

ENVELHECIMENTO DA FORÇA LABORAL E DECLÍNIO COGNITIVO: O QUE PODEM OS SERVIÇOS DE SAÚDE OCUPACIONAL FAZER? PROPOSTA DE RASTREIO

AGING WORK FORCE AND COGNITIVE DECLINE: WHAT CAN OCCUPATIONAL HEALTH SERVICES DO? SCREENING PROTOCOL PROPOSAL

Tipo de artigo: Artigo de Opinião

Autor: Costa D¹.

INTRODUÇÃO

A demência é uma síndrome, conhecidamente de natureza crónica e progressiva, causada por uma variedade de fatores que afetam a memória, pensamento, comportamento e a capacidade em realizar atividades quotidianas, sendo definida por sintomas como declínio da função cerebral devido a alterações físicas no cérebro, podendo condicionar funções corporais. Representa uma constelação de condições, umas mais modificáveis que outras, sendo a doença de Alzheimer (DA) a mais prevalente, com 50-70% dos casos (1). De acordo com a história natural da DA, à semelhança de outras, poderá evoluir de acordo com uma sequência de eventos, permitindo o diagnóstico precoce e/ou medidas para atenuar o problema (2, 3):

1. Estadio Normal;
2. Estadio Pré-Clínico (sem sinais/sintomas óbvios, mas passível de ser detetado com biomarcadores, embora continue em debate quais os mais adequados, incluindo neuroimagem) (4-6);
3. Défice cognitivo ligeiro;
4. Doença de Alzheimer (DA).

Estima-se, mundialmente, uma prevalência de 57 milhões de casos de demência (um novo caso a cada 3.2 segundos) e prevê-se que atinja os 153 milhões em 2050, em adultos com mais de 40 anos(7). Num estudo do JAMA, percebeu-se que no caso do espectro da DA, 18% dos adultos assintomáticos com 50 anos apresentavam já anormalidades de placas amiloides (8).

Cerca de 10 a 20% das pessoas com demências de início precoce ou declínio cognitivo leve têm menos de 65 anos (9). Estima-se também que 10 a 15% dos indivíduos com declínio cognitivo ligeiro avancem para demência a cada ano e que menos de um em cada cinco esteja familiarizado com a definição de declínio cognitivo, assumindo mais de 55% como um “sintoma normal do envelhecimento” (10). Em Portugal, a prevalência encontrada de declínio cognitivo é de 12.3% e de demência 2.7% entre os 55 e os 79 anos de idade (11). Segundo o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, em Portugal a maioria dos casos

¹ Diana Costa

Enfermeira numa empresa do ramo automóvel, com Competência acrescida diferenciada em Enfermagem do Trabalho. Atualmente a frequentar a Licenciatura em Ciências da Nutrição. Morada completa para correspondência dos leitores: Rua do Barreiro, 547, 4405-730 Vila Nova de Gaia. E-MAIL: enf.dianacosta@gmail.com. Nº ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1341-0864>



deve-se a demência vascular (DV), provavelmente pela elevada prevalência de hipertensão arterial (HTA) e doença cardiovascular (DCV), fatores de risco modificáveis. Os resultados desse estudo mostram que cerca de 4.5% dos indivíduos com mais de 55 anos apresentam pelo menos défice cognitivo ligeiro (12). O comprometimento cognitivo é assim uma realidade que provavelmente se tornará cada vez mais comum à medida que a força de trabalho envelhece (13): considerando a tendência continuada para o envelhecimento da população em Portugal, o futuro poderá nortear-se num aumento progressivo nos casos. Embora o início precoce da DA seja raro, alterações cognitivas leves podem iniciar a partir dos 30 ou 40 anos. No entanto, podem existir muitas razões secundárias para declínio cognitivo para além da neurodegeneração, que devem ser abordadas para diagnóstico diferencial (11). Estas podem incluir ansiedade, stress, depressão, infeções, distúrbios na tiroide, défices nutricionais, efeitos colaterais de medicamentos ou outras razões médicas (14), algumas sugestões podem ser encontradas no Quadro 1 (Anexo). Sintomas subtis incluem esquecimentos ou aumento de tempo necessário para processar novas informações. Na maioria dos casos, poucos superiores hierárquicos ou colegas de trabalho se apercebem, assumindo como características pessoais, cansaço ou envelhecimento. Com o tempo, no entanto, à medida que as alterações se aprofundam ou as condições médicas se desenvolvem, alguns trabalhadores podem apresentar alterações mais detetáveis: esquecer-se de reuniões agendadas, ter dificuldades com a solução de problemas ou não conseguir alternar entre tarefas, demonstrando inclusive maior agressividade e/ou frustração. Um declínio nas habilidades cognitivas pode ter consequências particularmente graves quando os trabalhadores desempenham funções que exigem protocolos de segurança ou de resposta rápida. Do mesmo modo, executivos que recebem responsabilidades na tomada de decisão podem revelar um fraco julgamento como resultado da capacidade reduzida, colocando a organização em risco (financeiro, e não só). Não existe uma definição aceite universalmente para trabalhadores mais velhos, no entanto, algumas organizações como a Comissão Europeia, o *Eurostat* e a Organização Internacional do Trabalho, caracterizam-nos como estando inseridos na categoria de idades entre os 55 e os 64 anos (15). Neste contexto, a assistência terá de envolver uma articulação a todos os níveis de cuidados de saúde, iniciando nos Serviços de Saúde Ocupacional, uma vez que são estes que possuem uma abordagem privilegiada de assistência ao Adulto (se esse for o paradigma adotado pelo empregador e pelos profissionais da Saúde Ocupacional), que passa a maior parte da sua vida no trabalho. Numa altura de “*aging workforce*”, de aumento da idade média da reforma, de aumento da esperança média de vida, **estarão os Serviços de Saúde Ocupacional (SSO) preparados para detetar precocemente um declínio cognitivo?** Os SSO desempenham um papel fundamental na implementação de melhores práticas para um ambiente de trabalho compatível com um envelhecimento saudável (16). De facto, devemos valorizar os trabalhadores mais velhos, uma vez que são um trunfo para as organizações: muitas vezes, possuem mais experiência, conhecimentos e competências do que os trabalhadores mais jovens; são frequentemente mais fiáveis e empenhados e a sua taxa de rotatividade e de absentismo (a curto prazo) é muitas vezes inferior (13). As pesquisas mostram que existem múltiplos fatores de risco modificáveis que influenciam a probabilidade de declínio cognitivo: significando que podemos moldar a Saúde à medida que envelhecemos e, como profissionais de saúde, devemos ser proactivos, detetando precocemente os motivos que levam a declínio, de forma a frená-lo.

