



CARACTERÍSTICAS DE IDOSOS COM DOENÇAS NEUROLÓGICAS EM TRATAMENTO HOMEOPÁTICO EM RIO BRANCO, AC

PROFILE OF ELDERLY PATIENTS WITH NEUROLOGICAL DISEASES UNDER HOMEOPATHIC TREATMENT IN RIO BRANCO, AC

Geovana Darc de Oliveira Otero¹, Leonardo Matos Santos¹, Juliene de Oliveira Marques¹, Kauan Alves Madruga¹, Luiz Fernando Melo Lima¹, Carlos Antonio de Arroxelas Silva¹, Milagros Leopoldina Clavijo Velazquez¹, Mônica da Silva-Nunes^{2,3*}

¹Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;

²Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil;

³Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil

Autor correspondente: monicamamtra@gmail.com

Resumo

O objetivo desse estudo foi identificar características clínicas e epidemiológicas dos pacientes idosos com doenças neurológicas atendidos no serviço de homeopatia no Hospital do Idoso de Rio Branco, Acre, ente 2019 e 2020. Para isso, foi feito um estudo analítico observacional transversal através da revisão dos prontuários desses pacientes portadores de alguma doença neurológica, com ou sem demência, que estavam em tratamento complementar com homeopatia. Foram incluídos 27 pacientes, sendo 9 com provável Alzheimer, 8 com provável demência frontotemporal (DFT), 5 com Doença de Parkinson sem demência, 3 com acidente vascular encefálico (AVE) sem demência e 2 com outros tipos de demências não-Alzheimer e não-DFT. A faixa etária dos pacientes foi de 60 a 93 anos, a maioria do sexo masculino. A afecção neurológica mais frequente foi a demência, sendo comum em homens de baixa escolaridade e baixa renda. Vários remédios homeopáticos foram empregados, por um período de 1 a 12 meses.

Palavras-chave: Idosos, demência, homeopatia.

Abstract

The aim of this study was to identify clinical and epidemiological characteristics of elderly patients with neurological diseases treated at the homeopathy service at Hospital for the Elderly in Rio Branco, Acre, between 2019 and 2020. For this, an analytical observational cross-sectional study was carried out, through the review of the medical records of these patients, who have some neurological disease, with or without dementia who were undergoing complementary treatment with homeopathy. 27 patients were included, 9 with probable Alzheimer's disease, 8 with probable frontotemporal dementia (FTD), 5 with Parkinson's disease without dementia, 3 with stroke without dementia and 2 with other types of non-Alzheimer's and non-dementias -DFT. The age range of patients was between 60 and 93 years, with a majority of males. The most frequent neurological disorder was dementia, which is common in men with low education and low income. These patients have been using homeopathic medicines for several months.

Keywords: Elderly; dementia; homeopathy.



INTRODUÇÃO

É notório que o aumento da expectativa de vida dos indivíduos vêm sendo um dos grandes marcos da humanidade, ou seja, o que antes era privilégio para poucos (envelhecer), agora é um fenômeno cada vez mais presente na sociedade. No Brasil, a população idosa vem aumentando de maneira bem acentuada, tendo aumentado de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002. Esse aumento representa aproximadamente um incremento de 500% em quarenta anos, e o esperado é que até 2020 o número de idosos tenha chegado a 32 milhões [1].

Junto com o envelhecimento populacional, alguns problemas de saúde vêm se apresentando de maneira mais acentuada, com o aumento na prevalência de doenças crônicas. Entre as doenças crônicas mais prevalentes encontram-se a diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana, doenças osteoarticulares, doenças pulmonares crônicas, acidentes vasculares encefálicos (AVE) e demências. Algumas doenças, como a demência e o AVE, merecem um enfoque especial, devido ao fato de poderem causar limitações na qualidade de vida dos idosos [2].

A palavra demência na maioria dos casos retrata uma síndrome clínica adquirida de caráter crônico e progressivo, a qual é ocasionada devido uma patologia encefálica, caracterizada por diversas deficiências nas funções corticais superiores [3]. Essas deficiências geram uma perda cognitiva, visto que afetam a memória, linguagem, julgamento, pensamento, capacidade de aprender, orientação, cálculo e compreensão. Porém, a consciência não é atingida e essas deficiências cognitivas são, em alguns casos, precedidas por perdas, de diferentes graus, do controle social, emocional e da motivação [4]. Esta patologia gera grande repercussão e preocupação na saúde pública, visto que a demência é uma doença que interfere de maneira significativa a vida dos pacientes que a contêm, já que gera independência e afeta a qualidade de vida desses pacientes. De acordo com dados epidemiológicos, há uma prevalência de demência de aproximadamente 4% a 9% entre os idosos no Brasil [5].

As síndromes demências são usualmente classificadas em dois grupos. O primeiro grupo é o das demências degenerativas (ou primárias), que inclui a Demência de Alzheimer (DA), a Demência Fronto-Temporal (DFT), a Demência por Corpos de Lewy (DCL), dentre outras. Já o segundo grupo é o das demências não-degenerativas (ou secundárias), sendo neste incluso diversos subtipos, entre eles destacam-se a Demência Vascular (DV), Demências Toxicometabólicas, Demências Priônicas, as demências por lesões expansivas intracranianas e as Demências Hidrocefálicas [6].

A doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por ser um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal, que se instala, normalmente, de modo insidioso e de desenvolvimento lento e contínuo por alguns anos. Além disso, a DA pode se apresentar com deterioração cognitiva e da memória, além de afetar progressivamente as atividades diárias do paciente, e diversos outros sintomas de alterações comportamentais e neuropsiquiátricos, caracterizando, portanto, uma síndrome demencial, que pode aparecer logo no início da doença, ou mais tardiamente. A incidência desse tipo demência aumenta de maneira exponencial com o aumento da idade [7]. A estimativa de demência na população brasileira é de 1,1 milhão, considerando uma população idosa de aproximadamente 15 milhões de pessoas no Brasil. Em pesquisas de revisão sistemática, notou-se que as taxas de demência nos brasileiros variam entre 5,1% a 17,5%, sendo a causa mais frequente a DA [8]. O diagnóstico da DA se baseia na clínica e em exames de imagens e laboratoriais que excluem diagnósticos diferenciais. Clinicamente, é feito um diagnóstico sintomático através dos critérios do *National Institute on Aging and Alzheimer's Association Disease and Related Disorders Association* [9], os quais são assegurados pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN), mostrando-se presença de sintomas comportamentais ou cognitivos. Os diagnósticos diferenciais são feitos com as dosagens dos exames laboratoriais de vitamina B12, hemograma completo, eletrólitos (sódio e potássio), glicemia, ureia e creatinina, TSH e alanino-aminotransferase (ALT/TGP). Além disso, é necessário a realização dos exames de imagens, que

SAJ Basic Educ Tech Technol | Rio Branco | v.10, n.1, p. 35-51, Jan.-abr. (2023).



incluem a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RNM). Em relação ao tratamento da DA, este deve ser multidisciplinar, e os medicamentos recomendados são os inibidores da acetilcolinesteras, os quais incluem a donepezila, galantamina e rivastigmina combinado com a memantina nos casos moderados, e o uso de memantina em monoterapia nos casos graves [7].

A demência frontotemporal (DFT) é descrita como uma síndrome neuropsicológica, a qual possui disfunção dos lobos frontais e temporais que, normalmente, estão associadas à atrofia dessas regiões, porém, com aparente conservação das demais regiões cerebrais. A DFT representa a segunda causa mais comum de demências que acometem indivisos antes dos 65 anos [10]. A DFT é caracterizada clinicamente por ter início seletivo nos lobos frontais e temporais anteriores, o que acarreta inicialmente em discreto comprometimento da memória episódica além de significativas alterações comportamentais [11]. O diagnóstico da DFT é baseado na clínica, nos exames de imagens (TC e RNM) complementares [12]. Em face ao tratamento, é notório que não há fármacos que atuem no desenvolvimento ou na progressão da DFT, sendo o tratamento atual baseado no controle dos sintomáticos [13].

Ao analisar as diferenças das características clínicas da Demência de Alzheimer e do DFT, percebe-se que na DA os déficits mais característicos contornam a memória episódica, devido aos danos funcionais no lobo temporal médio, visto que é a aérea cerebral mais passível de acometimento da doença. Com a progressão da doença e conseqüente comprometimento de outras regiões cerebrais, as sintomatologias dos pacientes ampliam, gerando outros déficits cognitivos, comportamentais e sociais. Já na DFT, por ser uma patologia com início seletivo nos lobos frontais e temporais anteriores, os pacientes, inicialmente, também demonstram déficits na memória episódica, entretanto, demonstram também significativas alterações comportamentais [11].

Além desses dois tipos de demência, há outras doenças frequentes em idosos que podem ou não cursar com demência. O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica que entra nas maiores causas mundiais de morbi-mortalidade [14]. A incidência no Brasil do AVE dobra a cada 10 anos após os 55 anos, sendo a população idosa o grupo de maior risco [15]. O AVE é causado por uma alteração na circulação sanguínea, ao qual irá resultar em danos em uma ou mais partes gerando um comprometimento da função neurológica temporário ou definitivo. O AVE pode ser de dois tipos, o isquêmico ou o hemorrágico [16] [17]. O principal método diagnóstico do AVC e conseqüente exame necessário para definição do tratamento é a tomografia computadorizada [18]. Em pacientes que tiveram um AVE, pode ou não haver demência, dependendo da extensão do AVE e da presença de patologias concomitantes.

Já a Doença de Parkinson (DP) é um distúrbio neurológico progressivo, o qual é ocasionado por degeneração dos neurônios tanto da camada ventral da substância negra, quanto do *locus ceruleus*. Devido a degeneração, ocorre a diminuição da produção de dopamina o que culmina em diversos sintomas, principalmente nos distúrbios motores. O diagnóstico da DP é determinado pela presença dos principais sinais clínicos, os quais são: tremor em repouso, rigidez da musculatura, alterações na postura, bradicinesia, além da presença, ao uso da medicação levodopa, de assimetria do quadro clínico [19].

No que tange ao atendimento pela atenção primária a saúde (APS), ela é classificada como o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, sendo incorporada e realizada pelos serviços nos ambulatórios para atenderem às demandas de saúde iniciais e mais comuns da população [20] [21]. Durante a década de 70, com a realização da declaração de Alma-Ata, a atenção primária se expandiu mundo a fora [22]. A partir da década de 70 a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou o incentivo, tanto na formulação como na implementação, de políticas públicas para utilização das Práticas Integrativas e Complementares como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/ MCA) na Atenção Primária a Saúde [23]. A partir de 2006, no Brasil, diante a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, iniciou-se o processo de incorporação na Atenção Primária de Saúde essas práticas, as quais



são: homeopatia, medicina antroposófica, plantas medicinais- fitoterapia, medicina tradicional chinesa- acupuntura e o termalismo- crenoterapia [24].

Homeopatia, a qual é uma palavra de origem greco-latina, tem-se que *Homeo* significa similar, e *Pathos*, sofrimento [25]. Samuel Hahneman, nas suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*, sistematizou tanto os princípios filosóficos como os doutrinários da homeopatia, as quais, apesarem de terem sido publicadas entre 1828 e 1830, são até hoje referências em Homeopatia no mundo inteiro [26] [27]. Na postulação sobre a homeopatia, Hahnemann preconizou a criação de um método de cura certo e ao mesmo tempo seguro, no qual era essencial se basear na observação e experiência e que o tratameto deveria ser menos doloroso e prejudicial do que a própria doença [28].

