

ESTRATÉGIA PARA RASTREAMENTO PRECOCE DE DEMÊNCIA: INTERAÇÃO ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E SEUS FAMILIARES

STRATEGY FOR EARLY DEMENTIA SCREENING: INTERACTION BETWEEN MEDICAL STUDENTS AND THEIR FAMILY MEMBERS

Maria Cecília Santos Cavalcanti Melo¹, Alzeny Maria Ribeiro Ferrari², Melissa Costa Aguiar Rodrigues², Guilherme Bezerra de Brito², Bruno Lucena de Lima², Carlos Teixeira Brandt³

¹ MD, PhD em Cirurgia. Profa da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO). ² Psicóloga clínica. Profa da FMO. ³ Acadêmico da FMO. ⁴MD, PhD em Ciências da Saúde. Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão da FMO.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a abordagem de alunos de medicina entre seus familiares para detecção precoce de demência. **Métodos:** Estudo analítico e observacional. A amostra foi de conveniência e envolveu 41 familiares. Foi utilizado o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Os parâmetros das variáveis quantitativas foram expressos por suas médias, desvios-padrão e medianas. Os parâmetros das variáveis qualitativas foram expressos por suas frequências. Teste exato de Fisher foi utilizado entre as frequências dos níveis de escolaridade e o escore do MEEM. Para rejeição da hipótese de nulidade, foi considerado $p \leq 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos. **Resultados:** A média das idades foi de $67,7 \pm 7,2$ anos. O tempo de escolaridade foi categorizado em 4 (9,7%) com < 8 anos, 9 (22 %) com > 8 e < 11 anos e 28 (68,3 %) com > 11 anos. Entre os participantes com nível de escolaridade < 8 anos, o escore de MEEM foi normal em três 3 casos (75 %) e diminuído em 1 caso (25%); entre os com nível de escolaridade entre > 8 e < 11 anos, 4 foram normais (44,4 %) e diminuído em 5 (55,6%); entre os com o nível de escolaridade > 11 anos, 20 (71,4 %) foram normais e 8 (28,6%) foram diminuídos. Para o tamanho amostral, não foi observada associação entre níveis elevados de educação (> 11 anos) e níveis inferiores de escolaridade ($p = 0,3072$). **Conclusões:** A estratégia da abordagem de alunos de medicina no rastreamento de demência entre familiares necessita ser mais estimulada, podendo levar a maior interação social e familiar no ambiente em que vivem.

Palavras-chave: Demência; Relações familiares; Estudantes de medicina; Miniexame do Estado Mental

ABSTRACT

Objective: To evaluate the approach of medical students to dementia screening among family members. **Methods:** This analytical and observational study included a convenience sample of 41 family members. The Mini-Mental State Examination (MMSE) was used. Quantitative variables were expressed as means, standard deviations, and medians, whereas qualitative variables were expressed as relative and absolute frequencies. Fisher's exact test compared education levels and MMSE scores. Statistical significance was set at $p \leq 0.05$. The human research ethics committee approved the project. **Results:** Mean age was 67.7 ± 7.2 years. Education was categorized as: less than 8 years (9.7%), 8 to 11 years (22%), and more than 11 years (68.3%). Among participants with less than 8 years of education, MMSE scores were normal in three cases (75%) and decreased in one case (25%). Among those with 8 to 11 years of education, four had normal scores (44.4%) and five had decreased scores (55.6%). Among those with more than 11 years of education, 20 (71.4%) had normal scores and eight (28.6%) had decreased scores. No association was observed between education level and MMSE performance ($p = 0.307$). **Conclusions:** The involvement of medical students in family dementia screening requires further encouragement and may enhance social and family interactions in their living environment.

Keywords: Dementia. Family relations. Medical students. Mini-Mental Status Examination.

INTRODUÇÃO

O reconhecimento dos acometimentos de memória, associados ou não a outras disfunções do construto cognitivo, é um desafio tanto atual quanto das gerações vindouras pela alta expectativa de vida da população mundial¹⁻⁵.

A dificuldade na detecção precoce de demência persiste como grave problema de saúde e é subnotificada até em países desenvolvidos^{2,3}. A racionalidade para rastrear indivíduos assintomáticos tem sido motivo de importantes discussões, permanecendo a carência de efetivas ações para minimização do problema⁴⁻⁶.

