

## DOCUMENTO ORIENTADOR PARA RASTREAMENTO DE QUEIXAS COGNITIVAS NA APS

### **Autores:**

Wyllians Vendramini Borelli <sup>a,b</sup>

Isabel Clasen Lorenzet <sup>c</sup>

Sibele Krebs de Lemos<sup>d</sup>

Jean Ribeiro <sup>e</sup>

João Senger <sup>f,g</sup>

Liana Lisboa Fernandez <sup>h</sup>

### **Afiliações:**

a Departamento de Ciências Morfológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

b Centro da memória do Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Brasil

c Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), Pelotas, Brasil

d Prefeitura Municipal de Porto Alegre - Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre, Brasil

e Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano (IBSAÚDE), Porto Alegre, Brasil

f Centro de Estudos do Envelhecimento, Instituto Moriguchi, Veranópolis, Brazil

g Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Brasil

h Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, Brasil

## 1. Introdução

O Rio Grande do Sul foi o primeiro estado brasileiro a desenvolver um plano regionalizado de cuidado integral em demências. Um dos motivadores disso foi a alta porcentagem de envelhecimento populacional do estado, que atualmente tem 20,15% de sua população apresentando 60 anos ou mais, segundo o Censo de 2022 do IBGE (1). Com o aumento da expectativa de vida da população, doenças como a demência são cada vez mais prevalentes. A demência é uma doença associada ao envelhecimento com importante impacto social, financeiro e emocional, cuja causa mais frequente é a doença de Alzheimer (60-70% dos casos de demência) (2).

Apesar de importante, a demência ainda tem uma alta taxa de subdiagnóstico. Aproximadamente 80% das pessoas com demência não tem diagnóstico, ou seja, aproximadamente 8 a cada 10 pacientes com demência estão em seu domicílio sem saber, e com cuidado e tratamento inadequado (3). Assim, é essencial que o sistema de saúde esteja preparado para identificar os casos de demência - já que a maioria não sabe e não busca ajuda. A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto porta de entrada preferencial do SUS e coordenadora do cuidado, é o espaço mais estratégico para a identificação precoce, acolhimento e acompanhamento longitudinal dessas pessoas.

Esse documento tem como objetivo orientar os serviços de atenção primária de saúde a rastrear casos de demência nas comunidades em que atuam. Para isso, são determinados: quando avaliar, quem rastrear, como rastrear, e qual a função de cada profissional da atenção primária. Esse documento é alinhado com as orientações de Identificação de Demência na Atenção Primária, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (4), e com o consenso brasileiro de demências desenvolvido pela Academia Brasileira de Neurologia (5).

