

Versão brasileira da Escala de Avaliação da Cognição em Esquizofrenia (SCoRS-Br) – Validação em contextos clínicos sem informantes

Brazilian version of the Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS-Br) – Validation in clinical settings without informants

Breno de Castro Ferreira Junior¹, Marilourdes do Amaral Barbosa², Izabela Guimarães Barbosa¹, Adaise Borges², Cláudia Hara³, Fábio Lopes Rocha¹

RESUMO

Objetivo: A SCoRS é uma medida coprimária de avaliação da cognição na esquizofrenia, baseada em entrevista, relacionada à *performance* cognitiva e ao funcionamento no mundo real. Em sua versão original, envolve entrevistas com pacientes e informantes. O objetivo do presente trabalho foi buscar evidências de validade de construto convergente e de fidedignidade da versão brasileira da SCoRS (SCoRS-Br) em contextos sem disponibilidade de informantes qualificados. **Método:** Foram incluídos 49 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, segundo o DSM-IV. A validação de construto convergente foi realizada utilizando-se o teste R1 e o Miniexame do Estado Mental (MEEM) como instrumentos-padrão. Estimativas de correlação foram avaliadas pelo método de Pearson. Avaliou-se, ainda, a consistência interna da SCoRS. **Resultados:** A correlação de Pearson entre os resultados da SCoRS sob a perspectiva do entrevistador e os resultados do teste R1 mostrou-se baixa, mas significativa. O coeficiente de Cronbach foi de 0,8829 para a SCoRS examinador e 0,8468 para a SCoRS paciente e o *split-half* foi de 0,811 e 0,806, respectivamente. **Conclusões:** Os resultados evidenciam a validade convergente e fidedignidade da SCoRS, mesmo empregada sem a utilização de informantes. Estudos são necessários para a investigação dos demais critérios de validação.

Palavras-chave

Esquizofrenia, alterações cognitivas, SCoRS, escala de avaliação.

ABSTRACT

Objective: The SCoRS is an interview-based co-primary measure of cognitive function in schizophrenia that is related to cognitive performance as well as to real-world functioning. Its original version involves interviews with patients and informants. The objective of this study was to seek evidence of convergent validity and reliability of the Brazilian version of SCoRS (SCoRS-Br) with patients in clinical settings without qualified informants. **Method:** Forty nine patients with schizophrenia (DSM-IV) were assessed with the SCoRS-Br two potential convergent validators: the R1 test and the Mini Mental State Evaluation (MMSE). Pearson correlations between the mean scores of the instruments were estimated. Internal consistence of the SCoRS-Br was also evaluated. **Results:** Pearson correlation between the SCoRS-Br interviewer rating and the R1 test was low but significant.

Recebido em
26/7/2010
Aprovado em
25/10/2010

1 Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG).
2 Universidade Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC).
3 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH).

Endereço para correspondência: Breno de Castro Ferreira Junior
Rua Domingos Vieira, 587, sala 1.106 – 30150-240 – Belo Horizonte, MG
E-mail: brenoferreirajr@hotmail.com.br

Keywords

Schizophrenia, cognitive impairment, SCoRS, rating scales.

*tive. Cronbach's coefficients were 0.8829 for the interviewer rating and 0.8468 for the patient rating. Split-half were 0.811 and 0.806 respectively. **Conclusions:** The results showed the convergent validity and reliability of the SCoRS-Br even when used without informants. Other studies are required to investigate other validation criteria.*

INTRODUÇÃO

As alterações cognitivas são consideradas características psicopatológicas inerentes à esquizofrenia, isto é, elas não são derivadas ou consequências de outros sintomas e não são resultantes de tratamentos com psicofármacos ou de hospitalizações. São evidentes durante todo o curso evolutivo da doença, inclusive no seu período prodrômico, e são identificáveis nos pais e irmãos saudáveis dos pacientes, porém com menor gravidade. As alterações cognitivas são consideradas preditores de mau funcionamento em longo prazo¹. Vários estudos têm sido realizados sobre a ocorrência de déficits cognitivos específicos na esquizofrenia, suas ligações com disfunções de regiões cerebrais e certos circuitos neuronais, suas repercussões sobre a funcionalidade dos pacientes, além de possibilidades terapêuticas²⁻⁴. A importância da melhora da cognição em pacientes esquizofrênicos está associada à melhora potencial do desempenho escolar, profissional e social⁴⁻⁶.

