

NATHALIA LIMA ARAUJO

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – FERRAMENTA DE
AVALIAÇÃO COGNITIVA
REVISÃO DE LITERATURA**

LONDRINA

2012

NATHALIA LIMA ARAUJO

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – FERRAMENTA DE
AVALIAÇÃO COGNITIVA
REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada à disciplina 6TCC501 –
Trabalho de Conclusão de Curso – do curso de
Odontologia da Universidade Estadual de Londrina.

Orientador: Wilson José Garbelini

LONDRINA
2012

NATHALIA LIMA ARAUJO

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – FERRAMENTA DE
AVALIAÇÃO COGNITIVA
REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada à disciplina 6TCC501 –
Trabalho de Conclusão de Curso – do curso de
Odontologia da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador: Wilson José Garbelini
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Giovani de Oliveira Corrêa
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho à Deus primeiramente, por ter a certeza de que Ele esteve sempre ao meu lado. Agradeço aos meus pais Edson e Vera, por tanto se dedicarem a mim e a meus irmãos Thaís e Edson Júnior. Ao orientador Wilson José Garbelini e ao colega João Menck Sangiorgio pela colaboração e auxílio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por todas as coisas ao longo da minha vida, pela proteção de todos os dias, pela renovação de minhas forças e por estar comigo a todo momento.

À minha família, que sempre se fizeram presente e por compartilhar comigo tantos momentos. Em especial a meu sobrinho Rômulo Araujo Segas que trouxe tanta felicidade às nossas vidas.

Aos meus colegas de sala, do qual alguns levarei sempre em meu coração e em meus pensamentos.

Às minhas amigas Mariana Micaela, pelas gargalhadas ao longo destes 5 anos de curso e à minha dupla e amiga Ana Claudia Tozatto Acosta, pela ajuda, paciência e risos. Irão me fazer uma falta enorme.

À meu amigo Maicon Wentz Matsubara que me ensinou a ser uma pessoa melhor e que compartilhou comigo tantos anos de minha vida.

Aos meus pacientes que demonstraram tanto carinho e respeito por mim.

À esta Universidade, da qual sentirei tantas saudades, que me possibilitou um futuro muito melhor. E aos meus professores que tanto me ensinaram com grande dedicação, terão meu eterno agradecimento.

“.. Tu escolhes, recolhes, eleges, atrais, buscas, expulsas,
modificas tudo aquilo que te rodeia a existência.
Teus pensamentos e vontade são a chave de teus atos e
atitudes....
São as fontes de atração e repulsão na tua jornada vivência
Não reclames nem te faças de vítima.
Antes de tudo, analisa e observa.
A mudança está em tuas mãos.
Reprograma tua meta,
Busca o bem e viverás melhor.
Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,
Qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”
Chico Xavier

ARAUJO, Nathalia Lima. **Mini-Exame do Estado Mental - Ferramenta De Avaliação Cognitiva**: revisão de literatura. 24 f. 2012. . Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Nos países em desenvolvimento tal como o Brasil, há um rápido crescimento da população de idosos, e adjunto a essa transição demográfica há também uma grande transição epidemiológica, acarretando no aumento de doenças relacionadas ao envelhecimento, caracterizadas por declínio nas funções cognitivas e executivas. O processo de envelhecimento é fisiológico e por si só, é caracterizado por alterações bio-psicosociais, resultando em uma diminuição da capacidade funcional que varia de indivíduo para indivíduo. O envelhecimento populacional é um evento progressivo, que acontece sem promover tempo suficiente para uma reorganização no campo social e da saúde. Desse modo, o avanço dessas doenças se mostra um desafio para o poder público, instituições e profissionais da saúde, e o conhecimento acerca das mesmas se torna necessário para o desenvolvimento de estratégias e tratamentos, ou seja, o conhecimento acerca da causa do déficit cognitivo se torna evidente. Para uma análise inicial do estado cognitivo do indivíduo, Folstein e Mchugh desenvolveram em 1975 o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Palavras-chaves: Mini-exame. MEEM. Avaliação cognitiva.

