente e detalhada. Esta avaliação das funções cognitivas abrange a avaliação da atenção, linguagem, memória, capacidade visuo-motora e funções executivas. Assim, segundo Azambuja (2007), para o diagnóstico diferencial entre o envelhecimento normal e o patológico, foram desenvolvidos vários testes, alguns de aplicação rápida, outros de carácter mais extenso, como baterias de testes padronizadas ou compostas por testes agrupados de acordo com a necessidade.

Desta forma, verifica-se que para o diagnóstico do DCL existe uma vasta heterogeneidade nos resultados e métodos aplicados, o que dificulta por vezes a comparação dos resultados e a generalização dos dados. Tornando-se assim a avaliação neuropsicológica, os estudos epidemiológicos e os métodos de avaliação da progressão ou melhora dos indivíduos, cruciais no diagnóstico (Rabelo, 2009). Alguns dos instrumentos comumente utilizados no diagnóstico do DCL em idosos são apresentados detalhadamente a seguir.

Instrumentos de Avaliação do Declínio Cognitivo Leve

Durante os últimos anos foram desenvolvidos diversos instrumentos com o objectivo de auxiliar a investigação de possíveis declínios cognitivos em idosos (Almeida, 1998).

O Mini-Mental State Examination (MMSE) desenvolvido por Folstein (1975) é um dos instrumentos mais usados para a referida avaliação, consistindo num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo, que cota a orientação no tempo e no espaço, a memória a curto prazo e as competências verbais e de escrita. O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e os seus colaboradores em 1994, sendo definidos pontos de corte diferenciados consoante o grau de escolarização dos indivíduos. Contudo, é um instrumento que apresenta algumas limitações na detecção de demência em indivíduos com baixa alfabetização, nível socioeconómico inferior e também influenciado por diferenças raciais (Sczufca, Almeida, Vallada, Tasse, & Menezes, 2008; Nair et al., 2007).

Outro instrumento de avaliação a ter em consideração é o Montreal Cognitive Assessment (MoCA) desenvolvido por Nasreddine et al. (2005) como um instrumento breve de rastreio para o declínio cognitivo leve, que avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstracção, cálculo e orientação temporal e espacial. No entanto, dentro das suas limitações, alguns estudos apresentam que indivíduos com escolaridade inferior a 12 anos poderão apresentar um desempenho inferior no teste.

Estes são alguns exemplos de instrumentos de avaliação que podem ser usados no diagnóstico do Declínio Cognitivo Leve e apesar de serem dois dos instrumentos mais citados na literatura, apresentam algumas limitações (Bertolucci et al., 2009 citado por Sanchez et al., 2009), considerando-se que a avaliação neuropsicológica objectiva deve ser usada concomitantemente ao relato informante (Sanchez et al., 2009) pois conversar com familiares ou outros indivíduos próximos do idoso, é essencial para se obter informações acerca das mudanças e alterações na memória, personalidade e comportamento do indivíduo.

Instrumentos com Base no Relato do Informante

Considerando o facto de que os instrumentos de avaliação podem apresentar algumas limitações e que nem sempre os pacientes relatam com precisão a informação necessária para se estabelecer um diagnóstico de declínio cognitivo, tem-se recorrido cada vez mais aos informantes como fontes de informação histórica do indivíduo idoso.

Segundo Jorm (2004), os testes baseados no relato do informante têm vindo a proporcionar uma abordagem complementar permitindo efectuar avaliações longitudinais e acompanhar as alterações no desempenho dos indivíduos, podem também ser utilizados aquando da impossibilidade dos sujeitos realizarem testes cognitivos por motivo de doença aguda, falta de cooperação, falecimento ou baixos níveis de educação e alfabetização.

A maioria destes instrumentos, não obstante as limitações relacionadas à disponibilidade de uma pessoa adequada apresenta diversas vantagens: 1) avaliam o declínio cognitivo a partir das demandas impostas pelo ambiente em que o indivíduo está inserido; 2) podem ser realizados mesmo na ausência do indivíduo com suspeita de declínio cognitivo; 3) podem ser realizadas ainda que o paciente esteja muito comprometido ou instável; 4) podem ser conduzidas também por carta ou telefone; 5) podem ser efectivadas em diversos contextos culturais; 6) não parecem ser afectadas pela escolaridade ou por variações sociodemográficas (Jorm, et al. (1996a)). Estes métodos baseados no informante podem também ser um excelente recurso utilizado em conjunto com testes de rastreio cognitivo, de forma a obter-se uma melhor triagem (Jorm, 2004).

Os informantes poderão ser não só familiares, amigos, como também cuidadores formais em instituições, que possam facultar informações cruciais ao diagnóstico clínico. O importante é identificar um informante qualificado, que conheça os seus hábitos e costumes do indivíduo em avaliação, assim como o desempenho das suas actividades de vida diária (Sanchez, 2007). O cuidador usualmente é um bom informante, pois os seus relatos são

geralmente confiáveis descrevendo criteriosamente as alterações apresentadas, pela convivência diária com o indivíduo idoso (David, 2001; Henderson & Huppert, 1984).

Dados os benefícios potenciais de tal abordagem, existe um interesse crescente no desenvolvimento e aperfeiçoamento destes instrumentos baseados no relato do informante.

Um exemplo de confiança, é o instrumento IQCODE - Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly desenvolvido por Jorm & Jacomb, em 1989, que tem sido amplamente adoptado na avaliação do declínio cognitivo. As suas características serão aprofundadas a seguir, por se considerar ser o objecto de estudo deste trabalho.

Questionário para Informantes sobre Declínio Cognitivo em Idosos – IQCODE

O Questionário para Informantes sobre Declínio Cognitivo em Idosos (IQCODE) é um dos instrumentos mais usados no rastreio do declínio cognitivo com base no relato do informante (Sanchez, 2007).

O IQCODE foi desenvolvido e validado como parte de um estudo longitudinal do envelhecimento na Austrália (Jorm, 2001). Este estudo Longitudinal de Envelhecimento em Canberra (CLA) desenvolvido por Jorm e Jacomb, em 1989, começou por recolher informações sobre o estado de saúde e de memória de 1.135 idosos, residentes na comunidade Australiana. Seguiram um corte inicial por 12 anos e solicitaram aos idosos e aos seus informantes para responder a uma série de testes de avaliação que incluíam como parte da bateria, o IQCODE, solicitando aos informantes uma avaliação das funções cognitivas quotidianas do seu familiar (Jorm & Jacomb, 1989).

É proposto que o informante seja alguém próximo que conviva com o idoso há pelo menos dez anos, com o objectivo de comparar as alterações no desempenho do indivíduo durante este período de convivência. Neste procedimento é solicitado ao informante as mudanças cognitivas ao longo dos últimos 10 anos, tornando-se este instrumento útil na obtenção de dados hetero-anamnésicos (Jorm & Jacomb, 1989).

