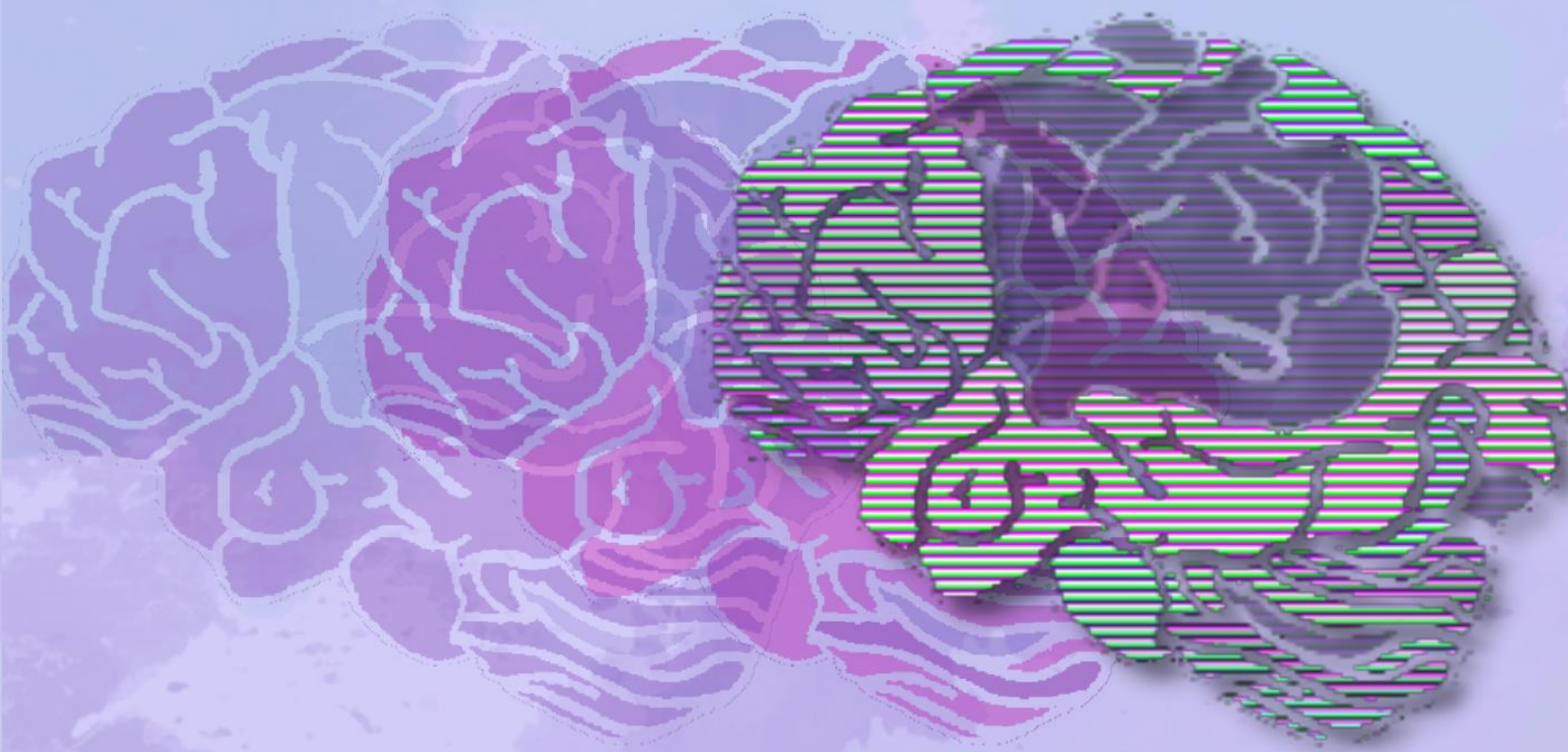




DEMÊNCIA EM IDOSOS: ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL

ORGANIZADORES:

Francisca Tereza de Galiza

Emídio Marques de Matos Neto

Deborah Carvalho Correia Bastos

Glenda Maria Santos Moreira



LAGG

LIGA ACADÊMICA DE GERIATRIA E
GERONTOLOGIA DO PIAUÍ

Demência em Idosos: abordagem interprofissional

ORGANIZADORES:

Francisca Tereza de Galiza

Emídio Marques de Matos Neto

Deborah Carvalho Correia Bastos

Glenda Maria Santos Moreira



LAGG

LIGA ACADÊMICA DE GERIATRIA E
GERONTOLOGIA DO PIAUÍ

Capa: Eloane Maria Mendes Vera Cruz

Ilustração: Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior

Catlografia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

E-book Demência em Idosos: abordagem interprofissional [livro eletrônico]/ Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí. -- José de Freitas, PI : Instituto Produzir, 2022. PDF.

