

Rastreamento da cognição na população sem comorbidades clínicas prévias na atenção primária à saúde

Tracking cognition in the population without prior clinical comorbidities in primary health care

DOI:10.34119/bjhrv3n6-041

Recebimento dos originais:03/10/2020

Aceitação para publicação:11/11/2020

Antônio Régis Coelho Guimarães

Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Endereço: Rua Bandeirantes, 111 - Bairro Boa Vista, Patos de Minas – MG, Brasil

E-mail: antonioREG98@gmail.com

Karem Yapuck Pereira de Almeida

Discente do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Endereço: Rua Nito de Deus Vieira, 160, apto. 402 - Bairro Caiçaras, Patos de Minas – MG, Brasil

E-mail: ka_yapuck@hotmail.com

Marcos Leandro Pereira

Mestre em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Instituição: Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM

Endereço: Rua Major Gote, 4556 – Bairro Alto dos Caiçaras, Patos de Minas – MG, Brasil

E-mail: marcoslp@unipam.edu.br

RESUMO

A expectativa de vida da população mundial tem aumentado, conseqüentemente, há mais idosos e isso eleva a prevalência de declínio cognitivo por causa da senescência. Queixas de perdas da memória na atenção primária à saúde são comuns nessa população, porém, este nível de saúde é carente de informações sobre a cognição das pessoas. Neste sentido, foram aplicados nove testes neuropsicológicos para fazer o rastreio da cognição. A amostra foi de 45 pacientes que não apresentam nenhuma comorbidade clínica previamente conhecida e não fazem uso de nenhum medicamento. Os resultados mostraram que 73,34% dos pacientes apresentavam comprometimento cognitivo leve (CCL), 13,34% normais, 6,67% demência e 6,67% declínio cognitivo subjetivo (DCS). Isso representa que é comum a apresentação de CCL nesta população, assim sendo, este rastreio é muito importante para reconhecer a prevalência da cognição na atenção primária à saúde, possibilitando a intervenção adequada para evitar o avanço do declínio subjetivo e das demências.

Palavras-chave: Rastreamento da cognição, Atenção Primária à Saúde, Demência.

ABSTRACT

The life expectancy of the global population has been increased, consequently, there are more elderly and this raises the prevalence of cognitive decline due to the senescence. Complaints of memory loss in the primary health care are common in this population, however, this level of health is needy of information about the people cognition. Therefore, nine neuropsychological tests were applied to screen cognition. The sample was 45 patients without any clinical comorbidity previously known and did not use any medicine. The outcomes showed 73,34% of the patients had mild cognitive impairment (MCI), 13,34% normals, 6,67% dementia and 6,67% subjective cognitive impairment (SCI). This represents that MCI is common in this population, therefore, this screening is rather important to recognize the cognition prevalence in primary health care, allowing the appropriate intervention to avoid the advance of the cognitive decline and the dementias.

Keywords: Cognition Screening, Primary Health Care, Dementia.

1 INTRODUÇÃO

Devido ao aumento progressivo da expectativa de vida da população em vários países do mundo, houve um crescimento significativo da proporção de indivíduos com mais de 65 anos. Esse fenômeno vem provocando tanto modificações no perfil socioeconômico, quanto no perfil da saúde pública, em função do aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas¹. Aos 30 anos nós atingimos nosso auge da cognição intelectual e se mantém estável até, aproximadamente, 50 a 60 anos. A partir daí, a cognição começa a diminuir e aos 70 anos o declínio cognitivo se acentua².

Queixas de problemas de memória são comuns entre os idosos, podendo sinalizar depressão, ansiedade ou declínio cognitivo³, além disso, tem sido uma queixa frequente entre os adultos durante as consultas médicas nas unidades básicas de saúde. Entretanto, a percepção subjetiva de perda de memória possui baixo valor preditivo para o diagnóstico de demência, uma vez que não corresponde ao comprometimento objetivo da função, geralmente refletindo o estado afetivo dos pacientes e não necessariamente o declínio cognitivo⁴.

