

DEPRESSÃO ASSOCIADO A DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Costa, Maíra Lopes da¹, Galvão, Ana Carolina Daher Ribas¹; Franco, Carlúcia Ithamar Fernandes²

¹Acadêmicos em fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); ²ProfªDrª Orientadora da pesquisa – UEPB

mairalopes@gmail.com

INTRODUÇÃO

De acordo com o estudo de Baldoni, Pereira¹ estima-se que no Brasil, em 2008, os idosos representavam 9,5% da população, de forma que, caso as projeções se confirmem no ano de 2050, eles representarão aproximadamente 30% da população brasileira. O Brasil poderá tornar-se um dos países com o maior número de idosos do mundo². Consequentemente, onerando o custo financeiro para a previdência social do país, como progressivamente aumentando o número de doenças crônico-degenerativas entre a população idosa.

O termo demência é utilizado para descrever uma síndrome caracterizada por um declínio adquirido das funções cognitivas, geralmente associado a alterações de personalidade e/ou do comportamento, de gravidade suficiente para interferir no desempenho das atividades de vida diária e na qualidade de vida do indivíduo³. Segundo Machado et.al. *, em 2006, nas demências, os fatores de risco variam de acordo com os estressores genéticos e ambientais, além da idade e histórico clínico, conforme cada indivíduo. As principais alterações histopatológicas cerebrais são placas senis e emaranhados neurofibrilares, com comprometimento da neurotransmissão colinérgica e atrofia cerebral extensa.⁴

A Demência de Alzheimer (DA), segundo Balthazar et al.⁵, é a principal causa de demência na população idosa, responsável por cerca de 60% a 70% de todas as demências cuja prevalência está aumentando progressivamente devido, sobretudo, ao envelhecimento da população. A prevalência dobra em média duplica a cada cinco anos, passando de 1% aos 60 anos e chegando a mais de 40% da população com mais de 85

* Machado, J.C.B. et al. (2006). Doença de Alzheimer. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X. & Gorzoni, M.L. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 15: 133-47. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

anos de idade. A síndrome da demência relaciona-se com a depressão, apresentando como características principais o prejuízo da memória, das habilidades, e do comportamento. O diagnóstico clínico da DA depende da apresentação clínica e declínio das habilidades intelectuais como a memória, linguagem, percepção, abstração e planejamento, assim como, das atividades motoras.⁶

Com base na literatura, observa-se a importância da realização dessa pesquisa, uma vez que, tem considerável relevância científica e social, através da contribuição para melhor entendimento das doenças crônicas neurodegenerativas de cunho psíquico, especificamente, as demências. Da mesma forma, proporciona um raciocínio multidisciplinar, com propostas de intervenção de forma efetiva para o tratamento desta patologia, assim como, incita e/ou instiga maior atenção dos serviços de saúde pública na promoção de boa qualidade de vida dos indivíduos acometidos por demência. Diante disto, o estudo teve como objetivo caracterizar os dados sociodemográficos; investigar as disfunções cognitivas; verificar o estadiamento e avaliar o possível estado depressivo em indivíduos portadores de doença de DA assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

METODOLOGIA

O Estudo foi tipo transversal, observacional, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 44 indivíduos de ambos os sexos com os respectivos diagnóstico clínico: Demência do Tipo Alzheimer, Demência Vasculare, Demência Devido à Doença de Parkinson, e, Demência à Esclarecer. Dessa amostra, 26 eram portadores da Demência de Alzheimer. Foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos e idade a partir de 60 anos, com diagnóstico clínico de demência, assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através do Serviço Municipal de Saúde e da Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB na cidade de Campina Grande/PB. Foram excluídos da pesquisa indivíduos com alterações auditivas ou visuais que os incapacitaram de realizar os testes, indivíduos com déficit funcional devido à amputação de membro ou que estavam desacompanhados de seu cuidador ou outra pessoa do convívio, no momento da pesquisa.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico e Clínico; o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais; a Escala de Avaliação Clínica Demência (CDR), para graduação da demência; a Escala de Demência de *Blessed*, objetiva monitorizar a progressão da demência, apresenta escore variando de 0 a 23 pontos para os portadores de demência, indivíduos com pontuação igual ou acima de 9 pontos, possuem declínio cognitivo

importantes; e, a Escala Cornell de Depressão em Demência (ECDD) utilizada para examinar o estado emocional. Os dados foram avaliados pelo programa estatístico SPSS Statistics 22.0, sendo considerados valores significantes $p < 0,05$. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, sob o número: 22438213.2.0000.5187. Os portadores de demência e seus cuidadores receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução No 466/12, 12 de dezembro 2012. (Brasil, 2012) do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os pacientes que por algum motivo, encontrarem-se impossibilitados de assinar o Termo de Consentimento, será solicitado ao responsável e os que se recusarem, não participaram do estudo.