Há diversos fatores implicados na falta de reconhecimento dos sinais e sintomas de demência, entre eles: a falta de entendimento da doença pelo próprio paciente e familiares, o estigma cultural e a falta de atuação preventiva dos profissionais de saúde⁷.

Oportunidades para o envolvimento de pessoas com maior grau de intimidade podem contribuir para a redução de estigmas que envolvem pessoas com fatores preditores para demência. Entretanto, a realização de estudos no Brasil ainda é escassa⁸⁻¹⁰.

O objetivo deste estudo consistiu na avaliação, por parte de alunos de medicina, de seus familiares para detectar precocemente a condição de demência.

MÉTODOS

O estudo clínico, descritivo e observacional

foi desenvolvido na Faculdade de Medicina de Olinda (FMO). Foi incluída amostra de conveniência de 41 familiares de 400 graduandos de medicina da FMO. Foram excluídos os familiares que já tinham o diagnóstico de demência estabelecido.

Foram utilizados instrumentos de coleta de dados clínicos (história de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, depressão, traumas cranianos com perda da consciência e dislipidemias) e observados o estilo de vida (atividades físicas e cognitivas, engajamento social, ingestão de peixe, consumo de álcool ou tabaco e exposições à pesticidas) e o nível de escolaridade (sem escolaridade, até 8 anos de escolaridade e > 8,1 anos), segundo o índice de risco para doença de Alzheimer da Universidade Nacional da Austrália¹¹. Foi aplicado o Miniexame do Estado Mental (MEEM)^{1,8,12} para detecção das condições intelectuais dos pais ou responsáveis participantes (Figura 1). O escore do MEEM, considerando a escolaridade dos participantes, teve o ponto de corte de 20 para analfabetos, 25 para < 8 anos, 26 entre 8 e 11 anos e 29 para > 11 anos¹³.

As variáveis quantitativas foram expressas por médias e desvio-padrão e foi usada a mediana com grau de dispersão alto. As variáveis qualitativas foram expressas por suas frequências absolutas e relativas. Foram usados testes não paramétricos para as variáveis que não passaram no teste de normalidade. O teste do qui-quadrado foi empregado para avaliar possíveis diferenças entre frequências. O nível de rejeição estabelecido para a hipótese de nulidade foi de $p < 0,05$.

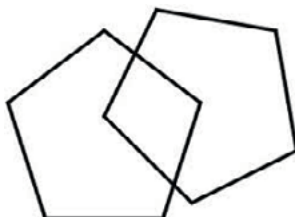
QUESTIONÁRIO

Índice de Risco da Doença de Alzheimer com Minimental State Examination-MMSE (Índice de Risco da Doença de Alzheimer- Universidade Nacional da Austrália)

- **Idade e sexo:** () Masculino () Feminino Idade (anos):
- **Educação (número de anos):** () > 11 anos () 8 a 11 anos () < 8 anos () Sem escolaridade
- **IMC:** Altura: Peso:
- **Colesterol elevado:** () Sim () Não
- **Diabetes (história de diabetes e medicação):** - Diabetes: () Sim () Não
- Medicamentos: () Sim () Não Qual? Dose:
- **TC (histórico de traumatismo craniano com perda de consciência):**
- Traumatismo craniano: () Sim () Não Perda de consciência: () Sim () Não
- **Atividade física:** () Leve (andar 2x/sem) () Moderada (3x/sem) () Vigorosa (5x/sem)
- **Atividades cognitivas (estudo, leitura, palavra-cruzada etc):** () Leve () Moderada () Vigorosa
- **Engajamento social (ações e/ou atividades solidárias):**
() Baixo () Baixo a moderado () Moderado a alto () Alto
- **Ingestão de peixe:**
() Baixa (1x/sem) () Baixa a moderada (2X/sem) () Moderada a alta (3x/ sem) () Alta (> 4x/sem)
- **Consumo de álcool:** () Sem consumo () Leve (1x/sem) () Moderado (3x/sem) () Alto (> 4x/sem)
- **Fumar:** () Fuma atualmente () Fumou no passado () Nunca fumou
- **Exposição a pesticidas:** () Sim () Não
- **Sexualidade:** Para você, de verdade, carinho é: () Dispensável () Indispensável
- Desejo de relação sexual () Presente () Ausente
- Sexo é: () Dispensável () Indispensável
- **Lembranças:**
 1. Esquecem nomes, lugares: () Nunca () Às vezes () Sempre
 2. Não recorda onde deixa as coisas: () Nunca () Às vezes () Sempre
 3. Contando fatos, se interrompido, não consegue voltar ao ponto de partida: () Nunca () Às vezes () Sempre