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-84941-04-5

1. Geriatria I. Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí

22-123525

CDD-611.8

NLM-WL-101

Índices para catálogo sistemático:

1. Geriatria 611.8 Aline Grazielle Benitez -

Bibliotecária - CRB-1/3129

Instituto Produzir
José de Freitas – Piauí - Brasil
iproduzir@gmail.com
<https://institutoproduzir.com.br/>

Organizadores:

Francisca Tereza de Galiza

Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Mestrado e Doutorado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem (UECE)

Coorientadora da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Emídio Marques de Matos Neto

Professor adjunto do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Doutorado em biologia de sistemas (USP)

Orientador da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Deborah Carvalho Correia Bastos

Professora adjunta do Departamento de Clínica geral da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Mestrado profissional em Tecnologias e Atenção à Saúde (UNIFESP)

Colaboradora da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Glenda Maria Santos Moreira

Mestrado profissional em Saúde da Família (UNINOVAFAP)

Supervisora PRM em Geriatria (HU UFPI)

Colaboradora da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Autores dos capítulos:

Adonyas Carlos Santos Neto

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Aélya Drisana Dias Gomes de Araújo

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Ana Clara Barradas Mineiro

Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Arielly Jesus Leitão

Graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Bárbara Leite da Silva

Graduação em andamento em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Bárbara Pereira Gomes

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Integral Diferencial (FACID)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Carmen Luciane Souza Regis

Professora da Faculdade de Ciências Humanas Esuda

Especialização em Neuropsicologia (UNINASSAU)

César Ernani Vasconcelos Rufino

Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Cidianna Emanuely Melo do Nascimento

Especialização em Gerontologia - Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI)
Professora Visitante do Programa da Terceira Idade em Ação (PTIA/UFPI)

Flávia Veríssimo Melo e Silva

Residência médica em Geriatria (UNIFESP)

Ingrid Carvalho Correia

Professora auxiliar do Departamento de Medicina Especializada (UFPI)

Residência médica em Psiquiatria no Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP)

Isione Oliveira Castro

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Jéssica Maria Silva de Carvalho

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Jeyson Allysson Arcanjo de Marques

Graduação em andamento em Medicina pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Joanne Gleyce Amorim Ribeiro Martins

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

João Gabriel Ribeiro dos Santos

Graduação em andamento em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Kynnara Gabriella Feitosa de Oliveira

Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Laís Ferreira Alves

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Letícia Thamanda Vieira de Sousa

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Lucas Rodrigues de Moura

Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Mauriely Paiva de Alcântara e Silva

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior

Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Pedro Ivo dos Santos Cruz Cardoso

Graduação em Educação Física pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Renata Lopes Fonseca de Azevedo

Graduação em andamento em Medicina pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Rodrigo de Oliveira Mascarenhas

Mestrado em Ciências Biológicas (USP)

Graduação em Fisioterapia Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Rutielle Ferreira Silva

Mestrado em Enfermagem (UFPI)

Especialização em Urgência e Emergência (FATESP)

Thaysla de Oliveira Sousa

Graduação em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Teresina

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Ulisses de Sousa Rigon

Graduação em andamento em Medicina pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Wanessa Lima Mendes

Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Yasmim de Sousa Moura

Graduação em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Membro discente da Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí – LAGG

