

INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS NO DÉFICIT COGNITIVO DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)

Priscila Stéfani Almeida Ferreira¹; Renan Rodrigues Teófilo²; Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa³; Mariana Carla Oliveira Lucena⁴; Saulo Freitas Pereira⁵.

¹ *Universidade Estadual da Paraíba* – priscila.sfalmeida@gmail.com, ² *Universidade Estadual da Paraíba* – renanrodrigues11@gmail.com, ³ *Universidade Estadual da Paraíba* – valeriarb@gmail.com, ⁴ *Universidade Estadual da Paraíba* – marianalucena95@gmail.com, ⁵ *Universidade Estadual da Paraíba* – saulofreitas7@gmail.com.

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar o déficit cognitivo de um grupo de idosos acometidos pela Doença de Alzheimer (DA), correlacionando-o com as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, escolaridade e estado civil. Utilizou-se como instrumentos, um questionário previamente elaborado e a escala Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O delineamento foi quantitativo transversal por conveniência, com amostra não-probabilística de 23 indivíduos, com média de idade 79 anos ($\pm 7,75$), de ambos os gêneros. Os resultados sugeriram que idosos do sexo masculino possuíram suas capacidades cognitivas melhor preservadas quando comparados ao sexo feminino. Além disso, aqueles idosos que tinham seu cônjuge vivo obtiveram melhor resultado no teste de cognição em relação aos idosos viúvos, apontando para a importância da presença de um companheiro no processo de envelhecimento. Quanto à escolaridade, o tempo de estudo não se mostrou como fator de proteção para o declínio cognitivo nos idosos acometidos pela DA. Ressaltou-se como fator limitante da pesquisa, o número baixo da amostra, todavia tal dado considerou-se justificável por se tratar de um público com diagnóstico demencial, o que acarretou disponibilidade de cuidadores ou acompanhantes que os transportassem até o local da pesquisa. Por fim, os resultados obtidos neste estudo, foram condizentes com a literatura, concluindo-se que as variáveis sociodemográficas utilizadas influenciaram na capacidade cognitiva de idosos.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Cognição, Saúde do Idoso, Perfil Sociodemográfico, Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo ao longo das últimas décadas¹. No Brasil o processo de transição demográfica é igualmente contínuo, em dados, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões em 1975 e 17 milhões em 2006, representando um aumento de 600% em menos de cinquenta anos². Entre os censos de 2000 e 2010 a população com mais de 60

anos aumentou numericamente em 6.049.903, e o IBGE projeta que este grupo etário deve ainda crescer atingindo 26,7% do total da população brasileira³.

A redução da fecundidade e mortalidade, juntamente com o aumento da expectativa de vida, contribuíram para essa modificação na distribuição populacional². Este fenômeno é multifatorial, advindo dos avanços na tecnologia, nas práticas médicas, no crescente número de pesquisas e publicações científicas acerca do tema⁴, aliado a um novo estilo de vida do homem pós-moderno.

Essa transição requer devida atenção no que diz respeito ao processo de envelhecimento e as alterações orgânicas e coletivas (sociais) que o cercam. A fisiologia natural da senescência, prevê uma diminuição significativa da capacidade funcional dos indivíduos, o que pode acarretar no surgimento de doenças crônicas como as insuficiências cardíaca, renal, pancreática, assim como as síndromes demenciais⁵. Os indivíduos acometidos por tais condições, apresentam, dentre outras características, a redução na capacidade funcional, tornando-os progressivamente incapazes de realizar as atividades da vida diária, levando-os à dependência de um cuidador⁶.

Diante de tal panorama, este trabalho justifica-se pela necessidade de se estabelecer consonância entre o quadro atual de uma sociedade em processo gradativo de envelhecimento e uma busca por condições de vida que se adaptem melhor a esta coletividade, posto que há íntima relação entre o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças relacionadas à senescência.

As síndromes demenciais são morbidades geralmente degenerativas e progressivas que implicam grandes transtornos mental, físico e psicológico⁷. A prevalência da demência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo a idade o maior fator de risco para a doença⁷. A Doença de Alzheimer (DA) é uma das principais representantes deste grupo, representa de 50 a 60% dos casos de demência, acometendo aproximadamente 1% da população geral, e 10 a 20% dos indivíduos com mais de 65 anos⁶. Caracteriza-se por cronicidade neurodegenerativa, sendo o distúrbio progressivo da memória e o déficit das funções cognitivas o seu principal alvo, afetando o funcionamento ocupacional e social do indivíduo acometido⁸⁻⁹.

