**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

Terapeuta:

Nome: Data:

|  |  |
| --- | --- |
| 10. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha. | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Questões** | **Ponto** |
| 1. Qual é: Ano? Estação (metade do ano)? Data? Dia? Mês? |  |
| 1. Onde estamos? Estado? País? Cidade? Bairro ou hospital? Andar? |  |
| 1. Nomeie três objetos (carro, vaso, janela) levando 1 segundo para cada. Depois, peça ao paciente que os repita para você. Repita as respostas até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas). |  |
| 1. Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número, etc. Interrompa após 5 respostas.   **100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65** |  |
| Alternativa: Soletre “MUNDO” de trás para frente. |  |
| 1. Peça ao paciente que nomeie os 3 objetos aprendidos em 3. |  |
| 1. Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra. |  |
| 1. Peça ao paciente que repita “nem aqui, nem ali, nem lá”. |  |
| 1. Peça ao paciente que obedeça sua instrução: “Pegue o papel com sua mão direita. Dobre-o ao meio com as duas mãos. Coloque o papel no chão”. |  |
| 1. Peça ao paciente para ler e obedecer o seguinte: “Feche os olhos”. |  |
| 1. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha. |  |
| 1. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: |  |
| **Escore total (máximo de 30)** |  |

**Ponto de corte:**

24: 4-7 anos de estudo (Escore menor que 24: comprometimento cognitivo)\*

28-29: 7 anos de estudo (Escore menor que 28: comprometimento cognitivo)\*

30: sem comprometimento cognitivo (Escore menor que 30: comprometimento cognitivo)\*

18/19: analfabetos (Escore menor que 18/19: comprometimento cognitivo)\*\*

24/25: com instrução escolar (Escore menor que 24/25: comprometimento cognitivo)\*\*

\*LAKS J. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade. Arq Neuropsiquiatr, v. 61, n. 3-B, -. 782-785, 2003.

\*\* LOURENCO RA, VERAS RP. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. Rev Saude Publica, v. 40, n. 4, p. 712 -9, 2006.

**Teste do desenho do relógio (segundo Friedman, 2004).**

**Contorno Pontuação**

- Desenho do contorno dentro do aceitável (fechado) 01

- Contorno com tamanho médio (suficiente) 01

**Números**

1. - de 1 a 12 sem adição ou omissão 01
2. - arábicos 01
3. - ordem correta 01
4. - papel não é rodado quando se escreve 01
5. - posição correta 01
6. - todos dentro do contorno 01

**Ponteiros**

- Dois ponteiros ou marcas 01

- Hora indicada de alguma maneira (marca) 01

- Minutos indicados de alguma maneira (marca) 01

- Na proporção correta (minutos maior) 01

- Sem marcas supérfluas 01

- Ligados até 02mm de aproximação 01

**Centro**

- Centro desenhado, inferindo ou extrapolado, onde os ponteiros se encontram 01

**Score total 15 pontos**

**Ponto de corte 11 pontos**

**Fonte:** Martinelli JE, Aprahamian I. Velhice bem sucedida, Papirus 2004.

**MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) | Sem | | | | | |
| 6 Independência modificada (ajuda técnica) | Ajuda | | | | | |
| Dependência modificada |
| 5 Supervisão |
| 4 Ajuda Mínima (indivíduo >= 75%) |
| 3 Ajuda Moderada (indivíduo >= 50%) |
| 2 Ajuda Máxima (indivíduo >= 25%) |
| 1 Ajuda Total (indivíduo >= 0%) |
| Acompanhamento | | | Avaliações | | | |
| Data: | | | ......... /......... /........ | | | |
| I - Fonte de Informação: 1 – doente, 2 – família, 3 – outro | | | | | | |
| II – Método: 1 – pessoalmente, 2 – telefone | | | | | | |
| III – Manutenção da Saúde (cuidador principal / cuidador secundário, conforme o tempo despendido) | | | | | | |
| IV – Terapêutica: 1 – nenhuma, 2 – tratamento ambulatorial, 3 – tratamento domiciliar pago, 4 – ambos 2 e 3 , 5 – internação hospitalar | | | | | | |
| Auto-Cuidado | | | |  |  |  |
| A. Alimentação | | | |  |  |  |
| B. Higiene pessoal | | | |  |  |  |
| C. Banho | | | |  |  |  |
| D. Vestir metade superior | | | |  |  |  |
| E. Vestir metade inferior | | | |  |  |  |
| F. Utilização do vaso sanitário | | | |  |  |  |
| Controle de Esfíncteres | | | |  |  |  |
| G. Controle da Urina | | | |  |  |  |
| H. Controle das Fezes | | | |  |  |  |
| Mobilidade | | | |  |  |  |
| transferências | | | |  |  |  |
| I. Leito, cadeira, cadeira de rodas | | | |  |  |  |
| J. Vaso sanitário | | | |  |  |  |
| K. Banheira, chuveiro | | | |  |  |  |
| Locomoção | | | |  |  |  |
| L. Marcha / cadeira de rodas | | M  C | |  |  |  |
| M. Escadas | | | |  |  |  |
| Comunicação | | | |  |  |  |
| N. Compreensão | | A  V | |  |  |  |
| O. Expressão | | V  N | |  |  |  |
| Cognição Social | | | |  |  |  |
| P. Interação Social | | | |  |  |  |
| Q. Resolução de problemas | | | |  |  |  |
| R. Memória | | | |  |  |  |
| Total | | | |  |  |  |