Sumário

Apresentação	8
Prefácio	9
CAPÍTULO 01	10
CONCEITUAÇÃO E INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DAS DEMÊNCIAS	10
CAPÍTULO 02	20
CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DEMÊNCIAS	20
CAPÍTULO 03	31
DOENÇA DE ALZHEIMER: ASPECTOS ETIOLÓGICOS E FISIOPATOLÓGICOS	31
CAPÍTULO 04	39
ATIVIDADES PROTETORAS CONTRA A NEURODEGENERAÇÃO EM IDOSOS	39
CAPÍTULO 05	50
IMPORTÂNCIA DO TREINAMENTO FÍSICO PARA A PREVENÇÃO DE DEMÊNCIAS EM IDOSOS	50
CAPÍTULO 06	57
DEMÊNCIAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS: POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS	57
CAPÍTULO 07	65
ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NA DOENÇA DE ALZHEIMER	65
CAPÍTULO 08	80
ALTERAÇÕES DO SONO EM PACIENTES IDOSOS COM DEMÊNCIA	80
CAPÍTULO 09	90
DELIRIUM E SUA RELAÇÃO COM AS DEMÊNCIAS	90
CAPÍTULO 10	101
DEPRESSÃO ASSOCIADA ÀS DEMÊNCIAS EM IDOSOS	101
CAPÍTULO 11	110
ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR E INTERPROFISSIONAL DO SUS NO TRATAMENTO DAS DEMÊNCIAS	110
CAPÍTULO 12	120
PLANO DE CUIDADOS NA REDE INTRAFAMILIAR DO IDOSO COM DEMÊNCIA	120
CAPÍTULO 13	129
CUIDADOS DE IDOSOS PORTADORES DE DEMÊNCIAS EM ILPIS	129

CAPÍTULO 14	139
ATENÇÃO AO CUIDADOR DE IDOSOS COM DEMÊNCIA.....	139
CAPÍTULO 15	148
USO DE TECNOLOGIAS ASSISTIVAS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	148
CAPÍTULO 16	155
MANEJOS FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO EM IDOSOS COM DEMÊNCIA	155
CAPÍTULO 17	165
CUIDADOS PALIATIVOS EM DEMÊNCIA.....	165

Apresentação

Todo grande projeto ou acontecimento surge de algo ou por alguém. Em uma Jornada Científica, para alunos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí (UFPI), a geriatra e paliativista Glenda Moreira, sugeriu a um grupo de discentes, interessados na temática da pessoa idosa, a criação de uma liga acadêmica. O ano foi 2007, com o apoio da Professora Elamarene Atayde, o projeto de extensão intitulado Liga de Geriatria e Gerontologia do Estado do Piauí (LIGGEPI) teve suas atividades iniciadas.

Em 12 de dezembro de 2014, agora Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia do Piauí (LAGG), sob a coordenação do professor Emídio Matos, teve sua aula inaugural, realizada no Hospital Universitário da UFPI, abordando o tema - demências - pelo Dr. Kelson James. Tendo seu processo seletivo para ligantes em março de 2015, com o apoio da geriatra Glenda Moreira. Importante destacar, que a LAGG sempre teve uma formação interprofissional, por entender a importância da transversalidade no cuidar ao idoso.

A partir de então, foram muitas aulas clínicas, numerosos projetos de extensão e organização de diversos eventos científicos, que resultam em publicações científicas em diferentes modalidades, mostrando o potencial e o compromisso da LAGG junto as instituições formadoras e a sociedade, no que tange a saúde do idoso.

Enquanto liga acadêmica interprofissional, a LAGG possibilita espaços de troca de experiências, discussões críticas e reflexivas acerca do cuidado ao idoso e sua rede de apoio, desenvolvimento de ações extensionistas na comunidade e elaboração de material educativo para promover a difusão do saber geriátrico e gerontológico.

Assim, em 2021, teve início a organização de uma obra coletiva voltada para as nuances das demências no idoso, a partir de uma inquietude dos membros da liga acadêmica, que decidiu se mobilizar e expor a comunidade, questões que pautavam os encontros clínicos do grupo, a partir da literatura científica e das vivências assistenciais.

O livro, Demência em Idosos: abordagem interprofissional, foi orientado e organizado por professores dos cursos de Educação Física, Enfermagem e Medicina da UFPI e pela geriatra da residência multiprofissional do HU-UFPI, bem como discentes das áreas da saúde, membros da LAGG.