O QUE OS SERVIÇOS DE SAÚDE OCUPACIONAL PODEM OFERECER?

A identificação e intervenção deverão ter um carácter interdisciplinar que deve envolver, para além dos Serviços de saúde, todos os setores da sociedade que possam contribuir para implementar a qualidade de

vida do trabalhador. A integração precoce dos trabalhadores na rede de cuidados é determinante na evolução da patologia e na qualidade de vida (17).

Detetar precocemente. Muitos dos fatores de risco são potencialmente reversíveis, por isso, os SSO devem estar aptos para a deteção precoce de declínio cognitivo, para adequadamente encaminhar para melhor diagnóstico. Os serviços devem avaliar rapidamente a capacidade do trabalhador em tomar decisões e determinar se pode permanecer nesse cargo ou se necessita de adaptação, assim como na abordagem dos fatores de risco modificáveis. São necessários protocolos de rastreio precoce, principalmente aos trabalhadores com idade superior a 55 anos, assumindo que estas abordagens apenas são uma tentativa última de conseguir atingir todos os trabalhadores, visto que a missão dos SSO é otimizar a saúde em todas as fases da idade adulta, deste modo evitando o desenvolvimento de declínio cognitivo em idades mais avançadas. Um diagnóstico de declínio cognitivo não significa que um indivíduo não possa mais desempenhar funções, mas pode representar uma condição progressiva e prejudicar a capacidade de trabalho, podendo necessitar de um maior suporte ou ajustes para manter as tarefas.

Orientar para profissionais habilitados e atualizar-se como profissional. Reconhecer sintomas e orientar de forma efetiva pode colaborar para otimizar a taxa de tratamento. Ter em atenção determinados sintomas, comumente desvalorizados que podem ocorrer durante a jornada de trabalho (10) (18), como:

- Cegueira facial. A dificuldade em reconhecer e recordar rostos, geralmente associada a cansaço, bem como anomia (dificuldade em nomear objetos);
- Diminuição da clareza mental, especialmente ao final do dia, com a sensação de que determinadas tarefas se tornam mentalmente desgastantes, como ajudar os filhos nos trabalhos de casa; por vezes ao ler parágrafos, alguma dificuldade em recordar o que se leu no início; sensação de não ter muito a acrescentar em reuniões, sobretudo nas que ocorrem ao final do dia ou quando envolvem temas mais complexos;
- Diminuição do interesse pela leitura, incapacidade em manter conversas complexas e incapacidade de compreender filmes com enredos complicados;
- Diminuição da capacidade em recordar o que se leu ou ouviu, quando determinados conteúdos parecem muito densos e existe uma incapacidade em fixá-los;
- Diminuição do vocabulário individual, sem se aperceber e sem esse intuito, por vezes com paragens na conversa para encontrar a palavra correta; por vezes dando origem a frustração;
- Troca de palavras, ou comentar constantemente frases como “*estava na ponta da língua*”;
- Diminuição da velocidade de processamento do raciocínio;
- Dificuldade em recordar tarefas e compromissos, com dependência superior em alternativas como calendários eletrónicos;
- Perturbações do sono;
- Esquecimento de informações importantes facilmente recordáveis;
- Perda da capacidade em tomar decisões sensatas, prejuízo do raciocínio lógico e percepção visual. As funções executivas podem ser mais sensíveis à modificação do estilo de vida porque são sugeridas como uma das primeiras alterações cognitivas observadas na demência pré-clínica, antes mesmo dos sintomas de memória;

- Dificuldades em planeamento e memória (por exemplo, um trabalhador que apresenta constantemente erros que não apresentava no passado e que parece não entender ou aperceber-se desses erros).

Alguns estudos de intervenção que avaliam os impactos do reconhecimento por parte de profissionais de saúde, demonstram aumentos na ordem dos 50% no encaminhamento para as instituições especializadas, sendo necessárias atualizações constantes. Algumas das estratégias são, por exemplo, aulas teóricas com explicações, discussões de casos (mesmo dentro das equipas de SO), material de consulta adicional, *workshops*, plataformas eletrónicas, seminários e/ou vídeos(19). Nestes casos, levanta-se a questão ética de discriminação por idade, e por esse motivo dever-se-á aplicar a decisão de acordo com as necessidades da empresa, características das tarefas e aceitabilidade dos trabalhadores, assumindo que proceder a rastreios mais precoces que os 55 anos poderá aumentar os gastos.