Embora existam estudos relacionados aos transtornos amnésicos em ambulatórios de neurologia geral, pouco se tem produzido acerca das queixas amnésicas nos níveis primários de atenção em diferentes grupos populacionais. Verifica-se, ainda, que são muitos os instrumentos neuropsicológicos que podem ser utilizados na atenção primária à saúde para rastreamento de transtornos amnésicos, mas são exíguos os estudos que aplicaram testes neuropsicológicos para investigação dos transtornos amnésicos na atenção básica^{1,5,6}.

Sabe-se, por sua vez, que a atenção primária à saúde é a porta de entrada do paciente na rede de atenção à saúde, e que esta é dotada de características para acolher o paciente e procurar

atender integralmente às suas demandas de saúde. É neste cenário que se iniciam os rastreamentos para as diversas doenças que acometem o ser humano ao longo da vida, mas em decorrência das filas de espera, da grande demanda por consultas, da demora na realização de exames laboratoriais e imaginológicos, parte dessas doenças ficam negligenciadas no rastreio na atenção primária à saúde, sendo avaliadas por médicos especialistas na atenção secundária, e, na grande maioria das vezes, em condições avançadas^{7,8}.

Trata-se de tema relevante, especialmente à luz dos recentes estudos sobre declínio cognitivo subjetivo (DCS), definido por queixa de memória, mas sem déficit cognitivo objetivado à testagem neuropsicológica. Evidências coligidas na última década indicam que o DCS pode ser um estágio pré-clínico da Doença de Alzheimer (DA)⁹⁻¹², anterior ao comprometimento cognitivo leve (CCL), especialmente nos pacientes com DCS com positividade para marcadores fisiopatológicos de DA. Assim, é fundamental que se conheçam os determinantes demográficos e clínicos do DCS, visto que essa população, no futuro, pode ser alvo de estratégias de intervenção para prevenção de DA e outras demências.

A DA e as outras demências configuram, assim, um problema de saúde pública de grande vulto, não só pelo grande contingente de pessoas afetadas, mas também pelo custo envolvido na assistência a esses pacientes. Em termos de saúde pública, é importante que o diagnóstico seja feito precocemente, o que permite inserir o paciente em uma linha de cuidados especializados, o que traz tanto um potencial benefício clínico, quanto a otimização de recursos do sistema público de saúde. Para tanto, é fundamental que o diagnóstico de déficit cognitivo seja feito no estágio de CCL, quadro clínico que precede o estágio demencial de doenças neurodegenerativas, como a DA¹³.

Assim, a queixa de declínio cognitivo por parte do paciente ou do acompanhante, bem como a sua suspeita pelo profissional da saúde, deve motivar uma avaliação cognitiva e um cuidadoso seguimento. Apesar da expressiva prevalência, a questão do rastreio das demências no âmbito do sistema público de saúde não foi objeto de estudo aprofundado. Não foram encontrados estudos que tenham avaliado o custo/efetividade do rastreamento para demências em atenção primária à saúde^{14,15}, nem que tenham analisado a prevalência de demência em pacientes ambulatoriais com queixa de déficit de memória.

Desta forma, o objetivo deste trabalho concentra-se no rastreio da cognição na população acima de 50 anos, previamente hígidos, na atenção primária à saúde em Patos de Minas, MG.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo, observacional e transversal. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2019, com pacientes de ambos os gêneros que foram recrutados na UBS Padre Eustáquio em Patos de Minas, MG.

O estudo foi realizado com os pacientes que frequentam a Unidade Básica de Saúde Padre Eustáquio, localizada à Rua dos Bariris, 338, bairro Padre Eustáquio (Patos de Minas – MG). Os pacientes acima de 50 anos, previamente hígidos, que não fazem uso contínuo de medicamentos e não praticam atividade física regular foram convidados a participar do estudo, após apresentação e explicação dos procedimentos compreendidos na pesquisa. Os pacientes que concordaram com a participação assinaram o TCLE.