A Fundação Hospitalar do Acre possui serviços de práticas integrativas complementares de saúde, onde há atendimento de homeopatia, auriculoterapia e acupuntura, tanto para idosos, quanto para funcionários da própria instituição. O objetivo deste estudo foi descrever as características individuais, socioeconômicas, domiciliares e clínicas dos pacientes idosos com doenças neurológicas que estão em uso de tratamento complementar com homeopatia no ambulatório de práticas integrativas no Hospital do Idoso em Rio Branco- AC.

MATERIAL E MÉTODOS

O delineamento epidemiológico consistiu em estudo analítico observacional transversal, sendo que a população de estudo consistiu em idosos com doenças neurológicas atendidos no serviço de homeopatia ligado ao ambulatório de terapias integrativas do Hospital do Idoso, localizado na Fundação Hospitalar do Acre, entre agosto de 2019 e março de 2020.

Foram incluídos no estudo pacientes idosos que possuíam uma doença neurológica de base associada ou não a demência, os quais estavam recebendo tratamento complementar com homeopatia no ambulatório de terapias integrativas para idosos na Fundação Hospitalar do Acre, e que concordaram em participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu no Hospital do Idoso da Fundação Hospitalar do Acre. Foram feitas entrevistas de agosto de 2019 a março de 2020 para levantamento de dados a respeito das condições demográficas (sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, etnia, religião e estado civil), socioeconômicas (escolaridade, renda, ocupação, tipo de moradia e tempo de moradia), ambientais (descrição do domicílio, condições de saneamento domiciliares e comunitárias, presença de bens de consumo, entre outros), comportamentais (consumo de álcool e tabaco), diagnóstico da doença neurológica, comorbidades presentes, uso de medicação alopática e homeopática. Os seguintes questionários foram usados em entrevistas: a. Questionário individual; b. Questionário sobre características dos domicílios. O questionário individual conteve os seguintes blocos: (a) características socioeconômicas e demográficas, (b) Informações clínicas.

Os dados foram digitados no programa estatístico SPSS. As frequências e médias foram comparadas usando-se o teste estatístico do Qui Quadrado ou Teste T de Student, respectivamente. O nível de significância adotado foi o de 5%.

Neste estudo foram observados os princípios éticos, sendo que protocolo de pesquisa (CAE n. 08429119.9.0000.5010) foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Experimentação com Seres Humanos da UFAC. Houve consentimento dos pacientes ou dos seus responsáveis legais, além da confidencialidade dos dados e do acesso aos resultados.

RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 27 pacientes idosos, portadores de alguma doença neurológica, com ou sem demência, sendo a maioria do sexo masculino (59,3%). A faixa etária dos pacientes do presente estudo variou entre 60 e 93 anos, com média de 76,19 anos. A grande parte dos pacientes nasceu no estado do Acre, sendo que 63% de todos os pacientes nasceram na Amazônia (tabela



1). Cerca de 51,8% dos pacientes não apresentava companheiro, 92,6 % eram aposentados, e 76,% trabalhavam em serviços gerais antes da aposentadoria.

Quanto à escolaridade, 37% dos pacientes nunca cursaram a escola. A mediana de anos de escolaridade foi 4 anos, e a média 2,96 anos. Apenas 2 pacientes haviam completado o segundo grau. (tabela 1).

A maioria dos pacientes (96,3%) mora com algum parente, mas todos possuíam algum cuidador (esposa, filhos ou ambos). Já os pacientes divorciados/ separados e viúvos são cuidados pelos filhos (as). (tabela 1). Apenas 3,7% eram fumantes, mas 63% eram ex-fumantes. Cerca de 63% dos pacientes não tinham histórico de ingerir bebidas alcoólicas, e 37% consumiram bebidas alcoólicas no passado, mas, não o faziam mais atualmente. (tabela 1). Houve predominância do sexo masculino entre os pacientes que costumavam ingerir bebidas alcoólicas ($p = 0,018$).

Tabela 1 – Características individuais dos idosos com doenças neurológicas em tratamento complementar com homeopatia no Hospital do Idoso, Acre, 2019-2020.

Variáveis individuais	N	%
Sexo		
-Masculino	16	59,3%
-Feminino	11	40,7%
Estado de origem		
-AC	16	59,3%
-AM	1	3,7%
-BA	1	3,7%
-CE	2	7,4%
-MG	3	11,1%
-PE	1	3,7%
-RS	1	3,7%
-SP	2	7,4%
Raça		
-Branco	13	48,2%
-Negro	2	7,4%
-Pardo	12	44,4%
Religião		
-Católica	12	44,5%
-Protestante	1	3,7%
-Espírita	1	3,7%
-Evangélica	11	40,7%
-Nenhuma	2	7,4%
Estado Civil		
-Solteiro	1	3,7%
-Casado ou união estável	13	48,2%
-Viúvo	7	25,9%



-Separado ou divorciado	6	22,2%
Nível de escolaridade do paciente		
-Não estudou	10	37%
-Primeiro grau	14	51,9%
-Segundo grau	2	7,4%
-Não sabe/Não lembra	1	3,7%
Anos totais de escolaridade do paciente		
-Zero anos	10	37%
-Um ano	2	7,4%
-Quatro anos	11	40,8%
-Seis anos	1	3,7%
-Doze anos	1	3,7%
-Treze anos	1	3,7%
-Não sabe/Não lembra	1	3,7%
Aposentado		
-Sim	25	92,6%
-Não	2	7,4%
Com quem mora?		
-Sozinho	1	3,7%
-Com esposa (o)	10	37%
-Com filhos	13	48,2%
Com outros parentes	3	11,1%
Alguém ajuda a cuidar do paciente?		
-Sim	27	100%
-Não	0	0%
Fumante		
-Nunca fumou	9	33,3%
-Fumante (pelo menos 1 cigarro em 30 dias)	1	3,7%
-Ex-fumante (não fuma pelo menos 30 dias)	17	63%
Ingestão de bebidas alcoólicas		
-Não	17	63%
-Costumava beber, mas parou	10	37%