Envolver os trabalhadores. É necessário promover formas de deteção precoce, de ensinar as populações a detetar sinais e a procurar esclarecer dúvidas, sendo os SSO um ponto-chave. As pessoas são muito menos propensas a procurar ajuda para problemas de memória do que para sintomas físicos. E é possível desempenhar bem as funções- mesmo com demência- mas tanto empregadores quanto trabalhadores necessitam reconhecer o problema e abordá-lo, para que isso aconteça. É necessário incentivar o diálogo para que os mitos, tabus e o estigma possam ser dissipados. Investir na consciencialização significa a existência de abordagens para apoiar o trabalhador, de modo a evitar que a demência se torne um problema nos negócios. Se um trabalhador perceber que um colega manifesta sinais de comprometimento cognitivo, deve reportá-lo ao SSO. Pode não ser demência, mas se for ignorado, não auxiliará nenhuma das partes a longo prazo. No entanto, a resposta inicial deve ser cautelosa, não se podendo retirar conclusões precipitadas sobre a saúde de um trabalhador- a demência é uma de uma panóplia de causas para diversos tipos de comportamentos. Após um diagnóstico oficial, é essencial que o trabalhador sinta que as suas habilidades e experiências ainda são valorizadas, e que juntos podem atuar para procurar reverter o que for possível. Por outro lado, é essencial ter em mente que os indivíduos podem não querer discutir a possibilidade de um diagnóstico de demência com o Empregador, enquanto passam por esse processo. Os serviços de Saúde Ocupacional podem tornar-se um ponto de apoio para detetar declínios cognitivos ligeiros (muitas das vezes de forma prévia aos Cuidados de Saúde Primários), tanto associados a neurodegeneração como a outras condições.

Informar. Incluir informações e esclarecimentos sobre declínio cognitivo em boletins informativos, na *intranet*, nas áreas comuns de trabalhadores, em quadros de avisos e em áreas de leitura.

Manter uma comunicação assertiva. É necessário promover um bom ambiente, especialmente em trabalhadores que manifestam declínio cognitivo. Encontrar locais adequados para dialogar, com o mínimo de ruído e ser pacientes, já que pode levar mais tempo a determinados trabalhadores a processar informações; verificar com a pessoa que entendeu corretamente o que ouviu; manter o contacto visual; ouvir atentamente o que os outros têm a dizer. Por vezes os trabalhadores podem ter dificuldade em encontrar a palavra certa ou a terminar uma frase; lembrar que indivíduos com declínio cognitivo também ficam frustrados ao ser incapazes de encontrar a resposta. Deve-se promover a consciencialização dos superiores hierárquicos, considerando estes desafios ao rever as Políticas e procedimentos da organização, tendo

extremo cuidado com a terminologia utilizada- algumas palavras podem ser ofensivas e desencorajadoras (20).

Criar empresas “*dementia-friendly*”(20). Estas criam um ambiente onde todos os trabalhadores reconhecem sinais e sintomas, sentem-se capazes para procurar ajuda e apoio; as políticas em vigor apoiam as necessidades e direitos de indivíduos com declínio cognitivo; os trabalhadores compreendem que, mesmo iniciado este processo, podem contribuir com as suas habilidades e experiência para a organização- é essencialmente uma empresa que cria consciencialização, numa cultura que inclui a valorização do trabalhador. Muitos dos fatores de risco associados ao declínio cognitivo estão relacionados aos estilos de vida (Quadro 1). Por esse motivo, uma Empresa não deveria coadjuvar com fornecimento de “espaços para fumadores” ou fornecimento de alimentos ricos energeticamente e de baixa qualidade nutricional, uma vez que contribuem para trabalhadores doentes (21). As pessoas procuram trabalhar em organizações com políticas e culturas de *Empowerment* ao trabalhador. Ao se tornarem “*dementia-friendly*”, demonstra-se que o Empregador entende e valoriza a contribuição feita por todo o pessoal, potenciando mais ou melhores recrutamentos. Realizar questionários aos trabalhadores é também uma forma de conhecer o quanto as responsabilidades de cuidar (da família ou de si próprio) afetam a força de trabalho, e desta forma a Gestão de Topo poderá analisar serviços ou necessidades de cuidados, que auxiliem os seus trabalhadores a lidar melhor com a demência, ou caso também sejam cuidadores informais:

- Informar e incentivar os trabalhadores sobre recursos e oportunidades educacionais disponíveis na comunidade, como grupos de apoio;
- Oferecer programas educativos durante o almoço ou em eventos de saúde e bem-estar, com recurso a articulação com os Cuidados de Saúde Primários ou Entidades Formadoras;
- Criar grupos de apoio ou fornecer condições para tal;
- Permitir utilizar ligações/reuniões em formato *online* para comparecer a compromissos e reuniões relacionadas aos cuidados, de forma que os trabalhadores não tenham que deixar o escritório para participar;
- Tornar as opções de licenças, ajudas do estado ou benefícios conhecidos por parte da empresa partilhados, principalmente nas admissões, como política;
- Oferecer opções relacionadas a horários flexíveis, trabalho à distância ou possibilidade de utilização de licenças não remuneradas de acordo com a necessidade do trabalhador;
- Incentivar a criação de clubes de reforma e atividades apoiadas pela organização para acompanhar e incluir todos, reformados ou não;
- Criar sistemas de voluntariado relacionados com o tema.

Os benefícios de uma Empresa *dementia-friendly*, são então a maior retenção de trabalhadores (leais e valiosos), melhorias na imagem social (a nível da inclusão e *Empowerment*), mais-valia em apresentar menor número de casos (abordando-os antes de se tornarem um desafio para os negócios e maximizando o potencial do trabalhador) e aumento da produtividade (quando os trabalhadores sabem que são valorizados, mesmo com os seus desafios pessoais) (20).

