

CAPÍTULO 07

ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior

Ana Clara Barradas Mineiro

Yasmim de Sousa Moura

Aélya Drisana Dias Gomes de Araújo

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva

Carmen Luciane Souza Regis

RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é um tipo de demência caracterizada por um declínio progressivo do funcionamento cognitivo que pode gerar alterações comportamentais no paciente. Essas alterações quando estabelecidas vão gradualmente interferindo diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. O objetivo deste capítulo é relatar as principais alterações comportamentais em indivíduos acometidos com a DA. A partir do levantamento feito, apresentamos a descrição das principais alterações: apatia, depressão, agitação, agressividade, perambulação, delírios, ansiedade, alucinações, desinibição sexual, transtorno do sono e de apetite; além de relatar sobre a avaliação, identificação e intervenções não farmacológicas. Tais alterações geram efeitos negativos no idoso, cuidadores e familiares e, para que sejam bem conduzidas, não sendo confundidas com sintomas de outras enfermidades, é necessário identificá-las por meio de anamnese, diagnóstico, tratamento e seguimento por equipe interdisciplinar e plano de cuidado adequado, individualizado e centrado na condição específica desta família.

Palavras-chave: Idoso; Demência; Doença de Alzheimer; Manifestações neurocomportamentais; Sintomas comportamentais.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A doença de Alzheimer (DA) é um dos tipos mais comuns de demência, representa entre 60% e 80% dos casos, é caracterizada como uma doença neurodegenerativa definida pelo declínio progressivo do funcionamento cognitivo, causando prejuízos da memória, confusão, desorientação temporal e espacial, défices de raciocínio e de pensamento. Atualmente, atinge

aproximadamente 35,6 milhões de idosos, com a perspectiva de cerca de 65,4 milhões em 2030 e 115,5 milhões em 2050 (NICHOLS et al., 2019).

As principais manifestações clínicas da DA são direcionadas ao funcionamento cognitivo, porém 50 a 90% dos pacientes apresentam sintomas de alterações comportamentais ou de humor, principalmente como depressão, apatia, deambulação, agressividade/ agitação, desinibição. Em que podem ser identificados por meio da anamnese e acompanhamento desses idosos pelo profissional de saúde (MARINS; HANSEL; SILVA, 2016).

As alterações de linguagem são manifestações frequentes e de fácil percepção, como dificuldade de seguir instruções, encontrar palavras e completar ideias, configurando em problemas de comunicação do paciente com sua família ou cuidador. Além disso, alterações visuais, gustativas e olfativas são recorrentes, podendo afetar a realização das atividades de vida diária (AVD) e causar perda de apetite e o prazer com a alimentação (RAMOS et al., 2018).

As constantes buscas para desvendar a complexa fisiopatogenia da doença, aliado a uma maior compreensão e conscientização da sociedade em relação a doença, tem permitido o alcance de novas perspectivas e possibilidades no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, com o paciente e sua família possuindo planejamentos voltados para evolução natural da patologia (FERREIRA; ESTEVES, 2020).

Dessa forma, a evolução da DA pode alterar substancialmente a autonomia e independência desses indivíduos, ocasionando mudanças e limitações significativas na realização das AVD, e assim, gerando mudanças comportamentais importantes, que interferem diretamente na qualidade de vida desses indivíduos.

OBJETIVO

O objetivo deste capítulo é relatar as principais alterações comportamentais em indivíduos acometidos com a doença de Alzheimer.

MÉTODOS

Trata-se de um texto teórico-reflexivo sobre as principais alterações comportamentais em indivíduos acometidos com a doença de Alzheimer. As reflexões foram pautadas em publicações internacionais e nacionais relacionados ao tema e vivências dos autores.