No que concerne a renda, 63% dos pacientes possuem renda menor ou igual a um salário-mínimo (SM), sendo o restante com renda maior que 1 SM (valor do SM de R\$ 1040,00 na época da coleta de dados). Diante disso, 48,1% dos pacientes referem que essa renda é sempre insuficiente, e apenas 3,7% referem que a renda é mais do que suficiente. Ao analisar a renda do responsável da família, percebe-se que 55,6% possuem até 1 SM. E, ao analisar a renda familiar nos últimos 30 dias desses pacientes, verificou-se que a média foi de 4.808,74 reais, a mediana de 2080,00, sendo

SAJ Basic Educ Tech Technol | Rio Branco | v.10, n.1, p. 35-51, Jan.-abr. (2023).



o máximo 23.000,00 e o mínimo 998,00. Nota-se, portanto, que parte das famílias vivem com a renda da aposentadoria do entrevistado (tabela 2).

As características domiciliares são mostradas na tabela 3. A maioria (88,9%) reside em domicílio próprio feito de alvenaria (85,2%). Apenas 7,4% moram em locais com presença de esgoto a céu aberto; 14,8% têm as suas residências alagadas por causa da chuva, 3,7% não tem o lixo coletado por serviço público e 3,7% utilizada fossa ("casinha") para descarte das necessidades fisiológicas.

Tabela 2 – Características socioeconômicas dos idosos com doenças neurológicas em tratamento complementar com homeopatia no Hospital do Idoso, Acre, 2019-2020.

Variáveis socioeconômicas	n	%
Categoria de renda do paciente		
- ≤ a 1 salário mínimo (SM)	17	63%
- > 1 SM	10	37%
Renda formal da família		
- Sim	6	22,2%
- Não	21	77,8%
Renda informal da família		
- Sim	4	14,8%
- Não	23	85,2%
Percepção da suficiência da renda da família		
- Sempre insuficiente	13	48,1%
- Sempre suficiente para gastos, mas não sobra	8	29,6%
- Às vezes suficiente, as vezes não	3	11,1%
- Mais do que suficiente (sobra para o fim do mês)	1	3,7%
Renda do responsável pela família		
- Até 1 Salário-mínimo (SM) - (1040,00)	15	55,6%
- Entre 1 SM e 2 SM (de 1040,00 a 2080,00)	4	14,8%
- Acima de 2 SM	7	25,9%
Renda da família nos últimos 30 dias		
- Até 1 Salário-mínimo (SM) - (1040,00)	6	22,2%
- Entre 1 SM e 2 SM (de 1040,00 a 2080,00)	9	33,3%
- Acima de 2 SM	12	44,4%



A maior parte dos domicílios possui fornecimento de água da rede pública (70,4%), porém consome água mineral para beber (70,4%).

Tabela 3 - Características dos domicílios de idosos com doenças neurológicas em tratamento complementar com homeopatia no Hospital do Idoso, Acre, 2019-2020.

Variáveis domiciliares	n	%
Tipo de domicílio atual		
-Alvenaria	23	85,2%
-Madeira	2	7,4%
-Maior parte alvenaria, mas com peças de madeira	2	7,4%
Presença de esgoto a céu aberto		
-Sim	2	7,4%
-Não	25	92,6%
Alagamento por causa da chuva		
-Sim	4	14,8%
-Não	23	85,2%
Material predominante do telhado		
-Telha de barro	7	25,9%
-Amianto (Brasilit)	19	70,4%
-Outros	1	3,7%
Material predominante da parede		
-Tijolo/bloco com revestimento	23	85,2%
-Madeira	4	14,8%
Material predominante do piso		
-Madeira	1	3,7%
-Cerâmica/mosaico/lajota	26	96,3%
Condição do imóvel residencial		
-Próprio (pago)	24	88,9%
-Alugado	1	3,7%
-Cedido por alguém (mora de graça)	2	7,4%
Presença de chuveiro com aquecimento elétrico		
-Sim, uso exclusivo	9	33,3%
-Não	18	66,7%
Composição da rua da casa		
-Terra	4	14,8%
-Tijolo	5	18,5%
-Asfalto	18	66,7%
Composição da calçada da casa		
-Não tem	7	25,9%
-Terra	2	7,4%
-Cimentada	18	66,7%
Água de uso doméstico proveniente de rede pública		
-Sim	19	70,4%



-Não	8	29,6%
Água de beber proveniente da rede pública		
-Sim	4	14,8%
-Não	23	85,2%
Água de beber proveniente do poço		
-Sim	4	14,8%
-Não	23	85,2%
Água de beber proveniente de fonte mineral		
-Sim	19	70,4%
-Não	8	29,6%
Lixo- coletado por serviço público		
-Sim	26	96,3%
-Não	1	3,7%
Tipo de sanitário:		
-Banheiro (c/ água encanada no vaso e descarga)	26	96,3%
-Fossa (casinha)	1	3,7%
Possui carro		
-Sim	12	44,4%
-Não	12	44,4%
-Não soube informar	3	11,1%
Possui Celular		
-Sim	24	88,9%
-Não soube informar	3	11,1%
Possui computador/Laptop/Tablet		
-Sim	11	40,7%
-Não	13	48,2%
-Não soube informar	3	11,1%