Minimental- MMSE pontuação

1. Qual é o ano? Estação? Data? **5**
2. Onde estamos: Estado? País? Cidade? Bairro? Andar? **5**
3. Nomeie três objetos e diga na sequência escolhida: (pedir para repetir 5 vezes)
pontuar o número de erros até aprender as três palavras: **3**
4. Subtraia 7 de 100 (93); menos 7 (86); menos 7 (79); menos 7 (72); menos 7 (65)
pontuar o número de erros: **5**
- Alternativa: solete de trás para frente “**MUNDO**” **5**
5. Nomeie os três objetos da pergunta 3 **3**
6. Mostre dois objetos em sequência livre e peça para nomear. Pontue erros: **2**
7. Repita: “**Nem aqui, nem ali, nem lá**”. Pontue os erros: **1**
8. Obedeça a instrução: pegue um papel com a mão direita, dobre ao meio com as duas mãos e coloque no chão. Pontue se conseguiu ou não toda a sequência: **3**
9. Leia e obedeça: Feche os olhos **1**
10. Escreva uma frase **1**
11. Copie o desenho **1**



O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FMO, sob o n.º 2.722.845.

RESULTADOS

Foram entrevistados 41 familiares dos estudantes da FMO, sendo 26 (63,4 %) mulheres. A média das idades foi de $67,7 \pm 7,2$ anos. A mediana foi 66 anos, com idade mínima de 59 anos e máxima de 84 anos. A variável não passou no teste da normalidade.

O tempo de escolaridade foi categorizado em três níveis: 4 (9,7%) < 8 anos, 9 (22 %) > 8 e < 11 anos e 28 (68,3 %) > 11 anos. A média das alturas foi de $1,64 \pm 0,07$ metros. A mediana das alturas foi de 1,63 metros, com valor mínimo de 1,52 e máximo de 1,80. A altura passou no teste da normalidade.

A média dos pesos foi de $75,0 \pm 13,8$ kg. A mediana dos pesos foi de 77,0 kg, com valor mínimo de 47,0 kg e máximo de 100,0 kg. O conjunto numérico passou no teste da normalidade.

A frequência de níveis elevados de colesterol foi 21 (48,8%); da presença de diabetes foi de 14 (34,1%); e da utilização de medicação para controle de hipertensão arterial sistêmica e diabetes foi de 18 (43,9 %).

A história de traumatismo craniano aconteceu em três (7,3%), dentre os quais dois (66,6%) estavam associados à perda da consciência. As frequências de realização de atividades físicas nas categorias leve, moderada ou vigorosa ocorreram em 18 (43,9%), 15 (36,6%) e 8 (19,5%) casos, respectivamente. Já as frequências de atividades cognitivas foram 13 (31,7 %) para leve, 11 (26,8 %) para moderada e 17 (19,5 %) para vigorosa.

Sobre o engajamento social, 15 participantes (36,6%) tiveram nível baixo; 10 (24,4%), baixo a moderado; 11 (26,8 %) moderado a alto; e 5 (12,2%), alto.

A ingestão de peixe foi respondida como baixa em 29 casos (70,7 %), baixa a moderada em 6 (14,6 %), moderada a alta em 4 (9,8%) e alta em 2 (4,9%). Dos participantes, 26 (63,4%) não consumiam bebida alcoólica, 12 (29,3%) tinham consumo leve e 3 (7,3%) tinham consumo moderado. Quanto à história de tabagismo, 23 (53,0%) nunca fumaram, 3 (7,3 %) ainda fumavam e 15 (36,6%) possuíam hábito progressivo. A exposição à pesticida foi afirmativa em 9 (30,0%) dos participantes. Sobre afetividade, cari-

nho foi apontado como indispensável para 9 participantes (95,1%), e atividade sexual para 18 (44,0%) deles. Em relação ao desejo sexual, 22 (56,0 %) dos entrevistados manifestaram senti-lo.