Os pacientes incluídos responderam inicialmente a um questionário semiestruturado, descrevendo os aspectos sociodemográficos (idade, gênero, escolaridade, estado civil, ocupação atual) e clínicos (comorbidades, uso de medicamentos, uso de álcool, tabagismo ou outras drogas, etc.). Em seguida, foram aplicados os seguintes testes neuropsicológicos: Memory Complaint Questionnaire (MAC-Q)¹⁶, Mini Exame de Estado Mental (MEEM)¹⁷, Montreal Cognitive Assessment (MoCA)¹⁸, Addenbroke's Cognitive Examination – Revised (ACE-R)¹⁹, Teste de Figuras²⁰, Teste do Desenho do Relógio²¹, Fluência Verbal Semântica Categoria Animais²², Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale [GDS])²³, Inventário de Ansiedade Geriátrica (Geriatric Anxiety Inventory [GAI])²⁴, Escala de Atividades de Vida Diária²⁵ e Atividades Instrumentais de Vida Diária²⁶.

A partir dos dados clínicos e neuropsicológicos, os pacientes foram clinicamente classificados em três categorias clínicas principais: 1) Declínio cognitivo subjetivo: MAC-Q \geq 25, sem alteração nos testes neuropsicológicos e capacidade funcional preservada; 2) Comprometimento cognitivo leve: alteração no Teste de figuras (Evocação 5') e/ou alteração em outro teste neuropsicológico (MEEM, Fluência Verbal, MoCA, Addenbrock ou Teste do Desenho do Relógio) e capacidade funcional preservada; 3) Demência: MEEM ou MoCA ou Addenbrock alterado e capacidade funcional alterada.

As variáveis qualitativas foram descritas segundo frequências e porcentagens. A normalidade das variáveis quantitativas (contínuas) será verificada com o teste de Shapiro-Wilk, após inspeção visual dos histogramas. As variáveis quantitativas gaussianas (normais) foram descritas de acordo com a média e o desvio-padrão; as variáveis quantitativas não gaussianas foram descritas segundo a mediana e os percentis. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do

Centro Universitário de Patos de Minas, sob número 2.523.161, seguindo a Resolução Ética CNS 466/12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 45 pacientes avaliados, 60% eram mulheres e 40% eram homens, com idade média 67,7 anos ($\pm 8,88$), 66,67% casados, com escolaridade média de 5,87 anos ($\pm 3,82$) e 53,34% possuíam renda de 3 a 5 salários mínimos. Na cidade de Viçosa (MG), foi realizado um estudo transversal com 74 idosos com 60 anos ou mais, sendo excluídos os idosos sem escolaridade. A média de idade dos idosos avaliados foi de 68,5 anos, a maioria era do sexo feminino, 60% eram casados e de baixo nível escolar, o que se assemelha com os resultados do presente estudo. Com o objetivo de avaliar o estado mental desses pacientes, eles também utilizaram o MEEM. Os resultados mostraram que quanto menor a escolaridade menor é o estado mental dos idosos (36,5% possuem declínio cognitivo)²⁷.

Os pacientes deste estudo apresentaram baixa escolaridade e baixa renda familiar, fatores que favorecem as mesmas condições de acesso à saúde, sendo feito primariamente pela unidade básica de saúde. Um estudo realizado na atenção primária demonstrou que de todos os pacientes da amostra que apresentavam demência, 50 a 66% destes não havia recebido o diagnóstico correto dessa patologia²⁸. Além disso, foi delimitada idade superior aos 50 anos, faixa etária a partir da qual o declínio cognitivo, em sua maioria, começa a se evidenciar, que, segundo Freitas²⁹, as queixas de declínio de memória também podem estar presentes em indivíduos mais jovens do que 60 anos.