Durante a elaboração do instrumento, o período de dez anos foi estipulado pois alguns estudos que avaliavam a história natural da demência mostravam que o tempo entre o início da doença e a morte, em geral não era superior a este tempo (Jorm & Korten, 1988).

O relato do informante é uma alternativa para estimar o declínio cognitivo, uma vez que conhecendo o comportamento actual do indivíduo e o seu desempenho nas actividades de vida diária, o problema da contaminação nos testes cognitivos pelas habilidades pré-mórbidas, possivelmente seria solucionado (Jorm & Korten, 1988; Jorm & Jacomb, 1989).

Concebido no idioma original em inglês e inicialmente com uma entrevista de 39 itens, 26 sobre memória e 13 sobre inteligência, ficou reduzido a 26 itens, tendo 12 ficado excluídos por falta de compressibilidade dos informantes e 1 por não apresentar boa correlação com os restantes (Jorm & Jacomb, 1989).

É um instrumento de fácil e rápida aplicação, sendo que as perguntas estão organizadas numa escala tipo Likert com cinco opções: 1 – muito melhor; 2 – um pouco melhor; 3 – não houve mudança; 4 – um pouco pior e 5 – muito pior, que comparam o desempenho actual do indivíduo com o seu desempenho há 10 anos atrás. O resultado final é obtido pela soma ponderada dos itens, dividindo-os pelo total de itens da escala. O ponto de corte obtido no estudo original foi de 3,27/3,30.

Variações da Versão Original

Nos últimos anos, têm surgido diversas variações na literatura sobre o IQCODE. Desde a versão original, este questionário já foi traduzido em várias línguas: chinês, holandês, finlandês, francês, alemão, canadense, italiano, japonês, coreano, norueguês, polaco, espanhol e tailandês (Jorm, 2004).

Outra alteração importante envolveu o intervalo de tempo em que o informante se fundamenta, pois alguns investigadores tiveram dificuldade em encontrar informantes que tivessem o contacto necessário (há mais de 10 anos) com o idoso, levando a utilizar um espaço de tempo reduzido. Ehrensperger et al. (2010) no seu estudo determinaram a capacidade da versão curta do IQCODE numa população alemã com um horizonte temporal de dois anos, já Barba et al. (2000) e Pisani et al. (2003), usaram um intervalo de cinco anos, Patel et al., (1993) determinaram intervalos de tempo variáveis no seu estudo, não havendo nenhuma evidência que comprove que as alterações de tempo afectem a validade.

Foi ainda criada outra variação do IQCODE, o Retrospectivo que averigua as alterações cognitivas que levaram a um evento crítico como a morte ou o início da uma doença aguda. Esta variação é comumente usada para avaliar o declínio cognitivo que precede entre outras situações, um derrame, delírios ou a admissão a cuidados intensivos (Pisani et al., 2003).

Para além destas versões, sugeriram também algumas versões reduzidas. Jorm (1994) desenvolveu o IQCODE Short, que se tratava de uma versão curta de 16 itens, a qual correlacionava 0,98 com a versão completa e apresentava uma validade comparável. Esta versão apresentava um ponto de corte de 3.38, numa amostra de 684 indivíduos, com uma média de 70 anos.

A Influência das características do informante

Até à data, existem ainda poucos estudos acerca da influência das características do informante nos resultados do IQCODE.

Num estudo levado a cabo por Jorm et al., (1996) que contou com a participação de 144 indivíduos, foi comprovado que as características como a idade e o nível de escolaridade, apresentadas pelo informante não influenciaram os resultados (Jorm et al., 1996a).

No que concerne à qualidade do relacionamento entre o informante e o indivíduo avaliado, Fuh et al (1995) realizaram uma investigação que contou com a participação de 416 indivíduos chineses, cuja convivência com o informante variou entre 10 e 61 anos, tendo sido utilizado como instrumento de rastreio da demência, o IQCODE. Estes autores atestaram que o período de convivência, assim como a frequência do contacto com o informante, não influenciam os resultados obtidos. Não obstante, estudos mais qualitativos revelaram que alguns informantes que apresentavam problemas emocionais influenciaram expressivamente os resultados obtidos (Del-ser et al., 1997; Lim et al., 2003).

Del-Ser e colaboradores (1997) num estudo clínico que contou com uma participação de 53 indivíduos, observaram que os informantes em consequência de estados de ansiedade, tendem a enfatizar defeitos cognitivos no indivíduo avaliado, não só pela própria ansiedade em que se encontram, mas com o objectivo de obter mais cuidados clínicos ou apoio social.

Lim et al (2003) no estudo realizado em Singapura para a validação da versão chinesa do IQCODE, realizado com 153 idosos, observaram durante o trabalho de campo que alguns informantes apresentavam alguma insegurança acerca das alterações do estado mental ou alguma relutância em falar acerca do seu parente/indivíduo cuidado. Estes estudos demonstraram que os resultados do IQCODE não são influenciados pelo tempo ou tipo de relacionamento (Fuh et al., 1995), ou até pela idade ou escolaridade (Jorm et al., 1996a). Ou seja, em comparação com testes de triagem cognitiva, o IQCODE é pouco afectado pela educação, capacidade pré-mórbida ou pela proficiência na linguagem cultural dominante, sendo que a grande desvantagem do IQCODE em relação a outros testes de rastreio cognitivo é que pode ser afectado pelo estado de saúde mental do informante e também pelas informações menos válidas que os informantes podem fornecer.

Características Psicométricas

Segundo Jorm, (2004) sete estudos que cobriram uma vasta população em diferentes idiomas e com uma elevada uniformidade, avaliaram a consistência interna da versão

completa do instrumento, mensurada pelo coeficiente alfa de Cronbach que variou de 0,93 a 0,97 (Jorm & Korten, 1988; Jorm & Jacomb, 1989).

Relativamente à confiabilidade teste-reteste, foram apresentados dois estudos, o estudo de Jorm & Jacomb (1989) que avaliou a estabilidade do instrumento um ano depois, obtendo uma correlação de 0,75 e Jorm et al (1991) que avaliaram a estabilidade no tempo, reaplicando o questionário três dias depois, e obtiveram uma correlação de 0,96 (Sanchez, 2007; Jorm, 2004).