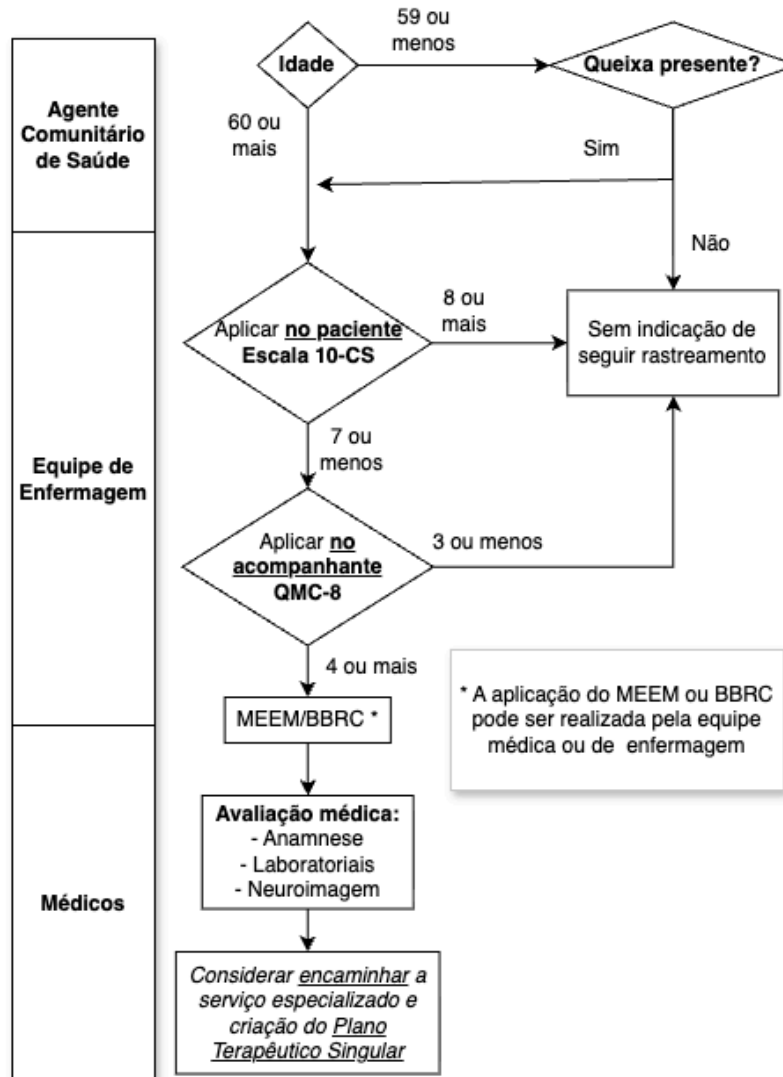


Figura 1. Fluxograma resumo da triagem de declínio cognitivo na Atenção Primária à Saúde.

## 2. Quando avaliar e quem rastrear?

Pessoas com queixas cognitivas ou com 60 anos ou mais devem ser rastreadas para comprometimento cognitivo, especialmente se houver perda da memória recente, com piora progressiva nos últimos meses e impacto na autonomia e independência. As queixas podem ser do próprio paciente ou de um acompanhante.

É de fundamental importância identificar as queixas cognitivas que tem relação com quadros demenciais, exemplificadas no **Quadro 1**.

“Ele está  **muito repetitivo**, pergunta várias vezes a mesma coisa.”

“**Esquece** onde guarda os objetos.”

“Está com  **dificuldade para cuidar do próprio dinheiro** e pagar as suas contas.”

“Tem dificuldade para  **nomear objetos** ou encontrar palavras para se expressar como gostaria.”

“Está mais  **apático, retraído**, sem interesse pelas coisas que gostava antes.”

“Está com dificuldades para manejar os  **próprios medicamentos**.”

“Dificuldade para  **preparar uma refeição**.”

“Já se **perdeu na rua** ou teve dificuldade em encontrar o caminho de casa.”  
“Já aconteceu de **cair em golpes**.”

**Quadro 1.** Frases que identificam queixa cognitiva.

**Queixa espontânea:** Os usuários do sistema de saúde que apresentam essas queixas podem ser classificados como potenciais para rastreio de declínio cognitivo. Essas perguntas devem ser respondidas pelo usuário e/ou por um familiar, durante uma consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS).

**Busca ativa:** O rastreamento não deve ocorrer apenas durante o atendimento na unidade. É fundamental que a equipe esteja atenta também nas visitas domiciliares, realizando busca ativa de pessoas idosas que possam apresentar sinais de comprometimento cognitivo. Muitos pacientes não relatam espontaneamente suas dificuldades, mas podem revelar queixas quando questionados de forma estruturada.

### 3. Como rastrear?

O rastreio proposto é dividido em 3 etapas: **Identificar, Rastrear, Encaminhar**.

**IDENTIFICAR:** A identificação é realizada por todos profissionais. O Agente Comunitário em Saúde (ACS) tem o papel mais importante nesse fluxo: indicar quem necessita de rastreamento pela equipe de enfermagem (**Quadro 2**).

Perfil do paciente		ACS indica o rastreio para enfermagem
<u>Abaixo</u> de 60 anos	Sem queixa	Não
	<b>Com queixa</b>	<b>Sim</b>
<b>Com 60 anos ou mais</b>	Sem queixa	<b>Sim</b>
	<b>Com queixa</b>	<b>Sim</b>

**Quadro 2.** Quando o Agente Comunitário de Saúde deve indicar o rastreamento pela equipe de enfermagem.

**RASTREAR:** A equipe de enfermagem é responsável por aplicar as escalas de rastreamento (**Quadro 3**).

Para quem?	Qual escala?	Quando é positivo?
Para o paciente	Escala 10-CS (Anexo 1)	<b>7 ou menos</b>
Para o familiar	Escala QMC-8 (Anexo 2)	<b>4 ou mais</b>

**Quadro 3.** Como rastrear o declínio cognitivo na Atenção Primária à Saúde.

**ENCAMINHAR:** A equipe médica deverá receber o paciente triado e realizar os exames de rastreamento. Os exames propostos de aplicação do médico são: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM, Anexo 3) ou a Bateria Breve de Rastreio Cognitivo. Sendo positivo, deve-se identificar que esse paciente foi **triado positivo para declínio cognitivo**. O paciente que receber a triagem positiva deverá necessariamente receber o manejo adequado.