No MEEM, o score médio foi de 24,13 pontos ($\pm 5,19$), na Evocação de 5' do Teste de Figuras a média foi de 7,07 ($\pm 2,55$), na fluência verbal semântica para animais a média foi 9,8 ($\pm 4,04$), no Teste do desenho do relógio a média foi de 2,93 pontos ($\pm 1,49$), na GDS a média foi 5,87 ($\pm 3,34$). No Inventário de Ansiedade Geriátrica a média foi de 10,73 ($\pm 6,61$), na Avaliação Cognitiva de Montreal a média de pontos foi 17,87% ($\pm 5,57$), no ACE-R, a média foi 69,53 pontos ($\pm 19,71$) e no MAC-Q, a média foi de 27,93 pontos ($\pm 4,42$). Os dados podem ser visualizados na tabela 01.

Tabela 01 – Avaliação cognitiva de pacientes hígidos na atenção primária à saúde

	MEEM	Evocação 5'	Fluência Semântica (animais)	Teste do desenho do relógio	GDS	GAI	MoCA	ACE-R	MAC-Q
Média	24,13	7,07	9,8	2,93	5,87	10,73	17,87	69,53	27,93
Mediana	25	8	9	3	6	8	19	74	28
Desvio-padrão	5,19	2,55	4,04	1,49	3,34	6,61	5,57	19,71	4,42
Mínimo	8	0	4	0	1	0	6	27	21
Máximo	30	10	17	5	13	19	24	93	35

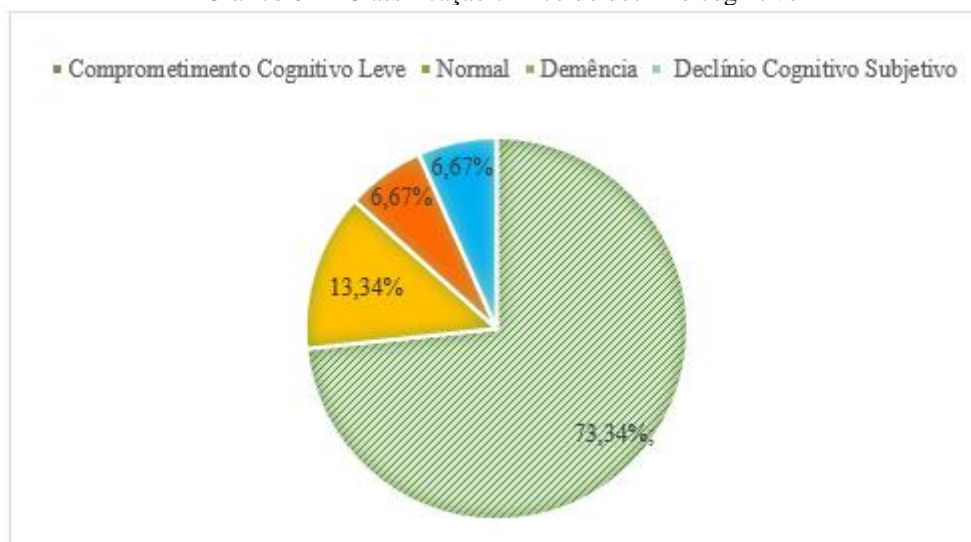
Legenda: MEEM: Mini Exame de Estado Mental; GDS: Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica); GAI: Geriatric Anxiety Inventory (Inventário de Ansiedade Geriátrica); MoCA: Montreal Cognitive Assessment; ACE-R: Addenbroke's Cognitive Examination – Revised; MAC-Q: Memory Complaint Questionnaire (Questionário de Queixas de Memórias).

Em um estudo brasileiro, com uma amostra de 93 idosos com 60 anos ou mais, foi aplicado o MEEM na atenção primária à saúde e obteve uma média de 23,5 pontos ($\pm 3,89$) no grupo controle, resultado semelhante ao obtido no presente estudo³⁰. Em 2010, Freitas³¹, realizou a aplicação do MEEM e outros testes cognitivos de rastreio cognitivo em 98 idosos com idade média de 76,9 e escolaridade média de 3,4 anos. A média do MEEM de pacientes com declínio e sem declínio cognitivo foi de 16,3 e 22,8, respectivamente.

