

PERFIL COGNITIVO EM IDOSOS COM QUEIXAS DE ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA

COGNITIVE PROFILE IN ELDERLY WITH MEMORY CHANGE COMPLAINTS

João Carlos Alchieri ¹, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa ², Mônica Cristina Batista de Melo ³, Maria Athina Kotzias-Bandeira ⁴ *

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população aumentou com o passar dos anos, afetando diretamente o sistema de saúde. A América Latina é considerada uma região na qual faltam informações de boa qualidade sobre demência. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil cognitivo dos idosos com queixas de alteração de memória. **Método:** O estudo foi realizado com pacientes que estavam em acompanhamento em um hospital público em Recife - PE. Os dados foram coletados através da bateria neuropsicológica CERAD. **Resultados e Discussão:** Foram avaliados 42 idosos no primeiro semestre de 2018, sendo 13 homens e 29 mulheres com idade média de 74.12 anos. A maioria, 74,36%, não apresentou escores compatíveis com depressão na GDS e o MEEM foi normal em 69,05% dos idosos; 66,67% apresentou alteração no desenho do relógio e a maioria apresentou alteração nas evocações de palavras imediata e tardia e também no reconhecimento de palavras. Os escores do CDR para 34,15% foram compatíveis com quadro de demência leve e 24,39% demência moderada classificados pelo CDR. **Conclusões:** Medidas para diagnosticar o perfil cognitivo nos idosos são fundamentais para que possam envelhecer tendo uma boa qualidade de vida e o tratamento qualificado advindo dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Idosos, Perfil Cognitivo, Funções Executivas, Avaliação, Neuropsicologia

ABSTRACT

Introduction: Population aging has increased over the years and directly affecting the health system. Latin America is considered to be a region where good information about dementia is lacking. **Objective:** The objective of this study was to evaluate the cognitive profile of the elderly with complaints of memory impairment. **Method:** The study was performed with patients who were being followed up at a public hospital in Recife - PE. Data were collected through the CERAD neuropsychological battery. **Results and Discussion:** 42 elderly people were evaluated in the first half of 2018, of which 13 were men and 29 were women with a mean age of 74.12 years. The majority, 74.36%, did not present scores compatible with GDS depression and MMSE was normal in 69.05% of the elderly; 66.67% presented alterations in the design of the clock and the majority presented alterations in the evocations of immediate and late words and also in the recognition of words. The CDR scores for 34.15% were compatible with mild dementia and moderate dementia classified 24.39% by CDR. **Conclusions:** Measures to diagnose the cognitive profile in the elderly are fundamental for the elderly to have a good quality of life and qualified treatment from health professionals.

KEYWORDS: Eldery, Cognitive Profile, Executive Functions, Evaluation, Neuropsychological

¹ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ² Doutor em neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Coordenador do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), ³ Doutora em Saúde Materno Infantil, Docente do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS, ⁴ Acadêmica de Psicologia da FPS, Monitora do Laboratório de Neuroanatomia.

*Nota E-mail: athinakotzias@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O crescimento da população que atinge a senescência aumenta no Brasil e no mundo. Segundo o IBGE a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos entre os anos de 2012 e 2018.¹ Esse aumento impacta diretamente o sistema de saúde e faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para diagnosticar, cuidar e promover saúde nesta população. Com o envelhecimento revela-se mudanças físicas, metabólicas, sociais e neuropsicológicas, como dificuldades na praxia, funções executivas, alterações de memória, raciocínio e déficits cognitivos.²

A idade considerada idosa pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é estabelecida conforme o nível sócio-econômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 ou mais anos de idade.³

Diagnósticos neuropsiquiátricos como depressão e demência estão entre os mais presentes nos idosos, impactando diretamente a sua qualidade de vida. Assim, a investigação diagnóstica o mais precocemente possível é importante para que os profissionais de saúde sejam capazes de minimizar, estabilizar ou retardar a progressão do processo degenerativo, utilizando-se de tratamentos medicamentosos e neuropsicológicos.⁴

O CID-10 define a demência como a evidência de declínio, em simultâneo, da memória e do pensamento (capacidade de raciocínio), suficientemente marcada para interferir nas atividades da vida diária, tendo, pelo menos, seis meses de evolução e podendo ainda coexistir alteração nas seguintes funções: linguagem, cálculo, julgamento, pensamento abstrato, praxias, agnosias ou personalidade.⁵⁻⁶

Diversos testes podem ser utilizados para a avaliação do estado mental do paciente, desde os de aplicação rápida até extensas baterias neuropsicológicas. Dentre os testes de aplicação rápida, estão as escalas CAMCOG⁷, ADAS-cogo⁸ e o Mini-exame do Estado Mental (MEEM)⁹ que tem sido teste o mais empregado atualmente. Contudo, estes testes rápidos não devem ser utilizados sozinhos, aliados a outros testes a eficácia do diagnóstico será aumentada.¹⁰

As baterias neuropsicológicas, nesses casos, constituem-se em sequências de testes que avaliam o comportamento e a cognição, podendo ser padronizadas ou flexíveis, dentre elas estão a escala de Mattis (MDRS)¹¹ e a bateria CERAD (Consortium Establish of Alzheimer Disease)¹². O CERAD é capaz de identificar a demência em seu estágio inicial, tendo a vantagem de não ser um teste extenso, durando em torno de 30 minutos, sendo possível analisar as variáveis como educação (anos de estudo), idade e sexo.¹³ O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil cognitivo de idosos de um ambulatório de saúde mental.