Diversos testes neuropsicológicos são utilizados para avaliar a cognição em pacientes com esquizofrenia⁷⁻⁹. Em geral, são avaliações objetivas, extensas, destinadas ao emprego em situações de pesquisa. Mais recentemente, têm sido desenvolvidos testes específicos para a avaliação cognitiva de pacientes com esquizofrenia de aplicação mais simples e duração mais curta, por exemplo, a *Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia* (BACS), já traduzida para o português e avaliada em nosso meio¹⁰. Entretanto, alguns autores questionam se os resultados desses testes objetivos seriam evidência suficiente para avaliação de melhora cognitiva em estudos clínicos¹¹. Além disso, o funcionamento cognitivo cotidiano de pacientes poderia ser mais bem avaliado por instrumentos de desempenho padronizados de forma mais ecológica, tal como o de memória prospectiva Rivermead, ou por escalas de avaliação funcional¹². Essas dificuldades podem ser mitigadas pelo desenvolvimento de medidas coprimárias que enfocam atividades diárias para a avaliação do desempenho cognitivo. É desejável que sejam avaliações de fácil administração, rápidas e que possam ser utilizadas pelo psiquiatra em sua rotina profissional.

A SCoRS é uma medida coprimária baseada nas atividades cotidianas do paciente com diagnóstico de esquizofrenia. É aplicada em entrevistas independentes com o paciente e com um informante. Há, ainda, uma avaliação do entrevistador que considera as avaliações do paciente e do

informante. A avaliação pelo informante é considerada um dos pontos fortes da SCoRS¹³. Entretanto, no processo de validação desse instrumento em nosso meio, verificou-se que a disponibilidade de acompanhantes aptos a fornecerem informações era muito limitada. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi realizar a validação convergente e fidedignidade da versão brasileira da SCoRS, para aplicação em contextos sem disponibilidade de informantes.

MÉTODO

Estudo transversal em que a versão traduzida da SCoRS, o teste R1 e o MEEM foram aplicados a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os critérios do DSM-IV.

Pacientes

Foram incluídos no estudo 51 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV. Os critérios de exclusão foram: pontuação no MEEM ≤ 23 para alfabetizados e ≤ 19 para indivíduos sem escolaridade; pacientes com sintomatologia psicótica clinicamente significativa que prejudicasse a interação com o examinador; história de traumatismo craniano e outras neuropatologias; e história de abuso ou dependência atual de álcool e/ou drogas. Dois pacientes não foram considerados na análise em virtude de dados incompletos. Assim, os resultados referem-se a 49 pacientes. A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Psiquiatria do Hospital Governador Israel Pinheiro (HGIP) do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG). O Serviço de Psiquiatria do HGIP do IPSEMG é estruturado para atendimento de pacientes nos três níveis básicos de atenção. No presente estudo, a maioria dos pacientes (30/49) estava em atendimento em nível primário ($n = 19$) ou em nível secundário ($n = 11$) de assistência. Todos os pacientes estavam em uso de antipsicóticos, sendo 42% em monoterapia, 13% em uso de pelo menos dois antipsicóticos e 44% em uso de antipsicóticos associados a estabilizadores de humor e/ou antidepressivos e/ou benzodiazepínicos. Após serem informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, os pacientes concordaram com a participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HGIP-IPSEMG (registro no CEP: 231/06; CAAE-0057.0.191.000-06) em setembro de 2006.

Instrumentos

SCoRS

A SCoRS foi desenvolvida para avaliar a atenção, memória, raciocínio e capacidade de resolver problemas, memória de trabalho, linguagem e habilidades motoras em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. É composta por 20 itens com pontuação de 0 a 4, sendo 0 ausência de alterações e 4 comprometimento máximo. A SCoRS é aplicada ao paciente e a um informante em entrevistas independentes. A avaliação do entrevistador leva em consideração as avaliações do paciente e do informante para cada um dos 20 itens. A administração completa da SCoRS gera 4 pontuações distintas: 1 = a avaliação global do paciente sobre suas dificuldades, 2 = a avaliação global do informante, 3 = a avaliação global do entrevistador, 4 = uma avaliação global, soma dos resultados de cada uma das três avaliações anteriores. No estudo original, a pessoa que mais regularmente mantinha contato com o paciente foi escolhida como informante. Todos os informantes eram membros do corpo clínico do Centro de Reabilitação do Hospital John Umstead¹³.