Reorganizar métodos de trabalho. Um trabalhador com declínio cognitivo pode apresentar dificuldades na aquisição, armazenamento e processamento de informações. Definir *check-ups* regulares para acompanhar o progresso e manter uma boa comunicação é também importante. O trabalhador pode ter

dificuldade em focar-se, por isso devem-se limitar interrupções, distrações, ruídos e atividades externas para facilitar a concentração do trabalhador na tarefa, bem como limitar ou eliminar a desorganização do ambiente de trabalho. Pode ser necessário reconsiderar uma mudança de tarefas/cargos, se os ajustes na função atual não forem possíveis ou se quaisquer ajustes já feitos não tenham sido bem-sucedidos (20) (22-25). Algumas sugestões para ajustes potenciais no trabalho encontram-se descritas no Quadro 2 (Anexo).

Promover a Saúde de acordo com a individualidade.

Ao pesquisar palavras-chave como “*reversal cognitive decline*”, surgem programas multimodais baseados em intervenções de estilos de vida com resultados promissores:

- O estudo FINGER (26) (*Estudo Finlandês sobre Intervenções Geriátricas para Prevenir Déficit Cognitivo e Incapacidade*) foi o primeiro de seu tipo a observar como se pode prevenir a demência ao utilizar uma abordagem multimodal baseada em fatores de estilo de vida. Este estudo controlado randomizado de dois anos (n=1260), forneceu ao grupo intervencionado aconselhamento nutricional personalizado para criar um plano de alimentação mais saudável (baseado na alimentação nórdica), um programa de exercícios personalizado por um fisioterapeuta, treino cognitivo por um psicólogo e exames regulares de saúde para gerir fatores de risco. Os participantes do grupo controlo receberam informações de saúde e conselhos sobre como gerir e reduzir os fatores de risco por meio de mudanças no estilo de vida. Todos os participantes foram submetidos a testes cognitivos ao longo do estudo para rastrear a cognição. No final dos dois anos, os resultados indicaram que a intervenção multimodal forneceu evidências fortalecedoras para a saúde cerebral, reduzindo o risco de declínio em aproximadamente 30%.
- Estudos de Dale Bredesen, do Centro de pesquisa da doença de Alzheimer mostram o mesmo. Bredesen desenvolveu o PRECODE ou RECODE (conforme o indivíduo se apresente em elevado risco de desenvolver ou já apresente sintomatologia, respetivamente), protocolo individualizado que envolve uma intervenção multimodal concebida para alcançar melhoras metabólicas para a neurodegeneração. Num dos seus artigos, em dez pacientes que utilizaram este programa, com comprometimento cognitivo leve, nove exibiram melhora na cognição num período de três a seis meses, com um caso de um paciente em fase avançada de DA sendo o único que não foi possível reverter. Seis dos pacientes tinham abandonado o emprego, ou tinham muita dificuldade em mantê-lo, e todos foram capazes de retornar ao trabalho ou continuar a trabalhar com melhor desempenho. Uma série de marcadores biológicos foram otimizados (como a proteína C reativa, insulina em jejum, a homocisteína, níveis séricos de determinadas vitaminas e/ou minerais, hormonas tiroideias, cortisol, alguns antioxidantes ou nutrientes de suporte mitocondrial, entre outros), sendo os principais o ajuste de indicadores de síndrome metabólica através de uma alimentação e estilo de vida ajustados, abordagem de défices nutritivos específicos, atividade física, sono e higiene oral adequada (27, 28). Os resultados sugerem que, pelo menos no início, o declínio cognitivo possa ser impulsionado em grande parte por processos metabólicos, sendo a síndrome metabólica e a resistência à insulina grandes pontos a ser abordados. Outros artigos de Bredesen revelam já mais de 100 pessoas que aderiram ao programa multimodal com melhoria documentada. Os que apresentavam menor declínio no início do tratamento responderam mais rapidamente do que aqueles que estavam mais avançados na patologia. No entanto, existiram melhorias mesmo com pontuações de MoCA baixas (teste de

Montreal Cognitive Assessment) (29). As abordagens são personalizadas, apesar de todos poderem beneficiar de recomendações-base, acompanhados por profissionais habilitados:

1. Reduzir o consumo de alimentos ricos em hidratos de carbono e óleos refinados, alimentos ultraprocessados e ingerir mais hortofrutícolas e fornecedores de proteína;
 2. Meditar diariamente e considerar estratégias para reduzir o *stress* (exercício físico, yoga, massagem, entre outros);
 3. Dormir pelo menos sete a oito horas por noite;
 4. Otimizar a higiene oral diária, procurando abordar casos inflamatórios;
 5. Procurar otimizar o ritmo circadiano e aumentar as horas de jejum entre o jantar e o almoço (pelo menos 12 horas, ou acrescentando mais três horas), de acordo com as necessidades individuais, se não contraindicado;
 6. Exercitar-se no mínimo trinta minutos, quatro a seis dias por semana, de acordo com as recomendações adaptadas a cada indivíduo, da Organização Mundial de Saúde;
 7. Suplementar especificamente conforme défices de alguns marcadores metabólicos [como metilcobalamina, metiltetrahidrofolato, colecalfiferol, coenzima Q10, ácido eicosapentaenoico (EPA) ou docosahexaenoico (DHA), melatonina, entre outros], de acordo com os critérios e doses definidas por um profissional de saúde habilitado.
- Estudos de intervenção com a dieta MIND (*Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay*) (30), uma adaptação entre a Dieta Mediterrânica e DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) mostram também associações positivas com melhor *performance* cognitiva em adultos, através da inclusão diária de determinados alimentos que parecem apresentar efeitos neuroprotetores, como vegetais folhosos escuros, frutos vermelhos, azeite, oleaginosas, peixes gordos, leguminosas, entre outros.
 - Um programa de prevenção de acidente vascular cerebral no Canadá teve um efeito secundário muito positivo: uma redução de 15.4% da demência no espaço de uma década (neste caso na faixa etária a partir dos 80 anos). O programa incluía a aplicação de conceitos de uma dieta saudável, exercício físico, eliminação total de tabaco e medicação para a tensão arterial, caso necessário (31).
 - Embora a evidência científica não esteja bem estabelecida no papel direto de um alimento ou nutriente no declínio cognitivo ou mesmo já em demência, percebe-se que a sinergia com uma alimentação adequada parece ter um efeito benéfico, como exemplos: a exposição a vitaminas do complexo B, vitamina D, bebidas com cafeína, padrões alimentares específicos, biocompostos e ácidos gordos presentes em determinados alimentos (pescado, hortofrutícolas, entre outros) e a redução de consumo de bebidas alcoólicas (32).