DESENVOLVIMENTO

1. Alterações comportamentais

Apatia

A apatia é definida como sendo uma entidade clínica caracterizada pela diminuição da motivação, falta de interesse, falta de iniciativa, baixa reatividade emocional, indiferença, desinteresse nas atividades de vida diária e cuidado pessoal, mímica facial pouco expressiva e inflexão vocal nas interações sociais. Para o diagnóstico, existe o instrumento proposto por Robert et al “Apathy proposed criteria”, que leva em consideração a esfera comportamental, cognitiva e emocional, a partir da afirmação da redução da motivação, em comparação ao nível anterior, inconsistente com a cultura do paciente (TAVARES JÚNIOR; SOUZA, 2017).

Esse comportamento é frequentemente descrito em pacientes com Doença de Alzheimer e outras demências, podendo ser associado ou não com a depressão na demência e pode aparecer desde as fases iniciais até fases mais avançadas da doença. Além disso, a apatia gera prejuízo funcional no paciente demenciado independentemente da sua associação com a depressão, ou seja, o paciente apático tem um comprometimento na realização das suas atividades, mesmo que este não apresente todos os critérios para um quadro depressivo (ZHU; GROSSMAN; SANO, 2019).

Este sintoma é apontado como estando relacionado com a neurodegeneração, logo quanto mais a DA avança, mais aumentam as chances do aparecimento do quadro. Mais além, é relatado que a apatia tem uma relação com o aumento da mortalidade e aumento do estresse e da depressão em cuidadores (KOLANOWSKI et al., 2017).

Depressão

O quadro depressivo é muito comum na Doença de Alzheimer, principalmente nas primeiras fases da doença. Além disso, existem particularidades envolvendo a associação da depressão com síndromes demenciais, visto que, pode haver o comprometimento cognitivo em idosos deprimidos sem o diagnóstico para transtorno cognitivo maior. Essa é grande dificuldade para o entendimento da depressão nos quadros demenciais pois, idosos deprimidos têm o risco aumentado de desenvolver demência e os pacientes com DA usualmente também apresentam um quadro depressivo. Mais além, os sintomas depressivos são facilmente confundidos com a apatia, alterações do sono e isolamento social, que são outros sintomas que podem surgir com a progressão da DA (TAVARES JÚNIOR; SOUZA, 2017).

As particularidades envolvendo o quadro depressivo em demência são descritas no capítulo “Depressão associada às demências” neste Ebook.

Agitação

A agitação é outro comportamento frequente que gera preocupação e ansiedade nos cuidadores, podendo ser definida como qualquer alteração de comportamento que ocorre sem o estímulo de terceiros. Nesse sentido, várias manifestações são enquadradas como agitação, sendo as mais comuns: perambulação, movimentos e atividades repetitivas, inquietação, aumento da atividade motora, comportamento de busca de atenção e conversa excessiva (CHOI; CAJITA; GITLIN, 2020).

Esse comportamento resulta em incapacidade, redução da qualidade de vida para o idoso e seu familiar, aumento dos gastos em cuidado e pode levar a institucionalização precoce. Os fatores relacionados ao aparecimento da agitação de acordo com o perfil do paciente são: início da demência em idade precoce, sexo masculino e traços de personalidade pré-mórbida favoráveis. Ademais, determinantes ambientais influenciam no comportamento agitado, sendo importante as estimulações sensoriais individualizadas e uso de música para a amenização do quadro (KOLANOWSKI et al., 2017).

Agressividade

O comportamento hostil do paciente com demência pode se apresentar de forma verbal ou física, os tipos de agressões verbais mais comuns ocorrem por meio de xingamentos, gritos, insultos, afrontamento e uso de linguagem hostil ou acusatória; já as agressões físicas podem ser: bater, chutar, morder, coçar, empurrar, agarrar, lutar, usar objetos como arma, destruir propriedade e automutilação (CHOI; CAJITA; GITLIN, 2020).

Usualmente o comportamento agressivo do idoso demenciado é empregado contra os cuidadores e familiares, aumentando a sobrecarga deles. Os determinantes para a conduta agressiva apresentada pelos pacientes estão relacionados às seguintes características: geralmente são pessoas do sexo masculino, exibem redução da habilidade funcional, tristeza, neuroticismo pré-mórbido e gravidade avançada da doença (KOLANOWSKI et al., 2017).