Versão brasileira da SCoRS

A adaptação da SCoRS foi baseada no método-padrão de tradução e retrotradução. A tradução para o português foi realizada por um dos autores (FLR, 2006) (Anexo). A retrotradução foi realizada por professor de inglês, nascido nos EUA, bilíngue. Subsequentemente, essa versão em inglês foi comparada com o original pelo próprio autor da escala (Keeffe, RSE) e aprovada. Em virtude da não disponibilidade de informantes qualificados, a SCoRS-Br foi aplicada apenas aos pacientes.

Teste R1

O teste R1 é uma avaliação não verbal da inteligência, o fator G da Teoria das Três Camadas da inteligência de Cattell-Horn-Carroll¹⁴. É constituído de 40 itens, apresentados em um caderno, com um item por página, o que evita a interferência de um item sobre o outro. Para cada item são oferecidas 6 a 8 alternativas como resposta. O resultado de respostas corretas é transformado em percentil, que é comparado ao nível de inteligência correspondente, referenciado pelo grau de escolaridade. A facilidade e a rapidez de aplicação e avaliação e o fácil reconhecimento da tarefa a ser realizada pelo cliente são as vantagens do teste e o motivo da escolha para sua utilização neste trabalho. O teste R1 foi validado para a população brasileira¹⁴. No presente estudo, o R1 foi empregado como teste-padrão para a validação convergente da SCoRS.

Miniexame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM é um instrumento utilizado frequentemente por profissionais da área de saúde para rastreamento de déficit cogni-

tivo¹⁵. Foi validado para a população brasileira, com ponto de corte 23/24 para o diagnóstico de demência¹⁶. Para pessoas sem escolaridade, o ponto de corte estabelecido foi 19/20¹⁶. No presente estudo, o MEEM foi utilizado para exclusão de pacientes e como instrumento para a validação da SCoRS.

Procedimentos

A versão traduzida da SCoRS e o MMEM foram aplicados a 49 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, segundo os critérios do DSM-IV. Ambos os testes foram aplicados por médico do segundo ano de residência em psiquiatria do IPSEMG, após treinamento no uso dos instrumentos. O teste R1 foi aplicado a 43 pacientes (seis pacientes não compareceram à entrevista) por acadêmica do último ano de formação em psicologia da Fundação Mineira de Educação e Cultura (FUMEC), após treinamento na aplicação do instrumento.

Análise estatística

Para análise da consistência interna da SCoRS-Br, foi estimado o coeficiente alfa de Cronbach, o coeficiente de Spearman-Brown e a comparação das duas metades da escala para os resultados dos pacientes e para os resultados do entrevistador. Foi realizada correlação de Pearson para avaliar a correlação entre os resultados da SCoRS-Br e o MEEM e entre os resultados do teste R1 e os da SCoRS-Br. Foi considerado o valor de $p < 0,05$ para significância estatística. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS 11.0.

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos participantes do estudo e as médias dos resultados dos testes realizados encontram-se na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e resultados dos testes

Idade (anos)*		42,6 ± 10,7
Sexo (%)	Feminino	38,5
	Masculino	61,5
Escolaridade (%)	Analfabeto	2,0
	Fundamental	44,2
	Médio	34,6
	Superior	19,2
Tempo de evolução da doença*		18,1 ± 10,5
Total de pontos na SCoRS paciente*		34,2 ± 9,0
Total de pontos na SCoRS entrevistador*		38,4 ± 10,2
Total de pontos no R1*		18,6 ± 6,5
Total de pontos no MEEM*		26,7 ± 2,8

* Média ± desvio-padrão.

Os resultados da análise de consistência interna da SCoRS-Br mostraram coeficientes alfa de Cronbach relacionados à soma total dos escores dos pacientes e do examinador de 0,8468 e 0,8829, respectivamente. Os coeficientes de Spearman-Brown para pacientes e examinador foram de 0,8072 e 0,8162, respectivamente. A comparação entre as duas metades da escala (*split-half*) para pacientes e examinador foram de 0,8061 e 0,8114, respectivamente.

