Perfil epidemiológico clínico-funcional de idosos com Alzheimer em Goiânia

Matheus Henrique Marques de Sousa[1], Hidelberto Matos Silva[2,3]

[1]Estudante participante do programa de Iniciação Científica (PIVIC/UNIRV) - Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida Extensão Goiânia, Goiânia (GO), Brasil. E-mail: matheushmsousa@academico.unirv.edu.br
[2]Orientador, Doutor em Patologia Tropical, docente da Faculdade de Medicina, Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida Extensão Goiânia, Goiânia (GO), E-mail: hidelbertomatos@unirv.edu.br
[3]Pesquisador do Núcleo de Pesquisa da Faculdade de Medicina de Aparecida, Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida (NUPMA).

Reitor:
Prof. Me. Alberto Barella Netto

Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação:
Prof. Dr. Carlos César E. de Menezes

Editor Geral:
Prof. Dra. Andrea Sayuri Silveira Dias Terada

Editores de Seção:
Profa. Dra. Ana Paula Fontana
Prof. Dr. Hidelberto Matos Silva
Prof. Dr. Fábio Henrique Baia
Pra. Dra. Muriel Amaral Jacob
Prof. Dr. Matheus de Freitas Souza
Prof. Dr. Warley Augusto Pereira

Fomento:
Programa PIBIC/PIVIC UniRV/CNPq 2022-2023

Resumo: A doença de Alzheimer (DA) é uma patologia caracterizada por declínio neurocognitivo progressivo, sendo uma das principais causas de dependência funcional entre a população idosa. O número de diagnóstico de DA tende a aumentar exponencial devido ao envelhecimento global, com destaque para países populosos, em desenvolvimento e com muitos fatores de risco como o Brasil. O presente estudo teve por objetivo, avaliar o perfil epidemiológico, clínico e funcional de idosos com transtorno neurocognitivo leve ou maior que preencham o critério diagnóstico provável de DA. Realizou-se um estudo observacional analítico transversal de abordagem quali-quantitativa com levantamento de dados de prontuários coletados e avaliados ao longo de 6 meses no ambulatório da UniRV - Campus Aparecida de Goiânia, na qual foram avaliadas as variáveis: sexo, idade, escolaridade, antecedentes patológicos e evolução clínica-funcional. Foram avaliados 257 prontuários, dos quais 62 foram selecionados por se adequarem aos critérios de inclusão do estudo. A prevalência se mostrou maior em mulheres analfabetas, viúvas e na faixa etária dos 80-84 anos, ademais, 32% da amostra foi classificada como declínio cognitivo grave. Constatou-se no estudo que embora haja fatores não modificáveis importantes como a idade avançada, muitos fatores modificáveis foram associados, como o tabagismo e a presença de antecedentes patológicos comórbitos como a hipertensão e a clínica de sintomas depressivos.

Palavras-Chave: Declínio cognitive. Demência. Diagnóstico precoce. Epidemiologia Clínica.

Clinical-functional epidemiological profile of elderly people with Alzheimer's in Goiânia

Abstract: *Alzheimer's disease (AD) is a pathology characterized by progressive neurocognitive decline, being one of the main causes of functional dependence among the elderly population. The number of AD diagnoses tends to increase exponentially due to global aging, especially in populous, developing countries with many risk factors such as Brazil. The present study aimed to evaluate the epidemiological, clinical and functional profile of elderly people with mild or greater neurocognitive disorder who meet the probable diagnostic criteria for AD. A cross-sectional analytical observational study with a qualitative-quantitative approach was carried out with data collection from medical records collected and evaluated over 6 months at the UniRV outpatient clinic - Campus Aparecida de Goiânia, in which the variables evaluated were: sex, age, background education, pathological and clinical-functional evolution. 257 medical records were evaluated, of which 62 were selected because they met the study inclusion criteria. The prevalence was higher in illiterate women, widows and those aged 80-84 years, in addition, 32% of the sample were classified as having severe cognitive decline. The study found that although there are important non-modifiable factors such as advanced age, many modifiable factors were associated, such as smoking and the presence of comorbid pathological history such as hypertension and clinical depressive symptoms.*

Keywords: Cognitive decline. Dementia. Early diagnosis. Clinical Epidemiology.