Um estudo de coorte realizado nos estados do Brasil apresentou uma amostra de 9.085 idosos com 50 anos ou mais, sendo 53,9% do sexo feminino e que analisou a linguagem e função executiva através do teste de Fluência Verbal Semântica Categoria Animal com a média de 12,6, com a idade média de 63 anos de idade. Provavelmente, essa diferença da média desse teste pode ter ocorrido devido à média de idade ser menor do que a do presente estudo³². Em outro estudo realizado no Brasil, foi analisado 14.594 pacientes com idade entre 35 e 74 anos, com a média de 51,97 anos de idade. Também aplicaram o teste de Fluência Verbal Semântica Categoria Animal que tiveram uma variedade de médias de 12 a 21 entre os homens e 13 a 21 entre as mulheres. Apesar desse estudo abranger uma amostra com pacientes mais jovens, foi possível ressaltar que indivíduos mais velhos têm uma menor pontuação nesse teste de função executiva³³.

A partir da avaliação neuropsicológica do presente estudo, foi realizada a classificação dos pacientes conforme o nível de comprometimento da cognição, portanto, os resultados obtidos foram: 13,34% apresentaram cognição normal; 6,67% com DCS; 73,34% com CCL e 6,67% com demência. A classificação pode ser identificada no gráfico 01.

Gráfico 01 – Classificação clínico do declínio cognitivo



De acordo com a metodologia, com os testes aplicados e através dos resultados apresentados neste trabalho, podemos notar que o CCL tem grande prevalência na população acima dos 50 anos de idade sem comorbidades conhecidas na atenção primária à saúde, apresentando com aproximadamente $\frac{3}{4}$ da população estudada. Os pacientes classificados com demência e DCS apresentaram dados iguais e se somados se equiparam com as pessoas sem declínio cognitivo, consideradas normais.

Sendo assim, percebe-se que a maioria da população abordada no referido estudo é portadora de algum declínio cognitivo. Fazendo uma análise com um estudo transversal realizado na Bahia com o MEEM em 310 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, e média de 71,62 anos de idade, nota-se que a prevalência global de declínio subjetivo foi de 18,7%³⁴. Um estudo na cidade de Dourados (MS), foi avaliado 503 idosos com o MEEM e percebeu-se 42,7% deles apresentavam declínio cognitivo³⁵. Em Viçosa (MG), a prevalência de declínio cognitivo/demência em idosos foi de 26%³¹.

Na população em geral, estima-se que a CCL tem prevalência na população idosa de 15 a 20%, algo que não condiz com o presente estudo. Porém, há uma grande variedade desses resultados, uma vez que há diferentes métodos de investigação, diversos instrumentos de avaliação cognitiva e idade da população pesquisada³⁶. A incidência anual também apresenta dados discrepantes na literatura médica e pode variar de 51 a 77 por 1.000 idosos e o risco para o aumento da incidência anual de CCL são idade avançada, nível escolar e doenças cerebrovasculares³⁶.

Ciesielska³⁷, realizou uma meta-análise de 20 estudos poloneses entre 2005 e 2015 que analisaram a utilização do MEEM e do MoCA no diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) que incluíram grupos controle e grupos com o diagnóstico desta patologia. De todos

os estudos analisados, 33,8% dos pacientes apresentava essa patologia. No grupo controle, a média de idade dos pacientes foi de 69,56 anos e de escolaridade foi de 7,95 anos. No grupo com CCL, a média de idade foi de 73,58 anos e de escolaridade foi de 5,65 anos. A média do MEEM e do MoCA no grupo controle foi de 26,68 e 23,66, respectivamente. A média do MEEM e do MoCA no grupo classificado com CCL foi de 22,69 e 16,56.