A correlação da SCoRS-Br entrevistador com o R1 foi baixa, positiva e estatisticamente significativa. A SCoRS-Br paciente e o teste R1 apresentaram correlação baixa, positiva e não significativa. As correlações da SCoRS-Br entrevistador e SCoRS-Br paciente com o MEEM foram moderadas, negativas e significativas. A correlação entre os resultados da SCoRS-Br paciente com os resultados da SCoRS-Br entrevistador foi alta, positiva e significativa (Tabela 2).

Tabela 2. Correlação de Pearson entre SCoRS-Br paciente, SCoRS-Br entrevistador, teste R1 e MEEM

		MEEM	SCoRS paciente	SCoRS entrevistador
R1	r	0,391*	-0,079	-0,287**
	p	0,009	0,591	0,046
	n	49	49	49
MEEM	r		-0,472*	-0,506*
	p		0,001	0,001
	n		49	49
SCoRS paciente	r			0,855*
	p			<0,001
	n			49

* Correlação significativa ao nível de 0,01 (bicaudal).

** Correlação significativa ao nível de 0,05 (bicaudal).

DISCUSSÃO

A SCoRS é uma escala de avaliação cognitiva coprimária, baseada em entrevista, desenvolvida com a finalidade de refletir não apenas a *performance* cognitiva, mas também a capacidade funcional do paciente no seu cotidiano. Os resultados do estudo de Keefe *et al.*¹³ evidenciaram que o entrevistador, no caso de discrepância entre paciente e informante, valorizava mais a avaliação do informante que a do paciente na determinação do escore global. Entretanto, os próprios autores do estudo reconheceram que trabalharam com informantes privilegiados: a equipe da clínica de reabilitação onde os pacientes internos eram assistidos. Enfatizaram a necessidade de instrumentos baseados em entrevista que pudessem ser utilizados em contextos onde não houvesse acesso fácil a informantes¹³.

Nessa etapa do processo de validação da SCoRS em nosso meio, ficou clara essa necessidade, pois com frequência o

informante potencial não era a pessoa de convivência mais próxima com o paciente, ou o paciente ia às consultas desacompanhado, ou o acompanhante apresentava dificuldade de compreensão e expressão. Além disso, no caso de pacientes internados, o esquema de rodízio da equipe de enfermagem não possibilitava uma visão mais abrangente do paciente. Dada a inexistência, até aquele momento, de instrumentos específicos, decidiu-se estudar o comportamento da SCoRS-Br em um contexto sem informantes qualificados.

A validade de construto foi avaliada utilizando-se a busca de evidência de validade de construto convergente entre a SCoRS-Br e o teste R1 e a SCoRS-Br e o MEEM. Também se avaliaram a consistência interna dos itens e a correlação entre os resultados do entrevistador e do paciente. A correlação da SCoRS-Br entrevistador com os resultados do R1 foi inversa, baixa, mas significativa, indicando que a percepção do entrevistador está associada à medida objetiva feita pelo instrumento de validação. Entretanto, a correlação SCoRS-Br paciente com o R1 foi baixa e não atingiu significância estatística, mostrando que a percepção do paciente sobre sua funcionalidade não se relaciona com a medida objetiva do instrumento de validação. Esses achados corroboram o estudo inicial, considerando as correlações entre a SCoRS e a BACS¹³. Encontrou-se, ainda, correlação moderada entre a SCoRS-Br e o MEEM, sugerindo que os fatores cognitivos avaliados pelo MEEM estão associados às alterações funcionais captadas pela SCoRS-Br. A ausência de correlações elevadas da SCoRS-Br com o R1 e com o MEEM está de acordo com os resultados de Keefe *et al.*¹³. Neste estudo, correlação mais forte com a pontuação global do entrevistador na SCoRS ocorreu com o funcionamento independente, medido pelo *Independent Living Skills Inventory* (ILSI), isto é, a correlação da SCoRS com o funcionamento no mundo real foi mais forte que a correlação com a *performance* cognitiva medida pela BACS¹³.

A significativa e elevada correlação entre a SCoRS-Br paciente e SCoRS-Br entrevistador indica que tanto o entrevistador quanto o paciente têm percepção semelhante sobre a funcionalidade do paciente. Esses dados diferem dos dados obtidos por Keefe *et al.* em 2006. Isso pode ser explicado pelas características do estudo original em que havia disponibilidade de informantes muito bem qualificados e pela tendência a valorizar mais a visão do informante que a do paciente no caso de discrepância. Na análise de consistência interna, os resultados encontrados para as três medidas realizadas indicaram boa consistência interna para a versão brasileira da SCoRS.