Introdução

De acordo com dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde 55 milhões de pessoas com mais de 65 anos (8,1% das mulheres e 5,4% dos homens) estão vivendo com demência no mundo, sendo a doença de Alzheimer (DA) a forma mais comum de demência neurodegenerativa entre os idosos (WHO, 2021). No Brasil, de acordo com o informa SUS (2020), cerca de 1,2 milhões de brasileiros possuam demência de Alzheimer, embora grande parte da população enferma não tenha recebido diagnóstico ou iniciado acompanhamento médico especializado.

A DA é uma doença que piora gradualmente em paralelo com a deposição de placas amiloides e de novelos neurofibrilares da proteína TAU no córtex cerebral e na substância cinzenta subcortical e encefálica (Huang, 2023). Nesse contexto, Gaion (2022) descreve que o quadro clínico é lento e insidioso e está associado com o comprometimento gradual da memória, da orientação espaço-temporal e da linguagem, além de, ao longo de sua progressão, afetar as atividades funcionais e, posteriormente, das atividades básicas de vida diária, comprometendo a autonomia do idoso.

Entende-se que doença de Alzheimer, ganha cada vez mais relevância com o envelhecimento populacional, por esta ter um caráter insidiosa, de alto custo e, a longo prazo, ser incapacitante. Desse modo, através da organização de dados epidemiológicos, clínicos e funcionais, o presente estudo avaliar os pacientes idosos atendidos no ambulatório de uma universidade e delinear o perfil clínico-funcional daqueles diagnosticados com a doença de Alzheimer.

Material e Métodos

Estudo observacional analítico transversal de abordagem quali-quantitativa de natureza aplicada com levantamento de dados em prontuários coletados e avaliados ao longo de 6 meses nos ambulatórios da Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia. Foram avaliados prontuários e as variáveis: sexo, idade, escolaridade antecedentes patológicos e evolução clínica-funcional dos pacientes. Foram avaliados 257 prontuários, na qual 62 foram selecionados por se adequarem aos critérios de inclusão da amostra em estudo (idosos com comprometimento cognitivo entre 60 e 100 anos, com prontuários com dados completos, sob os cuidados de profissionais da

área de saúde especializados em neurologia ou geriatria e que preencham os critérios diagnósticos prováveis de demência Alzheimer).

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, sob o número CAAE 58516522.0.0000.5077.

Resultados e Discussão

Após a avaliação dos prontuários selecionados, constatou-se que 66% dos pacientes analisados pertenciam ao sexo feminino e 34% pertenciam ao sexo masculino, destes 29% eram viúvos, 15% eram casados, 3% eram divorciados e 2% eram solteiros, sendo que 51% não tinham a informação do estado civil contida em prontuário. Acerca da faixa etária da amostra, 3% tinha entre 60-64 anos, 6% tinha entre 65-69 anos, 13% tinha entre 70-74 anos, 19% possuía idade entre 75-79 anos, 29 % possuía idade entre 80-84 anos, 21% possuía idade entre 85-89 anos e 9% se encontrava dentro faixa etária dos 90–95 anos. Ademais, 24% da amostra era analfabeta, 19% possuía ensino fundamental incompleto e 3% possuía 2° grau completo, sendo que em 54% da amostra em análise a informação sobre o nível de escolaridade estava ausente em prontuário. De acordo com Araújo (2023) entre 2013 e 2022, as mulheres correspondiam a 65% dos casos de Alzheimer no Brasil, informação que corrobora com a maior prevalência feminina obtida no estudo. Após os 65 anos a incidência de DA duplica a cada 5 anos (Ralli, 2019), o que também explica a maior concentração da amostra se apresentar a partir dos 75 anos.

Com as informações dos dados clínicos e avaliações cognitivas contidas nos prontuários, aplicou-se a escala FAST (*Funcional Assessment Staging*) adaptada, classificando por sua gravidade clínica (Figura 1), em respectivamente: perda de memória subjetiva (PMS), declínio cognitivo leve (DCL), declínio cognitivo moderado (DCM), declínio cognitivo moderadamente grave (DCMG), declínio grave (DG) e declínio muito grave (DMG).

