PREVALÊNCIA DO DÉFICE COGNITIVO LIGEIRO NOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT PREVALENCE IN ELDERLY OF A PRIMARY HEALTH CARE UNIT

Autores:
Pedro Sousa[1], Joana M. Ferreira[1], Márcia C. Sá[2]

RESUMO

Introdução:
Introdução: O défice cognitivo ligeiro (DCL) estabelece a ponte entre as alterações cognitivas associadas à idade e a demência. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de DCL nos idosos de uma Unidade de Saúde Familiar (USF), estudar a sua associação com fatores sociodemográficos, de ocupação de tempos livres e caracterizar a população quanto a sintomas depressivos e independência funcional.
Métodos: Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico realizado com base numa amostra aleatorizada de 182 idosos inscritos numa USF. Aplicou-se um questionário de dados sociodemográficos e ocupação tempos livres, o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), a escala de *Lawton & Brody* e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Foi ainda questionada a noção subjetiva de declínio cognitivo. A análise dos dados foi realizada com o programa informático IBM SPSS 24® e definido um nível de significância estatístico de 0,05.
Resultados: A prevalência estimada de DCL foi de 29,1%. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o desempenho no MoCA e as variáveis idade, escolaridade, profissão, frequência habitual de leitura, leitura de jornais e de livros, realização de passatempos e a prática de hidroginástica. Na amostra, 18,1% dos idosos apresentavam sintomas depressivos e 70,3% eram independentes.
Discussão/Conclusão: O DCL apresenta uma prevalência elevada na população idosa de uma área predominantemente urbana. A associação estatisticamente significativa com a prática de hidroginástica, leitura de jornais e livros e realização de passatempos poderá servir como base para projetos de intervenção que pretendam estudar o impacto de medidas não farmacológicas no desenvolvimento e evolução do DCL.

Palavras-chave: défice cognitivo ligeiro; idoso; cuidados de saúde primários; prevalência
Keywords: cognitive dysfunction; aged; primary health care; prevalence

INTRODUÇÃO

Definir défice cognitivo ligeiro (DCL) tem sido difícil, mas entende-se como a ponte entre as alterações cognitivas associadas à idade e a demência.[1,2] O DCL surge, na classificação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), como perturbação neurocognitiva ligeira.[1,3] Segundo o DSM-5, o DCL é definido como um declínio cognitivo ligeiro em relação ao nível prévio de desempenho, com preocupação pelo indivíduo, uma pessoa próxima ou o médico, e que é documentado por um teste neuropsicológico padronizado ou outra avaliação quantificada. O DCL não interfere na capacidade de ser independente nas atividades quotidianas, não ocorre exclusivamente no contexto de *delirium* e não é melhor explicado por outro distúrbio mental (por exemplo, depressão major ou esquizofrenia).[3]

O diagnóstico definitivo de DCL implica a elaboração de uma história clínica cuidada e, por vezes, a realização de exames auxiliares de diagnóstico (EAD) que permitem a exclusão de outros diagnósticos diferenciais. A avaliação neuropsicológica é importante para definir o diagnóstico com exatidão, no entanto, o médico de família (MF) pode aplicar alguns testes de rastreio como o Exame Breve do Estado Mental (MMSE – *Mini Mental State Examination*), o MoCA (*Montreal Cognitive Assesment*)[1] ou o teste do desenho do relógio (TDR).[4]

O MMSE é o instrumento de rastreio cognitivo mais utilizado, mas tem muitas limitações, incluindo baixa sensibilidade a estadios de défice cognitivo mais precoces.[5] O MoCA é eficaz na deteção das alterações cognitivas, mesmo que ligeiras,[5] ou com MMSE normal[6] e, ainda, distingue alterações devidas ao envelhecimento de défices patológicos.[5] O MoCA já se encontra traduzido e validado para a população portuguesa[7-9] e estão disponíveis duas versões alternativas[10] para reduzir os efeitos de aprendizagem da administração repetida da prova.[5] O TDR é

1. Médico Interno de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Saúde em Família, ACES Grande Porto III - Maia/Valongo
2. Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Saúde em Família, ACeS Grande Porto III - Maia/Valongo

especialmente sensível ao défice multidomínios e nos estadios precoces do DCL.[4,11] A Norma da Direção-Geral da Saúde nº 053/2011 recomenda a utilização do MoCA para a avaliação cognitiva, afirmando que o MMSE é um bom instrumento para deteção de demência, mas que não está alterado nas fases iniciais de declínio cognitivo, como o DCL.[12]

A taxa de conversão anual de DCL para demência é de 12%, muito superior à encontrada na população cognitivamente normal, de cerca de 1% a 2%.[13] Em 2015, viviam aproximadamente 46,8 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e estima-se que esse número possa atingir os 131,5 milhões em 2050.[14]

Os dados epidemiológicos sobre DCL são escassos em Portugal. O único estudo epidemiológico encontrado na literatura foi efetuado no período pré-crise económica global iniciada em 2007, cujas consequências incluem um impacto negativo na saúde mental das populações afetadas.[15] *Nunes et al* (2010) estimou a prevalência de demência e de "perturbação cognitiva não demência" numa população do distrito de Aveiro, com idades compreendidas entre os 55-79 anos, utilizando o MMSE como teste de rastreio, obtendo prevalências de respetivamente 2,7% e 12,3%.[16]

Na prática clínica, o MF depara-se, diariamente, com queixas cognitivas do idoso. É fundamental que este médico, que conhece de perto e de forma continuada os seus utentes, esteja atento ao DCL para o conseguir identificar e orientar. O conhecimento da epidemiologia atual do DCL, em Portugal, tem também um papel importante para o planeamento de estratégias no âmbito de Saúde Pública.