### 4. Qual meu papel no rastreio?

Para identificarmos com precisão os pacientes com demência, precisamos da integração de todos que têm contato com o paciente. Assim, neste tópico, será abordado o papel de cada profissional para o rastreamento de queixa cognitiva na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, o objetivo aqui é: (1) entender qual seu papel no rastreamento de queixas cognitivas na APS; (2) identificar sua importância na cadeia de rastreamento de queixas cognitivas; (3) saber o que fazer, quais perguntas realizar e qual o próximo passo desse paciente. Vamos lá?

As equipes de saúde que compõem a APS, no modelo da Estratégia Saúde da Família, são formadas, no mínimo, por **agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico**. Em algumas unidades, pode haver também outros trabalhadores, como **receptionista**, que desempenham papel importante no acolhimento inicial. Sabemos que nem todas as equipes contam com essa função, mas quando presente, ela contribui para organizar o fluxo e facilitar o acesso do paciente à equipe de enfermagem.

#### 4.1. Receptionista

O rastreamento da queixa cognitiva pode começar desde o primeiro contato do paciente com a unidade. Quando existe a figura do receptionista, esse profissional atua na linha de frente, acolhendo o paciente idoso ou com queixa e garantindo que ele seja direcionado para a equipe de enfermagem.

#### 4.2. Agente Comunitário de Saúde

O agente comunitário de saúde é o ponto focal de maior impacto para identificar quem precisa ser rastreado para queixa cognitiva. O ACS faz a identificação da população-alvo para rastreamento (Quadro 2). A forma como o ACS deve identificar a população se dá de duas formas: (1) quando o paciente apresenta **queixa cognitiva** relatada por ele ou por familiares, ou (2) quando se trata de pessoa **com 60 anos ou mais**, mesmo sem queixa espontânea.

#### 4.3. Equipe de enfermagem (técnico de enfermagem e enfermeiro) ou equipe multiprofissional capacitada

O papel da equipe de enfermagem pode ser realizado tanto pelo enfermeiro quanto pelo técnico de enfermagem devidamente treinado. Após a identificação feita pelo ACS, prossegue-se o rastreio da queixa de forma estruturada. Neste momento, a equipe de enfermagem deve atender o paciente conjuntamente com um informante — familiar, cuidador ou pessoa próxima — capaz de responder perguntas sobre o paciente. Nessa etapa, devem ser aplicados dois questionários (**Quadro 3**).

Após a aplicação, organize os resultados e encaminhe ao médico com a informação clara: **“Paciente com rastreio positivo para queixa cognitiva”**, que vai prosseguir com a próxima etapa do rastreamento.

#### 4.4. Médico

O papel do médico deve ser **assertivo e breve** na identificação de declínio cognitivo (5). Quando o paciente chega ao atendimento médico, ele já possui o rastreamento inicial com resultado positivo. Cabe ao médico confirmar essa condição por meio de duas formas:

- (1) Aplicar o rastreamento final com MEEM (Anexo 3) ou Bateria-Breve de Rastreio Cognitivo (Anexo 4),
- (2) Avaliar a perda de funcionalidade com o Questionário de Atividades de vida diária (Pfeffer)(Anexo 5) e
- (3) Investigar se esse rastreamento é por uma situação aguda ou um declínio progressivo.

No **quadro 4** demonstramos alguns exemplos possíveis que devem ser perguntados pelo médico na atenção primária:

Questão	Avaliação	Possibilidade
“Esse problema de memória	Tempo de início	Estado confusional agudo/delirium (se <30 dias)

começou quando?"		Declínio cognitivo (se >30 dias)
Avaliar medicamentos concomitantes	Alteração cognitiva secundária	Clonazepam, antipsicóticos, eventos adversos causando declínio
Aplicar PHQ-2	Quadro depressivo	PHQ-2 $\geq$ 2 indica sintomas de depressão
"Está passando por um momento difícil em casa?"	Quadros agudos situacionais	Luto, depressão, quadros sociais complexos (abuso, violência, abandono)

**Quadro 4.** Diagnósticos diferenciais na consulta médica.

## 5. O que fazer após o rastreamento?

Rastreado o paciente com declínio cognitivo, os próximos passos são os seguintes, descritos nesse tópico: (1) avaliar causas reversíveis do declínio cognitivo; (2) investigar patologias intracranianas; (3) avaliar fatores de risco modificáveis e (4) se necessário, encaminhar para rede especializada.

### 1. Avaliar causas reversíveis de declínio cognitivo

Inicialmente, é recomendada a avaliação de causas reversíveis de declínio cognitivo através dos exames laboratoriais descritos no **quadro 5**.