Perambulação

Provavelmente, a perambulação é a alteração comportamental mais perigosa na doença de Alzheimer. Dados apontam que 50% daqueles doentes que desaparecem por perambular fora de casa estão sujeitos a sérias lesões ou até mesmo morte se não encontrados em até 24 horas. Sabe-se que o termo “perambular” é bastante amplo, logo inclui seguir outros indiscriminadamente, andar sem rumo, dar voltas e caminhada por fins inadequados (por

exemplo, para ir para casa quando já está em casa ou para procurar algo que possuía anos atrás, mas não possui mais). Quanto à causa, apresenta-se como multifatorial e pode ser uma resposta aos estímulos de fome, sede, dor ou confinamento.

Este comportamento é mais prevalente na DA do que em outros tipos de deficiência cognitiva, sendo mais comum durante os estágios moderado e grave. É válido ressaltar que, na mesma medida que não pioram ou causam confusão e delírio, as medicações usadas em casos de DA não apresentam eficácia na redução da perambulação. Dessa forma, o cuidado desses pacientes deve se concentrar no incentivo à mobilidade segura e autonomia ao mesmo tempo em que há o gerenciamento dos riscos. Assim, observa-se que há redução na carga do cuidador e os pacientes conseguem ficar no convívio social por mais tempo, sem necessidade de internação precoce. Por fim, cita-se que alguns países, como Estados Unidos e Canadá, já investem em sistemas de monitoramento de localização de pacientes perambulantes, lidando com as discussões sobre a privacidade e real eficácia dessas tecnologias (MANGINI; WICK, 2017).

Delírios

Hoje se sabe que, na doença de Alzheimer, a presença de sintomas psicóticos como delírios e alucinações se associa a uma evolução mais rápida da demência, resultando invariavelmente em maior estresse sobre os cuidadores e maior risco de institucionalização precoce do paciente. Nas síndromes demenciais em geral, incluindo-se a DA, a prevalência de ideação delirante varia bastante, sendo que os conteúdos delirantes mais frequentes envolvem desde suspeitas e desconfianças pouco estruturadas até ideias de estar sendo roubado ou convicções sobre presença de estranhos na casa. Também são descritos delírios de abandono, de grandeza, de infidelidade e delírios depressivos (FORLENZA, 2008).

Os delírios persecutórios, quando o doente acredita estar sendo perseguido, ocorrem mais cedo na DA do que os delírios de identificação falsa, nos quais o indivíduo acredita que uma ou mais pessoas do seu convívio foi substituída por um impostor. É sabido que ambos os tipos aumentam com a gravidade da demência (LANCTÔT et al., 2017).

Ansiedade

A ansiedade, que é reconhecida junto com a depressão como parte de uma sub-síndrome afetiva na DA, é bastante prevalente nos pacientes com essa demência e apresenta relação com a idade e com o início da doença (ZHAO et al., 2016).

Alguns estudos, entretanto, apontam que esse sintoma é mais característico de outros tipos de demência como a demência por corpos de Levy, além de que a ansiedade em pacientes com DA é frequentemente descrita como uma reação que aparece após tornarem-se cientes de sua disfunção cognitiva. Geralmente, sua intensidade varia de leve a grave, mas os pacientes não costumam considerar esse sintoma como um motivo chave para buscar atenção médica secundária (SEGERS et al., 2020).

Algumas teorias reforçam que a ansiedade, no início da DA, pode se desenvolver devido à interrupção das funções límbicas ou que pode contribuir para o declínio cognitivo por processos cognitivos pré-frontais preocupantes ou também aumentar os níveis de cortisol, causando estresse neurotóxico no hipocampo, levando até declínio cognitivo adicional. Dessa forma, nota-se então que não se sabe totalmente como esse sintoma neuropsiquiátrico provoca alterações em pacientes com Alzheimer, mas sabe-se que é algo comum de acontecer, afetando a qualidade de vida do idoso e de seus cuidadores (JOHANSSON et al., 2020).