O objetivo principal deste estudo foi estimar a prevalência atual do DCL nos idosos inscritos na USF em estudo, utilizando como teste de rastreio o MoCA. Secundariamente, pretendeu-se caracterizar a população quanto a fatores sociodemográficos (idade, sexo, agregado familiar, escolaridade e profissão prévia) e ocupação de tempos livres, analisando a sua relação com o DCL, bem como caracterizar a população quanto à sintomatologia depressiva e independência funcional.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico a partir de uma amostra aleatorizada da população idosa (com 65 ou mais anos de idade), com inscrição ativa numa USF, cuja área de influência engloba três freguesias urbanas e uma única freguesia rural que representa apenas 4% da população total da área de influência da USF.[17]

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se o total de utentes idosos inscritos a 01/10/2017 (2962 idosos) e assumiu-se a prevalência de DCL estimada para a população idosa portuguesa de 14,8%.[16] O tamanho amostral foi calculado no programa *Epi Info 7®*, considerando um nível de confiança de 95% e um erro de precisão de 5%. Este cálculo determinou uma amostra de 182 participantes para ser representativa da população de idosos da USF em estudo.

A listagem dos utentes idosos foi obtida do Sistema de Informação para Unidades de Saúde e no programa *Random®* foi extraída uma lista ordenada aleatoriamente para se obter uma amostra aleatória simples. Os contactos telefónicos foram obtidos do Registo Nacional de Utentes e os utentes foram convidados a comparecer na USF para a entrevista por essa ordem, até ser atingido o tamanho amostral pretendido.

Os critérios de exclusão foram: pessoas acamadas, por dificuldades de deslocação à USF; pessoas analfabetas, com défices visuais ou auditivos severos, por impossibilidade de aplicação dos testes e pessoas com doença aguda ou submetidas a cirurgia nos últimos 30 dias, pelo risco de perturbar a avaliação do participante. Todos os participantes assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido.

A recolha de dados foi feita através da entrevista presencial na USF, com duração de aproximadamente 30 minutos, com cada participante e, sempre que possível, o respetivo acompanhante. A cada utente foi aplicado um questionário destinado à colheita de dados sociodemográficos e hábitos de vida. A recolha da profissão do utente foi codificada pela Classificação Portuguesa das Profissões – 2010. Foram aplicados o MoCA (versão sete),[7-9] a escala de *Lawton & Brody* (L&B) (versão de Sequeira) e a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (versão de 15 perguntas),[18] todas validadas para a população portuguesa.

O MoCA pontua entre zero e 30 e os pontos de corte aplicados foram para a demência de zero a 16 pontos, DCL de 17 a 21, sendo normal acima de 21.[5] A escala L&B avalia oito domínios das atividades instrumentais de vida diária (cuidar da casa, lavar a roupa, preparar comida, ir às compras, usar o telefone, usar transportes, usar dinheiro e responsabilidade pelos medicamentos) e varia entre oito e 30 pontos: o utente é considerado independente se pontuar oito; moderadamente dependente se pontuar de nove a 20 e severamente dependente acima de 20.[18] A EDG faz o rastreio de depressão em 15 perguntas, sendo indicativa de perturbação depressiva se o participante pontuar entre seis a 15.[19]

Foi ainda questionado a cada participante e respetivo acompanhante, sempre que presente, se consideravam que o entrevistado tinha algum défice cognitivo. Note-se que o acompanhante na entrevista nem sempre correspondeu à pessoa que melhor conhecia o participante, podendo ser apenas um familiar ou conhecido que ajudou na deslocação à USF.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa folha de cálculo do programa *Microsoft Excel* 2010® aquando da entrevista e cada utente foi identificado por um número sequencial, de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade. No final da entrevista, foi entregue ao utente um documento com os seus resultados nas três escalas, caso pretendesse mostrar posteriormente ao seu MF. Em nenhum momento houve qualquer tipo de contacto relacionado com a investigação entre os investigadores e os MF dos utentes.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa informático IBM SPSS 24®, sendo as variáveis categóricas apresentadas em número absoluto e percentagem e as variáveis numéricas em média e desvio-padrão. A análise bivariada foi efetuada com base nos testes estatísticos ANOVA para comparação de variáveis contínuas e *qui-quadrado* para comparação de variáveis categóricas. Foi definido um nível de significância de 0,05.

Este estudo foi conduzido de acordo com as boas práticas e regras da Declaração de Helsínquia. O protocolo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional do Norte, bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde onde decorreu o estudo.

RESULTADOS

A amostra foi obtida de acordo com a figura 1.

O quadro I e II apresentam a caracterização da amostra nas variáveis categóricas analisadas, subdividindo-a em três grupos, de acordo com a pontuação obtida no MoCA (normal, DCL e demência), e analisando a média e desvio-padrão da pontuação do MoCA para cada categoria de cada variável. São apresentados os valores de *p* que reportam à associação entre as categorias do MoCA e as restantes variáveis e, ainda, à associação entre a média da pontuação do MoCA e as restantes variáveis.