Entre as limitações do presente estudo, podem-se apontar a ausência de caracterização da amostra em relação à sintomatologia, ou seja, quanto à predominância de sintomas negativos ou positivos, e a ausência de avaliação da capacidade de *insight* dos pacientes. A caracterização da amostra permitiria melhor comparação dos resultados deste estudo com replicações. O comprometimento do *insight* pode con-

tribuir para discrepâncias entre as avaliações dos pacientes e as avaliações de informantes e do avaliador. Esse aspecto não foi adequadamente estudado até o momento. Outras limitações foram o tamanho reduzido de amostra e o desenvolvimento do estudo em um centro único, o que dificulta a generalização dos resultados. Entretanto, trabalhou-se com critérios de inclusão amplos e foram incluídos pacientes dos três níveis de cuidados. Estudos mais abrangentes de validação da versão brasileira da SCoRS são necessários, incluindo o emprego da escala em sua modalidade inicial com informantes qualificados e a caracterização dos pacientes em relação à predominância de sintomas negativos e positivos e à capacidade de *insight*.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos sugerem que a SCoRS apresenta evidências de propriedades psicométricas no que diz respeito a sua validade de construto para a população estudada. Com o intuito de validar a SCoRS para a população brasileira, outros estudos, com amostra maior e que abordem outros critérios de validade e fidedignidade, fazem-se necessários.

REFERÊNCIAS

1. Milev P, Ho BC, Arndt S, Andreasen NC. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2005;162(3):495-506.
2. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *Br J Psychiatry*. 2009;195(6):475-82.
3. Tamminga CA. The neurobiology of cognition in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(9):e11.
4. Gray JA, Roth BL. Molecular targets for treating cognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2007;33(5):1100-19.
5. Harvey PD, Patterson TL, Potter LS, Zhong K, Brecher M. Improvement in social competence with short-term atypical antipsychotic treatment: a randomized, double-blind comparison of quetiapine versus risperidone for social competence, social cognition, and neuropsychological functioning. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1918-25.
6. Heinrichs RW. Cognitive improvement in response to antipsychotic drugs: neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(6):631-2.
7. Buchanan RW, Davis M, Goff D, Green MF, Keefe RS, Leon AC, et al. A summary of the FDA-NIMH-MATRICES workshop on clinical trial design for neurocognitive drugs for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2005;31(1):5-19.
8. Zimmer M, Jou GI, Sebastião CM, Guimarães ER, Boechat LC, Soares T, et al. Avaliação neuropsicológica na esquizofrenia: revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(1).
9. Ferreira Junior BC, Barbosa MA, Barbosa IG, Hara C, Rocha FL. Alterações cognitivas na esquizofrenia: atualização. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2010;32:57-63.
10. Salgado JV, Carvalhaes CFR, Pires AM, Neves MCL, Cruz BF, Cardoso CS, et al. Sensitivity and applicability of the Brazilian version of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). *Dement Neuropsychol*. 2007;1(3):260-5.
11. Ventura J, Cienfuegos A, Boxer O, Bilder R. Clinical global impression of cognition in schizophrenia (CGI-CogS): reliability and validity of a co-primary measure of cognition. *Schizophr Res*. 2008;106(1):59-69.
12. Al-Uzri MM, Reveley MA, Owen L, Bruce J, Frost S, Mackintosh D, et al. Measuring memory impairment in community-based patients with schizophrenia. Case-control study. *Br J Psychiatry*. 2006;189:132-6.
13. Keefe RS, Poe M, Walker TM, Kang JW, Harvey PD. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):426-32.
14. Oliveira R. Teste R-1 de inteligência não verbal. São Paulo: Editora Vetor; 1973.
15. Folstein MF, Robins LN, Helzer JE. The Mini-Mental State Examination. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(7):812.
16. Almeida OP. Mini-exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56:605-12.