Orientar para recursos da comunidade. No caso de diagnóstico, trabalhar com a representação da Alzheimer Portugal na área, para tornar a população consciente dos serviços locais. Estratégias como o projeto “*Cuidar Melhor*”, “*Amigos na Demência*” e o “*Café Memória*” têm vindo a ser implementadas. O “*Café Memória*” é um encontro entre pessoas com declínios cognitivos e cuidadores, de modo a partilharem experiências com acompanhamento de profissionais de saúde e suporte social, já disponível *online*. O projeto “*Cuidar Melhor*” representa uma resposta local de alguns agrupamentos de Centros de Saúde no Sul do País. Muitas das vezes existem projetos implementados em juntas de freguesias e municípios, que devem ser

pesquisados, partilhados e incentivados. Material de apoio pode ser encontrado em: <https://alzheimerportugal.org/categoria/respostas-e-servicos/recursos-e-materiais-de-apoio/>

Outras abordagens associadas ao “aging working force”, que podem obter efeito sinérgico, em particular em trabalhadores mais velhos, segundo recomendações da Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) (13):

- Abranger os Serviços de Saúde Ocupacional e medidas em matéria de recursos humanos;
- Promover avaliações de risco que incluam a SST e a gestão da idade para identificar medidas de prevenção de riscos para toda a população ativa e para grupos ou indivíduos específicos;
- Ajustar os locais de trabalho podem reduzir as exigências para todos os trabalhadores, podendo ser introduzidos ajustes para grupos específicos de trabalhadores ou indivíduos;
- Adequar as intervenções de promoção da saúde no trabalho à idade e ao sexo;
- Promover regimes flexíveis e adequados de trabalho para os trabalhadores mais velhos, que possam ter problemas de saúde ou responsabilidades na qualidade de cuidadores;
- Manter conhecimentos e competências atualizados, sendo os métodos de formação adaptados às diferentes faixas etárias;
- Orientar a reabilitação para a permanência no trabalho, sendo as intervenções interdisciplinares precoces cruciais;
- Abordar por setor ou por tipo de trabalho tendo em consideração contextos específicos.

PROPOSTA DE PROTOCOLO A APLICAR EM EXAMES E/OU CONSULTAS

Sugere-se o seguinte protocolo de rastreio de declínio cognitivo a trabalhadores com idade igual ou superior a 55 anos de idade, durante os Exames Médicos de Admissão e Periódicos, ou nas Consultas (Enfermagem e/ou Médicas) por outro motivo. Testes cognitivos breves são instrumentos vocacionados para a identificação do défice cognitivo a nível dos cuidados de saúde primários, podendo ser utilizados também a nível de Saúde Ocupacional, uma vez que se encontra na vanguarda de acompanhamento do adulto. O Exame Breve do Estado Mental (*Mini-Mental State Examination*- MMSE) é o instrumento mais utilizado para deteção de demência, porém não costuma encontrar-se alterado em fases iniciais de declínio cognitivo. Por esse motivo, vários instrumentos têm sido propostos para deteção de fases iniciais, como o teste de *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Este apresenta valores de sensibilidade de 81% e especificidade de 77% para défice cognitivo ligeiro, bem como sensibilidade de 88% e especificidade de 98% para DA (11) (33). Por outro lado, inclui o “teste do relógio”, um recurso rápido que avalia o funcionamento frontal e temporoparietal. Por vezes as disfunções executivas podem preceder os distúrbios de memória e indivíduos com pontuações normais no MMSE podem apresentar limitações funcionais no teste do relógio. A sensibilidade deste é superior a 86% e a especificidade superior a 96%, quando comparado a outros instrumentos. Os pontos de corte ótimos do MOCA encontrados na população portuguesa foram 22 pontos para declínio cognitivo ligeiro e 17 pontos para DA e DV (34). Por este motivo, o protocolo inclui aplicação de um questionário MOCA, cruzando dados de avaliação de risco com questões sobre variáveis socioculturais, antropométricas e bioquímicas, que servirão como termo de comparação e tratamento estatístico interno da empresa. O tempo de administração é de aproximadamente dez a quinze minutos. Pode ser acedido através do seu website www.MoCAtest.org/ (mediante inscrição, é possível realizar o *download* das versões mais atuais, com possibilidade de escolha do idioma, bem como aceder a documentos que fornecem instruções para a administração e cotação). Quanto

a considerações éticas, pode ser utilizado, reproduzido e distribuído para uso clínico por profissionais ou instituições de saúde sem necessidade de permissão dos autores originais (35). A permissão aplica-se para investigação, mediante requisição prévia no website. A recolha e tratamento de dados só deverá ser possível após validação da autorização da Administração e consentimento informado dos trabalhadores, bem como pareceres de comissões de ética, quando aplicável. Um Questionário-tipo sugere-se em Anexo.

