

5

Discussão

Os resultados apontam a validade clínica da BBRC para o diagnóstico provável de DA em uma amostra extraída durante um ano de acompanhamento de um serviço de geriatria de um hospital federal na cidade do Rio de Janeiro. Esta amostra tem como característica apresentar fragilidade cognitiva e clínica, bem como heterogeneidade de idade e escolaridade. As áreas sob a curva das variáveis da bateria breve apresentaram valores acima de 0,700, com exceção do Teste do Desenho do Relógio. As variáveis de memória episódica anterógrada (memória de evocação tardia, memória imediata e aprendizagem) foram as que apresentaram maior capacidade de discriminar o grupo com DA do grupo-controle sem demência com áreas sobre a curva ROC acima de 0,800. A sensibilidade da BBRC nesta amostra é relativamente mais baixa que nos estudos anteriores realizados em ambulatórios de neurologia ou na comunidade (Nitrini et al., 1994; Takada et al., 2006; Vitiello et al., 2007; Nitrini et al., 2007; Novaretti et al., 2012). A justificativa para este fato é a inclusão de uma amostra de grupo-controle avaliada consecutivamente em um ambulatório de geriatria. Esta amostra incluiu idosos com fragilidade clínica, como presença de doenças metabólicas e psiquiátricas que podem afetar secundariamente a cognição – por exemplo, hipertensão arterial sistêmica diabetes *mellitus* e depressão. Além disso, este grupo controle apresentou fragilidade cognitiva especialmente disfunção executiva. A área sob a curva ROC do teste do desenho do relógio é muito baixa (0,608), demonstrando incapacidade de diferenciar os grupos e este foi o único teste que não houve diferença entre os grupos na análise de co-variância. Nas outras tarefas de funções executivas, como memória incidental, fluência verbal e a escala de atividades instrumentais de Lawton, as áreas foram entre, 0,700 e 0,800,

mostrando baixa capacidade discriminativa. Resultados semelhantes foram descritos em Charchat et al. (2013).

Os valores relativamente mais baixos de sensibilidade e especificidade da amostra deste estudo também podem decorrer da heterogeneidade de escolaridade (varia de 0 a 16 anos) e idade (varia de 57 a 102 anos) da amostra. Houve diferença significativa do grupo-controle em relação ao grupo com DA, quanto à idade ($p = 0,01$) porém houve apenas uma tendência quanto à escolaridade ($p = ,077$). Estudos epidemiológicos de prevalência, tanto em estudos populacionais no Brasil, usando a BBRC, quanto em outros em países da América Latina, confirmam esses resultados, mostrando que a DA tem como principais fatores de risco a idade e a escolaridade (Herrera et al., 1998; 2002; Nitrini et al., 2009; Correia et al., 2013).

Neste estudo, todas as variáveis da BBRC são influenciadas pela idade, mas apenas aquelas relativas ao funcionamento cognitivo global (MEEM) e funções executivas (DR e Fluência Verbal) relacionam-se com a escolaridade. Os resultados apontam mais uma vez que os testes de memória da BBRC são medidas menos dependentes da escolaridade e podem ser utilizados em populações heterogêneas quanto aos anos de educação. Outros estudos realizados anteriormente já haviam encontrado resultados semelhantes. Takada et al. (2006) compararam a precisão de tarefa de memória tardia da BBRC em relação a do CERAD, no diagnóstico de demência. A precisão da BBRC foi maior, sobretudo numa amostra de pacientes analfabetos com demência ou DA. Vitiello et al. (2007) confirmam esses dados, demonstrando que a BBRC, em todas as tarefas, foi capaz de identificar significativamente comprometimento cognitivo em uma população tanto jovem quanto idosa, sem queixa cognitiva e com níveis de escolaridade baixo, médio e alto. Nitrini et al. (2008) reforçam essa noção demonstrando o efeito significativo da idade e da DA, e pouca influência do nível educacional nas variáveis de memória.

Na comparação entre os grupos, observa-se que o desempenho dos sujeitos com DA provável foi significativamente pior em todos os testes cognitivos ($p < 0,01$, para todos) quando comparados com o grupo-controle. Na análise de covariância com o controle das variáveis demográficas, apenas o desenho do relógio não discriminou os grupos. Os resultados mostram que a memória tardia foi a

variável, com maior poder discriminativo para identificar sujeitos com demência e controles, com área sob a curva de 0,867 seguido de memória imediata (0,825) e aprendizagem (0,820). Estes achados são confirmados por estudos de validação clínica anteriores, com a BBRC, comprovando o alto poder discriminativo das variáveis de memória episódica anterógrada (Nitrini et al., 1994; Takada et al., 2006; Vitiello et al., 2007; Nitrini et al., 2007; Novaretti et al., 2012). Esses resultados estão de acordo com o que a literatura aponta nas fases iniciais da DA um prejuízo nas tarefas de aprendizagem associativa e evocação livre após intervalo (Charchat et al., 2005). Alterações em tarefas de nomeação, fluência verbal e memória semântica ocorrem em fases mais adiantadas da doença.

A amostra deste estudo foi composta por idosos avaliados durante um ano no ambulatório de geriatria de um hospital público do Rio de Janeiro. Parte dessa amostra, exclusivamente do grupo-controle, foi analisada por um estudo realizado por Charchat et al. (2013), que, ao avaliar os idosos utilizando a BBRC, identificaram que a maior parte dos sujeitos (61,36%) foi classificada com comprometimento cognitivo leve (CCL) não amnésico disexecutivo, com um subgrupo apresentando deficit de memória e 1/3 apresentando declínio funcional. Portanto, sabe-se que essa condição é considerada como intermediária entre o declínio cognitivo normal do processo de envelhecimento e um processo demencial. Isso justifica as diferenças dos achados na literatura em alguns aspectos, baixo poder discriminativo das escalas de avaliação funcional Lawton e dos testes de funções executivas (teste do desenho do relógio e fluência verbal). Estes resultados se opõem a outro estudo realizado por Paula et al. (2013), que mostrou diferença significativa entre controles e pacientes com DA e CCL. A separação de um grupo com CCL dos outros controles possibilita um desempenho normal dos controles em relação aos CCL e DA no teste do desenho do relógio. Assim, a inclusão dos CCL no grupo sem demência pode ter influenciado a diminuição dos índices de sensibilidade e especificidade.

Além disso, a fragilidade clínica e cognitiva desta amostra geriátrica justifica as diferenças nos índices de sensibilidade e especificidade e áreas sob a curva ROC dos estudos com a BBRC realizados anteriormente. Nitrini et al. (1994), obtiveram índices maiores em relação às tarefas utilizadas na BBRC, Isso, provavelmente, deve-se a diferenças metodológicas. O estudo incluiu na amostra

diagnóstico de outros subtipos de demência, além da DA, incluindo no grupo-controle, apenas indivíduos que não tivessem nenhuma condição clínica que alterasse o SNC e escolaridade mínima de quatro anos. Em outro estudo Nitrini et al. (2007) também obtiveram índices maiores, pois utilizaram a BBRC, para avaliar Alzheimer em indivíduos com níveis de escolaridade média e alta, e um grupo-controle somente com sujeitos sem queixa cognitiva ou de memória. A especificidade desta amostra a torna interessante porque reproduz um perfil de ambulatório de clínica médica geriátrica diferente dos estudos anteriores, contudo limitando a generalização dos resultados para amostras com características distintas.