Alucinações

As alucinações são menos frequentes que os delírios na DA e, assim como eles, são fenomenologicamente diferentes daqueles na esquizofrenia, depressão psicótica ou mania. Elas são geralmente visuais, menos comumente auditivas e raramente táteis ou olfativas (LANCTÔT et al., 2017).

Quanto ao tratamento dos sintomas psicóticos na DA, sabe-se que os antipsicóticos têm, na melhor das hipóteses, um benefício modesto, mas há resultados de segurança insatisfatórios, como aumento do risco de eventos cerebrovasculares e quedas e, portanto, não deve ser usado rotineiramente para o tratamento (WOLINSKY et al., 2018).

Desinibição sexual

As manifestações sexuais de idosos com demência, a partir do surgimento das mudanças na cognição e no julgamento, podem resultar em comportamentos que são difíceis de controlar e, desse modo, os cuidadores possuem bastante preocupação que o idoso apresente esse tipo de comportamento (CHAPMAN; SPITZNAGEL, 2019). A desinibição sexual (DS) é um sintoma neuropsiquiátrico caracterizado por comportamentos sexuais inadequados e o aparecimento dessas manifestações estão associados à hospitalização psiquiátrica inadequada e a sobrecarga e expressão de sentimento de vergonha pelo cuidador que podem levar a institucionalização do idoso (DE GIORGI; SERIES, 2016; CHAPMAN et al., 2019).

No entanto, na literatura, ainda existem inconsistência, sub notificações e pouca iniciativa de padronização e avaliação da DS que podem ser explicadas devido ao estigma social de que os idosos não são sexualmente ativos. Entretanto, indivíduos com diagnóstico de demência costumam e podem permanecer sexualmente ativos. Outro fato que pode levar ao não entendimento do que seja DS, é a falta de capacitação e a dificuldade que os cuidadores possuem para diferenciar um comportamento sexual normativo, de um que constitua um comportamento sexual inadequado (CHAPMAN; SPITZNAGEL, 2019). Diante disso, Sachdev (2017) propôs quatro critérios para auxiliar em uma definição mais adequada de DS na demência. Em resumo, os critérios são que o indivíduo deve ser diagnosticado com demência, deve demonstrar comportamento que seja explicitamente sexual ou percebido como sexual por outras pessoas, a manifestação deve ser considerada imprópria e não deve ser antecedente ao aparecimento de qualquer declínio cognitivo.

Transtorno do sono

Segundo a *American Geriatrics Society* e o *National Institute on Aging* essas alterações do sono são uma possível síndrome geriátrica e esses distúrbios são consequência da combinação de um grupo de fatores de risco. Esses fatores de risco que levam a alterações do sono incluem estado cognitivo, capacidade funcional e mobilidade prejudicada, bem como, a idade do indivíduo. Nos casos de pacientes com DA essa disfunção do sono com dificuldades para adormecer ou permanecer dormindo em um sono constante, sono fragmentado com despertares, sonolência diurna e baixa eficiência geral do sono são em uma intensidade maior, quando comparada a jovens e adultos sem demência. À medida que esses transtornos do sono vão se estabelecendo e intensificando, a tendência é que a cognição piore juntamente com os sintomas comportamentais, como a agressividade e agitação, além disso, podem favorecer uma progressão mais rápida da doença (FUNG et al., 2016; BLYTT et al., 2017).

As particularidades envolvendo o quadro de transtornos do sono em demência são descritas no capítulo “Alterações do sono em pacientes com demências” neste E-book.

