

# *Perfil epidemiológico dos idosos com Alzheimer atendidos no ambulatório de geriatria da UNESC nos anos de 2016 e 2017*

## *Epidemiological profile of elderly patients with Alzheimer treated at the geriatrics outpatient clinic of UNESC in 2016 and 2017*

Iury Maruchi Gonçalves<sup>1</sup>, Maurício Svaisser Bacha<sup>2</sup>, Carolina Michels<sup>3</sup>  
Rafael Tassi Lara<sup>4</sup>, Alexandre Possamai Della Silva<sup>5</sup>, Gabriela Serafim Keller<sup>6</sup>, Kristian Madeira<sup>7</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A expectativa de vida da população mundial vem aumentando consideravelmente, conseqüentemente elevando também o número de doenças ligadas a senilidade. Dentre elas destacam-se as demências tendo como principal representante a Doença de Alzheimer (DA), causando elevados custos financeiros, sociais e emocionais dos cuidadores e familiares. Devido a isso, é importante traçar o perfil epidemiológico dos pacientes com DA no ambulatório de geriatria, para possíveis intervenções nos seus fatores de risco, na tentativa de postergar o início da sintomatologia ou retardar a sua progressão. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Mediante prontuários de pacientes diagnosticados com DA atendidos no ambulatório de geriatria da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) nos anos de 2016 e 2017. **Resultados:** Foram incluídos 20 pacientes, com predomínio do sexo feminino (75%), prevalecendo pacientes com idade no intervalo entre 66 e 70 anos (35%), possuindo ensino fundamental incompleto (70%). A maioria sedentária (75%), com conseqüente sobrepeso (55%) e algum grau de obesidade (40%). Quando avaliado as comorbidades prevalentes, houve predomínio de hipertensão arterial sistêmica (75%), depressão (45%) e diabetes mellitus tipo 2 (35%). Realizam algum tratamento para a DA (35%), porém as comorbidades concomitantes a DA estão em tratamento (80%). **Conclusão:** Perfil geral dos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da UNESC com DA na região de Criciúma são mulheres com idade entre 65-75 anos, com ensino fundamental incompleto, sedentárias, com sobrepeso, apresentando alguma comorbidade concomitante em tratamento adequado e poucos em tratamento específico para Alzheimer.

PALAVRAS-CHAVE: Alzheimer, perfil epidemiológico, fatores de risco

### ABSTRACT

**Introduction:** The life expectancy of the world population has been increasing considerably, consequently also increasing the number of senility-linked diseases. Among these, dementias stand out, with Alzheimer's disease (AD) as its main representative, causing high financial, social and emotional costs for caregivers and family members. Thus, it is important to determine the epidemiological profile of patients with AD in the geriatric outpatient clinic for possible interventions in their risk factors, in an attempt to delay symptoms onset or slow down disease progression. **Methods:** A retrospective observational study, with secondary data collection and a quantitative approach. Through medical records of patients diagnosed with AD treated at the geriatric outpatient clinic of Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) in 2016 and 2017. **Results:** Twenty patients were included, predominantly

<sup>1</sup> Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

<sup>2</sup> Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

<sup>3</sup> Matemática pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

<sup>4</sup> Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

<sup>5</sup> Médico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

<sup>6</sup> Médica Geriatra pelo Hospital São Lucas da PUC RS.

<sup>7</sup> Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

female (75%), mostly in the interval between 66 and 70 years (35%) of age, with incomplete primary education (70%). Most were sedentary (75%), with consequent overweight (55%) and some degree of obesity (40%). Prevalent comorbidities analysis showed a predominance of systemic arterial hypertension (75%), depression (45%) and type 2 diabetes mellitus (35%). They perform some treatment for AD (35%), but comorbidities concomitant with AD are under treatment (80%). **Conclusion:** General profile of patients treated at the UNESC geriatrics outpatient clinic with AD in the Criciúma region are sedentary overweight women aged between 65-75 years, with incomplete primary education and some concomitant comorbidity in adequate treatment, and few in Alzheimer's specific treatment.

**KEYWORDS:** *Alzheimer's disease, epidemiological profile, risk factors*

## INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como outros países, vem passando por uma transição demográfica acelerada, aumentando o número de idosos para cerca de 10% da população em geral (1). Destes, cerca de 1,2 milhão de indivíduos são acometidos pela Doença de Alzheimer (DA) (2).