O déficit cognitivo em idosos consiste em perda da precisão, lentidão leve e generalizada, quando comparados com pessoas mais jovens, sendo possível a mensuração destes por meio de testes objetivos que relacionem situações do cotidiano¹⁰. Pessoas idosas normais mantêm desempenho cognitivo estável quando medidos de forma longitudinal por avaliação clínica cuidadosa e testagem cognitiva repetida. Essa estabilidade tende a ser mantida, a menos que desenvolvam uma doença demencial, quando, então, um declínio agudo do desempenho é observado¹⁰. Avaliar este nível de redução das funções cognitivas em pacientes acometidos pela DA nos ajuda a entender todo o processo de declínio das funções, ocasionado não só pela redução da atividade fisiológica natural do envelhecimento, mas também o resultante da ação da doença.

O presente estudo objetivou avaliar o déficit cognitivo de um grupo de idosos acometidos pela DA, sob uma ótica relacional, cruzando esta característica demencial com as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, escolaridade e estado civil.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com delineamento quantitativo e transversal. Os idosos que compuseram a amostra não-probabilística, por conveniência eram

participantes do projeto de extensão Neurosad – Alzheimer, com funcionamento desde o ano de 2013, sendo este serviço fornecido pelo Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

O convite para participação no estudo foi realizado pessoalmente, com o paciente e o cuidador presentes. Os idosos e cuidadores foram informados da natureza e da proposta do estudo e aceitaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O atual estudo foi conduzido de acordo com a Resolução 466/12 do CNS/ MS, tendo sido analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB, sob o número 37372814.1.0000.5187. Os instrumentos foram aplicados individualmente por uma equipe de alunos previamente treinada. Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, na qual os idosos passaram por avaliações por meio de outros instrumentos específicos validados.

Como critérios de inclusão da amostra, foi utilizado o diagnóstico de DA, realizado por neurologista da Clínica Escola de Fisioterapia da instituição. Dos 31 participantes do projeto, 23 idosos de ambos os gêneros, com idade média de 79 anos ($\pm 7,75$, $x_{\min}=60$, $x_{\max}=91$), compuseram a amostra do atual estudo, sendo 8 destes excluídos por não preencherem os requisitos.

A coleta de dados foi realizada em novembro de 2014 e consistiu para o estudo atual, na aplicação de dois instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico: previamente elaborado. Para o presente estudo, foi levado em consideração as seguintes variáveis: idade (aferida em anos completos), sexo, estado civil e escolaridade (grau máximo de instrução alcançado, expresso em anos completos).
- Mini Exame do Estado Mental (MEEM), escala validada no meio científico com o objetivo de avaliar as funções cognitivas através de questões, com orientação para tempo, local, registro de 3 palavras, atenção e cálculo, memória, linguagem e capacidade construtiva visual¹¹. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. É considerado um instrumento mundialmente utilizado para rastreamento das funções cognitivas.

Ambos os instrumentos foram aplicados individualmente em forma de entrevista com o idoso. Para a classificação foram utilizadas as seguintes notas de corte pelo MEEM: 17 para os iletrados; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para os que tinham 9 anos ou mais de escolaridade. Estes pontos de corte foram baseados nos critérios sugeridos pela Academia Brasileira de Neurologia¹². Com os dados coletados, elaborou-se um banco de dados no Microsoft Excel ® 2013, software este utilizado para a descrição e análise dos mesmos.

Seguindo a natureza dos dados optou-se por usar estatística não paramétrica. Para verificação da diferença entre as médias obtidas no MEEM em relação às variáveis observadas, utilizou-se o Teste t de Student e teste de correlação de Pearson. Os

cálculos foram realizados no programa RStudio versão 0.99.473. Adotou-se nível de significância $p < 0.05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos através do questionário e do MEEM foram trabalhados e distribuídos em tabelas, de acordo com cada especificidade.

