

A REPERCUSSÃO DA DEMÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DO IDOSO

Anna Cristina da Silva Santos¹; Carlúcia Ithamar Fernandes Franco²

1. Acadêmica do curso de fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); e-mail: annacristina7.sb@gmail.com

2. Prof^a Dr^a Orientadora da pesquisa (UEPB); e-mail: cithamar@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: Evidenciar a influência da demência sobre o estado cognitivo e as atividades básicas e instrumentais da vida diária de indivíduos portadores de demência. Métodos: estudo transversal, observacional, descritivo e analítico com abordagem quantitativa. Total de 44 indivíduos com diagnóstico de demência, atendidos no Serviço Municipal de Saúde. Instrumentos utilizados para coleta de dados: Questionário sociodemográfico e clínico, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) e a Escala de Avaliação de Incapacidade para Demência (DAD) para medir o desempenho nas atividades da vida diária. Dados analisados através do programa estatístico *SSPS Statistics 22.0*, sendo considerados valores significantes $p < 0,05$. Resultados: Os indivíduos apresentaram idade média de $79,37 \pm 8,1$ anos, com predominância do sexo feminino (74%). Verificou-se que 31,8% eram incapazes de realizar o MEEM, dentre os que realizaram o teste, 68,2% apresentaram valores de $11,66 \pm 6,32$ no escore total, indicando comprometimento cognitivo grave. Estadiamento da demência na CDR: demência grave (52,3%), demência moderada (31,8%). A escala DAD apresentou média de 26,5%, indicando baixa capacidade funcional. Quanto ao desempenho das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e Instrumentais (AIVDs) 70,45% apresentaram algum grau de incapacidade no desempenho dessas atividades e 29,55% mostraram melhor desempenho para execução dessas tarefas. Conclusão: A capacidade funcional no que diz respeito a realização das ABVDs e AIVDs, quanto mais elevado o nível de demência, pior é o desempenho dos idosos nestas atividades. O declínio cognitivo é um dos principais determinantes da presença e progressão de incapacidade em pacientes com demência.

Palavras-chave: Demência, atividades de vida diária, atividades avançadas de vida diária, funcionalidade, cognição.

Introdução

A população idosa vem aumentando em todo mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. As projeções estatísticas destacam que o número de idosos brasileiros no período de 1950 a 2025 terá aumentado em quinze vezes¹. À medida que a população envelhece, o número de doenças crônicas aumenta e tornam-se mais frequentes as limitações funcionais² e suas consequências sob as atividades diárias do indivíduos.

Tem sido observado que entre as pessoas acima de 65 anos, o número de indivíduos com demência é maior que o número de pessoas acometidas de acidente vascular cerebral com taxa mais elevada na população acima de 75 anos. A mesma é influenciada pelo nível socioeconômico e educacional dos indivíduos. No Brasil, a prevalência de demência varia de 1,6%, entre as pessoas com idade de 65 a 69 anos, a 38,9%, naqueles com mais de 84 anos¹.

A Demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global de memória e outras funções cognitivas (linguagem, agnosia, apraxias, funções executivas), com uma intensidade que possa interferir no desempenho social diário ou ocupacional do indivíduo, influenciando de maneira agressiva nas suas atividades de vida diária.

Etimologicamente, o termo demência deriva da palavra latina dementia (privação da mente), sendo, presentemente, 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 indivíduo^{1,15}.

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 cerebrais são: placas senis e emaranhados neurofibrilares, com comprometimento da neurotransmissão colinérgica e atrofia cerebral extensa. São patologias de início insidioso e deterioração progressiva³.

Há uma diminuição do número de neurônios e sinapses no cérebro dos indivíduos portadores de demência, conseqüentemente a existência de sintomas psicológicos como os lapsos de memória, menor velocidade de raciocínio e episódios de confusão, o que repercute no estado funcional e atividades de vida diária do idoso portador de demência³. Uma vez que o estado cognitivo, no que se diz respeito as funções de atenção, memória, linguagem, percepção, função executiva, são o comando das atividades de vida diária, sejam elas básicas, instrumentais ou avançadas.

A avaliação do estado funcional é comumente realizada por meio do desempenho das atividades de vida diária. Essas podem ser didaticamente divididas em três grupos: (1) básicas – tarefas cotidianas diretamente relacionadas à sobrevivência; (2) instrumentais – tarefas envolvidas na manutenção da vida em comunidade; e (3) avançadas – atividades mais complexas, subdivididas nos domínios físico, lazer, social e produtivo, que exigem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sociais e são influenciadas por padrões motivacionais e culturais⁴.