No que diz respeito à ocorrência de esquecimento quanto à definição de nomes e lugares, 34 (83,0%) responderam com “às vezes”, 5 (12,2%) com “nunca” e 2 (4,9%) com “sempre”. Referente ao esquecimento sobre onde deixam objetos, 28 (68,3%) afirmaram “às vezes”; 9 (22%), “nunca”; e 4 (9,8%), “sempre”. Quanto à capacidade de retorno ao início de uma história contada quando interrompida, 17 (41,5%) pessoas responderam com “às vezes”, 22 (53,7%) com “nunca” e 2 (4,9 %) com “sempre”.

Entre os participantes com nível de escolaridade < 8 anos, o escore de MEEM foi normal em 3 casos (75,0%), alterado em 1 caso (25,0%); entre os que possuíam nível de escolaridade > 8 e < 11 anos, 4 foram normais (44,4 %), alterado em 5 (55,6%); entre aqueles com nível de escolaridade > 11 anos, 20 (71,4 %) foram normais e 8 (28,6%) foram alterados.

DISCUSSÃO

A elaboração de ações seguindo protocolo de orientação de condutas e mudanças de hábitos orientadas pelos graduandos deve fazer parte da formação acadêmica desde o início de suas atividades bem como o encaminhamento para avaliação com especialista, que podem acontecer antes mesmo que os sinais e sintomas de demência estejam presentes¹³. No estudo, os graduandos revelaram que, ao abordarem os colegas, observaram interesse quanto ao prosseguimento da estratégia de rastreamento em cerca de 10% dos estudantes. Isso pode ocorrer devido a uma barreira cultural na relação entre alunos estudantes de medicina e seus familiares, falta de tempo disponível para essa investigação por questões pessoais e temor de descoberta da doença.

Alguns familiares abordados recusaram-se a participar, pois temeram a possibilidade de obterem resultados de risco para demência. Tal conjuntura pode representar dificuldades de interações familiares no enfrentamento perante eventos indesejáveis ou pouca valorização cultural da medicina de prevenção.

O índice de risco para doença de Alzheimer associado ao MEEM apresentou cerca de 50,0% dos entrevistados com hipercolesterolemia, 70,0 % com

baixa ingestão de peixe e 36,6 % com baixo engajamento social, fatores associados ao maior risco de demência.

Como limitações dessa investigação, destacam-se a não associação de elevados níveis de escolaridade e baixos escores do MEEM, possivelmente devido ao tamanho amostral reduzido.

REFERÊNCIAS

1. Parra MA, Baez S, Allegri R, Nitrini R, Lopera F, Slachevsky A, Custodio N, Lira D, Piguet O, Kumfor F, Huepe D, Cogram P, Bak T, Manes F, Ibanez A. Dementia in Latin America: Assessing the present and envisioning the future. *Neurology*. 2018;90(5):222-31.
2. Lee L, Weston WW, Hillier LM. Education to Improve Dementia Care: Impact of a Structured Clinical Reasoning Approach. *Fam Med*. 2018; 50(3):195-203.
3. Huang SW, Chi WC, Yen CF, Chang KH, Liao HF, Escorpizo R, Chang FH, Liou TH. Does more education mean less disability in people with dementia? A large cross-sectional study in Taiwan. *Bmj Open* 2017. 4;7(4):e013841.
4. American Academy of Neurology (AAN). Practice parameter: Early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the AAN. *Neurology* 2003;56(9):1133-42. 2.
5. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto (ON): Registered RNAO. 2003.
6. United States Preventive Task Force (USPSTF). Screening for dementia: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2003;138 (11): 925-6.
7. Taghizadeh Larsson A, Österholm. How are decisions on care services for people with dementia made and experienced? A systematic review and qualitative synthesis of recent empirical findings. *Int Psychogeriatr*. 2014; 26(11):1849-62.
8. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (12) : 3865-76.
9. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Cienc Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2949-56.
10. Boff MS, Felipe Seiti Sekyia FS, Bottino CMC. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. *Rev de Medicina*. 2015 ; 94 (3).doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p154-161.
11. Anstey KJ, Cherbuin N , Herath PM , Qiu C , Kuller LH, Lopez OL , Wilson RS, Fratiglioni L. A self-report risk index to predict occurrence of dementia in three independent cohorts of older adults: The ANU-ADRI. *Plos One*. 2014 ; 23;9(1):e86141.
12. Virtanen M, Singh-Manoux A, Batty GD, Ebmeier KP, Jokela M, Harmer CJ, Kivimäki M. The level of cognitive function and recognition of emotions in older adults. *Plos One*. 2017;12(10):e0185513.
13. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2005; 63(3a): 720-27.