Pode-se perceber que houve diferenças nos estudos prévios quando comparados a este, pois não foram aplicadas as pontuações de acordo com a adaptação brasileira. Porém é evidente que quanto maior a idade e menor a escolaridade maior será o número de pacientes diagnosticados com CCL e a quantidade dos pacientes com esta patologia se assemelhou com um estudo realizado no Brasil por Diniz³⁸, que demonstrou que, aproximadamente, a prevalência de CCL foi de 35% na população estudada. Nesse estudo, a maioria dos pacientes também eram do sexo feminino (75%), a idade média de 71, 2 anos (± 7.9 anos) e o nível educacional era de 10,5 anos de estudo ($\pm 5,9$). Nesse mesmo estudo foi evidenciado uma prevalência de, aproximadamente, 30% de Doença de Alzheimer (DA). Com o aumento da escolaridade média houve uma diminuição da CCL comparada com o presente estudo. Além disso, o aumento da idade média também houve um aumento da prevalência da DA. Porém, no presente estudo, não entramos no diagnóstico de DA, mas sim o classificamos de modo geral dentro do quadro de demência.

Em amostras internacionais, o estudo de Lavery³⁹, realizado na Pensilvânia (EUA) e que avaliou 358 indivíduos, identificou que 7,3% dos indivíduos apresentaram queixas de memória documentados em prontuários, sendo que 23,1% dos pacientes com queixas de perda de memória tinham demência. A demência foi diagnosticada em 12,4% de participantes sem queixas de perda de memória. Holzer⁴⁰ verificaram que, dos 630 indivíduos (média de idade de 74,8 anos) avaliados em Durham, na Inglaterra, 3,3% preencheram os critérios para demência e 39,2% preencheram os critérios para CCL.

Outro dado de intensa relevância adquirido no presente estudo é em relação ao quadro de demência, que significa a perda da origem orgânica, frequentemente progressiva, sobretudo da memória, mas que também compromete pensamento, julgamento e/ou a capacidade de adaptação a situações sociais⁴¹. A demência foi demonstrada nesta pesquisa como sendo o distúrbio cognitivo de menor prevalência, o que pode ser considerado como importante fator positivo levando em conta a gravidade e grau de incapacitância ocasionado pela referida comorbidade. No entanto, é importante atentar-se para o aumento da prevalência de demência no Brasil, considerada hoje a segunda maior em todo o mundo e evidenciada por um estudo realizado entre 1990 e 2016 que revelou aumento de demência em cerca de 117%⁴².

Vale ressaltar ainda que 13,34% dos pacientes entrevistados no estudo estão normais no que se refere à classificação aplicada através dos testes cognitivos. Sendo assim, é importante ter ciência de que a senescência pode acontecer sem que haja perda importante da cognição, fator crucial na qualidade de vida dos pacientes da população em geral. Porém, o estudo apresenta limitações como a não diferenciação em categorias de faixas etárias correlacionando com as variáveis de cada teste aplicado ou de cada patologia classificada, assim como os dados da escolaridade e sexo. O presente estudo avaliou em um único período de tempo, demonstrando apenas a prevalência e não a incidência de declínio cognitivo em uma pequena amostra na atenção primária à saúde. Além disso, a amostra pode apresentar pacientes com algum diagnóstico ainda não realizado ou desconhecido, possibilitando a alteração dos testes. Contudo, foram avaliados nove testes de memória validados e adaptados para a realidade brasileira e que se tornam ferramentas importantes para o diagnóstico de declínio cognitivo ou demências na atenção primária à saúde.

4 CONCLUSÃO

O rastreamento da cognição na Atenção Primária à Saúde é fundamental para a compreensão do processo de envelhecimento na comunidade. Através disso, é possível reconhecer precocemente declínios cognitivos e minimizar os impactos causados na qualidade de vida e as comorbidades associadas. Através da análise dos dados coletados, conclui-se que, dos pacientes avaliados, a maioria é do sexo feminino, de baixa escolaridade, de baixo nível socioeconômico e isso influencia na prevalência de declínio cognitivo na população. Além disso, outro dado sociodemográfico importante que interfere nos resultados do rastreamento da cognição é a idade.

O CCL parece ser uma condição comum nesta população e seu reconhecimento é de suma importância para que a melhor abordagem terapêutica seja realizada a fim de proporcionar melhora da qualidade de vida dos pacientes, propiciando, assim, que este estudo traga informações acerca da prevalência dos referidos distúrbios de cognição, permitindo que os pacientes portadores de algum grau de declínio sejam abordados da maneira mais eficiente e precoce, diminuindo, assim, as morbidades geradas em torno do déficit de memória que pode se tornar incapacitante.