Transtorno de apetite

Os distúrbios de apetite/alimentação em idosos é uma das alterações mais comuns e intensas e isso acontece em razão do declínio geral dos sistemas fisiológicos. Essas mudanças, peso e apetite, surgem de profundas alterações anatômicas, neuronais e metabólicas, seja em nível periférico ou central. Além disso, esses transtornos alimentares estão relacionados de maneira significativa com o comprometimento cognitivo, mesmo quando não há um

diagnóstico definitivo (NIFILI, 2018; LEWCZUK et al., 2018). Dessa forma, o estabelecimento de condições neurodegenerativas, incluindo envelhecimento e os alguns tipos de demência, são a segunda causa comum entre pacientes que sofrem de distúrbios do olfato e paladar (DEVERE, 2017).

No caso de demência, os distúrbios alimentares e de deglutição podem ser profundos, variando essa profundidade de acordo com o estágio de comprometimento. Dentre os motivos para isso, pode ser citada a incapacidade ou dificuldade de triturar alimentos e o fato da percepção do olfato e do paladar estarem afetados. No caso do paladar, ocorre a diminuição da densidade e funcionalidade dos receptores das papilas gustativas, resultando em modificação significativa do limiar de sensibilidade. Uma vez que essa redução da sensibilidade é estabelecida, há aumento do risco da ingestão de alimentos ou produtos químicos ambientalmente perigosos que possam gerar intoxicações nos idosos com demência (KAI et al., 2015; DEVERE, 2017; PAVLIDIS et al., 2013).

2. Avaliação e identificação

Para proporcionar uma qualidade de vida melhor para o paciente e o cuidador ou familiar, a identificação precoce desses Sintomas Psicológicos e Comportamentais na Demência (SPCD) é fundamental tendo em vista a prevenção da sobrecarga e esgotamento do cuidador, risco de institucionalização e despesas excessivas.

Primeiramente para a identificação de um SPCD é importante caracterizar toda a manifestação clínica, começando pela obtenção da história psiquiátrica do paciente, passando pela descrição do uso de substância, causa subjacente de demência e a função basal cognitiva. Em seguida, é importante fazer a exploração da alteração comportamental e do contexto de sua ocorrência, bem como a avaliação de outras SPCD subjacentes. Nesse levantamento, é significativa a descrição do comportamento, duração, início, gravidade, fatores precipitantes e consequências, história comportamental, e fatores psicológicos e ambientais. Outrossim, é importante uma investigação clínica para se excluir o diagnóstico de delirium (BESSEY; WALASZEK, 2019).

Já, em situações desafiadoras, uma avaliação abrangente deve ser feita a partir da descrição do comportamento problemático, Investigação das possíveis causas, criação de um plano terapêutico e avaliação da aplicação desse plano. Esse método inicial é conhecido como modelo DICE (Describe, Investigate, Create, and Evaluate), podendo ser usado não só por profissionais para a elaboração de um plano terapêutico, como também por familiares ou

cuidadores a fim de avaliar, gerenciar e rastrear essas manifestações (BESSEY; WALASZEK, 2019).

3. Intervenções não farmacológicas

Tendo em vista o grande sofrimento que as alterações comportamentais da Doença de Alzheimer causam naqueles que convivem com um idoso acometido pela demência, como exposto até aqui, faz-se essencial abordagens que integrem também esse familiar ou cuidador. E nessa perspectiva, essas intervenções exercem um papel de fortalecimento de vínculos e melhoria de qualidade de vida para o binômio cuidador-idoso.

O tratamento não farmacológico tem como objetivo a prevenção, controle, redução ou eliminação da frequência e gravidade dos episódios, além disso, tem-se como metas a redução do estresse do cuidador e prevenção de consequências adversas prejudiciais ao cuidador ou paciente. Nesse sentido, a abordagem que leva em conta o não uso de medicações para se alcançar o fim terapêutico é primeira escolha no controle dos comportamentos, visto que, o tratamento medicamentoso traz uma modesta melhora e não aumenta a expectativa de vida do paciente. (OLIVEIRA et al., 2021)

As intervenções psicossociais usualmente reduzem os sintomas depressivos dos cuidadores e ajudam a atrasar a institucionalização. Nessa acepção, a psicoeducação pode reduzir as SPCDs e pode ser acompanhada pelo aconselhamento social, assistência organizada e pelo suporte do paciente e cuidador; as sessões em grupo são efetivas quando o enfoque são os eventos estressores ao prover informações sobre a doença e assistência, e ao permitir a troca de experiências; estratégias baseadas no enfrentamento e atividades personalizadas aumentam a qualidade de vida do paciente e cuidador (TIBLE et al., 2017).