Em 17 capítulos, é possível observar desde as conceituações clínicas, aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos das demências em idosos, perpassando pelo diagnóstico diferencial até o uso de tecnologias assistivas no tratamento do Alzheimer na pessoa idosa.

As temáticas apresentadas relacionam-se, portanto, com as áreas de pesquisa e assistência de seus autores, socializando suas discussões in loco, e ampliando o debate sobre as demências em idosos. A obra é também uma contribuição ao ensino-pesquisa-extensão na/para além da universidade, alcançando novas fronteiras.

Francisca Tereza de Galiza.

Prefácio

A presente obra discute um tema pertinente e relevante no contexto do envelhecimento, a demência. Esta se tornou uma enfermidade com elevada prevalência, tendo em vista o aumento crescente do número de idosos e entender a demência sob um olhar interprofissional, contribui de forma significativa para o seu tratamento.

O livro é composto por 17 capítulos, nos quais abordam desde o conceito de demência, classificação, tratamentos, sono e depressão no contexto da demência, atenção ao cuidador, cuidados paliativos, dentre outros, versando sobre diversos subtemas que abordam sobre a temática para levar informação ao leitor e a romper paradigmas que por muitos anos permearam as discussões no meio social quanto a essa temática.

A leitura ao passo que é atual, científica e objetiva, também traz muitas reflexões acerca das doenças demenciais, dentre elas a doença de Alzheimer, na qual os autores mostram não só o conhecimento epidemiológico e fisiopatológico sobre a doença, mas também o quanto é importante obter conhecimento sobre o entendimento da mesma.

Nesse sentido, alguns textos relatam o quão as atividades protetoras contra a neurodegeneração em idosos, impactam de forma positiva na qualidade de vida não apenas dos idosos, mas também de seus cuidadores, que tem papel fundamental no auxílio ao idoso para que ele possa desempenhar suas atividades cotidianas e de autocuidado da melhor forma possível.

Todos os artigos discutidos nesta obra, vem a reforçar a importância do conhecimento sobre a demência e também para mostrar a todos que se interessam pelo tema, que esse conhecimento é essencial para que se possa haver um planejamento de políticas públicas adequadas às características desta população.

Por fim, destaco um ponto que achei interessante e que é muito positivo para que o leitor possa realizar inferências concretas acerca do texto, que são as questões para reflexão, que têm ao final de cada artigo. Por meio delas, é possível observar se o objetivo da leitura, traçado no início do artigo, foi atingido, assim como também é uma oportunidade de compartilhar suas inferências quanto ao conteúdo abordado no capítulo.

Este livro, pela atualidade do tema e por sua visão multiprofissional, sem dúvidas, será uma referência para acadêmicos e profissionais que atuam na área.

Mara Jordana.

Professora adjunta do Departamento de Educação Física
da Universidade Federal do Piauí (UFPI)

CAPÍTULO 01

CONCEITUAÇÃO E INVESTIGAÇÃO CLÍNICA DAS DEMÊNCIAS

Ulisses de Sousa Rigon
Kynnara Gabriella Feitosa de Oliveira
Bárbara Leite da Silva
Deborah Carvalho Correia Bastos

RESUMO

Tendo em vista o aumento populacional de idosos no Brasil e, consequentemente, aumento de doenças sindrômicas inerentes à idade, urge-se a necessidade de difusão do conhecimento acerca de uma das mais desenvolvidas: a demência, com o fito de elucidar sobre o tema e romper paradigmas sociais ultrapassados. Diante desse contexto, tal capítulo trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, fundamentada em estudos científicos e em notas técnicas nacionais e internacionais. Com o objetivo de promover a reflexão acerca da conceituação e investigação clínica da demência no paciente idoso.

Palavras-chave: Demência; Envelhecimento; Idoso; Investigação Clínica; Saúde do Idoso.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No mundo, uma em cada nove pessoas têm 60 anos de idade ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050. O Brasil, por sua vez, vem apresentando uma rápida transição demográfica, com estimativas apontando que em 2060 os indivíduos com mais de 65 anos representarão 25,5% da população brasileira (IBGE, 2018). O envelhecimento da população é um dos maiores êxitos da humanidade e, ao mesmo tempo, consiste em um dos seus maiores desafios. O processo de envelhecer é resultante do somatório de várias etapas de desenvolvimento que se entrelaçam, nos seus diferentes aspectos (biológicos, psicológicos e sociais). E o envelhecimento, por sua vez, acarreta em uma significativa prevalência de doenças neurodegenerativas, dentre elas, a demência, que é caracterizada como uma das principais causas de incapacidade e dependência nos idosos (SILVESTRE, 2016).