ARAUJO, Nathalia Lima. **Mini-Mental State Examination – Cognitive Assessment toll: literature review**. 24 f. 2012. . Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

ABSTRACT

In developing countries such as Brazil, there is a rapid growth of the elderly population, and associate this demographic transition there is also a large epidemiological transition, resulting in an increase in diseases related to aging, characterized by decline in cognitive and executive. The aging process is physiologic and by itself, is characterized by bio-psychosocial changes, resulting in a decreased functional capacity that varies from individual to individual. Population aging is a progressive event that happens without enough time to promote a reorganization in the social and health. Thus, the progress of these diseases proves a challenge for public authorities, institutions and health professionals, and knowledge about them is necessary for the development of strategies and treatments, ie, knowledge about the cause of cognitive déficit up becomes evident. For an initial analysis of the cognitive state of the individual, Folstein Mchugh developed in 1975 and the Mini Mental State Examination (MMSE).

Keywords: Mini-examination. MMSE. Cognitive assessment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
3 METODOLOGIA	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Assim como os países desenvolvidos, os em desenvolvimento estão se deparando com o envelhecimento da população. Esse crescimento sócio-demográfico é devido à uma queda no índice de mortalidade e um declínio da taxa de fecundidade, resultado das mudanças econômicas e científicas ocorridas (WAGNER, 2006).

Segundo estatísticas da Organização Mundial da Saúde, entre os anos de 1975 e 2025 será a era do envelhecimento. A população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes, colocando nosso país como a sexta população de idosos do mundo, ou seja, mais de 32 milhões de pessoas com idade a partir de 60 anos (BRASIL, 2008).

O envelhecimento é um decurso comum caracterizado por mudanças bio-psicossociais. É um acontecimento que varia a cada indivíduo, segundo sua genética, hábitos de vida e seu meio ambiente. É um processo de alterações morfológicas, bioquímicas, fisiológicas e psicológicas que resultam em uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, conseqüentemente, uma diminuição da capacidade funcional, que é a capacidade do indivíduo em manter suas habilidades físicas e mentais necessárias para a conservação de suas atividades básicas, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, caminhar, alimentar-se, gerenciar seu controle financeiro, tomar remédios, fazer compras, usar o transporte coletivo, usar o telefone, entre outros (BRASIL, 2008).

O envelhecimento é responsável por alterações cognitivas, principalmente de memória e fixação, determinando a perda da capacidade executiva, o que leva o indivíduo portador de incapacidade a depender de uma outra pessoa em grau variável (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

A literatura mostra que o cérebro modifica-se ao passar dos anos. Durante a infância, as habilidades cognitivas aumentam e quando adulto tais habilidades permanecem estáveis, entretanto, na velhice há uma diminuição da atividade cerebral, apresentando conseqüências como redução do número de neurônios, diminuição do tamanho e do volume do cérebro, perda de memória de curto prazo,

facilidade de distração para informações pouco importantes, redução da atenção, dificuldade no aprendizado, diminuição da habilidade verbal e do desempenho intelectual, redução do tempo de reação, dessa forma, havendo variação a cada pessoa (MARTINS; ZIMMER, 2009).

O envelhecimento traz consigo doenças características, ou seja, em decorrência do aumento do número de pessoas idosas na população, destaca-se o aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas, como por exemplo a doença de Alzheimer. As doenças neurodegenerativas são caracterizadas por distúrbios de comportamento e de memória, diminuição progressiva das funções cognitivas e das funções executivas (SILVA, 2009)

A disfuncionalidade cognitiva compõe uma das maiores reclamações por parte dos idosos. Ela causa dependência, diminuição da adaptabilidade social e da autonomia, ou seja, é um agente determinante no comportamento dessa população por ser um fator causador de um desempenho menos eficiente (CHAVES, 2012).