A capacidade funcional é outro aspecto a ser abordado na DA, pode ser definida como a habilidade para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AIVDs, atividades mais complexas, requerem melhor estado cognitivo, uma vez que estão associadas com tarefas de gestão, enquanto que, as ABVDs estão associadas ao cuidado. A função motora (força, flexibilidade, capacidade aeróbia e equilíbrio) e a função cognitiva (função executiva, atenção e memória) influenciam na autonomia para desempenhar as atividades de vida diária (AIVDs). As AIVDs são comprometidas progressivamente em pacientes com DA, com aumento da demanda de cuidados de familiares ou cuidadores. Pacientes com DA apresentam prejuízo de ABVDs somente em estágios mais avançados da doença, enquanto as AIVDs podem estar comprometidas em todas as fases da doença⁵.

Diante disto objetivou-se evidenciar a influência da demência sobre o estado cognitivo e as atividades básicas e instrumentais da vida diária de indivíduos portadores de demência.

Metodologia

Estudo do tipo transversal, observacional, descritivo e analítico com abordagem quantitativa de base domiciliar (os pesquisadores foram ao encontro dos participantes da pesquisa em suas residências). A amostra foi composta por 44 indivíduos com diagnóstico de demência, atendidos no Serviço Municipal de Saúde e na clínica escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: Questionário sociodemográfico e clínico para caracterização da amostra, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreamento de déficits cognitivos, sendo um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo⁶. O MEEM é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5

pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos⁷.

Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais a Escala de Avaliação Clínica da Demência (CDR) para estadiamento da demência.

Para medir o desempenho nas atividades da vida diária foi utilizada a Escala de Avaliação de Incapacidade para Demência (*Disability Assessment for Dementia-DAD*). Essa escala tem como objetivos quantificar habilidades funcionais em AVD para indivíduos com déficits cognitivos, como demência; qualificar as dimensões cognitivas das incapacidades nas AVD, examinando atividades básicas e instrumentais da vida diária em relação a funções executivas⁸.

Os dados foram analisados através do programa estatístico *SSPS 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 nº 22438213.2.0000.5187.

Resultados e Discussão

Após a análise dos dados observou-se que os indivíduos portadores de demência apresentaram média de idade de $79,37 \pm 8,1$ anos, com predominância do sexo feminino (74%). Dado similar foi observado no estudo de Dias et al³, onde verificaram média de 77,1 anos de idade. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos indivíduos do estudo (34,9%) estavam incluídos no intervalo de 1 a 4 anos de estudo, o que concorda com os achados de Cassis et al. e Matos e Decesaro, respectivamente, demonstrando baixo nível de escolaridade para esta população.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos indivíduos portadores de demência (n=44).

Gênero	%	Idade (média \pm dpm)
Feminino	74	79,37 \pm 8,1
Masculino	26	

Tabela 2 – Escolaridade dos indivíduos portadores de Demência

Escolaridade	%
Analfabetos	26,92
1-4 anos	30,76
5-8 anos	30,76
9-11 anos	7,67
> 12 anos	3,84

De acordo com as evidências, a exigência mais acentuada das capacidades funcionais ao longo da vida exerce um efeito protetor na higidez do idoso, postergando eventuais alterações funcionais decorrentes de um quadro de deterioração cognitiva. A análise da literatura mostra que idosos que mantêm um desempenho cognitivo normal são mais jovens, possuem níveis mais elevados de escolaridade e renda, apresentam maiores níveis de participação em comunidade e realizam atividades que envolvem estimulação física, mental e social. Além disso, observa-se que alterações na capacidade funcional podem preceder quadros de comprometimento cognitivo.

Verificou-se que 31,8% dos portadores de demência eram incapazes de realizar o MEEM, dentre os que realizaram o teste, 68,2% apresentaram valores de $11,66 \pm 6,32$ no escore total, indicando comprometimento cognitivo grave. Dentre os que o completaram (68,2%, n=30), apresentaram valores de $11,66 \pm 6,32$ no escore total, indicando comprometimento cognitivo grave, tendo em vista que o ponto de corte mínimo é de 13 pontos. Distribuídos segundo o nível de escolaridade, evidenciou-se que 31,8% eram analfabetos, 59,1% tinham de 1 a 7 anos de escolaridade e 9,1% apresentaram 8 anos ou mais de escolaridade. Observou-se que os fatores que podem ser relacionados aos déficits na realização do MEEM e na baixa pontuação dos que o realizaram é a baixa escolaridade predominante, a idade média avançada e a eminência de indivíduos com perfil severo de demência.