RESULTADOS E DISCURSÃO

Após análise dos dados, verificou-se que a amostra foi composta por 26 indivíduos com diagnóstico clínico de demência de Alzheimer, os quais apresentaram média de idade $78,03 \pm 7,14$. Dado similar foi observado no estudo de Dias et al.⁷, onde verificaram média de 77,1 anos de idade. Em relação ao nível de escolaridade, 30,8% (n=12) dos indivíduos portadores de DA estão incluídos no intervalo de 1 a 4 anos de escolaridade, seguido de 19,2% (n=5) equivalente a porcentagem de analfabetos, 11,5% (n=3) estão entre o intervalo de 9 a 11 anos e 3,8% (n=1) equivalente ao analfabeto funcional. O baixo nível de escolaridade pode ser atribuído ao difícil acesso dessa população à educação, podendo ser explicado pelo fato de ser composta de usuários do SUS, sendo em sua maioria composta por pessoas de baixa renda financeira. Outro fator importante é o baixo acesso a uma educação de qualidade na Região Nordeste, como informa o atlas do desenvolvimento humano em 2010, que a Paraíba ocupa o 3º maior índice de analfabetismo entre pessoas de 18 anos ou mais, o que refletiu consideravelmente nos resultados apontados dos instrumentos.

Relacionado ao sexo, evidenciou-se predomínio do gênero feminino correspondendo a 69,2% (n=18) da população estudada e 30,8% (n=8) do sexo masculino, o que corrobora com estudo de Marra et al.⁸, onde verificaram predominância do sexo feminino (75,5%) com DA. No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que 80,8% (n= 21) dos portadores de DA eram viúvos e 19,2% (n=5) eram casados. Segundo Valente et al.⁹, após a realização da caracterização de 49 idosos com demência, identificaram prevalência semelhante de viúvos e casados.

Com relação ao rastreamento do quadro de demência na Escala do MEEM, evidenciou-se que dos 26 pacientes, 38,4% (n=10) foram incapazes de realizar o teste, o

que sugere relação direta com o alto índice de gravidade da Demência apresentado no estudo. Dentre os que foram capazes de realizar o teste 61,6% (n=16) apresentaram média de $10,87 \pm 5,07$ no escore total, indicando comprometimento cognitivo grave, tendo em vista que o ponto de corte mínimo foi de 13 pontos. De acordo com Abreu et al.¹⁰ (2005), quanto maior a idade, maiores são os déficits cognitivos apresentados pela população. Estudo com 325 indivíduos de diversos níveis educacionais realizado por Brucki et al.¹¹, verificaram forte correlação entre a educação e a pontuação dos avaliados pelo MEEM, o que confirma que o baixo nível de escolaridade são responsáveis por baixas pontuações nesse teste.

Em relação ao estadiamento da DA na CDR, observou-se que a maioria dos indivíduos, 61,5% (n=16) apresentaram demencia grau 3 (grave); 34,6% (n=9) equivalente a demencia grau 2 (moderada) e 3,8% (n=1) mostraram demência grau 1 (leve). Diante do exposto, observou-se alto índice de demência do tipo grave, seguido de demência do tipo moderada. Similarmente, foram observados por Talmelli et al.¹², uma vez que, evidenciaram uma taxa de 46,3% com demência grave de 67 indivíduos.

Relacionado à progressão da demência foi utilizada a Escala de *Blessed*, a qual apresenta escore variando de 0 a 23 pontos para os portadores de demência, indivíduos com pontuação igual ou acima de 9 pontos, possuem declínio cognitivos importantes. Assim, no presente estudo cerca 92,30% (n=24) apresentaram valores iguais ou acima de 9 pontos, indicando comprometimento severo das funções cognitivas e cerca de 7,7% (n=2) indicaram uma pontuação igual a 9. A amostra estudada apresentou média $16,65 \pm 4,69$, demonstrando assim alto comprometimento cognitivo dos indivíduos estudados, corroborando com Maia et. al.¹³, que demonstrou média $12,5 \pm 7$.

Dando continuidade, foi analisado o comportamento depressivo na Escala Cornell de Depressão em Demência, onde verificou-se que a população do presente estudo (n=26) apresentou valor de $11,69 \pm 6,68$, sugerindo assim sinais e sintomas de depressão. De acordo com Sousa e Santos et al.¹⁴, os sinais depressivos aumentam à medida que a gravidade da demência aumenta. Dessa forma, fica claro a relação da progressão da demência e do surgimento da depressão, visto que é uma patologia que compromete as funções cognitivas, emocionais e funcionais, interferindo em todo o cenário biopsicossocial do portador, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento de sinais e sintomas depressivos.