Quanto aos estudos de validação, estes utilizaram as seguintes variações de padrão: correlação dos resultados do IQCODE com as alterações cognitivas (Jorm et al., 1996b; Jorm et al., 2000); correlação do IQCODE Retrospectivo com o diagnóstico neuropatológico (Thomas et al., 1994; Rockwood et al., 1998); correlação dos resultados do instrumento com exames de neuroimagem (Jorm et al., 1996a; Cordolini-Markowial et al., 2003) e correlação dos resultados com a incidência de demência e a mortalidade (Hénon et al., 1997; Hénon et al., 1999; Hénon et al., 2001; Louis et al., 1999; Barba et al., 2000). No entanto, na maioria destes estudos foi utilizado o diagnóstico clínico como padrão de comparação do desempenho do IQCODE como instrumento de rastreio demencial (Jorm, 2004).

II. Objectivos

Através da participação no Projecto de Investigação: *Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*, no qual foi possível efectuar o rastreio cognitivo e efectuar uma avaliação dos idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra, pretendeu-se com a aplicação de uma bateria de testes, da qual fez parte o IQCODE, contribuir para a validação do IQCODE em Portugal, através do fornecimento de dados.

A escassa literatura produzida em Portugal acerca do referido questionário chamou à atenção para a necessidade de incluir nesta investigação este instrumento baseado no relato do informante, que permite a partir das informações cedidas pelo informante, auxiliar no diagnóstico do declínio cognitivo, avaliando as alterações do declínio no indivíduo idoso, num intervalo de tempo.

Apesar da reiterada utilização do IQCODE em inúmeros países, não foram encontrados em Portugal, estudos que utilizem este instrumento no diagnóstico do declínio cognitivo ou

estudos que avaliem as suas características, tornando-se assim necessário contribuir para a validação do IQCODE através dos seguintes objectivos:

1) Validar o IQCODE na população portuguesa, através da análise da relação entre o IQCODE e outros instrumentos que medem o mesmo constructo (MMSE e MoCA) e apresentar as propriedades psicométricas do IQCODE (fidedignidade e validade convergente);

2) Conhecer a gravidade do declínio e a prevalência de idosos com DCL possível através do IQCODE e comparar com as prevalências determinadas pelo MMSE e pelo MoCA.

III. Materiais e Métodos

Participantes

Os indivíduos que fazem parte deste estudo foram retirados de uma amostra no âmbito do Projecto de investigação: *Trajectórias do Envelhecimento de Idosos sob Resposta Social*.

A amostra da dissertação é constituída por 63 idosos, alertando-se para o facto de por vezes se apresentar um número mais reduzido, justificando-se pela impossibilidade do entrevistador não ter conseguido obter os dados necessários.

Como se pode observar na **Tabela 1**, 30,2% indivíduos são masculinos e 69,8% femininos. Relativamente à idade, a amostra é de 59, pelo facto de não ter sido questionada a idade a 4 idosos no momento da entrevista. Relativamente à média de idades, é de 80,36 e o desvio padrão de 7,984, sendo que, com idade igual ou superior a 81 anos, responderam ao IQCODE 49% dos indivíduos e com idade superior a 81 anos, responderam 50,8% dos indivíduos. Quanto ao estado civil, foi dividido em duas categorias, com companheiro e sem companheiro. Destaca-se novamente, que o número da amostra é de 56 indivíduos, pelo facto de 7 indivíduos não terem respondido relativamente ao seu estado civil. Desta forma, temos 23,2% indivíduos com companheiro e 76,8% indivíduos sem companheiro. Relativamente à escolaridade, 4 indivíduos não responderam a esta questão, apresentando-se um número de amostra de 59 indivíduos, de entre os quais 50,8% com escolaridade e 49,2% sem escolaridade. Podemos ainda observar que ao nível da resposta social temos uma amostra de 61 indivíduos, pela impossibilidade de saber qual a resposta social de 2 indivíduos. Dentro desta amostra, 55,7% dos indivíduos estão em Centros de Dia/Convívio e 44,3% dos indivíduos encontram-se em Centros de Noite/Lar

Tabela 1

Caracterização de uma Amostra de Idosos sob Resposta Social no Concelho de Coimbra (N = 63).

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	%
Idade	80,36	7,98		
< ou = 81			59	49,0
< 81			59	50,8
Sexo				
Masculino			63	30,2
Feminino			63	69,8
Estado Civil				
Com companheiro			56	23,2
Sem Companheiro			56	76,8
Escolaridade				
Com escolaridade			59	50,8
Sem escolaridade			59	49,2
Resposta Social				
Centro Dia/Convívio			61	55,7
Centro Noite/Lar			61	44,3

Procedimentos Metodológicos

Esta dissertação que consiste na contribuição para a validação do IQCODE, insere-se no Projecto de Investigação: Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência. O universo de idosos incluiu 1.914 indivíduos com idades compreendidas entre 65 e 105 anos, sendo que, a amostra final de conveniência incluiu 63 indivíduos.

Após o contacto com as instituições¹ e estabelecimento de protocolos de parcerias, os idosos participaram voluntariamente, dando o seu consentimento² e após devidamente informados que os seus dados eram confidenciais e somente eram usados para fins científicos, procedeu-se à avaliação por uma bateria de testes dividida em duas sessões e administrada por dois estudantes separadamente. A recolha de dados foi efectuada por equipas de jovens investigadores (estudantes do 3º ano do 1º ciclo e estudantes do 1º ano do

¹ As instituições foram contactadas, inicialmente, por carta com descrição detalhada do estudo.

² Ou alguém responsável pelo idoso.

2º ciclo de psicologia) supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior. No primeiro protocolo foram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS por alunos do 3º ano, durando cerca de 20 a 30 minutos. No segundo protocolo, administrado pelo estudante do 1º ano e demorando cerca de 60 minutos, incluía o MoCA, a Figura Complexa de Rey, três testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-item e Teste do troco e do dinheiro. No terceiro protocolo aplicado por alunos de mestrado, foi aplicado o Questionário para Informantes do Declínio Cognitivo em Idosos - IQCODE, o Inventário Neuropsiquiátrico - Questionário (NPI-Q) e a Bateria de Avaliação Frontal – FAB. Estes testes foram administrados em dias diferentes, individualmente e de acordo com as instruções de cada teste. A amostra de idosos aos quais foi administrado o IQCODE foi de conveniência, pois a recolha realizada baseou-se na disponibilidade das instituições.

As baterias de testes foram administradas nas instituições que pertencem ao concelho de Coimbra, e que aceitaram de livre arbítrio participar neste Projecto. Todas as instituições foram devidamente informadas dos objectivos e dos procedimentos éticos do Projecto. Neste sentido, obtivemos a autorização de cada responsável para recolhermos os dados.

Instrumentos

O Questionário para Informantes sobre Declínio Cognitivo em Idosos (IQCODE) – é um dos instrumentos mais usados no rastreio do declínio cognitivo com base no relato do informante (Sanchez, 2007). Foi escolhido este instrumento por ser uma escala breve, com uma duração média de cinco a dez minutos, de fácil administração e que permite estudos longitudinais para avaliação do declínio, ao contrário de outras entrevistas que em geral, avaliam o estado actual do indivíduo. Durante o questionário é solicitado ao informante que reporte as mudanças cognitivas ao longo dos últimos 10 anos.