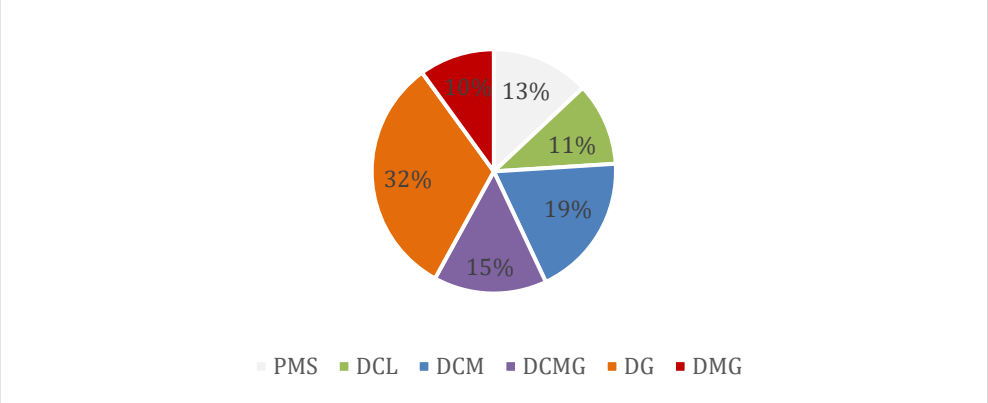

Figura 1 - Porcentagem da Amostra em relação a gravidade do estágio da DA

Fonte: autoria própria.

Verificou-se que 32% da amostra foi classificada como declínio grave, com alterações na fala, na personalidade, no controle esfincteriano, além de episódios de delírios ou alucinações. Apesar da piora clínica ser lenta, muitos idosos buscam assistência quando o quadro de comprometimento cognitivo funcional se encontra em fases mais avançadas de gravidade. Estudo realizado por Rasmussen (2019), relatou que o medo associado a perda de autonomia, dependência associada a sobrecarga do cuidador, pode retardar o diagnóstico e a procura de tratamento médico.

Dados do Ministério da Saúde entre os anos de 2019 e 2022, mostraram que ocorreram 14 internações associadas a DA em Goiânia, sendo que 71% ocorridas entre 2019 e 2020. Ademais, ao se calcular todo valor gasto com a doença ao longo desses quatro anos considerando todos os municípios de Goiás (R$ 72.866,34); Goiânia representou 25% desse total (Brasil, 2023). Os custos dos cuidados de saúde referem-se principalmente à hospitalização de pessoas com DA, embora grande parte do custo dos cuidados seja informal, ou seja, suportado pela família e pelos cuidadores (Rasmussen, 2019).

Segundo Kivipelto (2018), condições médicas e de estilo de vida têm sido associados à um risco maior de DA, incluindo: idade avançada, poucos anos de estudo, sedentarismo, tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia e depressão; alterações observadas no presente estudo. Com relação aos hábitos de vida, 53% dos pacientes possuíam histórico de tabagismo e 35% de etilismo. Serrano (2019) descreve que o tabagismo ativo ou passivo, tem sido associado a um risco aumentado de demência e DA, sendo o risco 2-4 vezes maior de ser diagnosticado com DA entre os fumantes crônicos não portadores fatores genéticos associados a doença. Acerca do álcool, os danos cerebrais relacionados essa droga podem ser causados por neurotoxicidade, mas também por agregação amiloide (Kivipelto et al., 2018), embora Serrano (2019 apud Anstey, 2009) infira que consumo leve a moderado dos polifenóis presentes nas uvas do vinho, na idade avançada tem sido associado redução da carga da beta amiloides e melhoram o fenótipo cognitivo.

Dos 62 pacientes da amostra, 19,35% (n=12) dos pacientes eram sedentários e 16,12% (n=10) relataram uma dieta desbalanceada rica em carboidratos e alimentos gorduroso, dentro dessa análise, o estudo realizado por Pessoa (2019) enfatiza que a realização de atividades físicas e a adoção uma dieta balanceada, como a dieta mediterrânea são importantes fatores protetivos contra a DA. Ademais, a prática de atividade física favorece a depuração amiloide, estimula o crescimento de novas células cerebrais e as conexões entre elas, fatores que aumentam a reserva cognitiva (Melo, 2018). Vale considerar que à medida que a DA progride, os pacientes também podem desenvolver deficiências nas habilidades motoras, incluindo níveis reduzidos de flexibilidade, agilidade, força, equilíbrio e resistência aeróbica (Borgo, 2021), nesse ponto vale considerar que a condição instabilidade postural foi constata em aproximadamente um terço dos pacientes, bem como relatos de quedas prévias de um a cada cinco prontuários.