Quanto maior a idade, maiores são os déficits cognitivos apresentados pela população⁹. Um estudo com 325 indivíduos de diversos níveis educacionais realizado, verificou 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 teste¹⁰. Outros estudos também

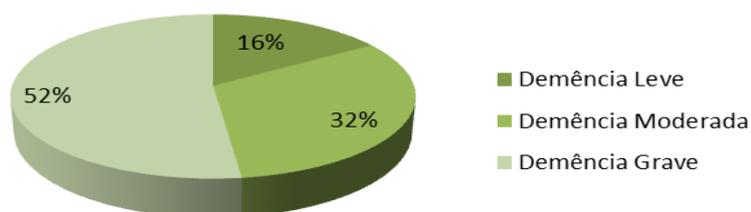
demonstram que a idade e a escolaridade são dois fatores consistentes para a baixa pontuação média do MEEM¹¹.

Outrossim, decorrer da pesquisa foi possível observar o descaso em relação ao diagnóstico da demência, muitos pacientes tinham como diagnóstico “demência a esclarecer”, além do diagnóstico tardio. De acordo com a OMS, o diagnóstico precoce deve ser o foco dos serviços de atenção à saúde, de forma a se postergar as condições de alta dependência, que provocam altos custos econômicos e sociais.

A subnotificação é um fenômeno presente. Geralmente o diagnóstico ocorre quando os sintomas já se encontram em fases mais avançadas, diminuindo a eficácia do tratamento. Evidências atuais sugerem que especialmente em áreas rurais e de baixo desenvolvimento socioeconômico os casos de demência são subdetectados. Mesmo em países com alta renda somente 20% dos casos são diagnosticados em serviços de atenção primária.

Em relação ao estadiamento da demência na CDR, a maior parte dos usuários apresentou demência grave (52,3%), seguido de demência moderada com (31,8%).

Gráfico 1 - Estadiamento da demência através da Escala CDR dos indivíduos diagnosticados assistidos pelo SUS na cidade de Campina Grande – PB. (n=44)



O declínio cognitivo estaria associado com um padrão específico de perdas funcionais, iniciadas com prejuízos na execução das atividades avançadas de vida diária, seguidas pelas perdas em atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) em direção às atividades básicas de vida diária (ABVDs). Dessa forma, alguns estudos sugerem que leves alterações no desempenho das AAVDs representariam os primeiros sinais de comprometimentos cognitivos leves. As AAVD, também chamadas de atividades complexas de vida diária, exigem a integridade de múltiplas funções físicas,

psicológicas, sociais e cognitivas para sua realização e envolvem a realização de atividades dentro das dimensões de participação em atividades sociais, produtivas e de lazer, tais como: habilidades para manter o trabalho, viajar e planejar viagens, participação em grupos ou movimentos comunitários, dirigir, planejar eventos ou jogar¹².

A evolução do quadro demencial pode ser didaticamente classificada em três estágios: inicial, ou leve (um a dois anos de sintomas presentes), moderado (de três a quatro anos) e avançado ou grave (cinco ou mais anos). A interação de fatores orgânicos, personalidade, rede de suporte social formal e informal, disponibilidade de recursos e demais barreiras e facilitadores ambientais podem influenciar nesse processo.

O quadro demencial é frequentemente negligenciado em seu primeiro estágio (leve). As alterações iniciais podem passar despercebidas ou serem atribuídas ao processo natural de envelhecimento. Alterações sutis da personalidade são frequentemente relatadas como teimosia. Os primeiros sintomas observados são alterações na memória recente, dificuldades na comunicação, perdas em percursos familiares, dificuldades para recordar datas e compromissos, início de desorientação temporal, maior indecisão quanto a assuntos pessoais, maior dificuldade em gerenciar finanças e em realizar tarefas cotidianas de maior complexidade. São comuns as alterações do humor e comportamento, como maior passividade, falta de iniciativa, perda de interesse por atividades, depressão, ansiedade, maior agressividade e negação das alterações vivenciadas.

No estágio moderado aumentam as dificuldades no desempenho de atividades instrumentais de vida diária, como limpeza doméstica, realização de compras e preparo de refeições. As atividades básicas relacionadas ao autocuidado começam a ficar comprometidas. Os esquecimentos tornam-se mais frequentes, com maior dificuldade para recordar eventos e nomes de pessoas de convívio próximo. As dificuldades espaço-temporais podem fazer com que o idoso se perca em locais próximos de casa ou até mesmo no interior da residência. Podem ainda perambular durante o dia ou à noite, e apresentar maior dificuldade em estabelecer um diálogo (compreensão e emissão). Neste período torna-se um risco viver sozinho. A pessoa idosa sente-se cada vez mais insegura, requisitando auxílio com maior frequência¹³.

No estágio mais avançado da doença observa-se um maior comprometimento no desempenho das AVDs gerando maior dependência e a necessidade presencial de um cuidador. A inatividade é frequentemente observada, assim como graves distúrbios de memória que impedem o idoso de reconhecer familiares e, por vezes, a si próprio. Há maior debilidade física tornando-o mais

vulnerável à ocorrência de outras doenças. Hábitos e rotinas são comprometidos incluindo o desempenho de tarefas básicas de autocuidado. Dificuldades de deglutição, incontinência urinária e fecal podem ocorrer gerando complicações de saúde. A mobilidade é reduzida e a marcha voluntária muitas vezes é extinta, gerando alta dependência ao tornar-se cadeirante ou acamado¹⁴.