MÉTODO

O estudo foi realizado com pacientes idosos de um ambulatório de saúde mental em um hospital público do Recife - PE. Para a coleta de dados foi utilizada a bateria neuropsicológica CERAD na seguinte sequência de testes: Escore Isquêmico de Hachinski com nota de corte de 4 pontos; Escala Geriátrica de Depressão (GDS) com nota de corte de 8 pontos; Mini-exame do Estado Mental com nota de corte entre 15 até 24, dependendo da quantidade de anos de estudo do paciente; Desenho do Relógio com nota de corte de 8 pontos, Fluência Verbal: Animais com nota de corte de 9 pontos; Nomeação de Boston com nota de corte de < 13 pontos; Lista de Palavras: Recordação Imediata com nota de corte de < 14 pontos; Praxia com nota de corte de < 10 pontos; Lista de Palavras: Recordação Tardia com nota de corte de < 4 pontos; Lista de Palavras: Reconhecimento com nota de corte de < 8 pontos; Evocação de Praxia com nota de corte de < 5 pontos; Estagiamento Clínico da Demência (CDR) com a interpretação de 0= Sem Demência, 0,5= Demência Questionável, 1= Demência Leve, 2= Demência Moderada e 3= Demência Avançada. O objetivo

deste trabalho foi avaliar o perfil cognitivo dos idosos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa com seres humanos vide parecer 2.317.582.

RESULTADOS

Nesse estudo foram avaliados 42 idosos, sendo 13 homens e 29 mulheres, com idade média de 74.12 anos, com prevalência de até 8 anos de estudo, correspondente ao ensino fundamental (47,50%), o estudo apresentou o predomínio de mulheres (69,05%). A maioria, 74,36%, não apresentou escores compatíveis com depressão na GDS. o MEEM apresentou 69,05% dos idosos dentro da normalidade; 66,67% apresentou alteração no desenho do relógio. Para o teste de fluência de animais, 66,67% apresentaram normalidade e a Nomeação de Boston apresentou 50,00% dos idosos dentro da normalidade (Tabela 1).

Recordação Imediata de palavras apresentou 69,05% de alteração entre os idosos; a Recordação Tardia apresentou 88,10% de alteração; e o Reconhecimento apresentou 73,81% de alteração. Quanto a Praxia, 80,95% apresentaram alteração e a Evocação de Praxia 82,86% apresentaram alteração. Entre os idosos, 26,83% apresentaram demência questionável, 34,15% demência leve, 24,39% demência moderada e 4,88% demência avançada, classificados pelo CDR (Tabela 1)

Tabela 1: Perfil cognitivo dos idosos avaliados conforme escores da Bateria Cerad.

	Frequência (n)	%
GDS		
Normal	29	74,36%
Alterado	10	25,64%
MEEM		
Normal	29	69,05%
Alterado	13	30,95%
Relógio		
Normal	13	33,33%
Alterado	26	66,67%
Fluência Animais		
Normal	28	66,67%
Alterado	14	33,33%
Nomeação de Boston		
Normal	21	50,00%
Alterado	21	50,00%
CDR		
0 – Sem Demência	4	9,76%
0,5 – Demência Questionavel	11	26,83%
1 – Demência Leve	14	34,15%
2 – Demência Moderada	10	24,39%
3 – Demência Avançada	2	4,88%
Lista Imediata		
Normal	13	30,95%
Alterado	29	69,05%
Lista Tardia		
Normal	5	11,90%
Alterado	37	88,10%
Lista Reconhecimento		

Normal	11	26,19%
Alterado	31	73,81%
Praxia		
Normal	8	19,05%
Alterado	34	80,95%
Evocação de Praxia		
Normal	6	17,14%
Alterado	29	82,86%

DISCUSSÃO

Definido por Gill et al. a qualidade de vida se refere a percepção unicamente pessoal, denotando o modo como os pacientes se sentem em relação ao seu estado de saúde e / ou aspectos não médicos de suas vidas. ¹⁴ A avaliação global da qualidade de vida também pode ser definida como a satisfação geral de um indivíduo com a vida e um senso geral de bem-estar pessoal. ¹⁵

Sprangers et al.¹⁶ mostraram que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida. Então, o bem-estar do idoso está ligado ao domínio físico, social, ambiental e psicológico ¹⁷, o equilíbrio entre estes domínios, garantem a autonomia da população que chega a senescência.

A tendência ao envelhecimento populacional está acarretando mudanças em diversos setores da sociedade. De acordo com Cotta et al.¹⁸, a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas.