Hemograma com plaquetas, TSH, T4L, Cr, Ur, Na, K, Ca, TGO, TGP, Vitamina B12, Ácido Fólico, sorologias (Anti-HIV, HbsAg, Anti-HCV, Sífilis), <b>colesterol total, LDL, HDL, triglicerídeos, glicemia de jejum, HbA1c.</b>
---

**Quadro 5.** Laboratoriais sanguíneos indicados. **Em negrito:** fatores de risco modificáveis.

Em relação aos testes sorológicos, é possível a realização de testagens rápidas para as unidades com testes disponíveis - para HCV, HBV, HIV e Sífilis. Além disso, na identificação de quadros de hipotireoidismo, hipovitaminose B12, encefalopatia hepática, ou outras patologias, é recomendado tratar essas causas e realizar novamente o rastreamento (desde a etapa 4.2) para identificar se persiste o quadro cognitivo.

### 2. Investigar patologias intracranianas

Recomendamos a investigação de patologias intracranianas concomitantemente aos exames laboratoriais de sangue, para reduzir o tempo até o diagnóstico. Na atenção primária, é muito variável a permissão de solicitação de neuroimagem. Considerando as restrições, sugerimos: preferencialmente a solicitação de Ressonância Magnética de encéfalo sem contraste, aceitável a solicitação de Tomografia Computadorizada de crânio sem contraste. No entanto, ressaltamos **que a neuroimagem não representa um pré-requisito obrigatório** para o seguimento clínico na APS. O objetivo de solicitar neuroimagem é descrito no **Quadro 6**.

Tumor cerebral, hematoma subdural, hidrocefalia de pressão normal, lesões vasculares, microangiopatias
--

**Quadro 6.** Causas de declínio cognitivo relacionadas a patologias intracranianas.

### 3. Avaliar fatores de risco modificáveis

Tendo em vista que metade dos casos de demência são evitáveis, torna-se essencial o controle de fatores de risco desses pacientes rastreados para declínio cognitivo (6). Sugerimos o rastreamento e controle dos 14 fatores de risco (Tabela 1).

Fator de risco de demência	Instrumento de triagem sugeridos
Educação	“Quantos anos de educação formal você cursou?”
Perda auditiva	“Você tem problema de audição?”
Alto colesterol LDL	Colesterol LDL sanguíneo
Depressão	Patient Health Questionnaire - 2 (PHQ-2)
Traumatismo Cranioencefálico	“Você já teve traumatismo craniano?”
Inatividade física	“Na última semana, em quantos dias você fez um total de 30 minutos ou mais de atividade física, suficiente para aumentar sua frequência respiratória? “
Diabetes	Glicose em jejum e HbA1c sanguíneos
Tabagismo	“Você já fumou 100 cigarros (5 maços) na vida?” e “Você fuma atualmente”
Hipertensão	Mensuração de PA
Obesidade	Cálculo de IMC
Abuso de álcool	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C)
Isolamento social	“Com que frequência você vê ou conversa com pessoas de quem gosta e com quem se sente próximo? (Por exemplo, conversar com amigos ao telefone, visitar amigos ou familiares, ir à igreja ou a reuniões de clube).”
Poluição do ar	“Você mora em zona rural?”
Perda visual	“Você tem dificuldade em dirigir, ver televisão, ler ou fazer qualquer atividade diária, por causa da visão (mesmo com óculos)?”

**Quadro 7.** Fatores de risco modificáveis e indicação de instrumentos de rastreamento sugeridos.

#### 4. Encaminhamento para rede especializada e acompanhamento em APS

Em caso de investigação não identificar causas reversíveis, é necessário o tratamento de causas mais frequentes de quadros cognitivos. No encaminhamento para serviço especializado (neurologia, geriatria ou psiquiatria), sugerimos descrever: tempo de início do quadro clínico, rastreamentos realizados (10-CS, QMC8, MEEM) e resultados de exames (laboratoriais e neuroimagem).

Além do encaminhamento, o cuidado do paciente na APS deve continuar. O paciente deve receber um acompanhamento longitudinal, centrado na pessoa e orientado pelas necessidades do seu contexto de vida e familiar. Recomendamos a elaboração pela equipe da APS de um **Projeto Terapêutico Singular (PTS)**, com ações coordenadas e intervenções interdisciplinares voltadas à manutenção da funcionalidade, suporte familiar e cuidado contínuo. Essa recomendação reforça a responsabilidade compartilhada e contínua da APS no cuidado desses pacientes, evitando a fragmentação e promovendo a integralidade.