O aumento da expectativa de vida traz como consequência negativa uma maior prevalência das doenças crônicas comuns da senilidade (3). A incidência de DA nos pacientes entre 65 e 69 anos de idade gira em torno de 1,5 a 2,5% aproximadamente, dobrando em média a cada 5 anos (4). Com isso, ao atingirem a faixa etária de 85 a 90 anos, em média 30-50% da população adulta desenvolverá DA ou outra demência (5).

A DA é a mais prevalente entre todos os tipos de demência, representando cerca de 60 a 80% dos casos (6). Em uma escala mundial, em torno de 47 milhões de indivíduos apresentavam demência em 2015, com estimativas de triplicar este valor até 2050 (7). Em 2015, foi gerado um custo em todo o mundo de 818 bilhões de dólares, podendo chegar a mais de 1 trilhão em 2018 (8).

A DA pode ser definida como uma desordem cerebral irreversível, que danifica o cérebro de forma progressiva (6), caracterizada por déficit cognitivo geral e de memória, desenvolvendo sintomas comportamentais como depressão, ansiedade e apatia (9). A pessoa apresentará limitações de suas atividades diárias com o passar do tempo, deixando, então, de realizá-las e deteriorando ainda mais sua qualidade de vida (10).

As principais lesões neuropatológicas achadas na DA são a intensa degeneração sináptica e a perda neuronal, com deposição e acúmulo de emaranhados neurofibrilares (ENF) e placas senis (PS) no córtex cerebral (11). Embora essas lesões possam ser encontradas em idosos saudáveis, nos que apresentam a doença, possuem uma maior concentração (12).

Identificar os fatores de riscos para a DA é cada vez mais crucial para diminuir os altos custos que esta desordem vem proporcionando mundialmente, na tentativa de medidas preventivas para reduzir o seu desenvolvimento, e melhorar a qualidade de vida do idoso (13). Atualmente, na tentativa de identificar indivíduos com predisposição para o desenvolvimento da DA, foram descobertos fatores de

risco que predisõem o seu desenvolvimento (14). Entre os não modificáveis, estão parentes de primeiro grau com demência, idade avançada, sexo feminino e o gene apolipoproteína  $\epsilon 4$  (Apo  $\epsilon 4$ ) (12). Já entre os modificáveis, estão dislipidemia, depressão, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), obesidade, sedentarismo, baixa escolaridade (15), abuso de álcool, traumatismo craniano e doenças cerebrovasculares e cardiovasculares (5).

A DA possui uma evolução neurodegenerativa progressiva, porém clinicamente silenciosa, demonstrando a importância do conhecimento dos fatores de riscos modificáveis para que se consiga realizar uma prevenção primária ainda na sua fase pré-sintomática, retardando o seu desenvolvimento (14).

A DA foi apontada como a quarta maior causa de morte em todas as idades no ano de 2012 dos países com uma renda alta (12). Contudo, a morbidade associada à doença tem uma maior relevância comparada à sua mortalidade, pois é responsável por 11,9% dos anos vividos com incapacidade dos indivíduos com mais de 60 anos (16).

O tratamento de pessoas com demência é complexo pela sintomatologia estar presente em vários domínios, exigindo uma atuação multidisciplinar que envolva suas necessidades cognitivas, médicas, psicológicas, sociais e emocionais (7). Atualmente, ainda não se dispõe de um tratamento definitivo que possibilite impedir seu início, curar ou modificar o seu curso (17).

O tratamento farmacológico está voltado para o alívio e melhoria dos sintomas, consistindo na utilização de anticolinesterásicos (donepezil, galantamina e rivastigmina) e de antiglutamatérgico (memantina) (18). Entre as intervenções não farmacológicas, tem-se terapia ocupacional, trabalhos de estimulação cognitiva, atividades em grupos, prática de exercício físico e treinamento de cuidadores, que vêm proporcionando impactos positivos na sintomatologia dos pacientes com DA (19).

Assim sendo, este trabalho visou a avaliar o perfil dos pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer atendidos no ambulatório de geriatria da Universidade do Extremo Sul Catarinense nos anos de 2016 e 2017, descrevendo os fatores de risco relacionados aos pacientes, avaliando a prevalência da DA em relação a outros tipos de demências no respectivo ambulatório, identificando os medicamentos utilizados pelos pacientes com DA.