A qualidade de vida de um indivíduo idoso, dentro do seu contexto social, econômico e cultural, pode ser avaliada pela sua capacidade em realizar suas atividades diárias, tornando-o independente. Tal informação é obtida através de escalas funcionais e cognitivas, considerando a cognição como responsável pelas ações executivas voluntárias variável (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

Para uma análise do estado cognitivo do ponto de vista clínico, Folstein e Mchugh em 1975 desenvolveram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é hoje um dos testes mais estudados e utilizados em todo o mundo. Usado isoladamente ou quando empregado junto a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da cognição e o rastreamento de quadros de demência (CHAVES, 2012).

2 OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo, por meio de revisão de literatura, auxiliar através do teste Mini Exame do Estado Mental a identificação de alterações do estado cognitivo em pacientes idosos, para que assim possam ser tratados corretamente, já que, a recuperação ou manutenção da qualidade de vida é um dos objetivos mais importantes na abordagem clínica de pacientes.

O teste é utilizado na odontologia a fim de se verificar problemas de cognição e de atividades de vida diária, que poderiam acarretar dificuldade de entender instruções, não respondendo à ordens simples, e também como meio de cooperar com políticas públicas de saúde, frente a uma epidemia de demências que ameaça emergir.

3 METODOLOGIA

Entre os instrumentos de avaliação geriátrica, destacam-se aqueles que avaliam o idoso do ponto de vista cognitivo. O teste MEEM abrange 11 itens que são dividido em 2 seções, a primeira requer respostas verbais a questões de orientação, atenção e memória, a segunda seção inclui leitura, escrita, habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). As questões são efetuadas na ordem e recebem escore imediato de acordo com os pontos atribuídos a cada tarefa realizada com sucesso (CHAVES, 2012).

O MEEM avalia diversos domínios cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma designada a avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), capacidade construtiva visual (1 ponto) e linguagem (8 pontos). Sendo assim o escore varia de um mínimo de 0 pontos indicando o maior grau de comprometimento cognitivo, até um máximo de 30 pontos, o qual corresponde à melhor capacidade cognitiva (CHAVES, 2012).

O exame mini-mental preconizado por Folstein é bem simples (BRUCKI et. al):

- Orientação temporal (valendo um ponto para cada resposta correta): A fim de se verificar a orientação temporal, deve-se pedir ao paciente que diga qual a hora aproximada (considerando a variação de mais ou menos uma hora), o dia do mês, o mês, o dia da semana e o ano no qual nos encontramos.
- Orientação espacial (valendo um ponto para cada resposta correta): Para a orientação espacial, utilizar local específico e genérico, ou seja, perguntar primeiramente apontando para o chão, em que local o paciente se encontra (por exemplo, sala, consultório) e perguntar apontando ao redor em um sentido mais amplo (própria casa, hospital, e outros), qual o bairro, a cidade e o Estado que nos encontramos.

- Memória imediata: Para análise da memória imediata, utiliza-se o registro de 3 palavras, ou seja, o avaliador deve dizer pausadamente e com clareza de dicção 3 palavras. Valendo 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros.
- Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro deve-se corrigir o paciente, e se o mesmo se autocorrigir deve-se o avaliador considerar como correta a resposta.
- Evocação das palavras (1 ponto pra cada): Passado alguns minutos, o paciente deve repetir as 3 (utilizadas no registro de 3 palavras) e o examinador deve registrar o número de palavras recordadas.
- Nomeação: peça para o sujeito identificar dois objetos mostrados, valendo 1 ponto para cada.
- Repetição: Pedir ao paciente para repetir uma frase. Considerar somente se a repetição for perfeita (1 ponto).
- Comando: Pedir para o paciente executar um comando de 3 estágios, por exemplo, Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos.
- Leitura: Pedir para o paciente ler e seguir o comando escrito (FECHE OS OLHOS)
- Frase: Peça ao paciente para escrever uma frase. Não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).
- Cópia do desenho: mostre 1 figura e peça para o indivíduo copiar o melhor possível (1 ponto).

