O ALZHEIMER COMO DESAFIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE, O MEEM E RASTREIO DE DEMÊNCIAS

Cirano Gautier dos Santos [1]

Geórgia Viero [2]

Resumo:

Frente a demanda crescente pela busca pela saúde, um dos reflexos dessa busca tem sido o aumento da expectativa de vida da população, de uma maneira geral. Diante dessa nova realidade, os serviços de saúde devem se preparar para melhor ofertar seus serviços a uma população cada vez mais idosa, e dependente dos sistemas de saúde. Dentro das demências, doenças comuns em idosos, sem dúvidas, a doença mais prevalente é o alzheimer. Prevalência da doença de Alzheimer dobra a cada cinco anos em pessoas com idades entre 65 e 85 anos. A doença de Alzheimer, por exemplo, caracteriza-se por um declínio insidioso, progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento A neuropatia da doença de Alzheimer caracteriza-se, basicamente, por dois mecanismos de ação que levam à morte cerebral. Assim, esses serviços de saúde, tem a necessidade de identificar o nível de cognição do paciente. Por isso, uma das ferramentas mais usadas, para isso, é o MEEM, capaz de avaliar a cognição desse paciente, antes de submeter o paciente a uma serie de exames para buscar o diagnostico. Cabe ressaltar que o MEEM não diagnostica a Doença de alzheimer, mas pode ser utilizado para avaliar as capacidades mentais e auxiliar no diagnostico.

Palavras-chave: sistema de saude alzheimer meem

Modalidade de Participação: Iniciação Científica

O ALZHEIMER COMO DESAFIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE, O MEEM E RASTREIO DE DEMÊNCIAS

[1] Aluno de graduação. cirano933@gmail.com. Autor principal

[2] Docente. georgiaviero@gmail.com. Orientador



O ALZHEIMER COMO UM DESAFIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE, FRENTE A CRESCENTE EXPECTATIVA DE VIDA, E O MEEM COMO FERRAMENTA NO RASTREIO DE DEMÊNCIAS.

1. Introdução

Em um período na história humana, onde se preocupa com desafios à saúde, seja por mudanças climáticas, tensões politicas e questionamentos sociais. Também há a preocupação com doenças emergentes infecciosas ou como combater a próxima bactéria resistente à medicação, um fato é certo: a população está envelhecendo, rapidamente e, pela primeira vez na história, a maior parte dos seres humanos pode viver mais de 60 anos. Com esse novo paradigma na história humana, alguns novos desafios devem ser enfrentados, com relação à saúde. Pode-se observar que o ritmo de envelhecimento e a expectativa de vida são altos. Uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015, por exemplo, pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos. Em apenas 35 anos, essa taxa terá aumentado em torno de um a cada três. No entanto, o que se questiona é que se o ser humano é capaz de adentrar a chamada terceira idade com qualidade de vida. O que se sabe é que o grande desafio enfrentado pela população idosa são as chamadas doenças crônicas e doenças não transmissíveis. Com um estilo de vida saudável, é possível revertê-las, em alguns casos, ou retardá-las. Nesse sentido, a preocupação com a saúde pública deve ser abrangente e seriamente discutida Alguns estudos epidemiológicos indicam que a prevalência da doença de Alzheimer dobra a cada cinco anos em pessoas com idades entre 65 e 85 anos. A doença de Alzheimer, por exemplo, caracteriza-se por um declínio insidioso, progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento A neuropatia da doença de Alzheimer caracteriza-se, basicamente, por dois mecanismos de ação que levam à morte cerebral. Primeiramente, há a formação de placas amiloides secretados pela gama-amiloide e beta-secretase. Em outro momento, há a hiperfosforilação da proteína tau, com formação de uma rede de neurofibras dentro do neurônio. Inicialmente, esses mecanismos levam à atrofia cerebral em áreas como lobo temporal e hipocampo, áreas associada à memória recente. Há também a atrofia de núcleos cerebrais como os de Meynert e septais, áreas responsáveis pela produção de acetilcolina, que é um neurotransmissor mediador da atividade cognitiva. Existem 3 fases na Doença de Alzheimer com duração de aproximadamente 2 a 3 anos cada. Na fase primária, leve, ou inicial, há a diminuição na memória recente, podendo haver alterações na personalidade, alternando estágios de irritabilidade, hostilidade, apatia e frustração. Na comunicação, o individuo apresenta desordens linguísticas, juntamente a déficit no raciocínio linguístico e disfonia; deficiências na busca por palavras corretas ou lembrar nomes de objetos ou pessoas. Na fase moderada ou secundária, acentua-se déficit de memória e aprendizagem. O paciente também muda a sua personalidade, indiferença, hostilidade, julgamento social pobre, baixa afetividade. Tudo em virtude de sua atual incapacidade de realizar atividades que antes eram corriqueiras. A comunicação apresenta-se ainda mais desorganizada, em termos de conteúdo, apresentando déficit de conteúdo, prejudicando a compreensão desse paciente. Na fase posterior, chamada de terciária ou grave, as funções intelectuais serão deterioradas de uma forma abrangente, o paciente fica em um estado de dependência total para solucionar problemas e realizar atividades diárias, higiene pessoal, alimentação. Sua personalidade mostra-se totalmente desorganizada, a comunicação está deteriorada com ecolalias, perseveração e mutismo. Assim, este trabalho visa mostrar como rastrear demência, por meio do MEEM, juntamente com o manejo de pacientes.