Escores: 18-36: muito dependente / 37-90: dependência moderada / 91-126: independente

**ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON E BRODY**

a) Telefone  
3 - recebe e faz ligações sem assistência  
2 - assistência para ligações ou telefone especial  
1 - incapaz de usar o telefone  
  
b) Viagens  
3 - viaja sozinho  
2 - viaja exclusivamente acompanhado  
1 - incapaz de viajar  
  
c) Compras  
3 - faz compras, se fornecido transporte  
2 - faz compras acompanhado  
1 - incapaz  
  
d) Preparo de refeições  
3 - planeja e cozinha refeições completas  
2 - prepara só refeições pequenas  
1 - incapaz  
  
e) Trabalho doméstico  
3 - tarefas pesadas  
2 - tarefas leves, com ajuda nas pesadas  
1 - incapaz  
  
f) Medicações  
3 - toma remédios sem assistência  
2 - necessita de lembretes ou de assistência  
1 - incapaz de tomar sozinho  
  
g) Dinheiro   
3 - preenche cheque e paga contas  
2 - assistência para cheques e contas  
1 - incapaz

**1 - Dependência total 2 - Dependência parcial 3 – Independência**

Adaptado de Lawson M.P., Brody E. M. *Gerontologist*, v. 9, p. 179-186, 1969

**Oficina de Memória da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**

Coord. Profa Dra Carla da Silva Santana

**CHEQUE A SUA MEMÓRIA**

**Você esquece de:...**

**Ações:**

( ) compromissos

( ) pagar contas

( ) levar suas coisas com você

( ) objetos pessoais em lugares públicos

( ) dar recados

( ) escovar os dentes

( ) atividades de manutenção da casa como tirar o lixo, lavar louça e arrumar camas

( ) desligar ou ligar utensílios domésticos como ferro elétrico e forno

( ) itens de compra no supermercado

**Informações**

( ) nome de pessoas

( ) números de telefones

( ) endereços

( ) ocasiões especiais como aniversários, festas e cerimônias

( ) conversa que teve com pessoas

( ) acontecimentos recentes

( ) onde guardou seus pertences pessoais

**Durante uma conversa você:**

( ) sabe a palavra que quer dizer, mas não é capaz de lembrar-se dela no momento;

( ) Conta uma história ou piada que já contou antes

( ) esquece o que acabou de dizer, perguntando: “o que eu estava falando mesmo?”

**Você tem dificuldades para...**

( ) aprender coisas novas, como instruções de usos de aparelhos eletrônicos

( ) retomar o que estava fazendo antes de ser interrompido

**OBS.:**

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)**

PACIENTE:

DATA DA AVALIAÇÃO: ...................... AVALIADOR:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. O (A) Sr.(a) está satisfeito(a) com sua vida? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) sente que a vida está vazia? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) geralmente se sente aborrecido(a)? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) se sente animado(a) a maior parte do tempo? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) tem medo que alguma coisa ruim possa lhe acontecer? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) se sente frequentemente desamparado(a)? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) acha que tem mais problemas de memória do que a maioria? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) acha bom estar vivo(a)? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) se sente inútil ou incapaz do modo que está agora? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) se sente cheio de energia? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) é desesperançoso(a)? | Sim | Não |
| 1. O (A) Sr.(a) acha que a maioria das pessoas é melhor que o senhor(a)? | Sim | Não |

Pontuar (1 ponto) as questões sublinhadas

**Pontuação 5 = provável depressão**

**Fonte:**Yesavage JA e col. J psychiatr Res 1983; 17(1):37