Segundo Carthery-Goulart et. al.¹⁵, a depressão e demência são síndromes clínicas muito freqüentes na população idosa e podem, muitas vezes, coexistir. A prevalência de sintomas depressivos em pacientes com doença de Alzheimer (DA) varia entre 10 e 86%,

dependendo dos critérios diagnósticos, das avaliações utilizadas e das populações estudadas. Estudos longitudinais sugerem que a depressão pode preceder o desenvolvimento de demência ou mesmo constituir um fator de risco para o aparecimento da DA.

CONCLUSÃO

Após a análise dos dados foi possível concluir que os indivíduos portadores da Demência de Alzheimer apresentaram:

- ✓ Média de idade acima de 78 anos, prevalência do sexo feminino e baixo nível de escolaridade;
- ✓ Estadiamento grave da doença;
- ✓ Alterações graves das funções cognitivas, como memória, atenção, linguagem, função visuoespacial;
- ✓ Sinais e sintomas (sintomas relativos ao humor, distúrbios de comportamento, sintomas sintomáticos, funções cíclicas, distúrbios ideatórios) indicativos de depressão.

Portanto, observa-se a importância de assistência inicial ao paciente ainda na fase de comprometimento cognitivo leve, o que sugere-se a necessidade de reformular algumas práticas dos serviços de saúde na cidade de Campina Grande –PB, de forma que ofereça melhor assistência à esses pacientes no âmbito dos três níveis de atenção, visto que são indivíduos atendidos em todas as esferas da saúde, à medida que há a progressão da doença. Sendo assim, recomenda-se a formulação de políticas públicas que visem prevenir e/ou retardar a progressão da DA, a qual tem se tornado uma das doenças, de cunho neuropsíquico, mais prevalentes na população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Baldoni AO, Pereira LRL. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl. 2011;32(3):313-321.

2. Carvalho JAM, Garcia R. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. saúde pública. 2003;19(3): 725-733. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>
3. Pinho LF. Demência: A marcha diagnóstica no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde;2008. 7 p.
4. Araújo CIO, Nicoli SJ. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. Revista Kairós de Gerontologia .2010;13(1): 231-244.
5. Balthazar MLF, Damasceno BP, Cendes F, Demências. Rev. Bras. Med.2011;68(6):183-193.
6. Forlenza Orestes V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000; 22(2):87-75.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000200010>
7. Dias FLC, Silva RMFL, Moraes EM, Caramelli P. Perfil clínico e autonômico de pacientes com doença de Alzheimer e demência mista. Rev. Assoc. Med. Bras. 2013; 59(5): 435-441. DOI: doi:10.1016/j.ramb.2013.04.004
8. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM , Pereira DS, Martins MAA E Tirado MGA. Avaliação das Atividades de Vida Diária de Idosos com Diferentes Níveis de Demência. Rev. Bras. Fisioter.2007; 11(4) : 268-271.
9. Valente L, Truzzi A,Souza WF, Alves GS, Sudo FK,Alves CEO, Tiel C, Moreira DM, Engelhardt E, Laks J. Autopercepção de saúde em cuidadores familiares e o tipo de demência: resultados preliminares de uma amostra ambulatorial. Rev. Bras. Neurol.2013; 49(1):13-19.
10. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev. Psiq. Clín. 2005;32(3)
11. Brucki SMD, Mansur LL, Carthery-Goulart MT , Nitrini R. Formal education, health literacy and Mini-Mental State Examination. Dementia & Neuropsychologia. 2011; 5(1):26-30.
12. Talmelli LFS, Vale FAC, Gratão ACM,Kusumota L,Rodrigues RAP. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. Acta. paul. enferm.2013;26(3): 219-25.
13. Maia ALG, Godinho C, Ferreira ED, Almeida V,Schuh A, Kaye J, Chaves MLF. Aplicação da versão brasileira da escala de avaliação clínica da demência (clinical



dementia rating - cdr) em amostras de pacientes com demência. Arq Neuropsiquiatr 2006;64(2-B):485-489.

14. Sousa MFB, Santos RL, Arcoverde C, Dourado M, Laks J. Consciência da doença na doença de Alzheimer: resultados preliminares de um estudo longitudinal. Rev Psiq Clín. 2011;38(2):57-60.

15. Carthey-Goulart MT, Areza-Fegyveres R, Schultz RR, Okamoto I, Caramelli P, Bertolucci PHF, Nitrini R. Versão brasileira da Escala Cornell de depressão em demência (Cornell depression scale in dementia). Arq Neuropsiquiatr 2007;65(3-B): 913-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2007000500037>





4º CIEH

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENVELHECIMENTO HUMANO

Longevidade, Transformações, Impactos e Perspectivas

24 A 26 DE SETEMBRO DE 2015