## MÉTODOS

A pesquisa foi feita no ambulatório de geriatria da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), localizado no bairro Universitário na cidade de Criciúma/SC, onde são atendidos, em média, mais de 200 pacientes por ano. Foi realizado um estudo observacional retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa. Foram avaliados prontuários de pacientes diagnosticados com Doença de Alzheimer atendidos no ambulatório supracitado nos anos de 2016 e 2017. A pesquisa engloba pacientes com DA, levantando dados sobre idade, gênero, história familiar positiva para DA, escolaridade, história pregressa de traumatismo crânio encefálico, sedentarismo, índice de massa corporal conforme tabela da Organização Mundial de Saúde, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, comorbidades concomitantes ao Alzheimer e a realização de tratamento de suas doenças.

A amostra é composta por 20 pacientes com diagnóstico de DA, sendo a coleta de dados efetuada por acadêmicos de Medicina, voluntários da Unesc. Foram incluídos na pesquisa pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da Unesc, portadores de demência do tipo Alzheimer e em acompanhamento neste ambulatório. Foram excluídos do estudo os prontuários incompletos ou ilegíveis. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Unesc, sob o parecer de número 2.744.815.

Os dados foram digitalizados em programa Excel e, posteriormente, exportados e analisados em planilhas do software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. As variáveis foram descritas por meio de frequências e porcentagens. Os resultados foram expressos através de tabelas.

Os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância  $\alpha = 0,05$  e, portanto, confiança de 95%.

## RESULTADOS

Foram avaliados neste estudo os prontuários de 35 pacientes com diagnóstico de demência atendidos no ambulatório de geriatria da Universidade do Extremo Sul Catarinense entre os anos de 2016 e 2017, sendo que, destes, 20 apresentavam o critério de inclusão, para DA, representando 57,14% dos pacientes. A Tabela 1 ilustra o perfil dos fatores de risco não modificáveis para o desenvolvimento da DA.

Diante da análise dos dados, percebeu-se que a faixa etária dos participantes variou entre 55 e 90 anos de idade, prevalecendo um maior número de pacientes no intervalo entre 66 e 70 anos de idade (35%); com apenas 10% dos pacientes abaixo dos 65 anos de idade e 55% com mais de 70 anos. Na avaliação do gênero, houve uma proporção de 3:1 do sexo feminino em relação ao masculino. Na história familiar positiva para demência, houve um equilíbrio com 45% dos pacientes relatando ter parente de 1º grau com a doença.

A Tabela 2 ilustra os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da DA. Diante da escolaridade, 75%

**Tabela 1.** Fatores de risco não modificáveis dos pacientes com Doença de Alzheimer avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc nos anos 2016 e 2017.

|                            | n (%)     |
|----------------------------|-----------|
|                            | <b>n</b>  |
| Idade (anos)               |           |
| 55-60                      | 1 (5,0)   |
| 61-65                      | 1 (5,0)   |
| 66-70                      | 7 (35,0)  |
| 71-75                      | 4 (20,0)  |
| 76-80                      | 3 (15,0)  |
| 81-85                      | 3 (15,0)  |
| 86-90                      | 1 (5,0)   |
| Sexo                       |           |
| Feminino                   | 15 (75,0) |
| Masculino                  | 5 (25,0)  |
| História familiar positiva |           |
| Sim                        | 9 (45,0)  |
| Não                        | 11 (55,0) |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 2.** Fatores de risco modificáveis dos pacientes com Doença de Alzheimer avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc nos anos 2016 e 2017.

|                                       | n (%)         |
|---------------------------------------|---------------|
|                                       | <b>n = 20</b> |
| Escolaridade                          |               |
| Analfabeto                            | 1 (5,0)       |
| Ensino Fundamental incompleto         | 14 (70,0)     |
| Ensino Fundamental completo           | 3 (15,0)      |
| Ensino Médio incompleto               | 2 (10,0)      |
| História de TCE                       |               |
| Sim                                   | 2 (10,0)      |
| Não                                   | 18 (90,0)     |
| Prática de atividade física           |               |
| Sim                                   | 5 (25,0)      |
| Não                                   | 15 (75,0)     |
| IMC                                   |               |
| Normal                                | 1 (5,0)       |
| Sobrepeso                             | 11 (55,0)     |
| Obesidade I                           | 6 (30,0)      |
| Obesidade II                          | 2 (10,0)      |
| Tabagismo                             |               |
| Sim                                   | 9 (45,0)      |
| Não                                   | 11 (55,0)     |
| Ingere algum tipo de bebida alcoólica |               |
| Sim                                   | 5 (25,0)      |
| Não                                   | 15 (75,0)     |