A prática de exercício físico também é uma ferramenta importante para a melhora física, cognitiva, funcional e dos resultados comportamentais, sendo assim, programas de treinamentos baseados em caminhada ou caminhada combinada com exercícios isotônicos são bem empregados (TIBLE et al., 2017).

Pensando nas intervenções psicossociais, a estimulação cognitiva e orientação da realidade focada na vida diária, tempo ou ambiente podem melhorar os sintomas. Já a terapia de validação visa solucionar conflitos encorajando e validando positivamente as expressões dos sentimentos a fim de reduzir a irritabilidade. A terapia de reminiscência usa de objetos do dia a dia para a estimulação da memória e habilita a pessoa a validar suas experiências, buscando uma melhoria do humor. E no que se refere a psicoterapia, sua efetividade é aumentada quando há participação do cuidador (TIBLE et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta forma, é possível analisar como as alterações comportamentais na DA geram efeitos negativos ao idoso, cuidadores e familiares, provocando a diminuição na qualidade de vida, maior dependência e institucionalização precoce, como também, sendo responsável por gerar aumento na sobrecarga de trabalho e estresse, além de gastos financeiros excessivos, se não feita a abordagem terapêutica precoce.

Além disso, percebe-se que algumas alterações podem ser confundidas com sintomas de outras enfermidades, como a depressão ou outras demências, necessitando de uma avaliação criteriosa e uma equipe interdisciplinar, a fim de realizar o diagnóstico preciso e tratamento correto.

Neste sentido, a terapêutica das alterações comportamentais realizada com intervenções não farmacológicas se mostra essencial na manutenção e melhoria da qualidade de vida do idoso e cuidador, pois atua no controle, redução ou eliminação desse quadro de sintomas, além de retardar a institucionalização do paciente.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. As alterações comportamentais na doença de Alzheimer costumam ser encaradas como algo natural sem possibilidade de reversão ou atenuação, nesse sentido, será que, se os familiares e cuidadores receberem as informações necessárias para a identificação desses comportamentos, as consequências danosas para o paciente e cuidadores poderiam ser minimizadas? Qual o papel da equipe de saúde nesse sentido e que ferramentas podem ser utilizadas para a otimização do cuidado nessas situações?
2. A institucionalização de idosos com doença de Alzheimer apresentando alterações comportamentais é frequente, quais tomadas de decisões por parte do poder público poderiam contribuir com a diminuição da institucionalização? Ainda neste sentido, as instituições de longa permanência de idosos (ILPIs) em sua maioria têm o preparo para acolher esses idosos? O ambiente das ILPIs pode influenciar no aparecimento ou agravamento desses sintomas?
3. Em fases iniciais da doença de Alzheimer, quando o paciente ainda tem a conservação da sua autonomia, o que deve ser feito por parte dele e de seus familiares como

estratégia no planejamento para agravos que acontecerão num momento de piora da doença e surgimento de comportamentos indesejáveis?

REFERÊNCIAS

BESSEY, Laurel J.; WALASZEK, Art. Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 8, p. 66-87, 1 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1049-5>.

BLYTT, K. M.; BJORVATN, B.; HUSEBO, B.; FLO, E. Clinically significant discrepancies between sleep problems assessed by standard clinical tools and actigraphy. **Bmc Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2017. <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0653-7>.