Sabe-se que a multimorbidade é um dos principais fatores associado a complexidade no manejo clínico dos pacientes idoso. Ao longo do levantamento de dados averiguou-se as comorbidades mais comuns apresentados pelos pacientes com DA (Figura 2).

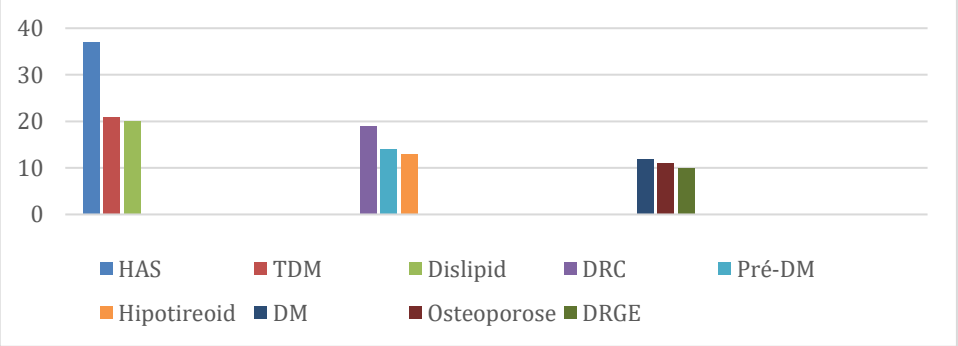

Figura 2 - Comorbidades mais comuns apresentados pelos pacientes com DA

Fonte: autoria própria.

Dentro da análise das doenças metabólico sistêmicas, comórbidas a DA, a hipertensão e a dislipidemia se mostraram as morbidades mais relevantes. Serrano (2019) evidenciou que a hipercolesterolemia pode favorecer os depósitos de beta-amiloide, assim como a hipertensão na meia-idade não tratada, o que se relaciona com neuroinflamação e perda da função neuronal.

Foram, ademais, catalogados os sintomas mais frequentes comórbidos ao quadro neurodegenerativo causado por DA (Tabela 1).

Tabela 1 – Sintomas mais frequentes comórbidos ao quadro demencial de Alzheimer

Sintomas e condições	N° da Amostra	% da Amostra
Sintomas Depressivos	32	51.61
Presbiacusia	30	48.38
Insônia	28	45.16
Agitação/Agressividade	25	40.32
Instabilidade Postural	22	35.48
Quedas prévias	13	20.96
Alucinações	10	16.12

Fonte: autoria própria.

Em análise, 51% dos pacientes apresentaram sintomas depressivos como: hipotimia, anedonia, fadiga e insônia, sendo que a insônia estava presente em 45% da amostra. Um estudo constatou que a depressão, o sentimento de solidão e o estado civil de solteiro ou viúvo têm sido associados a um risco mais elevado de desenvolver demência, além de que a idade de início da DA foi menor em pacientes com depressão comórbida (Melo, 2023). O segundo sintoma comórbido mais comum constatado foi a presbiacusia, que embora seja um sintoma comum associado a senescência, foi verificado por Ralli e colaboradores (2019), em que a deficiência auditiva pode levar à privação sensorial e ao isolamento social, o que subsequentemente gera um cenário de risco para o desenvolvimento de demência.

No contexto farmacológico, a classe de fármacos de uso mais prevalente descritos nos prontuários foram os anti-hipertensivos, com 59% de uso e os inibidores reversíveis da acetilcolinesterase (IChE), com próximos 56% de uso. Embora os IChE sejam os medicamentos de escolha no tratamento sintomático da demência de Alzheimer, pois ajudam a retardar o processo de evolução da doença, Tzourio (2022) declara que, em pacientes hipertensos, um adequado controle pressórico com anti-hipertensivos pode reduzir o risco de declínio cognitiva e demência. Dentro da análise realizada, os fármacos psiquiátricos, como antidepressivos e antipsicóticos atípicos, com destaque para a quetiapina, se mostraram com uma grande prevalência. Constatou-se que 50% dos pacientes faziam uso de pelo menos um antidepressivo para o tratamento de depressão ou sintomas ansiosos, sendo que Juszczyk (2021) avaliou que os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina também previnem a perda neural e aliviam o comprometimento da capacidade espacial e aprendizagem.