4 REVISÃO DE LITERATURA

As demências compõem uma síndrome caracterizada pelo dano das habilidades cognitivas e emocionais, que são graves o suficiente para interferirem na vida diária de seus portadores. São mais dominantes em idosos e incidem conforme o aumento da idade, tornando-se um problema de saúde pública na medida em que aumenta a longevidade de vida de vida das populações (REGI, 2006).

A importância das demências no campo social da saúde, se deve aos gastos relacionados à pesquisas e tratamentos, por parte do poder público. Nos Estados Unidos, mais de 50 milhões de dólares por ano são gastos em pesquisas relacionadas às demências (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

As demências podem ser causadas por diversas doenças subjacentes, associadas às perdas neuronais e danos à estrutura cerebral. O critério clínico mais utilizado para o seu diagnóstico é o prejuízo da memória, podendo-se observar distúrbio em uma ou mais das seguintes capacidades de cognição: atenção, imaginação, concentração, compreensão, raciocínio, julgamento, percepção e afetividade, podendo haver também distúrbios como afasia, agnosia, apraxia e perturbações nas funções executivas (REGI, 2006). A função executiva é a capacidade de organização e habilidade das funções cognitivas, necessárias para lidar com situações da vida social, como por exemplo, formulação de conceitos, planejamento, análise, motivação, manipulação de novos conhecimentos adquiridos, entre outros. Tais funções psíquicas são de fundamental importância para a formulação de respostas de comportamento à diferentes situações (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

A causa mais comum das demências em idosos é a doença de Alzheimer, responsável por mais de 50% dos casos de demências na maioria dos países (REGI, 2006).

Os primeiros sinais da doença de Alzheimer surgem normalmente após os 65 anos de idade. A fase inicial da doença é caracterizada pelo aparecimento de lapsos de memória, confusão mental, dificuldade em pensar com clareza, declínio de rendimento executivo nas tarefas diárias mais complexas e dificuldade de

armazenamento de informações novas. Com a evolução da patologia há o agravamento dos sinais, passando o indivíduo a apresentar dificuldades na execução de tarefas mais simples, como, vestir-se, alimentar-se e higienizar-se. O indivíduo portador da doença pode ainda desenvolver sintomas psicóticos e alterações de comportamento, podendo ainda, no nível mais crítico da doença, acometer quadros infecciosos e comorbidades clínicas devido à sua fragilização, o que geralmente leva ao óbito. Com a progressão da doença, o indivíduo perde sua autonomia, ou seja, sua capacidade de viver independentemente, necessitando dessa forma, de um cuidador (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

A memória íntegra necessária para a obtenção de autonomia do indivíduo, esta relacionada com a sua capacidade de cuidar de si mesmo, ser responsável pelas próprias ações e de executar atividades que possibilitam adaptação (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

A avaliação do paciente idoso agrega informações obtidas na história clínica e no exame físico com aquelas informações obtidas por diversos instrumentos específicos. Entre tais instrumentos, destacam-se aqueles que avaliam a função cognitiva do paciente, que permitem identificar pacientes portadores de incapacidades, avaliar a gravidade e a progressão da doença e planejar cuidados, e são necessários não só em ambientes especializados, como também em ambientes menos especializados de atenção à saúde (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Pesquisadores indicam o uso, em indivíduos com suspeita de demência, de uma escala funcional responsável por avaliar as atividades diárias do indivíduo, juntamente com um teste cognitivo, como por exemplo o MEEM. Tal combinação aumentaria a sensibilidade e especificidade do rastreio cognitivo da doença em uma população alvo tão heterogênea do ponto de vista socioeconômico e cultural, como é o caso do Brasil (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