2. Discussão

O atual enfoque social recomendado para abordar o envelhecimento da população, que inclui a meta de construir um mundo favorável aos adultos maiores, requer uma transformação dos sistemas de saúde que substitua os modelos curativos baseados na doença

pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades dos adultos maiores. No sentido conceitual, o relatório sugere que o envelhecimento saudável não significa ausência de doenças, mas a manutenção de habilidades funcionais. Conforme há o envelhecimento do individuo, suas necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. Os cuidados de saúde que abrangem essas demandas multidimensionais da idade avançada de maneira integrada se demonstraram maior eficácia se comparado ao serviço que trata independentemente a doenças específicas. No Brasil, o SUS adotou a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como forma de responder aos problemas vivenciados na gestão do sistema, como a fragmentação do sistema de saúde, a concorrência entre os serviços, altos custos no sistema de saúde, o aumento da prevalência das doenças crônicas e a necessidade de monitoramento e avaliação. Nesse sentido, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são modelos organizativos formados por ações e serviços de saúde, com configurações tecnológicas e missões assistenciais diferenciadas, articuladas, de forma complementar, de base territorial, tendo como principal aspecto: a atenção básica como mais importante ponto de atenção e principal via de acesso ao sistema; constituída por equipe multidisciplinar, a fim de cobrir, ao menos em tese, toda a população.

3. Resultados

Além da de dar ênfase à atenção básica da pessoa idosa, frente à demanda populacional, seria importante o treinamento dessa rede de profissionais, nas unidades básicas, capazes de identificar, com precisão, o nível de demência do paciente. É comum, na pratica clínica, pacientes idosos chegarem às unidades básicas, acompanhadas por seus cuidadores ou familiares preocupados com seus estados mentais. Frente a essa questão, seria necessário não só a preparação dos profissionais que já estão trabalhando em unidades básicas de saúde, para a execução do exame físico, clínico, juntamente com a história do paciente, mas revelar, problematizar e enfatizar, nas escolas de medicina, ou seja, na formação do médico, um profissional capaz de identificar o estado mental de pacientes idosos para não apenas indicar a um profissional especializado.

Para isso, o chamado Mini Exame de Estado Mental (MEEM), conhecido popularmente como “mini-mental” é um dos testes mais utilizados no mundo, permite a avaliação cognitiva do paciente, bem como o rastreamento de quadros demenciais, bem como utilizado para avaliação de respostas de medicamentos. Basicamente, o MEEM consiste em um questionário onde é avaliado a capacidade cognitiva do paciente, por meio da atenção e o cálculo, a nomeação de objetos, a compreensão de comandos falados e escritos, além da avaliação da escrita e das habilidades visual-espaciais. O escore é baseado no nível de instrução do paciente, dessa forma, cabe ressaltar a heterogeneidade do ensino no Brasil, seja no ensino superior, médio, ou fundamental. Nesse sentido, o profissional deve ter uma coerência no memento da aplicação.