A tabela 1 mostra as características dos indivíduos que participaram do presente estudo. A predominância do sexo feminino (69,6%) nesta amostra condiz com a literatura, que mostra que mulheres tem mais risco de desenvolver demência, quando comparados à homens¹. No tocante à escolaridade, mais da metade da amostra (56,5%) possuía bom grau de instrução formal, com teto máximo de 17 anos de estudo. No quesito estado civil, os idosos casados representavam a maior parcela da amostra (47,8%), seguida dos viúvos (43,4%).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da população em estudo (n=23)

| Variável | | N | % |
|---------------------|----------------|----|------|
| Gênero | Masculino | 7 | 30,4 |
| | Feminino | 16 | 69,6 |
| Escolaridade | Iltrado | 3 | 13,1 |
| | 1-4 anos | 4 | 17,3 |
| | 5-8 anos | 3 | 13,1 |
| | 9 anos ou mais | 13 | 56,5 |
| Estado civil | Solteiro | 1 | 4,3 |
| | Casado | 11 | 47,8 |
| | Viúvo | 10 | 43,4 |
| | Separado | 1 | 4,3 |

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 2 mostra a diferença entre as médias obtidas no MEEM pelos indivíduos do sexo feminino e masculino. A média geral de pontos foi de $14,60 \pm 6,07$. Embora o Teste *t* de *student* não tenha mostrado que os escores dos idosos do sexo masculino

tenham diferido significativamente dos escores obtidos pelo sexo feminino, os resultados apontaram que os homens tiveram a pontuação média no MEEM de $15,42 \pm 8,5$, e as mulheres pontuaram em média $14,25 \pm 5,2$.

Pesquisas mostram que homens idosos apresentam melhor capacidade cognitiva de percepção em comparação às mulheres¹³, dado que se expressa, ainda que de forma discreta, na presente amostra. Além disso, são vários os estudos que identificam o predomínio da população feminina entre idosos com declínio cognitivo ou problemas mentais^{2,13,14}. A explicação pode estar na longevidade das mulheres ser mais acentuada, o que também favorece a prevalência de déficit cognitivo, agravo relacionado ao avanço da idade.

Tabela 2 - Representação das médias do MEEM em relação ao sexo

| Variável | Gênero | | |
|-------------|-----------|----------|---------|
| | Masculino | Feminino | p-value |
| MEEM | 15,42 | 14,25 | 0,37 |
| DP | 8,5 | 5,2 | |

Quanto ao nível de escolaridade, o tempo de estudo não se mostrou determinante como fator de proteção no declínio cognitivo, posto que os iletrados apresentaram melhor média de escore no MEEM em relação aos idosos com maior tempo de estudo. Tal resultado, quando confrontado com outros estudos realizados¹⁵, se mostra contrário ao esperado, o que nos leva a refletir sobre o motivo desta discrepância.

Na tabela 3, ao analisarmos o desvio padrão para cada faixa de escolaridade, verificamos um alto desvio no intervalo de 9-17 anos, o que se justifica pela presença de um maior contingente (56,5%), com idosos apresentando variados graus de comprometimento, considerando que a DA pode ser dividida em três fases – leve, moderada e grave – de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo¹⁶. É importante ressaltar que este grupo (9-17), continha 53,8% do seu total com idade ≤ 74 anos, e sabe-se que um nível inicial de QI mais alto mostra-se como efeito protetor de demência para pessoas acima de 75 anos¹⁰.

Há estudos, todavia, com “n” relativamente pequeno, que apontam para o mesmo resultado encontrado na presente pesquisa. Indicando a ausência de uma relação entre déficit cognitivo e grau de escolaridade do idoso¹⁷.

Tabela 3 – Representação das médias do MEEM em relação à escolaridade

| Variável | Escolaridade (anos) |
|----------|---------------------|
|----------|---------------------|

| | | | | |
|-------------|---------|-----|------|------|
| | letrado | 1-4 | 5-8 | 9-17 |
| MEEM | 16,3 | 14 | 16,3 | 14 |
| DP | 1,2 | 2,7 | 5,2 | 7,3 |

Quanto ao estado civil, o cruzamento dos dados demonstrou melhor nível cognitivo no grupo representado pelos solteiros ($M=21\pm 0$) em relação aos separados ($M=10\pm 0$)¹⁸. Por ser apenas 1 representante para cada uma das categorias citadas acima, optou-se por fazer duas formas de agrupamento, o primeiro pelo estado civil declarado e o segundo com apenas duas classes, categorizando-os pela presença ou ausência de um cônjuge.