A prevalência estimada de DCL foi de 29,1%, com intervalo de confiança (IC) 95% de 22,5 a 35,7%.

A avaliação da independência pela escala L&B revelou 128 (70,3%) participantes independentes, 49 (26,9%) moderadamente dependentes e cinco (2,7%) severamente dependentes.

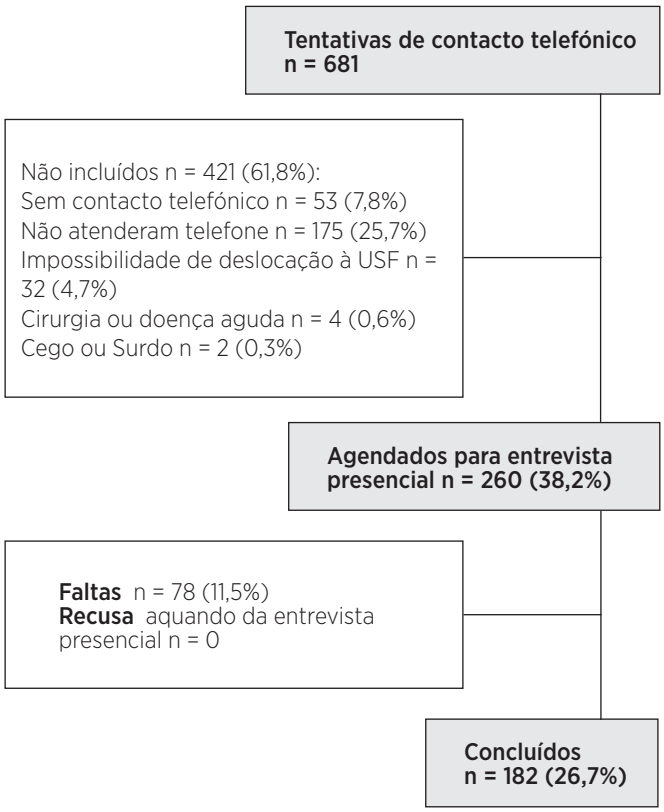

Figura 1. Processo de recrutamento da amostra.
Legenda: n - números de casos; USF - Unidade de Saúde Familiar.

Dos participantes, 34 (18,1%) pontuaram para depressão na EDG e 104 (57,1%) responderam afirmativamente quando inquiridos acerca da perceção de alterações cognitivas (o próprio e/ou acompanhante). Não houve diferença estatisticamente significativa nos utentes que reportaram alterações cognitivas, avaliando o MoCA por categorias ou por pontuações. As pontuações médias nas escalas de avaliação foram de 9,4 ± 3,3 [8-28] na escala L&B e de 3,3 ± 2,9 [0-12] na EDG.

A idade média dos participantes no estudo foi 74,6 ± 6,1 anos, variando entre 65 e 91. Nos doentes com pontuação MoCA normal a média de idade foi 73,7 ± 6,0 anos, no grupo com MoCA compatível com DCL foi 74,5 ± 5,6 anos e nos doentes com resultado compatível para demência foi 76,8 ± 6,5 anos, sendo estas diferenças estatisticamente significativas (p = 0,038). Foi também encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a idade e a pontuação do MoCA, com um coeficiente de correlação de *Pearson* de - 22,1% (p = 0,003).

O número de pessoas no agregado familiar foi em média 2,1 ± 0,9, variando entre um e sete. Não houve associação com a média da pontuação no MoCA, nem analisando por categorias do MoCA.

DISCUSSÃO

Este estudo atingiu uma taxa de não inclusão de participantes superior ao esperado (61,8%), se

Quadro I. Caracterização da amostra quanto às variáveis, por categoria e pontuação do MoCA.