O diagnóstico dos 27 pacientes estudados nessa pesquisa é mostrado na Tabela 4. Não houve associação do diagnóstico com sexo ($p= 0,360$) e estado civil ($p= 0,251$) dos pacientes. Apenas 44,4 % ($n=12$) dos pacientes possuíam registros dos resultados dos exames imagens de crânio (tomografia computadorizada- TC- e ressonância magnética- RNM) nos prontuários. Desses pacientes com resultados dos exames de imagem, notou-se sinais de atrofia cerebral na TC ou RNM em 75% ($n=9$). Ao observar os exames laboratoriais necessários para investigação complementar de demência, têm-se que 25,9% ($n=7$) dos pacientes têm resultado do hemograma, 18,5% ($n=5$) possui a dosagem de sódio e potássio, 33,3% ($n=9$) possui o resultado da glicemia, ureia e creatinina, 18,5% ($n=5$) têm o resultado de TSH e 14,8% ($n=4$) possuem o resultado de ALT e AST. Entretanto, notou-se que nenhum dos pacientes apresentou os exames laboratoriais de VDRL (sorologia para sífilis), sorologia para HIV e níveis séricos de vitamina B12.



Tabela 4 - Características clínicas dos idosos com doenças neurológicas em tratamento complementar com homeopatia no Hospital do Idoso, Acre, 2019-2020.

Características clínicas	N	%
Diagnósticos		
Provável Alzheimer	9	33,3%
Provável Demência Frontotemporal (DFT)	8	29,6%
Doença de Parkinson	5	18,5%
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	3	11,1%
Outras demências	2	7,4%
Exames laboratoriais		
Hemograma	7	25,9%
Eletrólito (sódio)	5	18,5%
Eletrólito (potássio)	5	18,5%
Glicemia	9	33,3%
Ureia	9	33,3%
Creatinina	9	33,3%
TSH	5	18,5%
ALT	4	14,8%
AST	4	14,8%
Sorologia para sífilis (VDRL) e HIV	0	0%
Níveis séricos de vitamina B12	0	0%

Ao relacionar as principais doenças associadas ao diagnóstico desses pacientes, verificou-se que 22,2% dos pacientes possuíam hipertensão arterial sistêmica (HAS), e 11,1% eram acometidos por diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Em análise mais detalhada, viu-se que dos pacientes com diagnóstico de provável Alzheimer, 33,3% possuem HAS e 11,1% possuem DM2. Nos pacientes com provável DFT, notou-se que 12,5% possui HAS e DM2. Já nos pacientes com diagnóstico de Parkinson, 20% possui HAS e DM2; e nos pacientes com diagnóstico de AVE, percebeu-se que 33,3% possuía HAS. Por fim, naqueles pacientes diagnosticados com outras demências, não se constatou associação do diagnóstico com HAS ou DM2.

Em análise das medicações alopáticas (tabela 5) em uso, verificou-se que nenhum dos pacientes faz uso de Galantamina. Já a medicação Donepezila é utilizada por pacientes com diagnóstico de demência, sendo os com diagnósticos de provável Alzheimer (44,4%), com provável DFT (25%) e com os que possuem outras demências (50%), totalizando 25,9% (n=7) dos pacientes da pesquisa que fazem uso dessa medicação. Ao observar o uso da medicação Rivastigmina também se notou o uso apenas por pacientes com demência, com o resultado dos com provável Alzheimer de 22,2%, com provável DFT de 12,5% e com os que possuem outras demências de 50%, contabilizando apenas 14,8% (n=4) dos pacientes da pesquisa. Já a Memantina e a Quetiapina SAJ Basic Educ Tech Technol | Rio Branco | v.10, n.1, p. 35-51, Jan.-abr. (2023).



foram utilizadas apenas por pacientes com provável Alzheimer e com provável DFT. A Memantina foi usada por 33,3% dos com provável Alzheimer e por 12,5% com provável DFT, totalizando 14,8% (n=4) dos pacientes. Já a Quetiapina, fizeram uso 55,6% dos pacientes com provável Alzheimer e 37,5% dos com provável DFT, concluindo uso por 29,6% (n=8) dos pacientes. A Risperidona era consumida apenas por um paciente com provável DFT (12,5%), logo, era utilizada apenas por um paciente (3,7%). É importante salientar que dos 7 pacientes em uso de Donepezila, 2 também estão usando a Memantina. Além desses medicamentos, 100% (n=27) dos pacientes estavam em tratamento complementar com medicações homeopáticas. Nos pacientes com Parkinson, 100% dos pacientes (n=5) estavam em uso de Levodopa + cloridato de benserazida.

Tabela 5- Terapia farmacológica alopática de idosos com doenças neurológicas em tratamento complementar com homeopatia no Hospital do Idoso, Acre, 2019-2020.

Medicamentos	Pacientes em uso	n	%
Donepezila	-Provável Alzheimer	4	44,4%
	-Provável DFT	2	25,0%
	-Outras demências	1	50,0%
	-Total de pacientes em uso	7	25,9%
Rivastigmina	-Provável Alzheimer	2	22,2%
	-Provável DFT	1	12,5%
	-Outras demências	1	50,0%
	-Total de pacientes em uso	4	14,8%
Memantina	-Provável Alzheimer	3	33,3%
	-Provável DFT	1	12,5%
	-Total de pacientes em uso	4	14,8%
Quetiapina	-Provável Alzheimer	5	55,6%
	-Provável DFT	3	37,5%
	-Total de pacientes em uso	8	29,6%
Risperidona	-Provável DFT	1	12,5%
	-Total de pacientes em uso	1	3,7%
Levodopa + cloridato de benserazida	-Parkinson	5	100%
Vitaminas	-AVC	2	66,7%
	-Total de pacientes em uso	2	7,4%
Suplemento nutricional	-Provável Alzheimer	2	22,2%
	-AVC	1	33,3%
	-Total de pacientes em uso	3	11,1%

Os medicamentos homeopáticos usados são mostrados na tabela 6, estratificados pelo diagnóstico do paciente. Os medicamentos mais usados foram Phosphorus (n=7), Lycopodium clavatum (n=5) e Arsenicum album (n=3).