CONCLUSÃO

Durante décadas propagamos que não existia forma de atrasar o declínio cognitivo, agora sabemos que é possível manter um cérebro mais ativo utilizando meios acessíveis e isto passa também pelo que escolhemos colocar no prato, a forma como nos movemos, pensamos, sentimos e vivemos, mesmo com predisposição genética, bem como a forma como o trabalho é adaptado às necessidades. É necessário encaminhar para profissionais habilitados, é necessária uma atualização constante e é imperativo que o profissional saiba manter o sentido crítico de prática baseada na evidência. A Organização Mundial de Saúde corrobora que a perda de memória não é uma parte normal do envelhecimento(36). As equipas de saúde ocupacional que trabalham na prevenção da doença e promoção da saúde podem atuar como um facilitador para aumentar a participação da força de trabalho e ajudar os trabalhadores a reverter as suas condições ou desacelerando a sua tendência e continuar a trabalhar pelo maior período possível. De acordo com o pensamento tradicional, o declínio cognitivo acontece progressivamente, a um ritmo variável, mas na maioria dos casos acredita-se que raramente melhora ou reverte. Porém, assim como a Diabetes Mellitus não poderia ser revertida, e agora temos evidências de que tal pode ocorrer (37), podemos acreditar que as demências, novas doenças da civilização, também podem ser revertidas se atendidos todos os fatores que afetam a função cerebral. O cérebro responde às mesmas solicitações que o resto do corpo- *stress*, alimentação desadequada, xenobióticos, sedentarismo, higiene de sono desadequada, défices nutricionais e *stress* oxidativo, entre outros.

AGRADECIMENTOS, QUESTÕES ÉTICAS E/OU LEGAIS.

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana I, Farinha F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho A. The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs. *Acta Médica Portuguesa*. 2015;28(2):182-188.
2. Hong Y, Lee J. Subjective Cognitive Decline and Alzheimer's Disease Spectrum Disorder. *Dementia Neurocognitive Disorder*. 2017;16(2):40-47.doi: 10.12779/dnd.2017.16.2.40.
3. Jessen F, Amariglio R, van Boxtel M, Breteler M, Ceccaldi M, Chételat G, et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimers Dementia*. 2014;10(6):844-852.doi: 10.1016/j.jalz.2014.01.001.
4. Bredesen D. Metabolic profiling distinguishes three subtypes of Alzheimer's disease. *Aging (Albany NY)*. 2015;7(8):595-600.doi: 10.18632/aging.100801.
5. Tan C, Yu J, Tan L. Biomarkers for Preclinical Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2014;42:1051-1069.doi: 10.3233/JAD-140843.
6. Cope Z, Murai T, Sukoff R. Emerging Electroencephalographic Biomarkers to Improve Preclinical to Clinical Translation in Alzheimer's Disease. *Front Aging Neuroscience*. 2022;14:805063.doi: 10.3389/fnagi.2022.805063.
7. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):105-125.doi: 10.1016/s2468-2667(21)00249-8.
8. Jansen W, Janssen O, Tijms B, Vos S, Ossenkoppele S, Visser P, et al. Prevalence Estimates of Amyloid Abnormality Across the Alzheimer Disease Clinical Spectrum. *JAMA Neurology*. 2022;79(3):228-243.doi: 10.1001/jamaneurol.2021.5216.