O Questionário do Informante sobre o Declínio Cognitivo do Idoso, é uma das várias escalas de avaliação funcional (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005). Ele se baseia na confirmação, por um informante de confiança, que pode ser um parente, amigo, um cuidador, e outros, de distúrbios nas funções cognitivas, funcionais, ocupacionais e distúrbios de comportamento. Esse método de avaliação faz parte

dos critérios de diagnóstico proposto por várias associações internacionais, ou seja, essa entrevista com um informante confiável é de enorme importância (LOURENÇO; VERAS, 2006). Entretanto, os questionários respondidos pelos informantes sofrem influência de acordo com sua percepção do problema, o seu nível de estresse e suas características de personalidade e capacidade cognitiva (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005). Sendo assim, o método principal será a avaliação geriátrica ampla e o acompanhamento dos indivíduos com evidências de perda cognitiva, para confirmação diagnóstica (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Segundo Bustamante et al.(apud ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005), o estudo realizado por ele sobre combinação de instrumentos de avaliação da doença de Alzheimer, o MEEM classificou corretamente 86,8% dos pacientes portadores da doença, sendo que, o uso do MEEM combinado à uma escala funcional, proporciona maior precisão no diagnóstico variável (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

A faixa etária, a escolaridade e a renda, são variáveis encontradas entre indivíduos que apresentam quadros de demência e àqueles em que suas funções cognitivas estão íntegras. Em relação a faixa etária, como já dito anteriormente, têm o envelhecimento como o principal fator de risco. Já em relação a escolaridade, verifica-se que o desempenho de indivíduos testados com instrumentos de avaliação cognitiva sofre influência do nível de escolaridade. Por outro aspecto, hábitos de vida que são fatores de riscos de síndromes demenciais são mais freqüentemente encontrados entre indivíduos com menor nível de escolaridade, renda e acesso a bens e serviços (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Estudos evidenciaram que pessoas que não apresentavam sinais de déficit cognitivo, quanto menor a escolaridade e maior a idade, mais baixa era a pontuação no MEEM (DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007).

Com o objetivo de avaliar qual o melhor ponto de corte do teste MEEM em pessoas idosas e o impacto das variáveis, idade e escolaridade, sobre seus escores, Almeida (apud LOURENÇO; VERAS, 2006) realizou um estudo onde foi verificado após comparação dos escores obtidos na população com e sem demência, que há necessidade de se utilizar pontos de corte diferentes segundo o histórico escolar prévio. Entre idosos sem escolaridade, o ponto de corte 19/20 e entre aqueles com

histórico escolar, o ponto de corte 23/24 se mostraram os mais adequados (LOURENÇO; VERAS, 2006).

A tabela abaixo mostra alguns estudos nacionais e os respectivos pontos de corte encontrados.

Tabela 1 - Pontos de cortes do MEEM em diferentes estudos nacionais

Escolaridade (Anos)	0	1-3	1-8	4-7	>8
Autor					
Bertollucci et al. (1994)	13		18		26
Herrera et al. (1998)	19	23		24	28
Caramelli et al. (1998)	18				
Almeida (1998)	20	24	24	24	24

Fonte: Diniz, Volpe e Tavares (2007).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um dos testes mais estudados e empregados mundialmente, possuindo versões em diversos idiomas. Criado para o uso em medicina para rastreio clínico do estado cognitivo do paciente, usado isoladamente ou incorporado a outros instrumentos, permite a avaliação da função cognitiva, rastreamento de quadros de demência, sendo também um meio de avaliar a progressão da doença e no monitoramento de resposta ao tratamento (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Exceto pelos itens de praxias e linguagem, o conteúdo do MEEM foi derivado de instrumentos que já existiam. Foi denominado “mini” porque exclui humor e funções mentais anormais, e concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental. Pode ser aplicado por clínico, profissionais de outras áreas, ou pessoas leigas após rápido treinamento, podendo ser realizado em aproximadamente 5-10 minutos (CHAVES, 2012).