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico; IMC – Índice de Massa Corporal  
 Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

não completou o ensino fundamental. Nenhum paciente apresentou uma graduação igual ou superior ao ensino médio completo.

A história de traumatismo crânio encefálico foi pouco relevante, 90% deles não possuíam história pregressa.

Pacientes sedentários representam 75% da amostra. Além disso, apenas 5% dos pacientes possuíam um IMC (índice de massa corporal) normal, com a maioria incluída no sobrepeso (55%) e 40% apresentando algum grau de obesidade. Entre os pacientes, 45% apresentavam histórico de tabagismo e 25% ingeriam algum tipo de bebida alcoólica.

A Tabela 3 informa as comorbidades concomitantes dos pacientes com a DA. A hipertensão arterial sistêmica foi a mais prevalente, atingindo 75% dos pacientes, seguido por depressão (45%), *diabetes mellitus* tipo 2 (35%), doença cardiovascular (25%) e dislipidemia (20%). Outras demências concomitantes ao Alzheimer, acidente vascular cerebral, trombose e transtorno de ansiedade generalizada representam 10% de prevalência cada. Os dados ultrapassaram 100% pelos pacientes apresentarem mais de uma doença concomitante.

A Tabela 4 nos mostra se o paciente faz o tratamento das suas comorbidades e quais medicações estão em uso. Entre os pacientes abordados, 80% realizam o tratamento conforme orientações médicas de suas respectivas doenças concomitantes à DA. Sobre o uso de medicações, 70% utilizam algum tipo de anti-hipertensivo e/ou antidepressivo; 45%, estatinas e/ou hipnóticos e sedativos; 35%, antiagregantes e/ou antidiabéticos; 30%, anticolinesterásicos e/ou antipsicóticos; 20%, antigitamatérgicos; 15%, agonistas da dopamina; 10%, anticonvulsivantes.

## DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico dos pacientes atendidos com DA nos ambulatórios de geriatria é importante para uma melhor organização e prevenção da evolução da doença, visto que

**Tabela 3.** Avaliação das comorbidades concomitantes dos pacientes com Doença de Alzheimer avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc nos anos 2016 e 2017.

|   | n (%)<br>n = 20 |
|---|-----------------|
| Comorbidades                                |                 |
| Hipertensão Arterial Sistêmica              | 15 (75,0)       |
| Depressão                                   | 9 (45,0)        |
| <i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2             | 7 (35,0)        |
| Doença Cardiovascular                       | 5 (25,0)        |
| Dislipidemia                                | 4 (20,0)        |
| Outras Demências concomitantes ao Alzheimer | 2 (10,0)        |
| Acidente Vascular Cerebral                  | 2 (10,0)        |
| Trombose                                    | 2 (10,0)        |
| Transtorno de Ansiedade Generalizada        | 2 (10,0)        |

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

**Tabela 4.** Avaliação do tratamento dos pacientes com Doença de Alzheimer avaliados nas Clínicas Integradas da Unesc nos anos 2016 e 2017.

| Tratamento                                     | n= (%)<br>n=20 |
|--|----------------|
| Tratamento das comorbidades concomitantes à DA | 16 (80,0)      |
| Anti-hipertensivos                             | 14 (70,0)      |
| Antidepressivo                                 | 14 (70,0)      |
| Estatinas                                      | 9 (45,0)       |
| Hipnóticos e Sedativos                         | 9 (45,0)       |
| Antiagregante                                  | 7 (35,0)       |
| Antidiabético                                  | 7 (35,0)       |
| Anticolinesterásicos                           | 6 (30,0)       |
| Antipsicóticos                                 | 6 (30,0)       |
| Antigitamatérgicos                             | 4 (20,0)       |
| Agonistas da dopamina                          | 3 (15,0)       |
| Anticonvulsivantes                             | 2 (10,0)       |

DA - Doença de Alzheimer  
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

sua incidência está aumentando gradativamente juntamente com as despesas aos cofres públicos, custos financeiros, sociais e emocionais dos cuidadores e familiares (2,7,8).