Encontrou-se uma correlação positiva significativa, embora fraca, entre o resultado do MEEM e a presença de um companheiro ($r=0,09$), sugerindo assim, que a solidão na velhice pode acarretar perdas cognitivas. A grande discrepância em relação ao status marital, com um elevado número de viúvas ($n=9$; 56,25%), em contraste com alto percentual de homens casados ($n=6$; 85,7%), faz com que as mulheres idosas tenham maiores chances de enfrentar o declínio da capacidade física e mental sem apoio do marido (no caso de viúvas e descasadas) e de filhos, no caso das solteiras.

Tabela 4 – Representação das médias do MEEM em relação ao estado civil

| Variável | Estado Civil | | | |
|-------------|--------------|--------------|-------|----------|
| | Casado (a) | Solteiro (a) | Viúvo | Separado |
| MEEM | 15,1 | 21 | 13,8 | 10 |
| DP | 7,1 | 0 | 4,6 | 0 |

| Variável | Estado Civil | | |
|-------------|-----------------|-----------------|---------|
| | Com companheiro | Sem companheiro | p-value |
| MEEM | 15,1 | 14,5 | 0,34 |
| DP | 7,1 | 4,8 | |

CONCLUSÕES

As mudanças no perfil demográfico da população têm acarretado um crescente aumento da população idosa e conseqüentemente das doenças crônicas, o que demanda mudanças nos sistemas de atenção à saúde e atenção aos cuidados dessa faixa etária.

Os dados obtidos sugerem que existe uma relação entre fatores sociodemográficos e a perda cognitiva na terceira idade, em especial quando se trata de idosos com síndrome demencial, como é o caso da Doença de Alzheimer.

O fato da pesquisa possuir uma amostra pequena e ter sido adotado um nível de significância de 95%, impossibilitou um resultado significativo estatisticamente. O que sugere a realização de novos estudos com uma amostra maior, na tentativa de se obter resultados com maior expressividade.

Outro fator limitante desta pesquisa, deveu-se a natureza da amostra, composta por idosos acometidos de DA, e a opção por restringir os participantes à um grupo específico (idosos participantes do projeto de extensão Neurosad – Alzheimer), o que dificultou um recrutamento maior de idosos.

Os resultados obtidos neste estudo promoveram estímulos em continuar pesquisando e desenvolvendo análises na direção de contribuir com um melhor envelhecimento da população. Além de nos sensibilizar para a importância de uma atenção especial e fornecimento de terapêuticas capazes de postergar as perdas de autonomia e/ou dependência, acarretadas pelas alterações cognitivas em seus mais diversos aspectos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-58, 2012.
2. Lima LCV. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-280, mai-ago. 2009.
3. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tabela_1_12.pdf
4. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan-mar. 2009.
5. Ramos LR. Saúde pública e envelhecimento; o paradigma da capacidade funcional. Abr., 2009. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a09_bisn47.pdf
6. Talmellil LFS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.4, dec., 2010.
7. Aprahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Rev Bras Clin Med**, 7:27-35, 2009.
8. Forlenza OV. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Rev. Psiqu. Clín.** 32 (3); 137-148, 2005.
9. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. Psiqu. Clín.** v. 32, n. 3, p. 131-6, 2005.



10. Argimon ILL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):64-72, jan-fev, 2005.
11. Almeida OP. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr** 1998; 56 (3-B):605-612.
12. Neri AL. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 4, p. 778-792, abr., 2013.
13. Pinzan-Faria VM, Lório MCM. Sensibilidade auditiva e autopercepção do handicap: um estudo em idoso. **Distúrbios da Comunicação**, 16(3), 289-299, 2004.
14. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC, Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul Enferm.** Mato Grosso do Sul, 2011.
15. Argimon ILL, Lopes RMF, Terroso LB, Farina M, Wendt G, Esteves CS. Gênero e escolaridade: estudo através do miniteste do estado mental (MEEM) em idosos. **Aletheia** 38-39, p.153-161, maio-dez., 2012.
16. Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, Avila R, Zukauskas PR, Bustamante SEZ, et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. **Arq Neuropsiquiatr** 2002;60(1).
17. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 37(1), 47-61, 2010.
18. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, 10(2): 178-89, 2007.