Segundo Shulman (apud MOTA et. al, 2008), os testes de rastreio cognitivo precisam ser breves e de fácil aplicação, padronizado para o tipo de população em que se deseja empregá-lo, ser pouco influenciados pelo examinador e estimular o interesse da pessoa que será avaliada. Sendo assim, esses testes podem ser

aplicados com custo reduzido em grandes contingentes populacionais (MOTA et. al, 2008).

Pesquisadores brasileiros propuseram a tradução literal de diversos itens do MEEM, entretanto, adaptaram outros itens devido às diferenças culturais da população brasileira (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Segundo Bertolucci et al. (apud LOURENÇO; VERAS, 2006) a tradução utilizada e aceita por Almeida, é a mais adequada, sendo no entanto necessário submetê-la a algumas modificações, dessa forma, ajustando-se melhor às propostas originais de Folstein, por exemplo, a escolha de palavras mais simples, que sejam dissílabas e de uso freqüente, para a aprendizagem e a evocação. No entanto, um aspecto negativo das adaptações transcultural do teste, é que não há trabalhos que abordam uma metodologia adequada para essas adaptações (LOURENÇO; VERAS, 2006).

5 DISCUSSÃO

Envelhecer não significa inevitavelmente adoecer, sendo preciso ter uma visão do envelhecimento como processo próprio da vida, ou seja, um indivíduo pode envelhecer de forma naturalmente fisiológica, convivendo bem com as limitações impostas pelo passar do tempo e mantendo-se dinâmico até as fases mais posteriores da vida.

Uma desordem funcional com consequências importantes nas atividades do dia a dia é o primeiro sinal da presença de processos mórbidos em indivíduos idosos, entretanto, a esse sinal não é dada a devida atenção (LOURENÇO; VERAS, 2006).

A demência é uma doença mental que normalmente só é diagnosticada quando já se encontra em níveis mais avançados (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005). As demências são um dos problemas de saúde que mais frequentemente acomete idosos, sendo responsáveis por perda da capacidade cognitiva e funcional (LAUTENSCHLAGER, 2002)

A literatura relata que o número de casos de demência vem crescendo junto com o aumento na expectativa de vida, sendo assim, o conhecimento sobre essas doenças são de grande importância para o desenvolvimento de tratamentos e estratégias a fim de preveni-las (SILVA, 2009).

Há discussão entre profissionais da área da saúde em relação ao limite tênue que separa o que é normal e o que é patológico no que diz respeito à quadros cognitivos relacionados ao envelhecimento, pois é natural que ocorra uma perda da função cognitiva durante o processo de envelhecimento. De acordo com Lindeboom e Weinstein (apud WAGNER, 2006), há ainda variação de indivíduo para indivíduo quanto ao desempenho cognitivo (WAGNER, 2006).

Instrumentos de rastreio cognitivo são uma importante ferramenta para identificar casos de prejuízo cognitivo e de demência (LOURENÇO; VERAS, 2006).

O MEEM faz parte de vários testes neuropsicológicos, tem sido utilizado em ambientes clínicos especializados ou não, é utilizado em pesquisa de estudos

populacionais, assim como, avalia o impacto da intervenção de tratamentos (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Em indivíduos que tem alto nível de escolaridade, o início do declínio cognitivo pode ficar disfarçado por conseguirem boa performance no teste, e indivíduos com nível de escolaridade muito baixo, podem ser diagnosticados equivocadamente como apresentando perda cognitiva (MOTA et. al, 2008).

No Brasil, o ensino fundamental tem características particulares de cada região, como por exemplo a quantidade de horas diárias de aula e a frequência dos professores. Isso faz com que tenha diferenças nas respostas, principalmente nos grupos de indivíduos que tem nível de escolaridade mais baixo, como é verificado em trabalhos de avaliação de perfil de erro (SANTOS et. al, 2010)

Em países desenvolvidos a média de escolaridade dos indivíduos idosos é maior, sendo superior a 12 anos de escolaridade, que corresponde no Brasil aos ensinos fundamental e médio, assim sendo, o ponto de corte mais utilizado em estudos clínicos e epidemiológicos para demência é de 24 pontos. No Brasil, devido ao grande número de pessoas analfabetas e com baixa escolaridade, é de enorme importância a estratificação dos pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade, pois diminui as chances de classificar idosos que apresentam atividade cognitiva compatível com sua escolaridade como indivíduos que possuem de déficit cognitivo (DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007).