Os dados relacionados à prevalência da DA, entre todos os tipos de demências neste estudo, foram de 57,14%, valor similar ao estudo de Montgomery, W. *et al.*, o qual realizou uma revisão sistemática da DA na população idosa japonesa, obtendo uma prevalência de 60-80% (6,12).

A faixa etária no presente estudo encontrou-se dentro do intervalo esperado para o desenvolvimento da DA, com 90% dos pacientes tendo mais de 65 anos de idade, com um pico de incidência entre 65 e 75 anos. Resultados semelhantes aos encontrados na literatura, com aumento do risco a partir dos 60 anos de idade, duplicando a cada 5 anos e com um possível platô a partir dos 90 anos (4,12, 20). Enquanto a forma rara da doença, abaixo de 65 anos de idade, assim como na literatura obtivemos resultados semelhantes de 10% (18).

Em relação ao gênero, em nosso estudo houve uma prevalência de 75% para o sexo feminino, semelhante a outro estudo, no qual se pode notar, também, um predomínio do sexo feminino como no de Mielke Michele M. *et al.*, realizado nos Estados Unidos, porém este trouxe resultados de apenas 66% para o sexo feminino (9). Os autores imaginam que esta diferença possa estar relacionada a uma amostragem relativamente pequena do presente estudo e ausência de dados sobre a prevalência de DA no Brasil, sendo que a literatura se baseia em estudos internacionais.

A história familiar positiva para DA foi de 45% no presente estudo, encontrando divergência em relação ao estudo de Bastos Leticia, realizado com a população adulta em Portugal, em que foi encontrada uma prevalência de 60 a 80% (18). Os autores acreditam o viés estar ligado à falta de informações registradas nos prontuários.

Analisando a Tabela 2, em relação à escolaridade, a maioria dos pesquisados (75%) possui o ensino fundamental incompleto, consoante ao atual sistema educacional brasileiro, possuem menos de 9 anos de estudo. Os resultados condizem com estudos (21) em que a maioria dos pacientes tem baixa escolaridade (7).

Quanto à história de traumatismo crânio encefálico, 90% dos pacientes não apresentaram história progressiva. Estudos indicam que a ocorrência de múltiplos traumatismos cranianos está ligada ao desenvolvimento de demência em idade mais avançada (22). Os autores acreditam que o desencontro dos dados se deve à falta de coleta de informações a respeito de traumatismos progressivos e pelo *n* pequeno.

O sedentarismo esteve presente em 75% dos pacientes. Estudo indica que a realização de atividade física ajuda na preservação de funções cognitivas ou na melhora temporária de pacientes com DA (19). Tendo como parâmetro o IMC, a maioria dos pacientes 55% foi incluído no sobrepeso, e 40% já apresentavam algum grau de obesidade. A literatura traz que acontece uma relação direta entre o desenvolvimento da DA e o grau de obesidade (5,7). Respostas inflamatórias que ocorrem localmente no tecido adiposo podem ocasionar alterações nos receptores neuronais, piorando a sua função (5).

Quanto ao tabagismo, 45% tinham história positiva. Estudos recentes indicam que a nicotina pode ser benéfica para prevenir ou retardar a DA, porém outros estudos revelam que esta não modifica ou até piora o desenvolvimento da doença, relatando uma possível interferência da forte indústria tabagista nas pesquisas (9,13). Já o uso de bebidas alcoólicas foi visto em 25% dos pacientes. Estudos apontam que o uso de álcool em excesso está ligado a uma maior destruição de neurônios e perdas de função cognitiva (9).

Entre as comorbidades concomitantes dos pacientes com DA analisados, a mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica, com 75% dos pacientes acometidos. Estudos indicam que, embora a hipertensão arterial sistêmica seja um fator de risco, seus mecanismos ainda não são evidentes, talvez relacionados à síndrome metabólica. A *diabetes mellitus* tipo 2 foi encontrada em 35% dos pacientes e condiz com estudos que afirmam o risco aumentado em aproximadamente duas vezes para o desenvolvimento de DA (5,14).