Em 2016, a prevalência mundial de demência foi de aproximadamente 43,8 milhões, sendo considerada a 5ª causa mundial de mortalidade. Atualmente, no ano de 2021, 47 milhões de pessoas no mundo sofrem de demência, e este número deve triplicar até 2050. Já em relação ao Brasil, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia afirma que anualmente são registrados, em média, 55 mil novos casos de demências. Atualmente, 1,4 milhão de indivíduos vivem com demência e o número de casos deverá saltar para mais de seis milhões em 2050.

Dessa forma, observa-se que em torno de 10% da população idosa nos próximos 30 a 40 anos será acometida por alguma forma de demência (CLOAK; AL, 2020; EMMADY; TADI, 2021).

A demência consiste em um diagnóstico sindrômico, caracterizado por declínio cognitivo persistente que interfere no desempenho profissional ou social do indivíduo. Existe um declínio em relação ao nível prévio, decorrente do comprometimento de pelo menos duas funções cognitivas (memória, linguagem, praxias, gnosis, orientação espacial, capacidade de abstração e funções executivas) ou do comportamento (TOMMASO *et al.*, 2016, p.345). O termo “demência” foi incorporado, através do DSM-5, à entidade recém-nomeada como transtorno neurocognitivo maior, embora não esteja excluído o uso do termo em subtipos etiológicos nos quais é um termo-padrão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Além do declínio observado, a gravidade deve ser significativa para interferir na funcionalidade diária. Ademais, é frequentemente considerado um distúrbio progressivo da cognição, atividades funcionais e sociais no qual o indivíduo, na maioria das vezes, não tem percepção de seus déficits (EMMADY; TADI, 2021).

A investigação clínica das demências, realizada de forma precoce, é uma medida de extrema importância, pois permitirá o aconselhamento e cuidados personalizados aos pacientes em fases mais iniciais. Portanto, torna-se necessária uma reflexão da necessidade e realização dessa ação, para que seja proporcionado um melhor prognóstico e qualidade de vida à população idosa.

OBJETIVO

Refletir acerca da conceituação e investigação clínica da demência no paciente idoso.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, fundamentada em estudos científicos e em notas técnicas nacionais e internacionais, sobre a conceituação e investigação clínica da demência nos pacientes idosos. Os descritores utilizados na busca do referencial teórico foram categorizados em: demência, doenças crônicas, testes neuropsicológicos e diagnóstico.

DESENVOLVIMENTO

1. Síndrome Demencial

O diagnóstico sindrômico de demência se baseia na evidência de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho (baseado na queixa clínica, seja do paciente, do familiar ou mesmo do profissional de saúde, corroborada por prejuízo documentado nos testes cognitivos) que interfere na funcionalidade do paciente. Estes déficits não devem ser melhor explicados por outro transtorno mental (esquizofrenia, transtorno depressivo maior) e não devem ocorrer exclusivamente no contexto de delirium (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM 5, 2014).

1.1 Quadro Clínico

Embora o envelhecimento possa trazer alterações cognitivas, como a lentidão no processamento de informações, não deve ser encarado como sinônimo de demência. Muitas vezes considerados da idade, os sintomas demenciais apresentam características que diferem do processo de senescência e envelhecimento cerebral.

No processo de envelhecimento, os idosos têm maior dificuldade de recordar, particularmente na velocidade de memórias, quando comparada à velocidade durante a juventude. Essas alterações não afetam o funcionamento diário e, portanto, não indicam demência. (SHAJI *et al.*, 2018). Nessa questão, o chamado comprometimento cognitivo leve carrega à maior perda de memória do que o usual da idade e, por vezes, há deterioração de outras funções cognitivas - mas geralmente o funcionamento diário não é afetado. Mesmo sob essa situação, é necessária atenção, haja vista que até 50% dos pacientes com comprometimento cognitivo leve desenvolvem demência em 3 anos, passando a prejudicar as atividades funcionais diárias do indivíduo. (SHAJI *et al.*, 2018).