#### Referências:

1. IBGE. Panorama do Censo 2022. [cited 2025 Jul 10]. Censo 2022. Available from: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia [Internet]. London, England: Alzheimer's Disease International.; 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
3. do Cuidado Integral BM da SS de AP à. SD de G. Relatório nacional sobre a demência : Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral.; 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_nacional\\_demencia\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf)
4. da Saúde M. Identificação da Demência na Atenção Primária [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 10]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/identificacao\\_demencia\\_atencao\\_primaria\\_digital.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/identificacao_demencia_atencao_primaria_digital.pdf)
5. Smid J, Studart-Neto A, César-Freitas KG, Dourado MCN, Kochhann R, Barbosa BJAP, et al. Subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and dementia - syndromic approach: recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement Neuropsychol.* 2022 Sep;16(3 Suppl 1):1–24.
6. Borelli WV, Leotti VB, Strelow MZ, Chaves MLF, Castilhos RM. Preventable risk factors of dementia: Population attributable fractions in a Brazilian population-based study. *The Lancet Regional Health - Americas.* 2022 Jul 1;11:100256.

ANEXOS

Anexo 1. Escala 10-point Cognitive Screener (10-CS)

# 10-CS - 10-Point Cognitive Screener

Informações do paciente

NOME

ESCOLARIDADE  
(ANOS ESTUDADOS)

IDADE

SEXO

M

Data:

F

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Orientação

Em que ano  
estamos?

0 1

Em que mês  
estamos?

0 1

Que dia do  
mês é hoje?

0 1

OBSERVAÇÃO:  
Considere apenas  
respostas exatas.

Aprendizado

“Agora eu vou dizer o nome de  
3 objetos para você memorizar.  
Assim que eu terminar, repita  
os 3 objetos.”

VERSÃO A

Óculos  
Caneta  
Martelo

VERSÃO B

Chapéu  
Moeda  
Lanterna

VERSÃO C

Relógio  
Chave  
Vassoura

OBSERVAÇÃO: Até 3 tentativas, se necessário. Não pontua.

Fluência verbal

“Agora eu quero que você me  
diga o maior número de  
animais que conseguir, o mais  
rápido possível.  
Eu vou marcar o tempo no  
relógio e contar quantos  
animais você consegue dizer  
em 1 minuto.”

PONTUAÇÃO

0-5 animais 0

6-8 animais 1

9-11 animais 2

12-14 animais 3

15+ animais 4

1.

11.

21.

2.

12.

22.

3.

13.

23.

4.

14.

24.

5.

15.

25.

6.

16.

26.

7.

17.

27.

8.

18.

28.

9.

19.

29.

10.

20.

30.

Evocação

“Agora me diga quais eram  
os 3 objetos que eu pedi para  
você memorizar.”

A

Óculos  
Caneta  
Martelo

B

Chapéu  
Moeda  
Lanterna

C

Relógio  
Chave  
Vassoura

0 1

0 1

0 1

OBSERVAÇÃO: Até 3 tentativas, se necessário.

Ajuste para escolaridade

Acrescente pontos em caso de  
baixa escolaridade:

Sem escolaridade formal: + 2

1 - 3 anos de escolaridade: + 1

4+ anos de escolaridade: + 0

ESCORE  
FINAL

Anexo 2. Escala Questionário de Mudanças Cognitivas - 8 (QMC-8)

# QMC8 - Questionário de mudanças cognitivas

## Informações do paciente

NOME (PACIENTE)

ESCOLARIDADE  
(ANOS ESTUDADOS)

IDADE

SEXO

M

Data:

F

\_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

## Informações do informante

NOME (INFORMANTE)

PARENTESCO /  
RELAÇÃO

Favor preencher os itens abaixo, marcando um x no local que achar mais apropriado (0 ou 1).

**Atenção:** "sim, uma mudança (uma alteração)" indica que você pensa que tem havido mudança (alteração) nos últimos anos, causada por problemas cognitivos (pensamento e memória).