Já as doenças cardiovasculares foram encontradas em 25%, dislipidemia, 20%, acidente vascular cerebral, 10%, e trombose, 10%. Pesquisas apontam que uma possível hipoperfusão cerebral causada por alguma dessas desordens pode levar à desmielinização e danos nos axônios, causando a perda de memória (23).

A depressão, vista em 45% dos pacientes, assim como o transtorno de ansiedade generalizada, que foi encontrado em 10% dos pacientes, possuem alta prevalência na população idosa, sendo preditores importantes do declínio das atividades funcionais (21).

A presença de outras demências associadas à DA foi encontrada em 10% dos pacientes. Estudos registram que pessoas com outras demências podem apresentar altera-

ções cerebrais, tendo uma pré-disposição a evoluir com declínio cognitivo e progressão para DA (24).

A Tabela 4 demonstra se os pacientes estão realizando o tratamento de suas comorbidades concomitantes ao Alzheimer (80%) e descreve os medicamentos mais comumente utilizados. O tratamento adequado é um fator protetor para a demência, uma vez que as comorbidades não tratadas proporcionam um desenvolvimento precoce e uma progressão mais acentuada da DA. A literatura traz que, geralmente, esses pacientes apresentam comorbidades subdiagnosticadas ou em tratamento inadequado, pois suas queixas são mais inespecíficas, o que dificulta o diagnóstico (25). Acreditamos que em nosso estudo é possível que os tratamentos tenham sido iniciados após o diagnóstico de DA quando esses pacientes procuraram o ambulatório de geriatria e, também, obtiveram atendimento de outras especialidades.

Em nosso estudo, 35% dos pacientes realizavam o tratamento específico para Alzheimer, sendo 30% dos pacientes em uso de anticolinesterásicos e 20% em uso de antiglutamatérgicos, em que entre estes 15% utilizavam ambas as medicações. A baixa adesão ao tratamento de DA provavelmente deve-se ao fato de ocorrer o diagnóstico de quadros mistos, pelo fato de ser discutido com o paciente ou seu acompanhante sobre os riscos e benefícios do tratamento, dando-lhes a opção de realizá-lo ou não e até mesmo pelo paciente se encontrar em uma fase avançada da doença que não tem mais indicação de tratamento, fato que não foi avaliado neste estudo. A literatura aponta que ainda não existe tratamento capaz de impedir o seu começo ou curar a DA; entretanto, nos casos leves ou moderados, com uso da medicação podemos ter uma redução ou estabilização da progressão da doença (26).

## CONCLUSÃO

O perfil geral dos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da Unesc com DA na região de Criciúma/SC foi de mulheres com idade entre 65-75 anos, com ensino fundamental incompleto, sedentárias, com sobrepeso.

A hipertensão arterial sistêmica, depressão e *diabetes mellitus* tipo 2 foram as comorbidades mais prevalentes nos pacientes. Em relação ao tratamento, a grande maioria realizava os tratamentos adequados de suas comorbidades após iniciarem acompanhamento nos ambulatórios da Unesc. Em contrapartida, o tratamento específico para a DA foi visto em aproximadamente um terço dos pacientes, provavelmente por, após serem avaliados os riscos e benefícios com o tratamento, esses optarem por não o realizar ou por já estarem em uma fase avançada da doença, não tendo mais indicação de tratamento específico.

Apesar de o estudo apresentar limitações, como prontuários não encontrados ou com informações incompletas, a amostra ter sido pequena, é importante a realização de estudos como este para o conhecimento do perfil dos pa-

cientes com Alzheimer em nosso meio, proporcionando traçar e intervir nos fatores de risco mais abrangentes dos pacientes atendidos no ambulatório de geriatria da Unesc na região de Criciúma/SC.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus e a nossos pais, João Batista Gonçalves Ferreira e Rosemeire Fátima Maruchi Ferreira; Osvaldo Luiz Bacha e Simone Cristina Svaissler Bacha, que sempre se dedicaram e nos apoiaram em todas as nossas decisões.