Foi desenvolvido originalmente por Jorm & Jacomb em 1989, com 39 itens e um ponto de corte de 3,27/3,30. Posteriormente o instrumento foi reduzido a 26 itens, com 12 itens excluídos por falta de compressibilidade dos informantes e 1 por não apresentar boa correlação com os restantes. Mais tarde, Jorm em 1994 validou uma versão mais reduzida, o IQCODE Short, com 16 itens. Esta versão apresentava um ponto de corte de 3.38, numa amostra de 684 indivíduos, com uma média de 70 anos, pelo que foi a versão escolhida para utilização na presente dissertação, pela semelhança do estudo (não se tratar de uma amostra clínica) e proximidade do número da amostra. É um instrumento de fácil e rápida aplicação, sendo que as perguntas estão organizadas numa escala tipo Likert com cinco opções: 1 –

muito melhor; 2 – um pouco melhor; 3 – não houve mudança; 4 – um pouco pior e 5 – muito pior, que comparam o desempenho actual do indivíduo com o seu desempenho há 10 anos atrás. O ponto de corte é baseado no resultado final e obtido pela soma ponderada dos itens, dividindo-os pelo total de itens da escala. Os resultados podem variar entre 1 e 5, correspondendo a “melhoria” se forem inferiores a 3, a “ausência de alteração” se for igual a 3,00, a “declínio leve” no intervalo entre 3,01 e 3,50; a “declínio moderado” no intervalo entre 3,51 e 4,00 e a “declínio grave” entre 4,01 e 5,00 (Vrantsidis, et al. 2011).

O **Mini-Mental State Examination (MMSE)** – desenvolvido por Folstein et al. (1975) é um dos instrumentos mais usados no rastreio do declínio cognitivo, pela sua fácil utilização, sendo a sua aplicação de cinco a 10 minutos, consistindo num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo, que cota a orientação no tempo e no espaço, a memória a curto prazo e as competências verbais e de escrita. O instrumento é composto por 30 questões, às quais é atribuído um ponto por cada resposta certa, num total máximo de 30 pontos (McDowell & Newell, 1996, *cit in* Gonçalves, 2006). O ponto de corte usado com mais frequência para sugerir défice cognitivo é 24 (Tombaugh & McIntyre, 1992), sendo que alguns autores sugeriram 25 para aumentar a sensibilidade para défice cognitivo leve (Kay et al., 1985). O ponto de corte passou assim a ser ajustado consoante o grau de escolarização, para que não se gerassem falsos positivos em indivíduos com escolaridade mais elevada (Murden, McRae, Kaner, & Bucknam, 1991). O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1994), sendo que na população portuguesa os pontos de corte referidos para se considerar a existência de um défice cognitivo, apresentam-se quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para indivíduos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade (Gonçalves, 2006). Apresenta um alfa de Cronbach de 0,89 (Guerreiro et al., 1994) e uma elevada fidedignidade teste-reteste e boa concordância inter-avaliadores (entre clínicos gerais e entre neuropsicólogos (Guerreiro, 2010).

O **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** – Nasreddine et al., 2007) é um instrumento breve de rastreio para o declínio cognitivo leve, que avalia diferentes domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstracção, cálculo e orientação temporal e espacial (Smith, Gildeh, & Holmes, 2007). O tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos, com uma pontuação total de 30 pontos, com um ponto de corte de 26, sendo que uma pontuação igual

ou superior a 26 pontos é considerada normal (Nasreddine, Phillips, & Bedirian, 2005). Em função da escolaridade, indivíduos com 12 anos de escolaridade ou menos é adicionado 1 ponto ao resultado final (Simões et al., 2010). O MoCA apresenta um alfa de Cronbach de 0,83, apresentando uma elevada consistência interna, sensibilidade de 90% no reconhecimento do défice cognitivo leve, sensibilidade de 100% no reconhecimento da doença de Alzheimer, e especificidade de 87% (Nasreddine, Phillips, & Bedirian, 2005). O MoCA manifesta também uma elevada confiabilidade teste-reteste ($t = 50,92$; $p = 0,001$) (Nasreddine et al., 2005). Na versão experimental da validação do MoCA na população portuguesa, produzida por Duro, Simões, Ponciano e Santana, em 2010, o MoCA alcançou um alfa de Cronbach de 0,90 e uma elevada confiabilidade teste-reteste ($r = 0,87$; $p = 0,001$).

Análise Estatística

Para a análise estatística foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 17.0 para Windows Vista; SPSS, Inc., 2008).

Na caracterização da amostra foi efectuada a estatística descritiva, com cálculo das médias e desvios-padrão. Seguidamente foram avaliadas as propriedades psicométricas do IQCODE. Para o estudo de fidedignidade, calculámos o alfa de Cronbach, e o coeficiente de correlação item-total para verificar a consistência interna do IQCODE. Para a validade convergente determinámos o r de Pearson entre as pontuações do IQCODE, MMSE e MoCA. Para determinar a gravidade do declínio cognitivo medido pelos três instrumentos, usámos o teste t para uma amostra.

Relativamente ao IQCODE usámos o ponto de corte 3.38 (Jorm, 1994), para o MMSE usámos o ponto de corte de 24 (Tombaugh & McIntyre, 1992) e para o MoCA usamos o ponto de corte de 26 (Nasreddine, Phillips, & Bedirian, 2005).

No estudo das prevalências de tipos de declínio medidas pelo IQCODE e estabelecidas através dos seus pontos de corte, calculámos o Qui-Quadrado da aderência, para verificar a existência de diferenças significativas nas categorias de declínio medidas pelo IQCODE.

IV. Resultados

Análise da Fidedignidade

No que se refere à consistência interna do IQCODE, o alfa de Cronbach é de 0,98, considerando-se um valor muito elevado, garantindo a fidedignidade do instrumento (Pallant,

2007). Considerando a **Tabela 2**, as correlações entre os itens e total da escala são superiores a 0,30, pelo que a consistência interna não aumenta se se remover qualquer um dos itens. Nenhum “alfa se item for eliminado” é maior que o alfa global do respectivo factor, pelo que todos os itens podem ser incluídos.

Tabela 2

Indicadores de Fidedignidade do IQCODE.