Nos últimos anos, houve mudança nos itens listados abaixo?		Sim, uma mudança	Não, nenhuma
1	Dificuldade para aprender como usar um instrumento, eletrodoméstico ou outro aparelho (engenhoca) (p. ex.: vídeo cassete, computador, microondas, controle remoto).	1	0
2	Esquece o mês ou o ano correto.	1	0
3	Dificuldade para usar o telefone para fazer ligações.	1	0
4	Dificuldade para usar carro, ônibus, táxi ou barco sozinho.	1	0
5	Dificuldade para tomar remédios sem supervisão.	1	0
6	Dificuldade para se manter atualizado sobre os fatos importantes da comunidade ou do país.	1	0
7	Dificuldade para expressar opiniões próprias sobre assuntos de família.	1	0
8	Dificuldade para sair para uma caminhada sozinho e voltar para casa sem se perder.	1	0

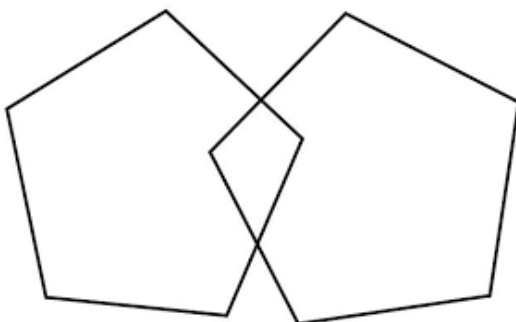
ESCORE FINAL

Fonte: DAMIN, A. E.; NITRINI, R.; BRUCKI, S. M. D. Cognitive Change Questionnaire as a method for cognitive impairment screening. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 9, n. 3, p. 237-244, 2015.

### Anexo 3. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

#### Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

Qual a estação / ano / dia da semana / dia do mês / mês ?	Orientação	__ / 5
Qual o país que estamos / estado / cidade / local / rua ?	Orientação	__ / 5
“Preste atenção, vou te falar três palavras. O senhor(a) vai repetir depois de mim, e vai tentar lembrar depois.” <b>CARRO, VASO, TIJOLO</b> (A ordem que o paciente fala não importa)	Registro	__ / 3
Subtraia 7 de 100. Desse resultado, continue tirando 7, até eu dizer para parar. (93 / 86 / 79 / 72 / 65) Lembra que, se ele errar, tem que diminuir 7 desse número que ele falou	Atenção e cálculo	__ / 5
Quais foram as 3 palavras que lhe falei antes? (nenhuma dica)	Evocação	__ / 3
O que é: (mostrar lápis ou caneta) e (mostrar relógio ou óculos)	Linguagem	__ / 2
Repita depois de mim: "nem aqui, nem ali, nem lá"	Linguagem	__ / 1
Agora preste atenção que vou lhe dar um comando, "pegue este papel com a mão <b>direita</b> , <b>dobre</b> no meio e <b>coloque</b> na ponta da mesa".	Linguagem	__ / 3
Leia e faça esse comando : "FECHE OS OLHOS"	Linguagem	__ / 1
Escreva uma frase completa (precisa ter verbo para pontuar)	Linguagem	__ / 1
Copie o desenho abaixo	Visuoespacial	__ / 1
	<b>TOTAL</b>	<b>/30</b>



# FECHE OS OLHOS

---

## Anexo 4. Bateria Breve de Rastreo Cognitivo (BBRC)

### BATERIA BREVE DE RASTREIO COGNITIVO

- Identificação e Nomeação de 10 figuras;
- Memória incidental;
- Memória Imediata;
- Aprendizado;
- Fluência verbal (animais);
- Teste do desenho do relógio;
- Evocação sem pistas das 10 figuras (Memória tardia);
- Reconhecimento das 10 figuras entre 20 (com 10 figuras distratoras).

#### Nomeação

O examinador mostra a folha de papel com as 10 figuras desenhadas e pergunta: O que são essas figuras?

Nomeação (0-10): \_\_\_\_

(é usualmente possível identificar se a dificuldade de nomear é devido à problema de linguagem ou a distúrbio de reconhecimento visual. O examinador deve anotar isto).

#### Memória incidental

Depois que o paciente nomeia as figuras, o examinador esconde a folha de papel e pergunta: “Que figuras eu acabei de mostrar a você?” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos). (Anote o número de figuras que o paciente lembrou na folha de registro).

#### Memória imediata

O examinador mostra as figuras novamente dizendo: “Olhe bem e procure memorizar estas figuras”. Tempo máximo: 30 segundos. (Se houver uma deficiência visual grave, o examinador deve dizer o nome de cada figura, uma por segundo, duas vezes).

Então, o examinador esconde as figuras e pergunta: “Que figuras eu acabei de lhe mostrar?” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos) (Anote o número de figuras que lembrou na folha de registro).

#### Aprendizado

Faça exatamente como no teste de memória imediata. (Anote o número de figuras que lembrou na folha de registro).