O ponto de corte 24 é o mais utilizado pra indicar comprometimento na função cognitiva que merece maior atenção, porém, alguns autores sugerem que o ponto de corte seja o 25, para aumentar a sensibilidade para demência leve. O ponto de corte deve e ser adequado para o nível educacional do indivíduo, pois um único corte pode mascarar casos entre pessoas de maior nível educacional e gerar falsos positivos entre aqueles menos educados (CHAVES, 2012).

A ausência de respostas por motivos como analfabetismo ou cegueira, pode ser considerada como erros na resposta ou então é criado um escore geral diferenciado, retirando tais itens do sistema de escore. Folstein (1998) administrava os itens sem considerar a causa da falha e após o escore comentava as possíveis razões para estas falhas. De acordo com Folstein (apud CHAVES, 2012), deve-se

coletar e analisar os fatos ou observações antes de fazer qualquer interpretação.(CHAVES, 2012).

6 CONCLUSÃO

Por meio deste trabalho, foi possível concluir que o teste Mini Exame do Estado Mental é uma eficiente ferramenta de rastreio do estado cognitivo. É de fundamental importância na abordagem clínica de pacientes como meio de avaliar a recuperação ou manutenção da qualidade de vida principalmente desses portadores de incapacidades, possibilitando também, cooperar com as políticas públicas de saúde. Portanto, é necessário saber identificar essas limitações para que assim possam ser tratados corretamente.

REFERÊNCIAS

ABREU, Izabella Dutra de; FORLENZA, Orestes V.; BARROS, Hélio Lauar de. Doença de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 131-6, maio/jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRUCKI, Sonia et. al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-b, p. 777-81, 2003.

CHAVES, Marcia Lorena Fagundes. **Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental**. São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia, 2012. Disponível em: http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf Acesso em: 23 out. 2012.

DINIZ, Breno Satler de Oliveira; VOLPE, Fernando Madalena; TAVARES, Almir Ribeiro. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 13-17. 2007.

LAUTENSCHLAGER, Nicola T. Is it possible to prevent dementia?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, supl 1, p. 22-7, 2002.

LOURENÇO, Roberto A.; VERAS, Renato P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-19, 2006.

MARTINS, Sabrine Amaral; ZIMMER, Márcia. O papel do bilinguismo e da escolaridade no desempenho linguísticocognitivo de idosos longevos. **Letrônica**, v. 2, n. 1, p. 212-30, jul. 2009.

MOTA, Márcia Maria Peruzzi Elia da et. al. Triagem cognitiva: comparações entre o mini-mental e o teste de trilhas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 353-59, jul/set 2008.

REGI, Daniela Prunes, **O idoso Demenciado e seu impacto na saúde pública: estamos preparados?**. 2006. 38f. Monografia (Pós-Graduação em Saúde Geriátrica) – Metrocamp, Campinas, 2006.

SANTOS, Cássia da Silva et. al. Avaliação da confiabilidade do mini-exame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas*. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 406-12, jul/set. 2010.

SILVA, Pricila Magalhães. **Doença de Alzheimer**. 2009. 48f. Monografia (Especialização em Farmácia Clínica). Pharmacológica Cursos, Goiânia.

WAGNER, Gabriela Peretti. **Disfunções Executivas no Envelhecimento Cognitivo: Investigação com Instrumentos Tarefa do Jogo e Teste Wisconsin de**

Classificação de Cartas. 2006. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Porto Alegre, Porto Alegre, 2006.