CHAPMAN, Kimberly R.; SPITZNAGEL, Mary Beth. Measurement of sexual disinhibition in dementia: a systematic review. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**, v. 34, n. 12, p. 1747-1757, 11 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.5208>.

CHAPMAN, Kimberly R.; TREMONT, Geoffrey; MALLOY, Paul; SPITZNAGEL, Mary Beth. The Role of Sexual Disinhibition to Predict Caregiver Burden and Desire to Institutionalize Among Family Dementia Caregivers. **Journal Of Geriatric Psychiatry And Neurology**, v. 33, n. 1, p. 42-51, 16 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1177/0891988719856688>.

CHOI, Scott Seung W.; CAJITA, Maan Isabella; GITLIN, Laura N.. A review of measures of three common dementia-related behaviors: rejection of care, aggression, and agitation. **Geriatric Nursing**, v. 41, n. 6, p. 692-708, nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.003>.

DE GIORGI, Riccardo; SERIES, Hugh. Treatment of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. **Current Treatment Options In Neurology**, v. 18, n. 9, p. 1-15, 11 ago. 2016. <http://dx.doi.org/10.1007/s11940-016-0425-2>.

DEVERE, Ronald. Disorders of Taste and Smell. **Continuum: Lifelong Learning in Neurology**, v. 23, n. 2, p. 421-446, abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1212/con.0000000000000463>.

FERREIRA, João Vitor Gandra Soares; ESTEVES, Ana Paula. DOENÇA DE ALZHEIMER: OS DESAFIOS DO CUIDADO. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. 2, n. 1, 2020.

FORLENZA, Orestes Vicente; CRETAZ, Eric; DINIZ, Breno Satler de Oliveira. O uso de antipsicóticos em pacientes com diagnóstico de demência. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , v. 30, n. 3, p. 265-270, Sept. 2008 .

FUNG, C. H.; VITIELLO, M. V.; ALESSI, C. A.; KUCHEL, G. A. Report and Research Agenda of the American Geriatrics Society and National Institute on Aging Bedside-to-Bench Conference on Sleep, Circadian Rhythms, and Aging: new avenues for improving brain health, physical health, and functioning. **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 64, n. 12, p. 238-247, 2016. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14493>

JOHANSSON, M., STOMRUD, E., LINDBERG, O., WESTMAN, E., JOHANSSON, P. M., VAN WESTEN, D., MATTSSON, N., & HANSSON, O. (2020). Apathy and anxiety are early markers of Alzheimer's disease. **Neurobiology of aging**, 85, 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2019.10.008>

KAI, Kyoko; HASHIMOTO, Mamoru; AMANO, Koichiro; TANAKA, Hibiki; FUKUHARA, Ryuji; IKEDA, Manabu. Relationship between Eating Disturbance and Dementia Severity in Patients with Alzheimer's Disease. **Plos One**, v. 10, n. 8, p. 0133666-0, 12 ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133666>.

KOLANOWSKI, Ann; BOLTZ, Marie; GALIK, Elizabeth; GITLIN, Laura N.; KALES, Helen C.; RESNICK, Barbara; VAN HAITSMAN, Kimberly S.; KNEHANS, Amy; SUTTERLIN, Jane E.; SEFCIK, Justine S.. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: a scoping review of the evidence. **Nursing Outlook**, v. 65, n. 5, p. 515-529, set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.006>

LANCTÔT, K. et al. “Neuropsychiatric signs and symptoms of Alzheimer's disease: New treatment paradigms.” **Alzheimer's & dementia**, v. 3, n. 3, 440-449, 5 Aug. 2017.

LEWCZUK, Piotr; RIEDERER, Peter; O'BRYANT, Sid E.; VERBEEK, Marcel M.; DUBOIS, Bruno; VISSER, Pieter Jelle; JELLINGER, Kurt A.; ENGELBORGH, Sebastiaan; RAMIREZ, Alfredo; PARNETTI, Lucilla. Cerebrospinal fluid and blood biomarkers for neurodegenerative dementias: an update of the consensus of the task force on biological markers in psychiatry of the world federation of societies of biological psychiatry. **The World Journal Of Biological Psychiatry**, v. 19, n. 4, p. 244-328, 27 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1080/15622975.2017.1375556>.