Tabela 6- Terapia farmacológica homeopática de idosos com doenças neurológicas em tratamento complementar com homeopatia no Hospital do Idoso, Acre, 2019-2020.

Medicamentos	Pacientes em uso	n	%
Provável Alzheimer	Arsenicum album	1	11,1%
	Conium	1	11,1%
	Kali carbonicum	2	22,2%
	Lycopodium clavatum	1	11,1%
	Nitri acidum	2	22,2%
	Phosphorus	1	11,1%
	Sepia	1	11,1%
Provável DFT	Arsenicum album	2	25,0%
	Carbo animalis	1	12,5%
	Lycopodium clavatum	2	25,0%
	Phosphorus	2	25,0%
	Sulphur	1	12,5%
Parkinson	Agaricus Muscaricus	1	20,0%
	Lycopodium clavatum	1	20,0%
	Phosphorus	3	60,0%
Sequela de AVC	Carbo vegetabilis	1	33,3%
	Lycopodium clavatum	1	33,3%
	Phosphorus	1	33,3%
Outras demências	Causticum	1	50,0%
	Phosphorus	1	50,0%

DISCUSSÃO

Como já esperado, a doença de Alzheimer foi a forma de demência mais prevalente entre os pacientes da pesquisa (33,3%). Esse resultado ficou em consonância com outras literaturas, as quais estimam-se que no mundo há mais de 50 milhões de pessoas com demência, sendo que essa estimativa deverá dobrar a cada 20 anos, podendo chegar até 74,7 milhões em 2030 e 152 milhões em 2050 [29] [30], e que dentre as demências, a Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais frequente [30]. Em relação ao número de indivíduos acometidos pela DA no Brasil, há uma dificuldade para uma precisão numérica devido aos desafios no diagnóstico. Estudos apontam que em idosos com 60 anos ou mais, 5,1 a 17,5% possuem demência [31]. Considera-se que no Brasil as demências atingem cerca de 2 milhões, dos quais de 40-60% são acometidos pela doença de Alzheimer [32].

Na pesquisa, a segunda demência mais prevalente foi a demência frontotemporal (DFT), representando 29,6% dos pacientes. Esses dados da pesquisa coincidem com os de alguns estudos, os quais demonstram que a DFT representa a segunda causa mais comum de demências que acometem indivisios antes dos 65 anos [33]. Já em relação ao Parkinson, obteve-se no estudo uma



amostra com 18,5% dos pacientes acometidos com essa doença. Levantamentos feitos em 2005, obteve-se que mais de 4 milhões de indivíduos, os quais possuíam idade superior a 50 anos, eram acometidos por essa doença, e o esperado era que até 2030 os números de casos dobrem. Apesar dos estudos epidemiológicos no Brasil serem escassos, estima-se que há 200 mil portadores da doença [34] [35].

Já em observação dos pacientes acometidos por AVE, notou-se que 11,1% dos pacientes da pesquisa tiveram essa patologia. O AVE possui uma incidência elevada após os 65 anos, sendo estimado que dobre a cada década após os 55 anos de idade [13] [36]. Através da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) foi estimado que cerca de 2.231.000 de pessoas possuem sequelas de AVE no Brasil, e 568.000 tem incapacidade grave devido a essa doença [37].

Quanto a maior prevalência de demências em homens neste estudo, esse dado difere de outras publicações que encontraram maior prevalência nas demências no sexo feminino [38] [39], o que poderia ser explicado pela maior expectativa de vida das mulheres. Já em outros estudos, demonstram que não há diferenças na prevalência da demência entre homens e mulheres [40].

No presente estudo, quanto maior a idade maior a prevalência de acometimento da doença. Em outros estudos, foi notório que após os 65 anos a taxa de demência dobrou a cada 5 anos [41]. Já o estado civil dos pacientes predominantemente sem parceiro pode ter relação com a faixa etária avançada dos mesmos, mas também pode ser um fator agravante para a demência.

Ao analisar a escolaridade, viu-se que 37% dos pacientes não estudaram e que 48,2% cursaram no máximo até quatro anos de escolaridade, demonstrando, portanto, que a maioria dos pacientes possuíam um baixo grau de escolaridade. Esses dados corroboram com os dados obtidos por outros autores, que demonstram que na população brasileira os indivíduos com baixa escolaridade possuem maior risco para demência, podendo chegar a ser seis vezes maior em analfabetos [40] [42] [43].

No que concerne aos cuidados aos pacientes, têm-se que 100% dos pacientes possuem algum familiar que cuida ou ajuda a cuidar deles. Entretanto, esse dado possui um viés de seleção, visto que na amostra estudada não possui pacientes residentes em asilos. De acordo com o maior grau de acometimento dos pacientes com demência, maior será o grau de dependência, o que impacta negativamente a saúde do cuidador que pode começar a apresentar distúrbios neuropsiquiátricos e depressão [44]. Ao cuidar de familiares com prejuízo cognitivo, nota-se uma grande dificuldade nos aspectos físicos, emocionais e socioeconômicos, sendo que não se pode pressupor que os membros da família que ajudam esses pacientes saibam as técnicas básicas do cuidado. São dificuldades e técnicas que merecem enfoque a mobilização ao banho e o controle de comportamentos impróprios [45].

A respeito da renda, 63% dos pacientes possuem renda menor ou igual a um salário-mínimo (SM), o que corresponde a R\$ 1040,00 na época da coleta de dados. 48,1% desses pacientes possuem a percepção que a renda mensal recebida é sempre insuficiente. Vale ressaltar ainda que 22,2% das famílias dos pacientes relataram viver da aposentadoria dos mesmos, o que provavelmente caracteriza uma situação de vulnerabilidade social. Segundo os dados do Instituto



Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [46], o rendimento nominal mensal domiciliar per capita no estado do Acre foi de R\$ 890,00, demonstrando, portanto, que a renda média dos pacientes da pesquisa corrobora com os dos indivíduos do estado.