Anexo
ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO EM ESQUIZOFRENIA
VERSÃO BRASILEIRA (SCoRS-Br)

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO INICIAL

Iniciais do Paciente: _____ Número de Randomização do Paciente: _____
 Data da Entrevista com Paciente: _____ Data da Entrevista com Informante: _____
 Relação do Informante com o Paciente: _____ # de horas com o paciente por semana: _____
 Escolaridade do pai: _____ Escolaridade da mãe: _____

O propósito deste questionário é avaliar problemas na atenção, memória, habilidades motoras, fala, e solução de problemas. As questões são projetadas para medir a gravidade da dificuldade cognitiva nas últimas duas semanas. Há um total de 20 questões para serem feitas para o paciente e, em seguida, para o informante em entrevistas separadas. Como entrevistador, você determinará a pontuação baseando-se nas entrevistas de ambos, do paciente e do informante. Por favor, circule o número apropriado para cada questão.

Grau de Gravidade

N/A = Pontuação não aplicável	1= Nenhum	2 = Leve	3 = Moderado	4 = Grave
-------------------------------	-----------	----------	--------------	-----------

Você/O paciente tem dificuldade...

1. Em lembrar-se de nomes das pessoas que você conhece ou de pessoas que encontra?
 Exemplo: Colega de quarto, enfermeira, médico, familiares e amigos
 Leve: Lembra-se da maioria dos nomes das pessoas que ele/ela conhece, mas não de todas as pessoas que ele/ela acabou de conhecer
 Moderado: Esquece-se de muitos nomes de pessoas que ele/ela conhece e de todas as pessoas que ele/ela acabou de conhecer
 Grave: Esquece-se de todos ou quase todos os nomes das pessoas que ele/ela conhece e que encontra

Paciente	Informante	Entrevistador
N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4

2. Em lembrar-se de como chegar a lugares?
 Exemplo: Banheiro, próprio quarto, casa de amigo
 Leve: Esquece-se raramente
 Moderado: Só é capaz de ir a locais frequentados comumente
 Grave: Incapaz de ir a qualquer lugar sem assistência devido dificuldades com a memória

Paciente	Informante	Entrevistador
N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4

3. Acompanhar um programa de televisão?
 Exemplo: Show favorito, noticiário
 Leve: Consegue acompanhar apenas a um filme curto ou noticiário
 Moderado: Consegue acompanhar apenas um programa leve de 30 minutos (por exemplo, um seriado cômico)
 Grave: Incapaz de acompanhar um programa de TV por qualquer período de tempo

Paciente	Informante	Entrevistador
N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4

4. Em lembrar-se de onde colocou as coisas?
 Exemplo: Roupas, jornal, cigarros
 Leve: Raras situações de esquecimento
 Moderado: Frequentes situações de esquecimento
 Grave: Situações muito frequentes de esquecimentos ou esquecimento de itens de grande importância

Paciente	Informante	Entrevistador
N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4

5. Em lembrar-se de suas tarefas habituais e obrigações?
 Exemplo: Tarefas domésticas, compromissos
 Leve: Esquecimentos raros
 Moderado: Esquece-se apenas das coisas que não ocorrem diariamente
 Grave: Esquece-se de todas ou quase todas suas responsabilidades

Paciente	Informante	Entrevistador
N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4

6. Em aprender como usar novos aparelhos e equipamentos?
 Exemplo: Computadores, lavadora, micro-ondas, telefone, controle remoto, videocassete
 Leve: Demora mais para aprender que a maioria, mas normalmente consegue
 Moderado: Demora mais e precisa que ensinem, não consegue aprender algumas coisas
 Grave: Incapaz de aprender como utilizar novos aparelhos e equipamentos

Paciente	Informante	Entrevistador
N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4	N/A 1 2 3 4

7. Em lembrar-se de informações e/ou instruções dadas recentemente para você? Exemplo: Números de telefone, trajetos, nomes Leve: Raramente tem dificuldade em lembrar-se de informações Moderado: Frequentemente se esquece de informações dadas Grave: Quase sempre se esquece de informações														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

8. Em lembrar-se do que você ia falar? Exemplo: Esquecer-se de palavras, parar no meio da frase Leve: Raras situações de esquecimento enquanto fala Moderado: Frequentes situações de esquecimento enquanto fala Grave: A frequência dos esquecimentos torna a comunicação muito difícil														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