A demência é uma das principais causas de incapacidade na velhice, demandando cuidados durante todo o curso desta enfermidade que culmina na dependência total da pessoa doente. ¹⁹ Idosos com capacidades cognitivas rebaixadas, como demência, apresentam comprometimento não somente da qualidade de vida, mas também das pessoas próximas a ele. ²⁰

Na revisão de Nitrini et al.²¹ sobre a prevalência de demência em uma perspectiva global, a América Latina é considerada uma região na qual faltam informações de boa qualidade. Pesquisas no território brasileiro apontam que entre as áreas estudadas, a taxa de prevalência da presença de demência foi maior entre as mulheres do que nos homens. Encontra-se na pesquisa de BURLÁ et al. respectivamente a prevalência da Doença de Alzheimer, demência vascular e em seguida a demência mista. ¹⁹

Nos estudos de TA, MARRA et al. o número de idosos com demência grave foi maior do que o número de idosos com demência leve e em seguida da demência moderada ²². Nos estudos de NITRINI et al. a maioria dos idosos apresentou doença de Alzheimer, seguida de demência vascular. ²³

No presente trabalho pode-se perceber a existência da prevalência de mulheres que apresentam o perfil cognitivo rebaixado, assim como nas literaturas já existentes. Quanto à gravidade, a dominância dos resultados foi de Demência leve. O estudo apresentou divergência aos resultados apontados por BURLÁ et al.; TA, MARRA et al. e NITRINI et al. quanto ao diagnóstico e a gravidade das demências.

Os idosos apresentaram alterações na memória recente, devido a dificuldade progressiva observada nos testes de Lista de Palavras: Recordação Imediata, Recordação Tardia e Reconhecimento. Houve dominância de alterações na habilidade construtiva (Praxia) e maiores alterações quanto a Evocação de Praxia. A população estudada em sua maioria, não apresentou possível diagnóstico de depressão. Apresentando uma boa qualidade de vida, para a idade média de 74 anos, já que em sua maioria apresentam um grau de Demência Leve.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostraram a bateria neuropsicológica CERAD usado para avaliar o perfil cognitivo de idosos apresentou aplicabilidade e sensibilidade para detectar alterações no desempenho das tarefas funcionais de idosos, principalmente nos indicadores utilizados para avaliar funções executivas, de planejamento e memória. Os indicadores avaliados pelos escores de CDR foram importantes para sinalizar níveis compatíveis com quadros de demência. A população idosa estudada apresenta em sua maioria o grau de demência leve. Chama, também, a atenção para a divergência encontrada neste estudo para os resultados já presentes na literatura. Medidas para diagnosticar o perfil cognitivo e as funções executivas das pessoas que chegam a senescência são fundamentais para que elas possam envelhecer tendo uma boa qualidade de vida e o tratamento qualificado advindo dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS:

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise do número de idosos no Brasil I [acesso em 10 out 2018]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev neurociênc*, v. 18, n. 2, p. 220-226; 2010.
3. WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.
4. SANTOS F, ANDRADE VM, BUENO OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, Mar; 2009.
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ; WORLD HEALTH ORGANIZATION; WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992.
6. ALMEIDA, OP. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL E O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA NO BRASIL. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 56, n. 3-B, p. 605-612; 1998.
7. Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, et al. CAMDEX: a standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry* 149:698-709; 1986.
8. Mohs RC, Cohen L. Alzheimer's disease assessment scale (ADAS). *Psychopharmacol Bull* 24:627-628; 1988.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 12:189-198; 1975.
10. NITRINI, R et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 52, n. 4, p. 457-65, 1994.
11. Mattis S. Dementia ratingscale:professional manual. Florida:Odessa, 1988
12. AZAMBUJA, LS. Avaliação neuropsicológica do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 4, n. 2, 2007.
13. Bertolucci PHF, Okamoto IH, Brucki SMD, Siviero MO, Toniolo Neto J, Ramos LR. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arq. Neuro-Psiquiatr. Sep* [cited 2018 Oct 10]; 59(3A): 532-536; 2001.
14. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of Quality of Life measurements. *JAMA* 1994; 272: 619–626.
15. ARNOLD, R. et al. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, v. 13, n. 5, p. 883-896, 2004.
16. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000;53(9):895-907.
17. PEREIRA, RJ et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

18. Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Cotta Filho JS, Llopis GA, Dias Ricòs JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(4):253-61.
19. BURLÁ, C et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2949-2956, 2013.
20. INOUE, K et al. Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2, 2009.
21. Nitrini R, Bottino CMC, Albala C, Capuñay NSC, Ketzoian C, Juan J. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr* 2009;21(4):622-630.
22. TA, MARRA et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 11, n. 4, p. 267-273, 2007.
23. NITRINI, R. et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 52, n. 4, p. 457-65, 1994.

APENDICE I

O presente artigo encontra-se publicado na revista eSciPub através do link:

<https://escipub.com/ijoar-2019-09-1006/>

Portanto, este trabalho segue as normas de formatação da mesma;

- O texto é escrito em Arial 10, espaçamento entrelinhas 1,15, margens de 2cm.
- Títulos com letra maiúscula em negrito, Arial 10.
- Referências (Letra maiúscula, negrito, Arial 10).
- Todos as citações utilizadas devem ser listadas por ordem que aparecem no texto.
- Seguindo as normas estilo Vancouver.