Agradecemos às nossas irmãs, Yara Maruchi Gonçalves; Betina Svaissler Bacha, que nos apoiaram e incentivaram quando estávamos desanimados. E também a todos os nossos familiares que, de alguma forma, nos apoiaram nesta conquista, incluindo amorosamente aqueles que já se foram. Agradecemos por acreditarem em nosso potencial e por todo amor e carinho.

Agradecemos à nossa orientadora, Dra. Gabriela Serafim Keller, e ao estatístico Dr. Kristian Madeira por toda a paciência e extrema dedicação ao nos orientarem, sendo muito importantes para a realização deste trabalho, com seus conhecimentos e suas experiências que nos proporcionaram um grande aprendizado.

Agradecemos a todos os nossos amigos e companheiras pela paciência e amizade que foram fundamentais para o desfecho desta jornada, à nossa banca, pela disponibilidade e atenção oferecidas para a avaliação deste trabalho. Agradecemos também ao curso de Medicina, e a todos os professores que estiveram presentes em nossa jornada, nos proporcionando um grande aprendizado e contribuindo para o nosso crescimento pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS

1. STEINER, Ana B. Q.; JACINTO, Alessandro F.; MAYORAL, Vânia F. S.; BRUCKI, Sonia M. D.; CITERO, Vanessa A. Mild cognitive impairment and progression to dementia of Alzheimers disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, [s.l.], v. 63, n. 7, p.651-655, jul. 2017.
2. ILHA, Silomar.; SANTOS, Silvana S. C.; BACKES, Dirce S.; BARROS, Edaiane J. L.; PELZER, Marlene T.; COSTENARO, Regina G. S. Complex educational and care (geron)technology for elderly individuals/families experiencing Alzheimers disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 70, n. 4, p.726-732, ago. 2017.
3. ROCCA, Walter A.; PETERSEN, Ronald C.; KNOPMAN, David S.; HEBERT, Liesi E.; EVANS, Denis A.; HALL, Kathleen S. et al. Trends in the incidence and prevalence of Alzheimer's disease, dementia, and cognitive impairment in the United States. *Alzheimers & Dementia*, [s.l.], v. 7, n. 1, p.80-93, jan. 2011. Elsevier BV.
4. CASTRO, Diego M.; DILLON, Carol; MACHNICKI, Girardo; ALLEGRI, Ricardo F. The economic cost of Alzheimers disease: Family or public-health burden. *Dementia & Neuropsychologia*, [s.l.], v. 4, n. 4, p.262-267, dez. 2010.
5. ALFORD, S.; PATEL, D.; PERAKAKIS, N.; MANTZOROS, C. S. Obesity as a risk factor for Alzheimers disease: weighing the evidence. *Obesity Reviews*, [s.l.], v. 19, n. 2, p.269-280, 10 out. 2017.
5. MONTGÓMERY, W.; UEDA, Kaname; JORGENSEN, Margaret; STATHIS, Shari; CHENG, Yuanyuan; NAKAMURA, Tomomi. Epidemiology, associated burden, and current clinical practice for the diagnosis and management of Alzheimer's disease in Japan. *Clinicoeconomics And Outcomes Research*, [s.l.], v. 10, p.13-28, dez. 2017.
6. LIVINGSTON, Gill; SOMMERLAD, Andrew; ORGETA, Vasiliki; COSTAFREDA, Sergi G.; HUNTLEY, Jonathan; AMES, David et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, [s.l.], v. 390, n. 10113, p.2673-2734, dez. 2017.
7. LI, Qi; HE, Sivu; CHEN, Yao; FENG, Feng; QU, Wei; SUN, Haopeng. Donepezil-based multi-functional cholinesterase inhibitors for treatment of Alzheimers disease. *European Journal Of Medicinal Chemistry*, [s.l.], v. 158, p.463-477, out. 2018. Elsevier BV.
8. MIELKE, Michelle; VEMURI, Prashanthi; ROCCA, Walter. Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: assessing sex and gender differences. *Clinical Epidemiology*, [s.l.], p.37-48, jan. 2014. Dove Medical Press Ltd..
9. SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA; ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Diretrizes clínicas na saúde suplementar - Doença de Alzheimer: prevenção e tratamento**. 2011.