REFERÊNCIAS

- ¹ Grober E, Wakefield D, Ehrlich AR, Mabile P, Lipton RB. Identifying memory impairment and early dementia in primary care. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2017 Feb 24.;6:188-195. doi:10.1016/j.dadm.2017.01.006
- ² Rodrigues, JPS. Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em idosos internados. Bragança. Dissertação [Mestrado em enfermagem de reabilitação]. Escola Superior de Saúde de Bragança; 2012. [acessado em: 23 ago 2018]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7704/1/DECL%C3%8DNIO%20FUNCIONAL%20COGNITIVO%20E%20RISCO%20DE%20QUEDAS%20EM%20DOENTES%20IDOSOS%20INTERNADOS.PDF>
- ³ Lima-Silva TB, Yassuda MS. The relation between memory complaints and age in normal aging. *Dement Neuropsychol*. 2009;3(2):94-100.
- ⁴ Charchat-Fichman H, Caramelli P, Samechima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005;27(12):79-82.
- ⁵ Chan QL, Shaik MA, Xu J, Xu X, Chen CL, Dong Y. The Combined Utility of a Brief Functional Measure and Performance-Based Screening Test for Case Finding of Cognitive Impairment in Primary Healthcare. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(4):372.e9–372.11.
- ⁶ Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, et al. Subjective memory impairment: No suitable criteria for case-finding of dementia in primary care. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2015;1(2):179-186. Published 2015 Apr 30. doi:10.1016/j.dadm.2015.02.004
- ⁷ Rosenbloom M, Borson S, Barclay T, et al. Routine cognitive screening in a neurology practice: Effect on physician behavior. *Neurol Clin Pract*. 2016;6(1):16-21. doi:10.1212/CPJ.0000000000000186
- ⁸ Elsey C, Drew P, Jones D, Blackburn D, Wakefield S, Harkness K et al. Towards diagnostic conversational profiles of patients presenting with dementia or functional memory disorders to memory clinics. *Patient Education and Counseling*. 2015 Sep 1;98(9):1071-1077. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.021>
- ⁹ Buckley RF, Maruff P, Ames D, et al. Subjective memory decline predicts greater rates of clinical progression in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2016; 12(7): 796-804. doi:10.1016/j.jalz.2015.12.013
- ¹⁰ Reisberg B, Shulman MB, Torossian C, Leng L, Zhu W. Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment. *Alzheimers Dement*. 2010;6(1):11-24. doi:10.1016/j.jalz.2009.10.002
- ¹¹ Jessen F, Amariglio RE, van Boxtel M, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2014;10(6):844-852. doi:10.1016/j.jalz.2014.01.001