Do ponto de vista clínico, a síndrome demencial se apresenta com prejuízo nos vários domínios da cognição (atenção, memória, linguagem, funções executivas, visuoespaciais e comportamento). O quadro do paciente pode se apresentar de variadas formas: esquecimento de acontecimentos recentes; dificuldade para desenvolver planos de ação, seguir instruções de manuais, receitas conhecidas; manter o controle das contas mensais e a concentração; dificuldade na execução de tarefas habituais, como ir ao supermercado; vestir-se; perda da noção de tempo; desorientação tempo-espço; falha na percepção espacial e visual de objetos, imagens, etc; esquecimento e trocas de palavras e expressões; facilidade em perder objetos e não lembrar onde pôs; comprometimento da capacidade de tomar decisões e julgamento; afastamento social; mudanças de humor. Os quadros são progressivos, até a perda completa da

funcionalidade e vida social e necessidade de amparo por terceiros (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE ALZHEIMER, 2014).

1.2 Testes Cognitivos

Diante da queixa de declínio cognitivo, faz-se necessário a complementação da investigação clínica com testes cognitivos de rastreio, para documentar o prejuízo cognitivo relatado nos seus diversos domínios.

Os testes cognitivos de rastreio consistem em dispositivos estruturados de aplicação breve que permitem uma avaliação global da cognição do indivíduo. Existem diversos testes, todavia três deles são os mais recomendados para a utilização em um primeiro momento: minixame do estado mental (MEEM), teste de fluência verbal (FV) e teste do desenho do relógio (TDR). Em casos de declínios cognitivos mais leves, a avaliação cognitiva de Montreal (Montreal cognitive assessment — MoCA) mostra-se útil como um instrumento de rastreio cognitivo mais sensível. Em alguns casos, pode ser necessária uma avaliação mais minuciosa, através de um teste neuropsicológico. (TOMMASO *et al.*, 2016, p.29).

A aplicação do MEEM consiste no teste de triagem cognitiva mais utilizado no mundo (TOMMASO *et al.*, 2016, p.29). É constituído por 30 itens, dos quais deve-se somar 1 ponto para cada item; pode ser aplicado em menos de dez minutos e os itens avaliados são: orientação, memória imediata e evocação (aprendizagem e memorização de três palavras), atenção e memória operacional (subtrações seriadas ou soletração da palavra “mundo” na ordem inversa), linguagem (nomeação, repetição, comando verbal em três etapas, leitura e escrita) e habilidades visuoespaciais (cópia de pentágonos).

O MEEM apresenta uma sensibilidade muito baixa para detecção de transtornos cognitivos leves e o uso para rastreio de outras formas de demência leve também é bastante limitado (FROTA *et al.*, 2016, p.30; FORLENZA; RADANOVIC; APRAHAMIA, 2014, p.88). A avaliação da linguagem, da função executiva e das habilidades visuoespaciais é bastante simplificada e insuficiente. O teste que tem sido empregado e mostrado uma sensibilidade superior à do MEEM, é o MoCA, teste de rastreio mais adequado em indivíduos com comprometimento cognitivo leve ou com doenças cujo domínio mais acometido seja o de funções executivas, como na doença de Parkinson.

A avaliação pelo MoCA contempla itens de funções executivas (teste de trilhas e relógio), visuoespaciais (cópia de um cubo), memória (evocação de cinco palavras), atenção (dígitos na ordem direta e inversa, vigilância e subtrações seriadas), linguagem (nomeação, repetição e fluência verbal fonêmica [FVF]), abstração e orientação. O escore máximo é

também de 30 pontos. O teste MoCA apresenta, portanto, maior número de domínios cognitivos, sobretudo funções executivas (FROTA et al., 2016,p.30).