		Total	Categorias do MoCA										Pontuação do MoCA	
			Normal			DCL			Demência					
		N	Casos	Prev	IC95%	Casos	Prev	IC95%	Casos	Prev	IC95%	*p*	Média ± *DP*	*p*
Total		**182**	**92**	**50,5**	**43,3-57,8**	**53**	**29,1**	**22,5-35,7**	**37**	**20,3**	**14,5-26,2**		**20,8 ± 4,8**	
Sexo	**Feminino**	113	54	47,8	40,5-55,0	33	29,2	22,6-35,8	26	23,0	16,9-29,1	0,47	20,4 ± 4,6	0,15
	Masculino	69	38	55,1	47,8-62,3	20	29,0	22,4-35,6	11	15,9	10,6-21,3		21,5 ± 5,1	
Tipo de família	**Alargada**	19	9	47,4	40,1-54,6	6	31,6	24,8-38,3	4	21,1	15,1-27,0	0,97	20,8 ± 4,9	0,60
	Monoparental	12	7	58,3	51,2-65,5	2	16,7	11,3-22,1	3	25,0	18,7-31,3		21,0 ± 4,0	
	Nuclear	124	65	52,4	45,2-59,7	36	29,0	22,4-35,6	23	18,5	12,9-24,2		21,1 ± 5,0	
	Outra	3	1	33,3	26,5-40,2	1	33,3	26,5-40,2	1	33,3	26,5-40,2		20,0 ± 3,6	
	Reconstruída	2	1	50,0	42,7-57,3	1	50,0	42,7-57,3	0	-	-		22,5 ± 2,1	
	Unitária	22	9	40,9	33,8-48,1	7	31,8	25,1-38,6	6	27,3	20,8-33,7		19,1 ± 4,3	
Estado civil	**Casado**	126	65	51,6	44,3-58,8	38	30,2	23,5-36,8	23	18,3	12,6-23,9	0,74	21,1 ± 4,9	0,52
	Divorciado	10	4	40,0	32,9-47,1	3	30,0	23,3-36,7	3	30,0	23,3-36,7		19,5 ± 4,4	
	Solteiro	4	2	50,0	42,7-57,3	2	50,0	42,7-57,3	0	-	-		21,8 ± 3,3	
	Viúvo	42	21	50,0	42,7-57,3	10	23,8	17,6-30,0	11	26,2	19,8-32,6		20,1 ± 4,8	
Profissão*	**Grupo 0**	1	0	-	-	0	-	-	1	-	-	0,03	14	0,001
	Grupo 1	1	1	-	-	0	-	-	0	-	-		26	
	Grupo 2	12	10	83,3	77,9-88,7	2	16,7	11,3-22,1	0	-	-		24,2 ± 2,6	
	Grupo 3	16	11	68,8	62,0-75,5	3	18,8	13,1-24,4	2	12,5	7,7-17,3		22,6 ± 4,9	
	Grupo 4	20	14	70,0	63,3-76,7	2	10,0	5,6-14,4	4	20,0	14,2-25,8		23,2 ± 5,3	
	Grupo 5	24	13	54,2	46,9-61,4	9	37,5	30,5-44,5	2	8,3	4,3-12,3		21,5 ± 3,9	
	Grupo 6	1	1	-	-	0	-	-	0	-	-		23	
	Grupo 7	40	19	47,5	40,2-54,8	12	30,0	23,3-36,7	9	22,5	16,4-28,6		20,3 ± 4,6	
	Grupo 8	33	13	39,4	32,3-46,5	14	42,4	35,2-49,6	6	18,2	12,6-23,8		20,0 ± 4,6	
	Grupo 9	34	10	29,4	22,8-36,0	11	32,4	25,6-39,1	13	38,2	31,2-45,3		18,4 ± 4,8	
Escolaridade	**< 4 anos**	25	3	12,0	7,3-16,7	9	36,0	29,0-43,0	13	52,0	44,7-59,3	< 0,001	16,8 ± 3,8	< 0,001
	1º ciclo	101	45	44,6	37,3-51,8	34	33,7	26,8-40,5	22	21,8	15,8-27,8		20,1 ± 4,6	
	2º ciclo	22	14	63,6	56,6-70,6	6	27,3	20,8-33,7	2	9,1	4,9-13,3		22,9 ± 4,1	
	3º ciclo	10	9	90,0	85,6-94,4	1	10,0	5,6-14,4	0	-	-		23,4 ± 2,3	
	Secundário	12	10	83,3	77,9-88,7	2	16,7	11,3-22,1	0	-	-		24,8 ± 3,7	
	Superior	12	11	91,7	87,7-95,7	1	8,3	4,3-12,3	0	-	-		25,7 ± 2,8	
Trabalhos manuais	**Sim**	43	28	65,1	58,2-72,0	9	20,9	15-26,8	6	14,0	8,9-19,0	0,09	21,6 ± 4,4	0,23
	Não	139	64	46,0	38,8-53,3	44	31,7	24,9-38,4	31	22,3	16,3-28,3		20,6 ± 4,9	
Socialização	**Sim**	39	21	53,8	46,6-61,1	10	25,6	19,3-32,0	8	20,5	14,6-26,4	0,86	21,0 ± 5,5	0,83
	Não	143	71	49,7	42,4-56,9	43	30,1	23,4-36,7	29	20,3	14,4-26,1		20,8 ± 4,6	
Jogos	**Sim**	15	9	60,0	52,9-67,1	6	40,0	32,9-47,1	0	-	-	0,12	22,7 ± 3,6	0,12
	Não	167	83	49,7	42,4-57,0	47	28,1	21,6-34,7	37	22,2	16,1-28,2		20,7 ± 4,9	
Leitura	**Sim**	111	69	62,2	55,1-69,2	26	23,4	17,3-29,6	16	14,4	9,3-19,5	< 0,001	22,0 ± 4,5	< 0,001
	1-3/semana	32	19	59,4	52,2-66,5	8	25,0	18,7-31,3	5	15,6	10,3-20,9	0,01	22,1 ± 4,6	< 0,001
	4-6/semana	20	12	60,0	52,9-67,1	5	25,0	18,7-31,3	3	15,0	9,8-20,2		21,0 ± 4,1	
	Diariamente	59	38	64,4	57,5-71,4	13	22,0	16,0-28,1	8	13,6	8,6-18,5		22,3 ± 4,7	
	Não	71	23	32,4	25,6-39,2	27	38,0	31,0-45,1	21	29,6	22,9-36,2		19,0 ± 4,7	
Tipo de leitura	**Jornal**	57	38	66,7	59,8-73,5	12	21,1	15,1-27,0	7	12,3	7,5-17,0	0,01	22,3 ± 4,2	0,005
	Revista	45	26	57,8	50,6-65,0	12	26,7	20,2-33,1	7	15,6	10,3-20,8	0,49	21,8 ± 4,7	0,14
	Livros	45	32	71,1	64,5-77,7	6	13,3	8,4-18,3	7	15,6	10,3-20,8	0,005	22,2 ± 4,9	0,03
Passatempos	**Sim**	34	24	70,6	64,0-77,2	8	23,5	17,4-29,7	2	5,9	2,5-9,3	0,02	23,3 ± 3,9	0,001