	Média da Escala se item eliminado	Variância da Escala se item eliminado	$M \pm DP$	Correlação Item- total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
IQCODE1	49,83	186,37	3,24 ± 0,82	0,877	0,98
IQCODE2	49,79	185,94	3,27 ± 0,83	0,886	0,98
IQCODE3	49,83	185,60	3,24 ± 0,87	0,850	0,98
IQCODE4	49,73	183,17	3,33 ± 1,09	0,752	0,98
IQCODE5	49,75	183,64	3,32 ± 0,91	0,895	0,98
IQCODE6	49,76	182,80	3,30 ± 0,98	0,864	0,98
IQCODE7	49,71	180,53	3,35 ± 1,02	0,915	0,98
IQCODE8	49,71	181,43	3,35 ± 1,02	0,880	0,98
IQCODE9	49,68	181,35	3,38 ± 1,04	0,865	0,98
IQCODE10	49,75	179,26	3,32 ± 1,08	0,910	0,98
IQCODE11	49,76	181,77	3,30 ± 0,98	0,906	0,98
IQCODE12	49,68	178,99	3,38 ± 1,10	0,898	0,98
IQCODE13	49,78	179,50	3,29 ± 1,13	0,855	0,98
IQCODE14	49,71	178,30	3,35 ± 1,11	0,914	0,98
IQCODE15	49,79	179,39	3,27 ± 1,07	0,914	0,98
IQCODE16	49,68	180,74	3,38 ± 1,02	0,903	0,98

Análise da Validade

Na **Tabela 3** apresentamos as correlações de r de Pearson entre o IQCODE, o MoCA e o MMSE. Como podemos observar não há correlação significativa entre estas medidas, ou seja, a validade convergente do IQCODE não está garantida através do MMSE e do MoCA.

Tabela 3

Correlações de Pearson do IQCODE com o MMSE e o MoCA.

	MMSE	MoCA
IQCODE	- 0,149	- 0,025

Gravidade e prevalência do declínio cognitivo

Na **tabela 4** podemos observar as pontuações médias dos instrumentos IQCODE, MMSE e MoCA. Foi efectuado o teste *t* para uma amostra, o qual demonstrou que a média do IQCODE não é significativamente diferente do ponto de corte de 3,38 estabelecido por Jorm (1994) ($t = 0,05$; $p = 0,618$). Quanto ao MMSE, o teste *t* para uma amostra revela um resultado contrário, mostrando-se significativamente inferior ($t = 6,23$; $p < 0,001$) ao ponto de corte de 24 determinado por Tombaugh & McIntyre (1992).

Relativamente ao MoCA, acontece o mesmo, a média das pontuações é significativamente inferior ($t=9,90$; $p < 0,001$) ao ponto de corte 26 indicado por Nasreddine, Phillips, & Bedirian (2005). Relativamente ao número da amostra apresentado no MMSE ($n = 52$) e no MoCA ($n = 51$) ser inferior (ver tabela 4), explica-se pelo facto de estes testes não terem sido passados a 11 e a 12 idosos respectivamente.

Tabela 4

Pontuação Média e Desvio Padrão do IQCODE, MMSE e MoCA.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
IQCODE	63	3,32	0,90
MoCA	51	11,90	6,55
MMSE	52	20,83	6,15

Seguidamente, na **Tabela 5** são apresentadas as frequências para cada categoria de declínio do IQCODE, sendo possível verificar que a categoria com frequência mais elevada é *Sem Alteração*, ou seja, 32,3% dos informantes responderam não haver alteração no estado mental do idoso. Foi calculado o Qui-quadrado da aderência para averiguar se as percentagens nas categorias do declínio medidas pelo IQCODE. No entanto, as diferenças entre as percentagens não são estatisticamente significativas.

Tabela 5

Frequências (Pontos de Corte de Estudo Internacional).

	<i>N</i>	%
Melhoria	9	14,5
Sem alteração	20	32,3
Declínio leve	12	19,4
Declínio moderado	11	17,7
Declínio severo	10	16,1
Total	62	100,0

$X^2 = 5,65$ $p = 0,227$

Na **Tabela 6**, podemos observar que, relativamente à prevalência do declínio cognitivo medido pelo IQCODE, mas usando como ponto de corte o valor 3,38 de Jorm (1994), houve 63,5% de Melhoria nas Funções Cognitivas e 36,5% de Pioria nas Funções Cognitivas. Foi calculado o Qui-quadrado que indicou haver uma percentagem significativamente superior.

Tabela 6

Prevalências do Declínio Cognitivo medido pelo IQCODE usando como ponto de corte o valor de Jorm (1994).

	N	%
Melhoria nas Funções Cognitivas	40	63,5
Pioria nas Funções Cognitivas	23	36,5
Total	63	100,0

$X^2 = 4,59 p < 0,05$

Na **Tabela 7**, é apresentada a comparação das Prevalências das Categorias de Declínio Cognitivo através do IQCODE, com as Prevalências determinadas pelo MMSE, com Declínio e sem Declínio. No grupo Sem Declínio, é possível observar que apenas 7,7% dos informantes responderam *Sem alteração* e 5,8% com *Declínio leve* apresentado pelos idosos. No grupo Com Declínio destaca-se que 28,8% dos informantes responderam *Sem alteração* no estado mental dos idosos. Não foi possível averiguar se existe associação entre o declínio cognitivo medido pelo IQCODE e o declínio medido pelo MMSE, pois o Qui-quadrado não pode ser calculado.

Tabela 7

Comparação das Prevalências das Categorias de Declínio Cognitivo através do IQCODE com as Prevalências Determinadas pelo MMSE (N=63).

		MMSE	
		SEM DECLÍNIO	COM DECLÍNIO
Melhoria	<i>n</i>	0	7
	%	0,0	13,5
Sem alteração	<i>n</i>	4	15
	%	7,7	28,8
Declínio leve	<i>n</i>	3	7
	%	5,8	13,5
Declínio moderado	<i>n</i>	0	9
	%	0,0	17,3
Declínio grave	<i>n</i>	0	7
	%	0,0	13,5

$X^2 = \text{.}^a$

^a O Qui-quadrado não pode ser calculado, pois o número de células com frequência esperada menor que cinco é inadequado.

Na **Tabela 8**, é apresentada a comparação das Prevalências das Categorias de declínio cognitivo através do IQCODE, com as Prevalências determinadas pelo MoCA. Foi possível observar que 20,0% dos informantes responderam *Sem alteração* e 18,0% responderam presença de *Declínio Leve* no estado mental do idoso. Não foi possível saber se há associação entre o declínio cognitivo medido pelo IQCODE e o declínio medido pelo MoCA, pois o Qui-quadrado não pode ser calculado.

Tabela 8

Comparação das Prevalências das Categoria de Declínio Cognitivo através do IQCODE com as Prevalências Determinadas pelo MoCA (N=63).