Para analisar as habilidades funcionais nas atividades básicas da vida diária (ABVDs) e atividades instrumentais (AIVDs) foi utilizada a Escala de Avaliação da Incapacidade na Demência (*Disability Assessment for Dementia-DAD*). Evidenciou-se que os indivíduos portadores de demência apresentaram média de 26,5% do escore geral de 0 a 100%, indicando baixa capacidade funcional, pois quanto menor o *score* total nesta escala, maior comprometimento. Por outro lado, Guimarães⁷, verificou média de 75,3% indicando que nesse estudo os indivíduos apresentavam menor comprometimento das duas suas AVDs, tendo em vista que na sua amostra a maioria dos indivíduos estava na fase inicial da demência. Ressalta-se que no presente estudo, a maior parte da população estudada encontra-se no estágio moderado ou grave da demência, indicando que o declínio cognitivo está diretamente ligado a presença e progressão de incapacidade em pacientes com demência.

Quanto aos domínios da DAD, as ABVDs (higiene pessoal, vestimenta, continência, alimentação) e AIVDs (preparação da refeição, uso do telefone, atividade fora de casa, finanças e correspondências, medicações, lazer e tarefa de casa), 70,45% (n=31) apresentaram algum grau de incapacidade no desempenho dessas atividades e 29,55% (n=13) se mostraram melhor desempenho para execução dessas tarefas. Indicando que o alto grau de progressão da doença, está diretamente relacionado ao comprometimento dessas funções.

Vale salientar que a grande maioria desses idosos não faz nenhum tipo de intervenção fisioterapêutica, terapia ocupacional ou psicológica, trazendo a necessidade de políticas públicas que alcancem esse grupo de usuários além da intervenção medicamentosa.

Conclusões

Diante do exposto, conclui-se que a capacidade funcional no que diz respeito à realização das ABVDs e AIVDs, quanto mais elevado o nível de demência, pior é o desempenho dos idosos nestas atividades, o que endossa uma forte relação entre o nível cognitivo e a habilidade funcional. Ressalta-se que no presente estudo, a maior parte da população estudada encontra-se no estágio

moderado ou grave da demência, indicando que o declínio cognitivo é um dos principais determinantes da presença e progressão de incapacidade em pacientes com demência.

Referências Bibliográficas

1. Zanini, RS. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. Rev. Neurociências 2010 Jun; 18(2).
2. Di Rienzo VD. Participação em atividades e funcionamento cognitivo: estudo de coorte em idosos residentes em área de baixa renda no município de São Paulo. São Paulo. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.
3. Matos, PCB, Decesaro, M N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. Rev. Eletr. de Enfer. 2012 Dez; 14(4).
4. Dias, FLC et al. Perfil clínico e autonômico de pacientes com doença de Alzheimer e demência mista. Rev. da Assoc. Méd. Bras. 2013.
5. Zidan M et. al. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. Rev. de Psiq. Clín. 2012.
6. Cassis, SVA et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Rev. da Assoc. Méd. Bras. 2007 Nov./Dez; 53(6).
7. Guimarães, HC. Apatia e funções executivas em pacientes com doença de Alzheimer leve e em indivíduos com comprometimento cognitivo leve amnésico. São Paulo. Dissertação (mestrado) – Faculdade de medicina – Universidade de São Paulo; 2011.
8. Almeida VPL et. al. Avaliação da Escala CDR em relação à Escala Blessed, ao Mini Exame do Estado Mental e outros testes cognitivos, no diagnóstico de Demência. Rev. do Hosp. de Clín. de Porto Alegre 2005; 25.
9. Abreu ID et. al. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev. de Psiq. Clín; 2005; 32(3).
10. Brucki SMD et al. Formal education, health literacy and Mini-Mental State Examination. Dementia & Neurops. 2011 Mar; 5(1).

11. Valle EA. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública* Abr 2009; 25(4).
12. De Vriendt P, Gorus E, Cornelis E, Velghe A, Petrovic M, Mets T. The process of decline in advanced activities of daily living: a qualitative explorative study in mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* 2012; 24:974-86.
13. Dias Eliane Golfieri, Andrade Fabíola Bof de, Duarte Yeda Aparecida de Oliveira, Santos Jair Lício Ferreira, Lebrão Maria Lúcia. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 Oct; 31(8): 1623-1635. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000801623&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125014>.
14. Rinco M & Bestetti MLT. A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores. *Rev. Kairós Geron.* 2015 Jun/Set; 18(3):397-415.