	Não	148	68	45,9	38,7-53,2	45	30,4	23,7-37,1	35	23,6	17,5-29,8		20,3 ± 4,8	
Exercício físico	**Sim**	99	57	57,6	50,4-64,8	27	27,3	20,8-33,7	15	15,2	9,9-20,4	0,07	21,7 ± 4,7	0,01
	1-2/semana	30	22	73,3	66,9-79,8	7	23,3	17,2-29,5	1	3,3	0,7-5,9		23,3 ± 4,1	
	3-4/semana	20	8	40,0	32,9-47,1	6	30,0	23,3-36,7	6	30,0	23,3-36,7	0,05	19,4 ± 5,0	0,002
	5-7/semana	49	27	55,1	47,9-62,3	14	28,6	22,0-35,1	8	16,3	11,0-21,7		21,6 ± 4,5	
	Não	83	35	42,2	35-49,3	26	31,3	24,6-38,1	22	26,5	20,1-32,9		19,9 ± 4,8	
Tipos de exercício	**Hidroginástica**	19	16	84,2	78,9-89,5	3	15,8	10,5-21,1	0	-	-	0,006	24,4 ± 3,4	0,001
	Caminhada	72	38	52,8	45,5-60,0	22	30,6	23,9-37,2	12	16,7	11,3-22,1	0,61	21,4 ± 4,8	0,22
	Dança	4	2	50,0	42,7-57,3	1	25,0	18,7-31,3	1	25,0	18,7-31,3	0,97	21,0 ± 5,0	0,94
	Ginásio	21	11	52,4	45,1-59,6	7	33,3	26,5-40,2	3	14,3	9,2-19,4	0,75	21,3 ± 4,7	0,65

Legenda: Casos – frequência absoluta de casos incluídos na categoria do MoCA e na categoria da variável analisada; DP – desvio-padrão; * IC – intervalo de confiança; MoCA - *Montreal Cognitive Assesment*, N – número (frequência absoluta); *p* – valor de *p*; Prev – prevalência (apresentada em percentagem);
– Classificação Portuguesa das Profissões: Grupo 0: Profissões Das Forças Armadas; Grupo 1 – Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos; Grupo 2 – Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas; Grupo 3 – Técnicos e Profissões de Nível Intermédio; Grupo 4 – Pessoal Administrativo; Grupo 5 – Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores; Grupo 6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta; Grupo 7 – Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices; Grupo 8 – Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem; Grupo 9 – Trabalhadores não Qualificados.

Quadro II. Caracterização da amostra por categorias do MoCA e pontuação da Escala *Lawton & Brody*, Escala de Depressão Geriátrica e subjetividade de alterações cognitivas.

Categorias do MoCA	**Categorias da Escala de *Lawton & Brody***	**Categorias da Escala de Depressão Geriátrica**	**Subjetividade das alterações**	
			Sim (n)	**Não (n)**
Normal (n=92)	Independente (n=79)	Negativo (n=67)	30	37
		Positivo (n=12)	10	2
	Moderadamente dependente (n=13)	Negativo (n=12)	10	2
		Positivo (n=1)	1	0
	Severamente dependente (n=0)	-	-	-
DCL (n=53)	Independente (n=35)	Negativo (n=33)	16	17
		Positivo (n=2)	1	1
	Moderadamente dependente (n=17)	Negativo (n=13)	5	8
		Positivo (n=4)	3	1
	Severamente dependente (n=1)	Negativo (n=1)	1	0
		Positivo (n=0)	-	-
Demência (n=37)	Independente (n=14)	Negativo (n=12)	8	4
		Positivo (n=2)	2	0
	Moderadamente dependente (n=19)	Negativo (n=9)	4	5
		Positivo (n=10)	9	1
	Severamente dependente (n=4)	Negativo (n=2)	2	0
		Positivo (n=2)	2	0

Legenda: DCL – défice cognitivo ligeiro; MoCA - *Montreal Cognitive Assesment*, n – número de casos.

compararmos com os 40,6% do estudo piloto de *Nunes et al* (2004).[20] Em grande parte, deveu-se à dificuldade do contacto telefónico e às recusas em participar. Alguns utentes poderão ter recusado por alguma dificuldade para a realização do estudo, fosse por simples dificuldades de deslocação (económicas ou físicas), por limitação funcional sensitiva (défice visual ou auditivo) ou, ainda, por não se considerarem capazes. Sempre que possível, estes motivos foram identificados, mas esses dados poderão estar subestimados, pois o utente pode tê-lo omitido ou simplesmente não ter conseguido atender o telefone por uma limitação funcional.