9. Silvaggi F, Leonardi M, Tiraboschi P, Muscio C, Toppo C, Raggi A. Keeping People with Dementia or Mild Cognitive Impairment in Employment: a Literature Review on Its Determinants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(3).doi: 10.3390/ijerph17030842.
10. Alzheimer's Association America. More than normal aging: understanding mild cognitive impairment - Alzheimer's Disease Facts and Figures. 2022. Disponível em: www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-special-report.pdf
11. Direção Geral da Saúde. Norma 053/2011: Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas. 2011.
12. Ruano L, Araújo N, Branco M, Barreto R, Moreira S, Pais R, et al. Prevalence and Causes of Cognitive Impairment and Dementia in a Population-Based Cohort From Northern Portugal. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2019;34(1):49-56.doi: 10.1177/1533317518813550.
13. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (OSHA). The ageing workforce. Implications for occupational safety and health— a research review 2016. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/ageing-workforce-implications-occupational-safety-and-health-research-review-information-sheet>.
14. Neto J, Tamellini M, Forlenza O. Diagnóstico diferencial das demências. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2005;32(3).doi: 10.1590/S0101-60832005000300004.
15. Almeida A, Santos M, Mendes C, Machadinho M. Avaliação da Capacidade de Trabalho versus Envelhecimento dos funcionários, num município português de média dimensão. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line*. 2018;6:01-27.doi: 10.31252/RPSO.23.12.2018.
16. White M, Burns C, Conlon H. The Impact of an Aging Population in the Workplace. *Workplace Health & Safety (WH&S)*. 2018;66(10):493-498.doi: 10.1177/2165079917752191.
17. Cruz V, Pais J, Teixeira A, Nunes B. Sintomas iniciais de demência de Alzheimer: a percepção dos familiares. *Acta Médica Portuguesa*. 2004;17:437-444.
18. Bredesen D. O Fim do Alzheimer: Lua de Papel. 2018. ISBN 9789892342252.
19. Costa G, Spineli V, Oliveira M. Professional education on dementias in Primary Health Care: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(4):1086-1093.doi: 10.1590/0034-7167-2018-0652.
20. Alzheimer's Society. Creating a dementia-friendly workplace: a practical guide for employers 2015. Disponível em: www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/creating_a_dementia-friendly_workplace.pdf.
21. Epel E, Hartman A, Jacobs L, Leung C, Cohn M, Jensen L, et al. Association of a Workplace Sales Ban on Sugar-Sweetened Beverages With Employee Consumption of Sugar-Sweetened Beverages and Health. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(1):09-16.doi: 10.1001/jamainternmed.2019.4434.
22. Sachs P, Redd C. The Americans with Disabilities Act and individuals with neurological impairments. *Rehabilitation Psychology*. 1993;38(2):87-101.doi: 10.1037/h0080294.
23. Institute for employment studies-UK (IES-UK). Darkening skies? IES Perspectives on HR 2017, Report 510 2017. Disponível em: www.employment-studies.co.uk/resource/darkening-skies-ies-perspectives-hr-2017.
24. Sem autor. Minnesota ACT on Alzheimer's [website] 2021. Disponível em: www.actonalz.org/.
25. Thomson L, Stanyon M, Denning T, Heron R, Griffiths A. Managing employees with dementia: a systematic review. *Occupational Medicine (London)*. 2019;69(2):89-98.doi: 10.1093/occmed/kqy161.
26. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255-2263.doi: 10.1016/s0140-6736(15)60461-5.
27. Bredesen D. Reversal of cognitive decline: a novel therapeutic program. *Aging (Albany NY)*. 2014;6(9):707-717.doi: 10.18632/aging.100690.
28. Rao R, Kumar S, Gregory J, Coward C, Okada S, Lipa W, et al. ReCODE: A Personalized, Targeted, Multi-Factorial Therapeutic Program for Reversal of Cognitive Decline. *Biomedicine*. 2021;9(10).doi: 10.3390/biomedicine9101348.
29. Bredesen D, Sharlin K, Jenkins D, Okuno M, Youngberg W, et al. Reversal of Cognitive Decline: 100 patients. *Journal of Alzheimer's Disease & Parkinsonism*. 2018;8(5):450.doi: 10.4172/2161-0460.1000450.
30. Kheirouri S, Alizadeh M. MIND diet and cognitive performance in older adults: a systematic review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 2021:01-19.doi: 10.1080/10408398.2021.1925220.
31. Cerasuolo J, Cipriano L, Sposato L, Kapral M, Fang J, Gill S, et al. Population-based stroke and dementia incidence trends: Age and sex variations. *Alzheimers Dementia*. 2017;13(10):1081-1088.doi: 10.1016/j.jalz.2017.02.010.
32. Cardoso S, Paiva I. Nutrição e Alimentação na prevenção e terapêutica da demência *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2018;11:30-34.doi: 10.21011/Apr.2017.1105.
33. Tsoi K, Chan J, Hirai H, Wong S, Kwok T. Cognitive Tests to Detect Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(9):1450-1458.doi: 10.1001/jamainternmed.2015.2152.
34. Freitas S, Simões M, 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.
35. Sem autor. MoCA Test Inc [Website] 2022. Disponível em: www.mocatest.org.
36. Organização Mundial de Saúde. Dementia Fact Sheets. 2019. Disponível em: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia.
37. Hallberg S, Gershuni V, Hazbun T, Athinarayanan S. Reversing Type 2 Diabetes: a narrative review of the evidence. *Nutrients*. 2019;11(4).doi: 10.3390/nu11040766.
38. Pinho L. Demência: a marcha diagnóstica no âmbito dos cuidados de saúde primários: Dissertação de Mestrado em Medicina- Universidade da Beira Interior; 2008.
39. Maciel J. Prevenção do declínio cognitivo. Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra; 2015.

ANEXOS

Quadro 1. Etiologia da síndrome demencial(10, 14, 38)

Fatores de risco para declínio cognitivo	Idade Polimorfismo específico no gene da Apolipoproteína E (APOE-e4) Condições médicas , como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial, Tabagismo, Dislipidemia, Obesidade, Depressão, Estilo de vida sedentário
Demências primárias	Tipo cortical: • Doença de Alzheimer • Demência com corpos de Lewy • Demência frontotemporal Tipo subcortical: • Demência associada à doença de Parkinson • Doença de Huntington • Paralisia supranuclear progressiva
Demências secundárias	Demência vascular (Acidentes Vasculares Cerebrais prévios, Aterosclerose, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial, Dislipidemia) Deficiências nutricionais (Vitaminas B1, B3, B9, B12) Distúrbios endócrino-metabólicos (Hipo e Hipertiroidismo, Doença de Wilson, Hipoparatiroidismo, Hipo e hipercalcemia, Insuficiência Renal e Hepática) Substâncias tóxicas ou metais (Alcoolismo, demência dialítica, saturnismo, intoxicação por Mercúrio) Infeções no Sistema Nervoso Central (neurosífilis, tuberculose, brucelose, borreliose, criptocócica, Vírus da Imunodeficiência Adquirida, priões, meningite/encefalite, Doença de Creutzfeldt-Jakob, Doença de Lyme) Lesões expansivas do SNC (tumores primários/secundários, abscessos) Traumatismos crânio-encefálicos (hematoma subdural crônico, demência pugilística) Medicamentosas (Barbitúricos, Opiáceos, Anticolinérgicos, Lítio, Brometos, Haloperidol, Anti hipertensores, Estatinas, Corticosteróides) Hidrocefalia de pressão normal

Quadro 2. Exemplos de dificuldades cognitivas e possíveis ajustes no local de trabalho (22) (23)