MANGINI, L., WICK, J. Y. Wandering: Unearthing New Tracking Devices. **The Consultant pharmacist: the journal of the American Society of Consultant Pharmacists**, v. 32, n. 6, p. 324–331, 2017. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2017.324>

MARINS, Aline Miranda da Fonseca; HANSEL, Cristina Gonçalves; SILVA, Jaqueline. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016.

NICHOLS, Emma et al. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet Neurology**, v. 18, n. 1, p. 88-106, 2019.

NIFLI, Artemissia-Phoebe. Appetite, Metabolism and Hormonal Regulation in Normal Ageing and Dementia. **Diseases**, v. 6, n. 3, p. 66-0, 20 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.3390/diseases6030066>.

OLIVEIRA, Alexandra Martini; RADANOVIC, Marcia; MELLO, Patricia Cotting Homem de; BUCHAIN, Patricia Cardoso; VIZZOTTO, Adriana Dias Barbosa; HARDER, Janaína; STELLA, Florindo; GITLIN, Laura N.; PIERSOL, Catherine Verrier; VALIENGO, Leandro L.C.. Adjunctive Therapy to Manage Neuropsychiatric Symptoms in Moderate and Severe Dementia: randomized clinical trial using an outpatient version of tailored activity program. **Journal Of Alzheimer'S Disease**, [S.L.], v. 83, n. 1, p. 475-486, 31 ago. 2021. IOS Press. <http://dx.doi.org/10.3233/jad-210142>.

RAMOS, Aline et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer. **Enciclopedia Biosfera**, v. 15, n. 27, 2018.

Robert P, Onyike CU, Leentjens AF, Dujardin K, Aalten P, Starkstein S et al. Proposed diagnostic criteria for apathy in Alzheimer's disease and other neuropsychiatric disorders. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(2):98-104.

SACHDEV, Perminder S. Inappropriate Sexual Behaviors in Dementia. **The American Journal Of Geriatric Psychiatry**, v. 25, n. 4, p. 372-373, abr. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.01.012>

SEGRS, K.; BENOIT, F.; MEYTS, J. M.; SURQUIN, M. Anxiety symptoms are quantitatively and qualitatively different in dementia with Lewy bodies than in Alzheimer's disease in the years preceding clinical diagnosis. **Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society**, v. 20, n. 3, p. 242-246, 2020. <https://doi.org/10.1111/psyg.12490>

TAVARES JÚNIOR, Almir Ribeiro; SOUZA, Claudia Caciquinho Vieira de. Sintomas psicológicos e comportamentais nas Demências. In: Freitas, Elizabete Viana de. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. **Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**, p. 889 – 945, 2017.

TIBLE, Olivier Pierre; RIESE, Florian; SAVASKAN, Egemen; VON GUNTEN, Armin. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. **Therapeutic Advances In Neurological Disorders**, v. 10, n. 8, p. 297-309, 19 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1177/1756285617712979>.

WOLINSKY, David et al. "Diagnosis and Management of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease." **Current psychiatry reports**, v. 20, n. 12, p. 1-13, 27 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-018-0978-8>.

ZHAO, Qing-Fei; TAN, Lan; WANG, Hui-Fu; JIANG, Teng; TAN, Meng-Shan; TAN, Lin; XU, Wei; LI, Jie-Qiong; WANG, Jun; LAI, Te-Jen. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis. **Journal Of Affective Disorders**, v. 190, p. 264-271, jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.069>.

ZHU, Carolyn W.; GROSSMAN, Hillel T.; SANO, Mary. Why Do They Just Sit? Apathy as a Core Symptom of Alzheimer Disease. **The American Journal Of Geriatric Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 395-405, abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.013>