Em Portugal, a proporção de idosos sem nível de escolaridade era de 23,4% em 2017,[21] muito superior à proporção de exclusão por analfabetismo neste estudo (0,6%). Sabe-se que em 2001 havia 13,2% de pessoas com deficiência auditiva e 25,7% com deficiência visual.[21] Embora os dados sejam mais antigos e relativos à população geral, são valores muito superiores à proporção de não inclusão neste estudo por estes motivos (0,3% para o conjunto de ambas as deficiências referidas).

O elevado número de faltas, após aceitação da participação no estudo e agendamento da entrevista presencial, poderá dever-se ao esquecimento do utente acerca do agendamento ou a posterior recusa, que apenas foi demonstrada pela ausência de comparência à entrevista. Apesar das grandes dificuldades na obtenção do tamanho amostral pretendido, foi alcançada a amostra necessária de 182 participantes para que pudesse ser assumida a representatividade da população na amostra.

Até à data, muitos são os estudos que aplicaram o MMSE para avaliação de défices cognitivos em diferentes populações. No entanto, o MoCA, sendo mais apropriado para a avaliação de estadios de declínio cognitivo precoces, tem sido preterido nos estudos, o que dificulta a comparação do presente estudo com a literatura. O estudo mais próximo encontrado foi o de *Nunes et al* (2010),[16] em que foi usado o MMSE, mas foi realizado o estudo etiológico caso a caso, com EAD, algo não realizado no presente estudo. *Nunes et al* (2010) obtiveram uma prevalência de défice cognitivo não demência de 12,3%, sendo de 16,8% nas áreas rurais e 12,0% nas urbanas, numa população entre 55 e 79 anos. Dos 65 aos 79 anos, obtiveram uma prevalência de défice cognitivo não demência de 14,8%.[16] No presente estudo, a prevalência estimada de DCL, com base apenas na pontuação obtida no MoCA, foi superior – 29,1%. Se somarmos a prevalência estimada de 20,3% de demência, verificamos que a percentagem de MoCA não normal é de quase 50%. Esta elevada prevalência deve alertar os clínicos para a necessidade de uma avaliação mais sistemática das capacidades cognitivas dos utentes. Questionar simplesmente os utentes sobre se sentem algum declínio das suas capacidades cognitivas não é suficiente, pois esta preocupação por parte do participante não mostrou associação com os resultados no MoCA. Além disso, as pessoas com demência não têm consciência do seu declínio cognitivo. A aparência e o comportamento do utente na consulta também não podem ser avaliação da conservação das capacidades cognitivas dos utentes, pois a consulta é curta e mascara muitas limitações existentes no dia a dia. É, por isso, de suma importância fazer uma avaliação cognitiva sumária, com testes neuropsicológicos, de forma periódica aos utentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), para que o declínio cognitivo que vai além da normalidade seja detetado e as suas repercussões sejam minimizadas.

A diferença entre os dois estudos pode dever-se a vários fatores, dos quais as limitações do presente trabalho: ausência de correção do desempenho no MoCA para a escolaridade; ausência de entrevistas clínicas ou EAD dirigidas ao estudo do DCL; presença inconstante da pessoa mais próxima do participante para declarar sobre o declínio cognitivo; ausência de avaliação do MF do participante, por questões de confidencialidade. Além disso, a área de influência da USF em estudo é predominantemente urbana, com apenas 4% da população a viver em área rural, sendo previsível uma prevalência mais baixa de alterações cognitivas na população estudada. Contudo, a prevalência foi muito superior à de *Nunes et al* (2010). Uma das explicações pode ser o uso do MoCA, mais sensível na deteção do DCL.

À semelhança de outros estudos, a idade apresentou uma associação estatisticamente significativa com a pontuação do MoCA, verificando-se menores pontuações com o aumento da idade.[9,16] Desta forma, a inclusão de idosos com idades acima dos 79 anos pode igualmente ter contribuído para a maior prevalência de pontuações compatíveis com DCL.

Além destas limitações, os autores reconhecem que poderá ter havido um viés de seleção da amostra e as pessoas com noção da sua dificuldade cognitiva se terem sentido impelidas a comparecer na entrevista, enquanto as outras possam ter recusado por acharem que não seria apropriado/necessário para elas. Isto vai de encontro à elevada proporção (57,1%) de respostas positivas em relação à existência atual de alterações cognitivas subjetivas.

Deve-se salientar que as pessoas com debilidade mental ou doença mental não foram excluídas deste estudo, nem sequer identificadas, por motivos de confidencialidade. A debilidade mental pode ser um fator de menor atingimento de escolaridade e, por consequente, menor capacidade mental para realização do MoCA, sem que isto seja um DCL ou demência. Na população portuguesa em geral, em 2001, havia 0,7% de pessoas com deficiência mental.[21] De notar que neste estudo não foi realizada entrevista clínica, nem feito o diagnóstico de DCL ou demência, apenas o seu rastreio com um teste neuropsicológico que, por si só, tem uma sensibilidade e especificidade para DCL de 81% e 77%, respetivamente.[8] A patologia psiquiátrica pode igualmente perturbar a capacidade de aprendizagem e de colaboração na realização do MoCA, podendo originar falsos positivos para DCL.