		MoCA		
		POUCOS	MODERADOS	ALTOS
Melhoria	<i>n</i>	2	4	1
	%	4,0	8,0	2,0
Sem alteração	<i>n</i>	5	10	3
	%	10,0	20,0	6,0
Declínio leve	<i>n</i>	4	3	2
	%	8,0	6,0	4,0
Declínio moderado	<i>n</i>	2	9	0
	%	4,0	18,0	0,0
Declínio grave	<i>n</i>	3	1	1
	%	6,0	2,0	2,0

$X^2 = \dots^a$

^a O Qui-quadrado não pode ser calculado, pois o número de células com frequência esperada menor que cinco e inadequado.

V. Discussão e Conclusão

O crescente envelhecimento em Portugal e conseqüentemente manifestação das síndromes demenciais tem levado à intensificação dos estudos que as diagnostiquem precocemente e conduzam ao desenvolvimento de novas estratégias que visem a melhoria da qualidade de vida do idoso, através da manutenção das capacidades cognitivas.

Em Portugal, são ainda escassos os instrumentos que avaliem o declínio cognitivo com base no relato do informante, sendo, portanto, necessário o investimento em estudos que possam, a partir do relato do informante, facultar dados que facilitem o diagnóstico da demência.

Muitos dos estudos encontrados na pesquisa literária sobre o instrumento demonstraram e comprovaram as suas vantagens na utilização de instrumentos desta natureza, sendo referenciada como um excelente recurso no diagnóstico da síndrome demencial, sobretudo

pelas poucas influências e limitações que apresenta. O IQCODE tem sido um instrumento muito utilizado em diversos países e contextos culturais, sofrendo apenas ligeiras modificações culturais e de idioma.

Neste trabalho, procurou contribuir-se de forma rigorosa para uma futura validação do IQCODE através da análise da relação entre o IQCODE e outros instrumentos que medem o mesmo constructo (MMSE e MoCA), da apresentação das propriedades psicométricas do IQCODE (fidedignidade e validade convergente); conhecer a gravidade do declínio e a prevalência de idosos com DCL possível através do IQCODE e comparar com as prevalências determinadas pelo MMSE e pelo IQCODE.

Relativamente à fidedignidade do IQCODE, pudemos constatar no nosso estudo que o instrumento apresenta um alfa de Cronbach de 0,98, garantindo assim, uma boa fidedignidade, o que é consistente com outros estudos efectuados em diferentes populações e línguas, onde o valor do alfa de Cronbach varia num intervalo de 0,91 a 0,97 (Ehrensperger et al. 2010, $\alpha = 0,913$; Butt, 2008, $\alpha = 0,97$; Fuh et al. 1995, $\alpha = 0,97$; Jorm & Korten, 1988 $\alpha = 0,95$; Ozel-Kizil et al., 2010, $\alpha = 0,95$; Jonghe et al., 1997, $\alpha = 0,95$).

Quanto à análise da validade, as correlações entre o IQCODE, o MoCA e o MMSE, não são significativas. Ou seja, a validade convergente não está garantida através do MMSE e do MoCA. Estes resultados são comparativos aos estudos de Isella e colaboradores (2002), Ozel-Kizil e colaboradores (2010), Abreu, (2008). Relativamente ao MoCA, não foram encontrados estudos referentes a correlações com o IQCODE. O nosso estudo indica-nos através do valor ($r = -0,025$) não haver correlação entre os dois instrumentos (Pallant, 2007). No entanto, as limitações que foram registadas pelos membros da nossa equipa referentes ao uso do MoCA (Correia, 2011) e, provavelmente, do MMSE, com uma amostra como a nossa que regista uma escolaridade tão baixa, leva-nos a sugerir que em estudos futuros se replique este estudo em amostras que incluam idosos com outros graus de escolaridade.

Constatou-se ainda, que ao observar as correlações entre os itens da escala e o seu total, estas são superiores a 0,30, pelo que a consistência interna não aumenta se se remover um dos itens. No estudo de Ehrensperger e colaboradores em 2010 foi analisada a viabilidade de reduzir significativamente o número de itens, a partir do IQCODE de 16 itens para 7 itens, tendo sido atestado que o IQCODE pode ser reduzido para 7 itens sem perder a precisão do diagnóstico. No estudo de Butt (2008), os valores da correlação dos itens-total são inferiores ao nosso estudo, correlação média (0,76), podendo este resultado ser explicado pelo facto de Butt (2008) ter usado o IQCODE de 26 itens.

Relativamente à gravidade do declínio, foram analisadas as médias e desvio-padrão dos três instrumentos (IQCODE, MoCA e MMSE), constatando-se que o IQCODE apresenta uma pontuação média de 3,32 ($DP = 0,90$), já o MMSE, apresenta uma pontuação média de 20,83 ($DP = 6,15$), por fim, o MoCA apresenta uma pontuação média de 11,90 ($DP = 6,55$).

As pontuações do IQCODE da nossa amostra são semelhantes às do estudo de Ehrensperger e colaboradores em 2010, num grupo de doentes com declínio cognitivo ligeiro. Também no estudo de Fuh e colaboradores (1995) os resultados foram semelhantes aos do nosso estudo, num grupo de idosos sem declínio e residentes na comunidade.

Seguidamente verificámos que a média do IQCODE não é significativamente diferente do ponto de corte de Jorm (1994) de 3,38 ($t = 0,05$; $p = 0,618$), para uma amostra de 684 indivíduos com mais de 70 anos. Quanto ao MMSE, o teste t para uma amostra revelou um resultado contrário, mostrando-se significativamente inferior ($t = 6,23$; $p < 0,001$) ao ponto de corte de 24 indicado por Tombaugh & McIntyre (1992). Relativamente ao MoCA, constatou-se o mesmo, pois a média das pontuações é significativamente inferior ($t = 0,90$; $p < 0,001$) ao ponto de corte de 26, indicado por Nasreddine, Phillips, & Bedirian (2005). Os resultados observados no MMSE ($M = 20,83$) e no MoCA ($M = 11,90$) indicam que os idosos que fizeram parte do nosso estudo apresentam um maior défice cognitivo.

Relativamente à inconsistência dos resultados entre o IQCODE, o MMSE e o MoCA, podem ser explicados pelo facto de os informantes não conhecerem os idosos num espaço de tempo considerável para efectuarem uma avaliação fidedigna das alterações do seu estado mental.

Podemos ainda perceber que relativamente às frequências para cada categoria de declínio do IQCODE, a categoria com frequência mais elevada foi *Sem alteração* (32,3%), no entanto, as diferenças entre as percentagens não são estatisticamente significativas. Estes resultados assemelham-se aos do estudo de Butt (2008) onde, apesar da amostra ser significativamente superior ($n = 740$), a maioria informantes descreveram *Sem alteração*, em resposta à mudança no estado mental dos idosos.