Dados da pesquisa revelaram que 63% dos pacientes analisados são ex-fumantes (não fumam pelo menos 30 dias) e não houve diferença em relação ao sexo sobre o fumo (valor de $p=0,291$). Apesar de o presente estudo não apontar diferença entre o sexo sobre o fumo, pesquisas apontam que o tabagismo é mais prevalente nos idosos do sexo masculino [47] [48].

Por outro lado, ao analisar a ingestão de bebidas alcoólicas, notou-se que a minoria dos pacientes (37%) costumava beber, mas pararam, sendo estes que bebiam predominantemente do sexo masculino (90%- valor de $p=0,018$), mostrando, portanto, o predomínio do sexo masculino em relação a ingestão de bebidas alcoólicas. Esse achado está de acordo com outros estudos, que apontam maior prevalência de ingestão de bebidas alcoólicas em indivíduos do sexo masculino no Brasil [49]. Pesquisas apontam, ainda, que os distúrbios cognitivos como Alzheimer e Parkinson gerados pelo consumo do álcool possuem maior frequência nos idosos com um tempo longo de consumo [50].

Em relação as principais comorbidades nesses pacientes, tem-se que 22,2% dos pacientes possuíam hipertensão arterial sistêmica (HAS), e 11,1% eram acometidos por diabetes mellitus tipo 2 (DM2). O acometimento dessas doenças era esperado por elas serem as doenças crônicas que mais acometem a população idosa no Brasil [51]. Em relação a HAS, vale ressaltar que essa patologia é destacada como fator de risco tanto para uma diminuição da qualidade de vida do idoso, como para diminuição da função cognitiva nesses pacientes [52].

O diagnóstico das doenças neurológicas estudadas na pesquisa, baseiam-se na clínica, em exames laboratoriais e de imagens. Para esses diagnósticos, é necessário a realização das dosagens dos exames laboratoriais de vitamina B12, hemograma completo, eletrólitos (sódio e potássio), glicemia, ureia e creatinina, TSH e alanino-aminotransferase (ALT/TGP). Além disso, é necessário a realização dos exames de imagens, que incluem a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RNM) [7]. Porém, no presente estudo notou-se que grande parte dos pacientes não haviam realizado esses exames diagnósticos, visto que apenas 44,4% possuíam exames de imagem (TC e/ou RNM), 25,9% resultado do hemograma, 18,5% dosagem de sódio e potássio, 33,3% resultado da glicemia, ureia e creatinina, 18,5% têm o resultado de TSH e 14,8% possuem o resultado de ALT e AST, e nenhum dos pacientes apresentou os exames laboratoriais de VDRL (sorologia para sífilis), sorologia para HIV e níveis séricos de vitamina B12. Ou seja, houve falha na investigação de diagnósticos diferenciais pela deficiência de vitamina B12 e hipotireoidismo. Entretanto, pode ser que haja um viés de informação, visto que não se sabe ao certo se realmente esses pacientes não fizeram esses exames ou eles não foram anotados nos prontuários.

Pelos dados revisados nos prontuários, o tratamento alopático está de acordo com as orientações gerais do Ministério da Saúde [7], com eventuais adequações individualizadas.

De acordo com o Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos do Ministério da Saúde, há apenas seis ensaios clínicos sobre homeopatia registrados, demonstrando que ainda há poucos estudos



sobre a homeopatia no Brasil, embora seja uma especialidade médica desde a década de 80 e com um total de 2750 médicos homeopatas cadastrados no Conselho Federal de Medicina.

Estudos em andamento avaliam o efeito do tratamento homeopático complementar nas demências nesse mesmo serviço.

CONCLUSÃO

Pacientes idosos são frequentemente acometidos por doenças neurológicas, sendo os mais frequentes a demência e os acidentes vasculares encefálicos. No caso dos pacientes atendidos no Hospital do Idoso do Acre, a doença neurológica mais frequente foi a demência, sendo mais comum em homens de baixa escolaridade e de baixa renda. Vários medicamentos homeopáticos estão em uso, sendo o tempo de tratamento desses pacientes de vários meses.

REFERÊNCIAS

- [1] CLOSS, E; SCHWNAKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443-458, 2012.
- [2] PAVARINI, S.C.I. et al. Sistema de informações geográficas para a gestão de programas municipais de cuidado a idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 17-25, 2008.
- [3] INSS. **Protocolo de procedimentos médico-periciais no. 5.1**. Rio de Janeiro: INSS, 2009.
http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/Manual%20Pericia%20Medica%20da%20Previdencia%20Social.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2020.
- [4] BERTELOTE, J. M. **Glossário de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus Derivados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- [5] NITRINI, R. et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population based cohorts. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 4, p. 622-30, 2009.
- [6] VALE, F.A.C. Diagnóstico diferencial das demências I: demências degenerativas vs. outras demências (ou demências secundárias). **Alzheimer Hoje**, v. 5, n. 2, p. 13-18, 2005.
- [7] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria conjunta n. 13, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer**. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.
- [8] BOFF, M.S.; SEKYIA, F.S.; BOTTINO, C.M.C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. **Revista de Medicina (São Paulo)**, v. 94, n.3, p. 154-161, 2015.
- [9] MCKHANN, G.M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & dementia**, v. 7, n. 3, p. 263-269, 2011.
- [10] KARAGEORGIU, E.; MILLER, B.L. Frontotemporal lobar degeneration: a clinical approach. **Seminars in Neurology**, v. 34, n. 2, p. 189-201, 2014.
- [11] GALLUCCI NETO, J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista de Psiquiatria clínica**. v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.
- [12] RASCOVSKY, K. et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. **Brain**, v. 134, p. 2456-2477, 2011.
- [13] KIRSHNE, H.S. Frontotemporal dementia and primary progressive aphasia, a review. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 10, p. 1045-1055, 2014.