Neste estudo, o rastreio da depressão com a EDG mostrou que quase um quinto dos idosos (18,1%) pontuou para perturbação depressiva, o que, a confirmar-se o diagnóstico nestes utentes, mostraria uma elevada prevalência da síndrome depressiva em idade geriátrica. Segundo o relatório do Programa Nacional de Saúde Mental de 2017, 9,32% dos utentes inscritos nos CSP tinha registo de perturbação depressiva no seu processo clínico em 2016, sendo esta proporção de 9,83% na região norte.[22] Esta proporção de utentes com registo de depressão nos CSP tem vindo a aumentar desde 2011.[22]

Salienta-se, ainda, que 37,8% dos idosos com pontuação no MoCA compatível com demência, pontuaram positivamente para perturbação depressiva na EDG. Seria importante o MF perceber se a pontuação obtida no MoCA foi mais baixa pela presença de sintomas depressivos – eventualmente tratar e posteriormente reavaliar a pontuação do MoCA.

Embora não fosse o objetivo principal deste estudo, é de realçar que 70,3% dos idosos eram independentes. Este predomínio de participantes independentes deveu-se, em parte, ao viés de seleção introduzido devido à metodologia do estudo. O facto de a entrevista aos participantes ser presencial requeria a sua deslocação à USF, o que não é acessível a doentes acamados ou com outras limitações físicas consideráveis, o que justifica a proporção de apenas 2,7% de idosos severamente dependentes.

Outro fator a ter em conta é a escolaridade da população idosa que, neste estudo, mostrou ter associação estatisticamente significativa com a categorização e as pontuações do MoCA. Quanto maior a escolaridade, melhor o desempenho obtido no MoCA. Na amostra de idosos estudada, o nível de escolaridade foi maioritariamente até ao 2º ciclo (13,7% com menos de quatro anos, 55,5% com 1º ciclo e 12,1% com 2º ciclo), com apenas 5,5% da população com o 3º ciclo, 6,6% com o ensino secundário ou pós-secundário ou 6,6% com o ensino superior. Este nível de literacia é semelhante ao dos idosos portugueses em 2017, excluindo os analfabetos.[21] A influência da escolaridade na pontuação dos testes cognitivos, incluindo o MoCA, é reconhecida por outros estudos que sugerem a utilização, se possível, de pontos de corte ajustados para esta variável.[3,9]

Da relação entre profissão e categorização do MoCA, verificou-se que 69,8% dos participantes que pontuaram para DCL e 75,7% dos que pontuaram para demência se concentraram nos grupos profissionais 7 (trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices), 8 (operadores de instalações e maquinas) e 9 (trabalhadores não qualificados), que correspondem às profissões mais indiferenciadas ou que exigem maior capacidade física do que intelectual. Esta associação com a profissão poderá ter alguma interferência com a variável escolaridade, pois menores níveis de escolaridade associam-se, geralmente, a profissões menos diferenciadas.[23] Embora não se possa concluir sobre a relação direta entre profissão e DCL, a estimulação cognitiva ao longo da vida, nomeadamente o ensino e o treino cognitivo no emprego, poderão relacionar-se com o desempenho nos testes neuropsicológicos mais complexos, como o MoCA.

De todas as variáveis estudadas, verificou-se que sexo, tipo de família, estado civil, número de pessoas no agregado familiar, socialização, jogos, leitura de revistas e exercício físico de tipo caminhadas, dança e ginásio não pareceram associar-se com o desempenho no MoCA.

O hábito de leitura de jornais e livros, a maior frequência de leitura, bem como a realização de passatempos escritos como as palavras cruzadas ou sopa de letras, pareceram associar-se a melhor desempenho no MoCA. Podemos, assim, levantar a hipótese que a estimulação cognitiva resultante da leitura mais complexa e a realização de passatempos poderá ser um fator protetor para o desenvolvimento da doença. Estas atividades poderão abrir portas na prevenção da progressão de DCL para demência, mas, neste momento, são escassos os estudos com intervenções não farmacológicas. Além disso, os resultados não são robustos para as entidades competentes emitirem recomendações e, assim, implementarem políticas de saúde comunitária que estimulem estes hábitos para prevenir o declínio cognitivo futuro.

A hidroginástica foi o único tipo de exercício físico avaliado com associação estatisticamente significativa com melhor pontuação e categorização no MoCA. Isto pode estar relacionado com a maior necessidade de esforço intelectual para executar os exercícios conforme as indicações dadas. Não se infere relação com a hidroginástica pela parte física, pois as restantes variáveis de exercício físico não mostraram relação com o desempenho no MoCA, apesar da evidência sugerir que o exercício físico, tal como o treino cognitivo, pode ser benéfico no DCL.[24,25]

Considerando os critérios de diagnóstico do DSM-5 para perturbação neurocognitiva ligeira e assumindo que nos doentes com pontuação positiva para depressão os défices cognitivos eram melhor explicados por essa patologia, apenas 16 utentes apresentavam critérios de perturbação neurocognitiva ligeira, correspondendo a uma prevalência de 8,8%. Essa prevalência pode estar subestimada uma vez que os participantes nem sempre compareceram à entrevista na presença de um acompanhante que pudesse inferir o declínio cognitivo subjetivo. Além disso, a entrevista também não foi realizada pelo MF, muitas vezes com um papel essencial no reconhecimento precoce desse declínio. Por outro lado, as pessoas com perceção de declínio cognitivo podem ter participado mais no estudo, levando a uma sobrestimativa das queixas cognitivas. Relativamente ao grau de independência, alguns doentes não pontuaram para independência total por motivos relacionados unicamente com aspetos físicos (por exemplo, sequela de acidente vascular cerebral ou amputação de um membro) ou por nunca terem aprendido alguma das tarefas (por exemplo, tratar da roupa ou cozinhar). Para o diagnóstico preciso de DCL, de acordo com o DSM-5, seria necessária a colheita de uma história clínica detalhada e a realização de EAD.