4. Metodologia

Para a aplicação do MMEE, é necessário que o local da aplicação seja adequado, que o profissional que aplicará o teste forneça segurança e privacidade ao paciente, para que as informações ali expressas sejam de uso exclusivo clínico. Também é necessário que o profissional prepare o material antes de o teste começar. Os materiais são: um relógio, uma caneta, e uma folha. A partir de então, é necessário obter o nome do paciente, bem como idade e escolaridade, informações relevantes ao possível tratamento de alguma enfermidade. O mini-mental é baseado nas seguintes explanações, orientação espacial; orientação temporal; memoria imediata e evocação; atenção e cálculo; evocação; linguagem e viso espacial. Há uma pontuação para cada acerto, o escore varia de 30 a 35 pontos, conforme a evolução do paciente no teste. Na orientação espacial, será perguntado o país, estado, cidade, rua/local andar. Onde está ocorrendo a conversa. A pontuação é um ponto para cada resposta correta. Na orientação temporal será perguntado ao paciente o ano em que estamos estação, dia da

semana, dia do mês, mês. Sendo um ponto para cada resposta correta. No quesito memória imediata e de evocação é solicitado que o paciente repita as palavras: carro, vaso e tijolo. É importante que o profissional fale pausadamente e avise o paciente que será solicitado novamente, mais adiante, que ele repita essas palavras. A pontuação é dada a partir da primeira tentativa, ou seja, um ponto para cada acerto. Na atenção e cálculo serão solicitados cinco cálculos simples como: "100 -7? 93 -7? 86 -7? 79- 7? 72 -7?" Sendo um ponto para cada acerto. Se paciente errar, não indique seu erro, apenas continue a fazer as perguntas. Caso o paciente tenha uma pontuação muito baixa, um, ou dois acertos, uma alternativa é a soletração da palavra mundo, de traz para frente, pontuando um ponto a cada letra. Caso seja necessária a utilização dessa alternativa, a pontuação máxima chega a 35 pontos, somando-se os acertos do cálculo e da soletração. Na evocação serão perguntados ao paciente quais as três palavras que foram pedidas, no inicio do teste, para fins de pontuação, cada palavra dita vale um ponto. Na linguagem, será solicitada uma série de atividades. Primeiramente pede-se que repita as frases: "nem aqui, nem ali, nem lá", valendo um ponto. Depois é Solicite ao paciente que escreva uma frase que faça sentido, valendo um ponto. Após, mostrar um relógio e uma caneta e solicite que os nomeie, valendo dois pontos. Em seguida, de forma lenta e pausadamente diga ao paciente, "pegue a folha com a mão direita, dobre a folha ao meio e coloque-a ao chão" Caso o corra normalmente, são mais três pontos. Caso não houver, não há pontuação, caso o paciente pegue a folha e não saiba o que fazer o profissional da saúde não deve dar dicas ou indicar o que fazer. Logo após isso, mostrar uma folha escrita "feche os olhos" de forma legível e diga ao paciente, "leia e faça o que está escrito", valendo um ponto. Novamente, não há a necessidade de indicar, novamente, o que deve ser feito. Por ultimo, na avaliação viso espacial, cabe ao profissional mostrar um desenho de dois pentágonos interseccionados por um vértice e, novamente, solicitar que o paciente faça o mesmo. Cabe ressaltar que é importante que o desenho tenha os cinco vértices e que esteja corretamente interseccionados. O paciente pode solicitar que veja a figura novamente pois, nesse caso, a avaliação é motora, e não de memoria.

Tabela 1: Ponto de corte com base na escolaridade

Escolaridade (anos)	**Escore de corte**
0	<18
1-4	<22
5-8	<24
9-11	<26
≥12	<27

Fonte: Sonia. M.D. Brucki. 2003

5. Diagnostico diferencial

Segundo as diretrizes da Academia Americana de Neurologia, depressão é uma comorbidade comum e tratável em pacientes com demência e deve ser rastreada. A deficiência de vitamina B12 é comum em idosos, devendo a dosagem de nível sérico de B12 ser incluída na rotina de avaliação. Devido à frequência, hipotireoidismo deve ser rastreado nos pacientes idosos. Um exame de imagem cerebral – tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) - é útil para excluir lesões estruturais que podem contribuir para demência, como infarto cerebral, neoplasia, coleções de líquido extracerebral. O processo de investigação diagnóstica para preencher os critérios inclui história completa (com paciente e familiar ou cuidador), avaliação clínica, rastreio cognitivo (testes cognitivos como o Mini Exame do Estado Mental - MEEM), exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos (sódio e potássio), glicemia, ureia e creatinina, TSH e ALT/AST), sorologia sérica para sífilis (VDRL) e imagem cerebral (TC sem contraste ou RM).