Conclusão

O perfil clínico funcional dos pacientes avaliados com a doença de Alzheimer se mostrou mais prevalente em hipertensos, idade superior aos 75 anos, com sintomas depressivos, instabilidade postural, histórico de tabagismo, sendo as mulheres até mais duas vezes afetas do que os homens. Esses dados corroboram com a hipótese de que o melhor controle de fatores preventivos e de fatores risco modificáveis pode traduzir-se na redução de número de casos de DA. Por fim, contexto atual do envelhecimento populacional, um diagnóstico precoce de comprometimento neurocognitivo auxilia na melhora da qualidade de vida, relação familiar e independência do idoso, levando a um melhor prognóstico no desenvolvimento da doença de Alzheimer.

Agradecimentos

À Universidade de Rio Verde e ao Programa de Iniciação Científico UniRV-PIBIC pela oportunidade e organização em realizar um projeto de promoção de ciência e de qualificação estudantil com demasiado empenho e qualidade.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Sandra Regina Machado et al. Doença de Alzheimer no Brasil: uma análise epidemiológica entre 2013 e 2022. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e29412240345-e29412240345, 2023.

BORGO, Cleidiane Marilize. Os efeitos do exercício físico na prevenção de quedas em idosos com doença de Alzheimer: revisão Integrativa. 2021. Trabalho de conclusão de curso. Univesidade Uniguaracá.

DATASUS, Tabnet. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nigo.def. Acesso em: 30 de jan. de 2023.

FREITAS, E.; MOHALLEM, K.; GAMARSKI, R.; PEREIRA, S. **Manual Prático de Geriatria**. 2ª ed. Guanabara Koogan, 2017. 472 p.

GAION, P. Doença de Alzheimer: saiba mais sobre a principal causa de demência do mundo. **Informasus ufscar.** 21 Set. 2020. Disponível em: https://www. Informasus.ufscar.com.br /doenca-de-alzheimer-saiba-mais-sobre-a-principal-causa-de-demencia-no-mundo**.** Acesso em: 5 de abril. 2022.

HUANG, Juebin. "Doença de Alzheimer"**. Manual MSD**. Fev 2023. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/delirium-e-dem%C3%AAncia/doen%C3%A7a-de-alzheimer. Acesso em: 30 de set. 2023.

JUSZCZYK, Gabriela et al. Chronic stress and oxidative stress as common factors of the pathogenesis of depression and Alzheimer's disease: The role of antioxidants in prevention and treatment. **Antioxidants**, v. 10, n. 9, p. 1439, 2021.

KIVIPELTO, Miia; MANGIALASCHE, Francesca; NGANDU, Tiia. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. **Nature Reviews Neurology**, v. 14, n. 11, p. 653-666, 2018.

MELO NEVES, Lucas et al. Objective physical activity accumulation and brain volume in older adults: An MRI and whole-brain volume study. **The Journals of Gerontology**: Series A, v. 78, n. 6, p. 902-910, 2023.

PESSOA, Rebeca Mendes de Paula. **Transtornos Neurocognitivos: conceitos, comparação entre critérios diagnósticos e acurácia de testes neuropsicológicos em uma amostra de idosos da comunidade**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RALLI, Massimo et al. Hearing loss and Alzheimer's disease: a review. **The International Tinnitus Journal**, v. 23, n. 2, p. 79-85, 2019.

RASMUSSEN, Jill; LANGERMAN, Haya. Alzheimer's disease–why we need early diagnosis. **Degenerative neurological and neuromuscular disease**, p. 123-130, 2019.

SERRANO-POZO, Alberto; GROWDON, John H. Is Alzheimer's disease risk modifiable? **Journal of Alzheimer's disease**, v. 67, n. 3, p. 795-819, 2019.

TZOURIO, Christophe. Hypertension, cognitive decline, and dementia: an epidemiological perspective. **Dialogues in clinical neuroscience**, 2022.

WHO. Dementia. **Word health organization news-room**. 2 Set. 2021. Disponível em https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia. Acesso em: 24 de fev. 2022.