Foi também avaliada a prevalência do declínio cognitivo medido pelo IQCODE e usando o ponto de corte do Jorm (1994), foi observado que houve melhoria nas funções cognitivas (63,5%), havendo uma percentagem significativa superior. Este resultado é contrário à constatação de que com a idade aumenta a prevalência do declínio e da demência (p.e., Craik, 1994; Di Carlo et al., 2000; Jonker, Geerlings & Schmand, 2000; Mather & Carstensen, 2005), o que nos leva a considerar, mais uma vez, que os informantes não conhecem os idosos há tempo suficiente para efectuar uma correcta avaliação do seu estado mental.

Por fim, foi possível observar que relativamente à comparação das prevalências das categorias do Declínio cognitivo através do IQCODE, com as prevalências determinadas pelo MMSE, apenas 7,7% dos informantes refere não haver alterações no estado mental dos idosos que não apresentavam anteriormente Declínio Cognitivo. Já relativamente aos idosos com declínio cognitivo, 28,8% dos informantes referiram não haver alteração no estado mental dos idosos e 17,3% referiram apresentar um declínio moderado. Não foi possível saber se há associação entre o declínio cognitivo medido pelo IQCODE e o défice medido pelo MMSE, pois o Qui-quadrado não pôde ser calculado.

Quanto à comparação das prevalências das categorias do Declínio cognitivo através do IQCODE, com as prevalências determinadas pelo MoCA, foi possível observar que 20,0% dos informantes responderam não haver alterações no estado mental do idoso e 18,0% responderam haver presença de declínio cognitivo leve. Não foi possível saber se há associação entre o declínio cognitivo medido pelo IQCODE e o declínio medido pelo MoCA, pois o Qui-quadrado não pôde ser calculado.

Após a análise destes resultados, podemos atestar que apesar das várias limitações, que podem ser ultrapassadas em estudos futuros, destaca-se o número reduzido da amostra, ou o facto de a nossa amostra não ter contado com um diagnóstico clínico, tendo o nosso estudo recorrido à utilização do MMSE e do MoCA. Relativamente às características sociodemográficas que possam ter influenciado o nosso estudo, destaca-se um número superior de mulheres (69,8%) e de idosos sem companheiro (76,8%). Outra limitação que influenciou o resultado do nosso estudo, prende-se o facto dos informantes conhecerem os idosos há relativamente pouco tempo (variando num intervalo de 1 a 10 anos), pois os informantes que participaram do nosso estudo eram auxiliares de lares/centros de dia/noite e como tal não conhecem o indivíduo idoso há tempo suficiente para avaliar a mudança do declínio cognitivo.

Como tal e apesar das limitações encontradas no decorrer do estudo, considera-se que o instrumento é válido e confiável, fornecendo dados quantitativos para uma validação prévia do IQCODE.

VI. Referências Bibliográficas

- [1] Abreu, I. (2008). *Propriedades do "Questionário do informante sobre o declínio cognitivo do idoso" (IQCODE) no rastreio diagnóstico do comprometimento cognitivo leve (CCL)*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- [2] Almeida O.P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 56(3b); 605-12.
- [3] Alzheimer's Association (2007). *Mild Cognitive Impairment (MCI)*. Acedido em 5, Fevereiro, 2011, em [http:// www.alz.org](http://www.alz.org).
- [4] Azambuja, L. S. (2007). Avaliação neuropsicológica do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2),40-45.
- [5] Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Em P. Baltes e M. M. Baltes (Eds). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). NewYork: Cambridge University Press.
- [6] Barba, R., Martinez-Espinosa, S., Rodriguez-Garcia, E., Pondal, M., Vivancos, J., & Del-Ser, T. (2000). Post-stroke dementia: Clinical features and risk factors. *Stroke*, 31,1494–1501.
- [7] Bennett, D. A. (2004). Mild Cognitive Impairment. *Clinical Geriatric Medicine*, 20, 15–25.
- [8] Butt, Z. (2008). Sensitivity of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline: An Application of Item Response Theory. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 15, 642–655.
- [9] Charchat-Fitchman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Decline of cognitive capacity during aging. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27(12), 79-82.
- [10] Conceição, A. F., & Abreu, N. (2010). Mild cognitive impairment screening in elderly institutionalized. *Revista Integrativa em Saúde e Educação – Revise*, 1(1),2179-6572.
- [11] Cordoliani–Mackowiak, M. A., Hénon, H., Pruvo, J. P., Pasquier, F. & Leys, D. (2003). Poststroke dementia: influence of hippocampal atrophy. *Archives of Neurology*, 60, 585–590.
- [12] Correia, E. (2011). *Validação do Teste Time and Change (T&C) na população portuguesa*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- [13] Craik, F. (1994). Memory Changes in Normal Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 3(5), 155-158.

- [14] Damasceno, B. P. (2004). Comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer incipiente. *Demências*. São Paulo: Lemos Editorial, p. 201-210.
- [15] Davis, L. L. (2001). Assessing functional ability in persons with dementia: using family as informants. *Journal of Neuroscience Nursing*, 33(4), 194-202.
- [16] Del-Ser, T., Morales, J.M., Barquero, M.S., Canton, R., & Bermejo, F. (1997). Application of the Spanish version of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly in the clinical assessment of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11, 3-8.
- [17] Di Carlo, A., Baldereschi, M., Amaducci, L., Maggi, S., Grigolletto F., Scarlato, G., & Inzitari, D. (2000). Cognitive Impairment without demencia in older people: Prevalence, vascular risk factors, impact on disability: The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of the American Geriatric Society*, 48 (7), 775-782.
- [18] Duro, D., Simões, M. R., Ponciano, E., & Santana, I. (2010). Validation studies of the Portuguese experimental version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): confirmatory factor analysis. *Journal Neurology*, 257, 728-734.
- [19] Ehrensperger, M., Berres, M., Taylor, K., & Monsch, A. (2010). Screening properties of the German IQCODE with a two-year time frame in MCI and early Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 91-100.
- [20] Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- [21] Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1.ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- [22] Fuh, J.L., Teng, E.L., Lin, K.N., Larson, E.B., Wang, S.J., Liu, C.Y., ... Liu, H.C. (1995). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening tool for dementia for a predominantly illiterate Chinese population. *Neurology*, 45, 92-96.
- [23] Garcia, C., Costa, C., & Guerreiro, M. (1994). Estimativa da prevalência da demência e da doença de Alzheimer em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 487-91.
- [24] Gonçalves, D. C. (2006). *Estimulação e promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Minho: Universidade do Minho.
- [25] Guerreiro, M. (2010). Testes de Rastreio de defeito cognitivo e demência: Uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.

[26] Guerreiro, M., Silva, A., & Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.

[27] Henderson, A. S., & Huppert, F. A. (1984). The problem of mild dementia. *Psychological Medicine*, 315, 485- 487.