CONCLUSÕES

Após pesquisa bibliográfica, considera-se que este é o primeiro estudo em Portugal que procura estimar a prevalência de alterações cognitivas compatíveis com DCL através do MoCA. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o desempenho do MoCA e as variáveis idade, escolaridade, profissão, leitura de jornais e de livros, frequência de leitura, realização de passatempos escritos como as palavras cruzadas ou sopa de letras e a prática de hidroginástica. Reconhece-se que para uma determinação mais precisa da prevalência de DCL seria necessária a realização de testes neuropsicológicos com ajuste para a idade e escolaridade, a realização de uma história clínica detalhada e a realização de EAD.

O presente estudo realça a elevada prevalência de resultados compatíveis com DCL, devendo por isso o MF estar atento a esta patologia para o adequado diagnóstico e orientação clínica. Por outro lado, a associação estatisticamente significativa encontrada no presente estudo com a prática de hidroginástica, leitura de jornais e livros e a realização de passatempos poderá servir como base para projetos de intervenção que pretendam estudar o impacto de medidas não farmacológicas no desenvolvimento e evolução do DCL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. Continuum (Minneap Minn). 2016;22(2):404-18.
2. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. J Intern Med. 2014;275(3):214-28.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Duro D, Freitas S, Alves L, Rimões MR, Santana I. O Teste do Desenho do Relógio: Influência das variáveis sociodemográficas e de saúde na população portuguesa. Sinapse. 2012;12(1):5-12.
5. Freitas S, Simões MR, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Pontos de Corte no Défice Cognitivo Ligeiro, Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal e Demência Vascular. Sinapse. 2014;14(1):18-30.
6. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005;53(4):695-9.
7. Simões MR, Freitas S, Santana I, Firmino H, Martins C, Nasreddine Z et al. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão portuguesa. Coimbra 2008, Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
8. Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Validation study for Mild Cognitive Impairment and Alzheimer´s Disease. Alzheimer Disease & Associated Disorders. 2013;21(1):37-43.
9. Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the Portuguese population. J Clin Exp Neuropsychol. 2011;33(9):989-96.
10. Montreal Cognitive Assessmente [consultado em setembro de 2017] Disponível em www.mocatest.org
11. Babins L, Slater ME, Whitehead V, Chertkow H. Can an 18-point clock-drawing scoring system predict dementia in elderly individuals with mild cognitive impairment?. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2008;30(2):173-86.
12. Direção-Geral da Saúde. Norma nº053/2011 – Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas, de 27/12/2011.
13. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999 Mar;56(3):303-8. Erratum in: Arch Neurol. 1999;56(6):760.
14. Prince MJ, Wimo A, Guerchet MM, Ali GC, Wu Y-T, Prina M. World Alzheimer Report 2015 - The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International. 2015;84.
15. Frasquilho D, Matos MG, Salonna F, Guerreiro D, Storti CC, Gaspar T, et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. BMC Public Health. 2016;16:115.
16. Nunes B, Silva RD, Cruz VT, Roriz JM, Pais J, Silva MC. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. BMC Neurol. 2010;10:42.
17. Instituto Nacional de Estatística. População residente em 2001 e 2011, segundo os grupos etários e sua evolução entre 2001 e 2011 [acedido

em 2017, 29 de julho]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid= censos_quadros
18. Sequeira C. O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto. Porto, 2007.
19. Apóstolo JLA, Loureiro LM, Reis IA, Silva IA, Cardoso DF, Sfetcu R. Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale – 15 para a língua portuguesa. Revista de Enfermagem Referência. 2014;4(3):65-73.
20. Nunes B, Cruz VT, Pais J, Mateus A, Silva R, Costa e Silva MC. Rastreio populacional de demência e defeito cognitivo ligeiro nos concelhos de Matosinhos e de Arouca – populações e métodos do estudo piloto. Sinapse. 2004;4(1):26-33.
21. Base de Dados Portugal Contemporâneo [consultado em setembro de 2018] Disponível em www.pordata.pt
22. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional Para A Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
23. Parente C, Ramos M, Marcos V, Cruz SA, Neto HV. Efeitos da escolaridade nos padrões de inserção profissional juvenil em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas. 2011;65:69-93.
24. Langa KM, D.A. Levine. The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment: A Clinical Review. JAMA. 2014;312(23):2551-61.
25. Straubmeier M, Behrndt E, Seidl H, Özbe D, Luttenberger K, Gräßel E. Non-Pharmacological Treatment in People With Cognitive Impairment: Results From the Randomized Controlled German Day Care Study. Deutsches Ärzteblatt International. 2017;114(48):815-21.

CONFLITOS DE INTERESSE:
Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

CORRESPONDÊNCIA:
Pedro Miguel Pereira de Sousa
pedro.per.sousa@gmail.com

RECEBIDO: 9 de outubro de 2018 | ACEITE: 4 de fevereiro de 2019