- [14] GILES, M.F.; ROTHWELL, P.M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**, v. 30, p. 205-206, 2008.
- [15] RODGERS, H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a population based study. **Stroke**, v. 35, p. 7-11, 2004.
- [16] COSTA, F.A.; SILVA, D.L.A.; ROCHA, V.M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, suplemento 1, p. 1341-1348, 2011.
- [17] EINSTEIN, S.B.I.B. **Tudo sobre AVC**. 2011. Disponível em: <http://www.einstein.br/Hospital/neurologia/tudo-sobre-avc/Paginas/tudo-sobre-avc.aspx>. Acesso em: 27 set. 2020.
- [18] ROLIM, C. L. R. C.; MARTINS, M. O uso de tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 179-187, 2012.
- [19] GONCALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; ARRUDA, M. C. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta paulista de enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 62-68, 2007.
- [20] GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 951-996, 2006.
- [21] STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- [22] TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. DE; NASCIMENTO, M. C. DO. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.
- [23] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS; 2006.
- [24] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. **Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- [25] LOACES, D. L.; LUIS, I. R.; CABRERA, G. S. La Homeopatía en el Tratamiento del Cáncer. Análisis de Información. **Revista Cubana**, v. 7, n. 1, p. 6-13, 2002.
- [26] HAHNEMANN, Samuel. **Exposição da Doutrina Homeopática ou Organon da Arte de Curar**. Traduzido da 6ª edição alemã, 3ª edição. São Paulo: Editora Bento Mure, 2007.
- [27] HAHNEMANN, Samuel. *Materia Medica Pura and Chronic Diseases combined and rearranged*. Second edition of the 6th edition in German. Nova Delhi: Editora B Jain, 2005.
- [28] REBOLLO, R.A. **Ciência e metafísica na homeopatia de Samuel Hahnemann**. São Paulo: Associação Filosófica Scientiae Studia, 2008.
- [29] Alzheimer's disease international. **World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia**. Alzheimer's Disease International, London: Alzheimer's Disease International, 2015.
- [30] Alzheimer's disease international. **World Alzheimer Report 2019: Atitudes to dementia**. Alzheimer's Disease International, London: Alzheimer's Disease International; 2019.
- [31] BOFF, M.S.; SEKYIA, F.S.; BOTTINO, C.M.C. Prevalence of dementia among Brazilian population: systematic review. **São Paulo Medical Journal**, v. 129, n.1, p. 46-50, 2011
- [32] SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Em dia mundial do Alzheimer, dados ainda são subestimados, apesar de avanços no diagnóstico e tratamento da doença**, 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/>. Acesso em 10 de outubro de 2020.
- [33] KARAGEORGIU, E.; MILLER, B.L. Frontotemporal Lobar Degeneration: A Clinical Approach. **Seminars in Neurology**, v. 34, n. 2, p. 189-201, 2014.
- [34] STEIDL EMS, ZIEGLES JR, FERREIRA FV. Doença de Parkinson: Revisão bibliográfica. **Revista eletrônica Disciplinarum Scientia**, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007.



- [35] WIRDEFELDT, K. et al. Epidemiology and etiology of Parkinson's disease: a review of the evidence. **European Journal of Epidemiology**, v. 26, S1, p. 1-58, 2011.
- [36] PEREIRA, A. B. C. N. G. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, 2009.
- [37] BENSENOR, I.M. et al. Prevalência de acidente vascular cerebral e de incapacidade associada no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde - 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746-750, 2015.
- [38] RIZZI, L.; ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M. Global Epidemiology of dementia: Alzheimer's and vascular types. **Biomedical Research International**, 2014;2014:908915. doi: 10.1155/2014/908915.
- [39] BURLÁ, C.; CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; FERNANDES, D.; NUNES, R. Panorama perspectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 18, n. 10, p. 294902956, 2013.
- [40] BOTTINO, C.M. et al. Estimate of dementia prevalence in a community sample from São Paulo, Brazil. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 26, n. 4, p. 291-299, 2008.
- [41] NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling brazilian population. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v. 18, n 4, p. 241-6, 2004.
- [42] SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demencia nos países em desenvolvimento. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 773-778, 2002.
- [43] CORREA RIBEIRO, P.C.; DE SOUZA LOPES, C.; LOURENÇO, R.A. Prevalence of dementia in elderly clients of a private health care plan: a study of the FIBRA-RJ, Brazil. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, v. 35, n. 1-2, p. 77-86, 2013.
- [44] CUPIDI, C. et al. Sleep quality in caregivers of patients with Alzheimer's disease and Parkinson's disease and its relationship to quality of life. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 11, p. 1827-1835, 2012.
- [45] ELIOPOULOS, C.; THORELL, A.; YOSHITOME, A.Y. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- [46] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados: Acre**. IBGE; 2021. Disponível em: <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/ac.html>. Acesso em: 21 jul 2021.
- [47] SILVA, A.A. Alcoolismo em idosos. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, v. 10, p. 1-6, 2008.
- [48] SENGHER, A.E.V. et al. Alcoholism and smoking in the elderly: relation to dietary intake and socioeconomic aspects. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.
- [49] DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. Smoking cessation interventions and older adults. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v. 23, n. 3, p. 119-127, 2008.
- [50] CARRARO, T.E.; RASSOOL, G.H.; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 13, n. Esp., p. 863-871, 2005.
- [51] RIBEIRO, D. R et al. Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão em idosos. **Revista Artigos. Com**, v. 14, p. e2132, 2020.
- [52] SILVEIRA, J. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica e ao estado nutricional de hipertensos inscritos no programa Hiperdia. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 129-134, 2013.