- ¹² Studart Neto A, Nitrini R. Subjective cognitive decline: the first clinical manifestation of Alzheimer's disease? *Dement Neuropsychol*. 2016; 10(3):170-7.
- ¹³ Roberts R, Knopman DS. Classification and epidemiology of MCI. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(4):753-772. doi:10.1016/j.cger.2013.07.003
- ¹⁴ Petersen RC, Doody R, Kurz A, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*. 2001;58(12):1985-1992. doi:10.1001/archneur.58.12.1985
- ¹⁵ Petersen RC. Clinical practice. Mild cognitive impairment. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2227-2234. doi:10.1056/NEJMc0910237
- ¹⁶ Mattos P, Lino V, Rizo L, Alfano A, Araújo C, Raggio R. Memory complaints and test performance in healthy elderly persons. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(4):920-4.
- ¹⁷ Brucki SM.D, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. [Internet]. 2003 Sep [acessado em 18 jun 2018]; 61(3B): 777-781. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en>. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
- ¹⁸ Sarmiento, ALR. A Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) foi desenvolvida como um instrumento breve de rastreio para deficiência cognitiva leve. São Paulo. Dissertação [Mestrado ciências]. Universidade Federal de São Paulo; 2009. [acessado em: 12 ago 2018]. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/8967/Publico-00377.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ¹⁹ Carvalho, VA. Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R): adaptação transcultural, dados normativos de idosos cognitivamente saudáveis e de aplicabilidade como instrumento de avaliação cognitiva breve para participantes com doença de Alzheimer. São Paulo. Dissertação [Mestrado neurologia] - Universidade de São Paulo; 2009 [acesso em: 21 ago 2018]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-09122009-153803/publico/VIVIANEAMARALCARVALHO.pdf>
- ²⁰ Nitrini R, Lefèvre BH, Mathias SC, et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:457-465.
- ²¹ Shulman KI, Shedletsky R, Silver IL. The challenge of time: clock-drawing and cognitive function in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1986;1(2):135-40. DOI: 10.1002/gps.930010209
- ²² Yassuda MS, da Silva HS, Lima-Silva TB, Cachioni M, Falcão DVDS, Lopes A, et al. Normative data for the Brief Cognitive Screening Battery stratified by age and education. *Dement Neuropsychol* 2017;11(1):48-53.
- ²³ Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2-B): 421-426.
- ²⁴ Martiny C, Silva ACO, Nardi AE, Pachana NA. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Rev Psiq Clín*. 2011;38(1):8-12.

- ²⁵ Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. 1963;185(12):914–919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- ²⁶ Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. 1982;37(3):323-329. doi:10.1093/geronj/37.3.323
- ²⁷ Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):109-21.
- ²⁸ Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003;138(11):927-937. doi:10.7326/0003-4819-138-11-200306030-00015
- ²⁹ Freitas, EV, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- ³⁰ Yokomizo JE, Seeher K, Oliveira GM, de, Silva L, dos SV, Saran L, Brodaty H, et al. Cognitive screening test in primary care: cut points for low education. *Rev Saúde Pública*. (2018) 52:88. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000462
- ³¹ Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, Tavares A. Autopercepção de saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiq Clin* 2010; 37: 32-5.
- ³² Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Bof de Andrade F, Souza-Junior PRB, Ferri CP. Função cognitiva entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2018; 52 Suppl 2:4s. [acessado em 18 abr 2019] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300507&lng=en>. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000629>.
- ³³ de Azeredo Passos VM, Giatti L, Bensenor I, Tiemeier H, Ikram MA, de Figueiredo RC, et al. Education plays a greater role than age in cognitive test performance among participants of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *BMC Neurol* 2015; 15:191, doi: 10.1186/s12883-015-0454-6.
- ³⁴ Nascimento RAS, Batista RTS, Rocha SV, Vasconcelos LRC. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(3):187-92.
- ³⁵ Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):358-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300007>

- ³⁶ Radanovic M, Stella F, Forlenza O. Comprometimento cognitivo leve. *Rev. Med. (São Paulo)* [Internet]. 21dez.2015 [citado 10 mai 2019];94(3):162-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108747>
- ³⁷ Ciesielska N, Sokołowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kędziora-Kornatowska K. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(5):1039-1052. doi:10.12740/PP/45368
- ³⁸ Diniz BS, Nunes PV, Yassuda MS, Pereira FS, Flaks MK, Viola LF, et al. Mild cognitive impairment: cognitive screening or neuropsychological assessment? *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):316-21.
- ³⁹ Lavery LL, Lu SY, Chang CC, Saxton J, Ganguli M. Cognitive assessment of older primary care patients with and without memory complaints. *J Gen Intern Med.* 2007;22(7):949-954. doi:10.1007/s11606-007-0198-0
- ⁴⁰ Holzer S, Warner JP, Iliffe S. Diagnosis and management of the patient with suspected dementia in primary care. *Drugs Aging.* 2013 Sep;30(9):667-76. doi: 10.1007/s40266-013-0098-4.
- ⁴¹ Schlindwein-Zanini R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurocienc.* 2010;18(2):220-226.
- ⁴² GBD 2016 Dementia Collaborators. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. 2019. *Lancet Neurol.*, 18 (1): 88-106.