9. Em manusear o seu dinheiro? Exemplo: Pagar as contas, conferir o troco Leve: Alguma dificuldade, mas normalmente consegue Moderado: Dificuldade significativa seja para conferir o troco ou para pagar contas Grave: Incapaz de manusear seu dinheiro em virtude de dificuldades cognitivas														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

10. Em falar sem embolar as palavras? Exemplo: Palavras misturam ou saem emendadas Leve: Às vezes embola as palavras, mas é raro Moderado: É capaz de conversar, mas embola as palavras frequentemente Grave: Incapaz de conversar em virtude da fala embolada														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

11. Em concentrar-se bem o suficiente para ler um jornal ou um livro? Exemplo: Ler a mesma sentença ou página repetidamente Leve: Pode concentrar-se, exceto em raras ocasiões Moderado: Pode concentrar-se em textos pequenos e fáceis de entender Grave: Incapaz de ler mesmo os textos mais simples devido a problemas de concentração														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

12. Com tarefas conhecidas? Exemplo: Cozinhar, dirigir, tomar banho, vestir-se Leve: Raramente tem dificuldade em completar a tarefa Moderado: Frequentemente precisa de auxílio verbal para completar a tarefa Grave: Precisa de auxílio físico para fazer essas tarefas devido a dificuldades cognitivas														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

13. Em permanecer atento? Exemplo: Sonhar acordado, dificuldade em permanecer atento em alguém falando Leve: Às vezes incapaz de permanecer atento Moderado: Frequentemente incapaz de permanecer atento Grave: Quase sempre incapaz de permanecer atento														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

14. Em aprender coisas novas? Exemplo: Novas palavras, novas maneiras de fazer as coisas, novos horários Leve: Demora mais que a maioria para aprender, mas normalmente consegue Moderado: Demora mais e precisa atenção especial Grave: Incapaz de apreender quase todas as coisas novas														
Paciente				Informante				Entrevistador						
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

15. Em falar tão rápido como gostaria? Exemplo: Fala lenta, pausas Leve: Raramente fala lentamente em virtude de dificuldades cognitivas Moderado: Com frequência fala lentamente em virtude de dificuldades cognitivas Grave: Habilidade de conversar é prejudicada em virtude de dificuldades cognitivas														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

16. Em fazer as coisas rapidamente? Exemplo: Escrever, acender um cigarro Leve: Leve lentificação em relação ao ritmo usual Moderado: Significativamente mais lento, pode necessitar ser incentivado para fazer as coisas rapidamente Grave: Incapaz de terminar as coisas porque o tempo se esgota														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

17. Em lidar com mudanças em sua rotina diária? Exemplo: Compromissos, visitas especiais, terapia de grupo Leve: Adapta-se com esforço considerável Moderado: Poderá adaptar-se com assistência Grave: Mudanças na rotina diária são impossíveis														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

18. Em entender o que as pessoas querem dizer quando estão falando com você? Exemplo: Sentir-se confuso em relação ao que a pessoa diz Leve: Alguma dificuldade em entender o que as pessoas querem dizer Moderado: Com frequência tem dificuldade em entender o que as pessoas querem dizer Grave: Frequentemente incapaz de entender o que as pessoas querem dizer														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

19. Em entender como outras pessoas se sentem sobre as coisas? Exemplo: Compreender mal as emoções das pessoas pela expressão facial delas, ou tom de suas vozes Leve: Raramente tem dificuldade em entender como as pessoas se sentem Moderado: Com frequência tem dificuldade em entender como as pessoas se sentem Grave: Ocasionalmente muito frequentes de dificuldade em entender como as pessoas se sentem														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

20. Em seguir uma conversa em um grupo? Exemplo: Participação, capacidade de seguir a conversa Leve: Poucas dificuldades em seguir conversas em um grupo Moderado: Frequentemente incapaz de seguir conversas em um grupo Grave: Frequentemente incapaz de seguir conversas em um grupo e comunicação nessa situação é difícil ou impossível														
Paciente					Informante					Entrevistador				
N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4	N/A	1	2	3	4

PONTUAÇÃO GERAL – APENAS O ENTREVISTADOR

Qual é sua impressão global do nível de dificuldade do paciente nessas áreas

(nenhuma) 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10 (extrema)

O entrevistador deve circular o número apropriado

Sobrenome do entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

O questionário de seguimento está disponível com o autor correspondente.