#### Fluência verbal

“Você deve falar todos os nomes de animais (qualquer bicho) que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar”.

Número de animais lembrados em 1 minuto: \_\_\_\_

Analfabetos sem declínio cognitivo conseguem evocar pelo menos nove animais. Indivíduos com 1-7 anos de escolaridade, mínimo de 12, e aqueles com 8 anos ou mais de escolaridades, mínimo de 13 animais.

Nomes dos animais: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Teste do Desenho do Relógio (Sunderland et al. 1989)**

O examinador entrega uma folha de papel em branco e diz: “Desenhe um relógio com todos os números. Coloque ponteiros marcando 2 horas e 45 minutos” (guarde o desenho com a ficha).

Tabela 1. Critérios para avaliar o desenho do relógio (10=Melhor e 1=Pior) (Sunderland et al., 1989)

#### **Desenho do mostrador do relógio com círculo e números praticamente corretos**

10. Os ponteiros estão na posição correta (ou seja, ponteiro das horas se aproximando das 3 horas).
9. Leve distúrbio nos ponteiros
8. Distúrbios mais intensos nos ponteiros das horas e minutos.
7. Ponteiros completamente errados.
6. Uso inapropriado dos ponteiros (ex.: uso de código digital ou de círculos envolvendo números apesar das instruções repetidas).

#### **5-1. Desenho do mostrador do relógio com círculo e números incorretos**

5. Números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio. Ponteiros podem estar presentes.
4. Maior distorção da sequência numérica. A integridade do mostrador do relógio é perdida (ou seja, números ausentes ou colocados fora dos limites do mostrador do relógio).
3. Números e relógio não mais conectados no desenho. Ausência de ponteiros.
2. Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas com vaga semelhança com um relógio.
1. Não tentou ou não conseguiu representar um relógio.

Estudos mostraram que os melhores pontos de corte nesse teste variaram de  $\leq 4$  (em indivíduos com baixa escolaridade) a  $\leq 9$  em indivíduos com alta escolaridade.

#### **Evocação das 10 figuras (memória tardia)**

“Que figuras eu lhe mostrei há alguns minutos?” Se necessário, o examinador pode dizer: “Figuras desenhadas numa folha que eu mostrei”. (Tempo máximo de evocação: 60 segundos). O escore de corte é  $\leq 5$ , e não é influenciado pela escolaridade.

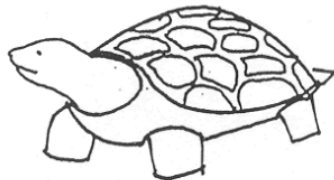
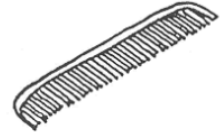
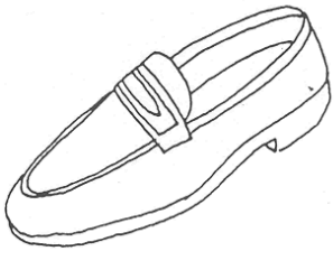
### Reconhecimento