[28] Hénon, H., Durieu, I., Guerouaou, D., Lebert, F., Pasquier, F., & Leys, D. (2001). Poststroke dementia: incidence and relationship to prestroke cognitive decline. *Neurology*, 57, 1216–1222.

[29] Hénon, H., Lebert, F., Durieu, I., Godefroy, O., & Lucas, C.(1999). Confusional state in stroke: relation to pre-existing dementia, patient characteristics, and outcome. *Stroke*, 30, 773–779.

[30] Hénon, H., Pasquier, F., Durieu, I., Godefroy, O., & Lucas, C. (1997). Pre-existing dementia in stroke patients: baseline frequency, associated factors, and outcome. *Stroke*, 28, 2429–2436.

[31] Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Acedido em 10, Maio, 2011, em <http://www.INE.pt>.

[32] Isella, V., Villa, M., Frattola, L., Appollonio, I. (2002). Screening cognitive decline in dementia: preliminary data on the Italian version of the IQCODE. *Neurological Sciences*, 23,S79–S80.

[33] Jonghe, J. (1997). Differentiating between demented and psychiatric patients with the Dutch version of the IQCODE. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 462-465.

[34] Jonker, C., Geerlings, M. J., & Schmand, R. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 983-991.

[35] Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24, 145–153.

[36] Jorm, A. F. (2004). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): A Review. *International Psychogeriatric*, 16(3), 1–19.

[37] Jorm, A. F., Broe, G. A., & Creasey, H. (1996a). Further data on the validity of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11,131–139.

[38] Jorm, A.F., Christensen, H., Henderson, A.S., Jacomb, P.A., Korten, A.E., & Mackinnon, A. (1996b). Informant ratings of cognitive decline of elderly people: relationship to longitudinal change on cognitive tests. *Age and Aging*, 25, 125–129.

[39] Jorm, A. F., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Henderson, A. S. (2000). Informant ratings of cognitive decline in old age: validation against change on cognitive tests over 7 to 8 years. *Psychological Medicine*, 30, 981–985.

[40] Jorm, A. F., & Jacomb, P. A. (1989). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19, 1015–1022.

[41] Jorm, A.F., & Korten, A.E. (1988). Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *British Journal of Psychiatry*, 152, 209–213.

[42] Jorm, A. F., Scott, R., & Jacomb, P. A. (1989). Assessment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 35–39.

[43] Kay, K., Henderson, S., Scott, R., Wilson, J., Richwood, D., & Grayson, A. (1985). Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychological Medicine*, 15, 771–88.

[44] Lim, H.J., Lim, J. P., Anthony, P., Yeo, D. H., & Sahadevan, S. (2003). Prevalence of cognitive impairment amongst Singapore's elderly Chinese: a community based study using the ECAQ and the IQCODE. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 142–148.

[45] Louis, B., Harwood, D., Hope, T., & Jacoby, R. (1999). Can an informant questionnaire be used to predict the development of dementia in medical inpatients? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 941–945.

[46] Machado, J. C., Ribeiro, R. C., Leal, P. F., & Cotta, R. M. (2007). Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa-MG, Brasil. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 10(4), 592-605.

[47] Mather, M., & Carstensen, L. (2005). Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9(10), 496-502. doi: 10.1016/j.tics.2005.08.005

[48] Murden, A., McRae, D., Kaner, S., & Bucknam, E. (1991). Mini-Mental State Exam scores vary with education in blacks and whites. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 149-155.

[49] Nair, B. R., Browne, W. L., Chua, L., D Este, C., O'Dea, I., & Agho, K. (2007). Validating an Australian version of the Time and Change Test: A screening test for cognitive impairment. *Australasian Journal on Ageing*, 26 (2), 87-90 doi:10.1111/j.1741-6612.2007.00220.

[50] Nasreddine, S., Phillips, A., & Bedirian, V. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695–699.

[51] Nasreddine, Z., Phillips, N., Bedirian, V., Charbonneau, S., & Whitehead, V. (2007). Montreal Cognitive Assesmente, MoCA: uma breve análise da ferramenta para o rastreio cognitivo. *American Geriatric Society*, 53, 695 – 699.

[52] National Ageing Research Institute. (2011). *The assessment of older people with dementia and depression of culturally and linguistically diverse backgrounds: A review of current practice and development of guidelines for Victorian aged care assessment services*. Acedido em 12, Outubro, 2011, em <http://www.mednwh.unimelb.edu.au>.

[53] Neto, J.G., Temelini, M.G., & Forlenza, O.V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32(3),119-30.2.

[54] Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

[55] Ozel-Kizil, E.,Turan, E.,Yilmaz, E., Cangoz, B., & Uluc, S. (2010). Discriminant Validity and Reliability of the Turkish Version of Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE-T). *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25, 139–145.

[56] Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Berkshire: Open University.

[57] Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

[58] Patel, P., Goldberg, D., & Moss, S. (1993). Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability. II. The prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 163, 481–491.

[59] Petersen, R. C., Stevens, J. C., Ganguli, M., Tangalos, E. G., Cummings J. L., & Dekosky S. T. (2001). 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*, 56(9),1133-42.

[60] Pisani, M. A., Inouye, S. K., McNicoll, L., & Redlich C. A. (2003). Screening for pre-existing cognitive impairment in older intensive care unit patients: Use of proxy assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 689–693.

[61] Prince, M., Acosta, D., Chiu, H., Scazufca, M., & Varghese, M. (2003). Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *Lancet*, 361, (9361).

[62] Rabelo, D. F. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: factores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, 1, 56-68.

[63] Rockwood, K., Howard, K., Thomas, V., Mallery, L., Macknight, C., Sangalang, V., & Darvesh, S. (1998). Retrospective diagnosis of dementia using an informant interview based on the Brief Cognitive Rating Scale. *International Psychogeriatrics*, 10, 53–60.

[64] Sanchez, M. A. (2007). *Questionário baseado no relato do informante para detecção do declínio cognitivo em idosos: tradução, adaptação transcultural e estudo da confiabilidade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

[65] Sanchez, M. A., & Lourenço, R. A. (2009). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7), 1455-1465.

[66] Scazufca, M., Almeida, O. P., Vallada, H. P., Tasse, W. A., & Menezes, P. R. (2008). Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(1), 8-15.

[67] Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão final portuguesa*. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

[68] Thomas, L. D., Gonzales, M. F., Chamberlain, A., Beyreuther, K., Masters, C. L., & Flicker, L. (1994). Comparison of clinical state, retrospective informant interview and the neuropathologic diagnosis of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 233–236.

[69] Tombaugh, T.N. & McIntyre, N.J. (1992). The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.

Anexos

Protocolo 3 (NPI-Q; IQCODE; FAB).