10. CHEN, Y. H., LO, R. Y. Alzheimer's disease and osteoporosis. *Tzu Chi Medical Journal*, v. 29, n. 3, p. 138-142, 2017.
11. FREITAS, Elizabete Viana; PY, Lígia. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 240-246.
12. SAITO, E. K., DIAZ, N., CHUNG, J., MCMURTRAY, A. Smoking history and Alzheimer's disease risk in a community-based clinic population. *Journal of Education and Health Promotion*, v. 6, 2017.
13. HICKMAN, Richard A.; FAUSTIN, Arline; WISNIEWSKI, Thomas. Alzheimer Disease and Its Growing Epidemic. *Neurologic Clinics*, [s.l.], v. 34, n. 4, p.941-953, nov. 2016. Elsevier BV.
14. ØSTERGAARD, Søren D.; MUKHERJEE, Shubhabrata; SHARP, Stephen J.; PROITSI, Petroula; LOTTA, Luca A.; DAY, Felix et al. Associations between Potentially Modifiable Risk Factors and Alzheimer Disease: A Mendelian Randomization Study. *Plos Medicine*, [s.l.], v. 12, n. 6, p.1-16, 16 jun. 2015. Public Library of Science (PLOS).
15. SANTANA, Isabel ; FARINHA, Felipa; FREITAS, Sandra; RODRIGUES, Vitor; CARVALHO, Alvaro. Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a mediação. *Acta Med Port*, [s.l.], v. 28, n. 2, p.182-188, mar-apr. 2015.
17. ALZHEIMER'S ASSOCIATION & DEMENTIA. 2015 Alzheimers disease facts and figures. *Alzheimers & Dementia*, [s.l.], v. 11, n. 3, p.332-384, mar. 2015. Elsevier BV.
18. BASTOS, Letícia, ABORDAGEM GENÉTICA DA DOENÇA DE ALZHEIMER FAMILIAR: DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO, *Universidade de Lisboa*, dissertação de mestrado, 2018, 291 p.
19. COELHO, Flavia G. M.; GALDUROZ, Ruth F. S.; GOBBI, Sebastião; STELLA, Florindo. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.31, p.163-170, 2009.
20. FORLENZA, Orestes Vicente; RADANOVIC, Márcia; APRAHAMIAN, Ivan. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p.255-256.
21. BIASOLI, Tiago R.; MORETTO, Maria C.; GUARIENTO, Maria E. Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações. *Revista de Ciências Médicas*, [s.l.], v. 25, n. 1, 19 dez. 2016. Cadernos de Fe e Cultura, Oculum Ensaios, Reflexao, Revista de Ciências Médicas e Revista de Educacao da PUC-Campinas.
22. SHIVELY, Sharon, SCHER, Ann I.; PERL, Daniel P.; ARRASTIA, Ramon D. Dementia Resulting From Traumatic Brain Injury. *Archives Of Neurology*, [s.l.], v. 69, n. 10, p.1245-1251, 1 out. 2012.
23. IHARA, M.; WASHIDA, K., Atrial Fibrillation with Alzheimer's Disease: Epidemiological, Pathological, and Mechanistic Evidence. *Journal Of Alzheimers Disease*, [s.l.], v. 62, n. 1, p.61-72, 6 fev. 2018.
24. REITZ, Christiane; MAYEUX, Richard. Alzheimer disease: Epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers. *Biochemical Pharmacology*, [s.l.], v. 88, n. 4, p.640-651, abr. 2014. Elsevier BV.
25. PIMENTA, Fausto A. P.; BICALHO, Maria A. C.; SILVA, Marco A. R.; MORAES, Edgar N.; REZENDE, Nilton A. Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e Índice de Charlson em idosos com

- demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 59, n. 4, p.326-334, jul. 2013. Elsevier BV.
26. FERNANDES, Melina Raabi Santos; MELO, Maria do Socorro T.; MARANHÃO, Thércia L. G.; SAMPAIO, Fernanda Tesla P.; BAPTISTA, Hermes M.T. Doença de Alzheimer nas Mulheres: Prejuízos Pessoais e Luto Familiar. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, 2018, vol.12, n.39, p.533-551.

---

✉ Endereço para correspondência

**Kristian Madeira**

Avenida Universitária, 1105

88.806-000 – Criciúma/SC – Brasil

☎ (48) 3431-2500

✉ kristian@unesc.net

---

Recebido: 9/5/2019 – Aprovado: 19/5/2019