6. Diagnóstico da doença de Alzheimer

TABELA 2: elementos-chave dos critérios para doença de Alzheimer

Diagnóstico provável	Achados que sustentam DA provável	Achados consistentes com diagnóstico de DA provável	Características que reduzem o diagnostico provável de DA	Diagnostico de DA possível
•Déficits em 2 ou mais áreas da cognição; •Piora progressiva da memória e de outra função cognitiva; • Início entre os 40 e 90 anos de Idade; • Ausência de doenças sistêmicas que podem causar a Síndrome. • Presença de síndrome demencial.	• Afasia, apraxia e agnosia progressivas (incluindo disfunção visoespacial); • Atividades de vida diária (AVDs) comprometidas e alteração comportamental; • História familiar; •Achados inespecíficos (ou exames normais) de líquor, eletroencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada (TC) de crânio.	• Platô no curso da progressão da doença. • TC normal para a idade. • Convulsões na doença avançada. • Outras anormalidades neurológicas na doença avançada (aumento do tônus muscular, mioclonia ou distúrbios da marcha) •Sintomas psiquiátricos e vegetativos associados (depressão, insônia, delírio, alucinações, problemas de controle comportamental, transtorno de sono e perda de peso).	• Início súbito, apoplético; • Achado neurológico focal precoce no curso da doença; • Convulsões ou distúrbios da marcha precoces no curso da doença.	•Ausência de outros transtornos neurológicos, psiquiátricos ou sistêmicos sufi cientes para causar demência; • Presença de achados atípicos no início, na apresentação ou no curso clínico. • Pode ser feito na presença de um segundo transtorno que possa levar à demência, mas que não seja a única causa provável de demência.

Fonte: Diretrizes clínicas do Ministério da saúde sobre a Doença de Alzheimer

7. Critérios de exclusão

Serão excluídos deste Protocolo de tratamento pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições: identificação de incapacidade de adesão ao tratamento; evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada (conforme exames do item Critérios de Inclusão); insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca grave; hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos.

8. Critérios de inclusão

Serão incluídos neste Protocolo de tratamento pacientes que preencherem todos os critérios: diagnóstico de DA provável, segundo os critérios das diretrizes clinicas do Ministério da Saúde sobre o Alzheimer; MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade; escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada); e TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar

disfunção cognitiva: hemograma (anemia, sangramento por plaquetopenia), avaliação bioquímica (dosagem alterada de sódio, potássio, glicose, ureia ou creatinina), avaliação de disfunção tiroidiana (dosagem de TSH), sorologia para lues (VDRL) e nível sérico de vitamina B12.

9. Tratamento

O objetivo do tratamento medicamentoso é propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização das atividades da vida diária com um mínimo de efeitos adversos. Desde a introdução do primeiro inibidor da acetilcolinesterase, os fármacos colinérgicos Donepezila, Galantamina e Rivastigmina são considerados os de primeira linha, estando todos eles recomendados para o tratamento da DA leve a moderada. O fundamento para o uso de fármacos colinérgicos recai no aumento da secreção ou no prolongamento da meia-vida da acetilcolina na fenda sináptica em áreas relevantes do cérebro. É sabido há muitos anos que a degeneração das vias colinérgicas cerebrais desencadeia algumas das manifestações da DA avançada e, em particular, contribui para os déficits característicos da cognição. Os inibidores da colinesterase, que retardam a degradação da acetilcolina naturalmente secretada, ofereceram um avanço mais significativo.

10. Conclusão

Importante ressaltar que o MEEM é apenas um recurso para avaliação das capacidades cognitivas do paciente, e, somente a utilização deste é insuficiente para a o diagnóstico da doença de Alzheimer. Frente à demanda e ênfase cada vez maior na atenção à saúde mental, o MEEM é um teste rápido, simples e de rápida aplicação, capaz de avaliar as faculdade mentais do paciente. Dessa forma, o incentivo para incluir esse teste é de extrema importância.

11. Referências

BRUCKI, S. M. D; NITRINI, R; CARAMELI, P; BERTOLUCCI, P.H.F. AKAMOTO, I. H. Sugestão Para o Uso do Mini-Exame Do Estado Mental no Brasil. 5f. 2003. Arquivo de Neuropsiquiatria. Departamento de Clínica Neurológica da Universidade de São Paulo. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf> acesso em 1/09/18

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Para o Cuidado da Pessoa idosa no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. 46f. 2014. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf> Acesso em 1/09/18.

AZEVEDO, P. G; LANDIM, M. E; FÁVERO, G.P; CHIAPPETTA, A. L. M. L. Linguagem e Memória na Doença de Alzheimer em fase Moderada. 7f. 2009. Rev. CEFAC, São Paulo. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n3/133-08.pdf>. Acesso em 5/09/18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 30f. 2015. Disponível em <https://sbgg.org.br//wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 5/09/18.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas na Doença de Alzheimer. 22f. 2013. Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf> Acesso em 5/09/18.