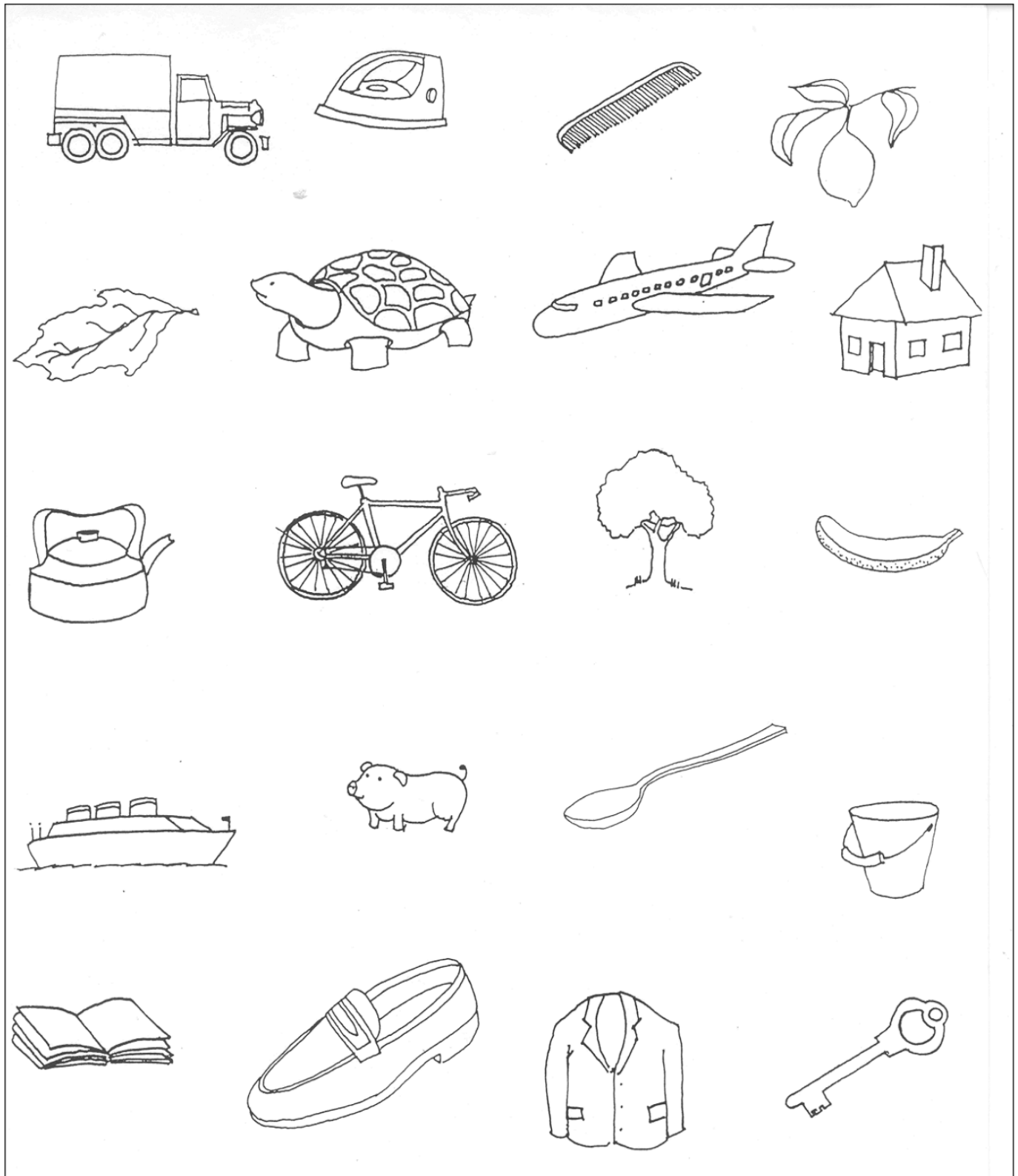
O examinador mostra a folha contendo as 20 figuras (as 10 originalmente mostradas e 10 adicionadas) e diz: “Aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos.”

	Memória incidental	Memória imediata	Aprendizado	Memória tardia	Reconhecimento
Sapato					
Casa					
Pente					
Chave					
Avião					
Balde					
Tartaruga					
Livro					
Colher					
Árvore					
Pontos (respostas corretas)					
Intrusões					
				Reconhecimento	

#### Atenção:

As pontuações finais dos testes memória incidental e imediata, aprendizado e memória tardia são o número de respostas corretas. Para teste de reconhecimento, a pontuação final deve ser o número de respostas corretas menos o número de respostas incorretas.





## Anexo 5. Atividades de vida diária (Pfeffer)

### Atividades de vida diária (Pfeffer) (entregar ao acompanhante)

Por favor, preencha de acordo com a melhor **capacidade apresentada** do participante da pesquisa.

Sim, é <b>capaz</b>	<b>0</b>
<b>Nunca fez</b> , mas poderia fazer agora	
Com <b>alguma dificuldade</b> , mas faz	<b>1</b>
<b>Nunca fez</b> e teria dificuldade agora	
Necessita de ajuda	<b>2</b>
Não é capaz	<b>3</b>

	0	1	2	3
1. Manuseia o próprio dinheiro?				
2. É capaz de comprar roupas, utensílios domésticos ou alimentos, sozinho?				
3. Esquenta a água para fazer café e desliga o fogo?				
4. É capaz de preparar uma refeição?				
5. Mantém-se atualizado em relação aos acontecimentos relacionados à comunidade e vizinhos?				
6. Presta atenção, entende ou discute programas de televisão, artigos de revistas, jornais ou livros?				
7. Lembra-se de compromissos, reuniões familiares ou feriados?				
8. Gerencia seus próprios medicamentos?				
9. Passeia pela vizinhança e encontra o caminho de volta?				
10. Pode ser deixado em casa sozinho com segurança?				
<b>Total</b>				

- Preenchido pelo paciente  
 Preenchido pelo acompanhante

**Pontuação máxima: 30 pontos.**

Perda de funcionalidade estimada se  $\geq 6$  pontos.