Dificuldade	Ajustes potenciais no trabalho
Distração Atenção reduzida	Melhorar os estímulos através da utilização de fones de ouvido, impressão a negrito, cores ou ilustrações; Instalação de isolamento acústico ou barreiras visuais para minimizar distrações; Planejar espaços de reunião amigáveis (calmos, não ruidosos, arrumados).
Memória a curto prazo comprometida	Apresentação e codificação de informações em múltiplas modalidades, como manuais de instruções com descritores verbais e ilustrações; Permitir que o trabalhador use recursos de memória para realizar a tarefa, como calendários, <i>checklists</i> e recursos eletrônicos; Aumentar as oportunidades de repetição e revisão das tarefas.
Capacidade de planeamento e decisão	Aspectos de numeração ou codificação de cores para otimizar a organização; Fornecer modelos visíveis de trabalhos concluídos (<i>checklists</i> , fluxogramas, relatórios finais), para auxiliar na automonitorização; Atribuir algumas funções a outra pessoa; Transferir o indivíduo para uma função existente que possa desempenhar mais facilmente, de acordo com a sua preferência; Criação de sistemas de mentoria e aprovação simultânea por mais de um trabalhador; Simplificar diagramas para conclusão de tarefas; Utilizar dicas verbais ou legendas em diagramas; Fornecer instruções escritas para complementar as instruções visuais; Fornecer suporte repetindo instruções ou fornecendo-as por escrito.
Confusão espaço- visual	Reorganizar o espaço de trabalho e arrumação, para criar uma área tranquila; Utilizar sinalização clara, a negrito e contraste entre as palavras e o fundo. Os sinais devem ser colocados nas portas ou espaços a que se referem– não em superfícies próximas; ao nível dos olhos e bem iluminado; Colocar sinais em pontos-chave para alguém que tenta orientar-se pelas instalações pela primeira vez; O piso deve ser liso, não brilhante e não escorregadio: padrões ousados no chão ou paredes podem causar problemas de percepção; superfícies escalonadas podem causar confusão; Permitir a existência de áreas silenciosas para alguém que se sinta ansioso ou confuso, pode ajudar essa pessoa a recuperar; zonas para sentar largas podem ajudar a relaxar.
Comunicação verbal comprometida, redução do discurso	Minimizar as necessidades de comunicação verbal por meio de monitorização não verbal, como listas de verificação. Complementar instruções escritas com diagramas visuais, ilustrações ou mapas para melhorar a compreensão.
Fadiga	Incorporar modificações na programação para permitir descansos; Melhorar a sensação de passagem do tempo através da utilização de registos; Atribuir algumas funções a outra pessoa.
Outros	Reduzir ou evitar requisitos de produtividade; Ajustar o horário de trabalho (podendo incluir um padrão mais flexível, agendar tarefas em torno dos efeitos da medicação; ajustar o horário para acomodar melhor a sintomatologia, que pode ser pior de manhã ou à tarde; permitir ajustes para programas de reabilitação, avaliação ou tratamento).

Anexo: Sugestão de rastreio aplicável na consulta de Saúde Ocupacional

MOCA TEST. Versão portuguesa 8.1

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze e dez) (3 pontos)		PONTUAÇÃO			
				☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		___/5			
NOMEAÇÃO						___/3			
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.		BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	SEM PONTUAÇÃO
		1º ENSAIO							
		2º ENSAIO							
ATENÇÃO		Leia a sequência de números (1 número/segundo). O sujeito deve repetir a sequência em sentido direto. ☐ 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em sentido inverso. ☐ 7 4 2						___/2	
		Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		☐ F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				___/1	
		Subtrair de 7 em 7 começando em 100. ☐ 93 ☐ 86 ☐ 79 ☐ 72 ☐ 65 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 pontos.						___/3	
LINGUAGEM		Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. ☐ O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala ☐						___/2	
		Fluência verbal / Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" ☐ ____ (N ≥ 11 palavras)						___/1	
ABSTRAÇÃO		Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta ☐ comboio - bicicleta ☐ relógio - régua						___/2	
EVOCAÇÃO DIFERIDA		(IM) Deve recordar as palavras SEM PISTAS		BOCA	LINHO	IGREJA	CRAVO	AZUL	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
Índice de Memória (IM)		X3		☐	☐	☐	☐	☐	
		X2	Pista de categoria						
		X1	Pista de escolha múltipla						IM = ____ / 15
ORIENTAÇÃO		☐ Dia do mês ☐ Mês ☐ Ano ☐ Dia de semana ☐ Lugar ☐ Localidade						___/6	

Adicionar 1 ponto se ≤ 12º ano de escolaridade. Normal se ≥ 26/30 **TOTAL =** _____

Avaliação do risco de desenvolver demência(39)

Fator de Risco	Valores	Pontuação
Idade	< 47 anos	0
	47-53 anos	3
	> 53 anos	4
Educação	≥ 10 anos	0
	7-9 anos	2
	0-6 anos	3
Sexo	Feminino	0
	Masculino	1
Pressão Arterial Sistólica	≤ 140 mmHg	0
	> 140 mmHg	1
Índice de Massa Corporal	≤ 30 Kg/m ²	0
	> 30 Kg/m ²	2
Colesterol Total	≤250 mg/dL (6.5 mmol/L)	0
	>250 mg/dL (6.5 mmol/L)	2
Atividade Física (recomendações OMS)	Ativo	0
	Inativo	1
TOTAL:		

Pontuação: Alto risco (11 a 15 pontos), médio risco (até 10 pontos) e baixo risco (0 pontos).

Risco de desenvolver demência: 0-5 (1%), 6-7 (1.9%), 8-9 (4.2%), 10-11 (7.4%), 12-15 (16.4%)

Outros:

- Perímetro cintura
- Perímetro anca
- Rácio cintura-anca
- Horas de Sono
- Fumador?
- Presença de DM tipo 2?
- Colesterol LDL
- Colesterol HDL
- Triglicerídeos (Tg)
- Rácio Tg/HDL

Data de submissão: 2022/07/06

Data de aceitação para publicação: 2022/07/07

Data de publicação: 2022/07/09