De acordo com Forlenza, Radanovic, Aprahamia (2014, p.90), outra forma de avaliação é o Teste do desenho do relógio (TDR), que objetiva complementar a avaliação das funções executivas e visuoespaciais, O desenho do relógio é um dos testes mais utilizados para rastreio cognitivo, de aplicação fácil e rápida, envolvendo diversos domínios cognitivos. Deve-se desenhar um relógio, com seus números e os ponteiros marcando determinada hora (p. ex.: 11h10). São avaliados: compreensão, planejamento, habilidade visuoespacial, memória visual, execução e programação motoras, abstração, concentração.

Por fim, o teste da fluência verbal, de fácil aplicação e amplamente usado no mundo, avalia a função executiva ao solicitar ao indivíduo que verbalize o maior número de palavras numa categoria semântica ou fonêmica específica.

A avaliação funcional, juntamente com testes cognitivos, vem sendo amplamente utilizada para auxiliar na detecção precoce da demência (FORLENZA; RADANOVIC; APRAHAMIAN, 2014,p.101). A combinação de testes cognitivos e funcionais pode produzir uma bateria de avaliações de alta sensibilidade e especificidade para o rastreamento de possíveis quadros demenciais. A funcionalidade é medida pela capacidade que o indivíduo possui de realizar as atividades cotidianas, que são classificadas em: atividades básicas da vida diária (ABVD); e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (PARENTONI , et al., 2013).

2. Avaliação etiológica da Síndrome Demencial

O diagnóstico da síndrome demencial é clínico, porém a investigação etiológica da demência requer avaliação complementar.

As demências podem ser classificadas em evolutivas – declínio progressivo por doenças neurodegenerativas, vascular ou infecciosa crônica; estáticas – em demência vascular com fator de risco controlado; sequela de lesão cerebral aguda por trauma ou infecção; ou potencialmente reversíveis – como causada por deficiência de vitamina B12 ou hipotireoidismo (TALMELLI *et al.*, 2013).

As causas mais frequentes de demência são quatro: a doença de Alzheimer (DA), a demência vascular (DV), demência com corpos de Lewy (DCL) e a demência frontotemporal (DFT) (CARAMELLI; BARBOSA, 2002). Contudo, a demência também pode decorrer em pacientes com doença de Parkinson, doença de Huntington, paralisia supranuclear progressiva, doenças priônicas e neurossífilis. Além disso, pacientes também podem apresentar mais de

uma demência, sendo caracterizada como mista. No que tange a questão psiquiátrica, a depressão pode simular a demência e em geral, os 2 distúrbios coexistem. Entretanto, é importante estar atento, pois a depressão pode ser a primeira manifestação da demência. (FROTA et al, 2016).

Ainda, alguns distúrbios estruturais cerebrais, como hematoma subdural; distúrbios metabólicos, tal como hipotireoidismo e deficiência de vitamina B12; e intoxicação, como pelo metal pesado chumbo, causam uma deterioração lenta da cognição que pode regredir com tratamento. Esses tipos de demência, por vezes são denominadas de demências reversíveis (ARVANITAKIS; SHAH; BENNETT, 2019; KNOPMAN *et al.*, 2001).

No quesito farmacológico, em especial os benzodiazepínicos e anticolinérgicos - como antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos e anti-psicóticos podem causar ou agravar temporariamente os sintomas da demência, assim como o álcool, mesmo em quantidades moderadas. Insuficiência renal ou hepática, aguda ou progressiva, pode reduzir a depuração do fármaco e causar toxicidade após anos de administração de doses estáveis do fármaco (SHAJI *et al.*, 2018).

Ainda, mecanismos priônicos podem estar envolvidos na maioria das etiologias neurodegenerativas que se manifestam primeiro em idosos. Uma proteína celular normal sofre um mau enovelamento, seja por erro ou por mutação, obtendo como resultado a sua posterior transformação em uma forma patogênica ou príon. O príon então age com um modelo, fazendo com que outras proteínas subsequentes se tornem mal enoveladas. Esse processo ocorre ao longo dos anos e em muitas partes do sistema nervoso central. Muitos desses príons tornam-se insolúveis e, como amiloides, não podem ser eliminados. Evidências implicam príons ou mecanismos semelhantes na doença de Alzheimer (fortemente), bem como na doença de Parkinson, doença de Huntington, demência frontotemporal e esclerose lateral amiotrófica. (SHAJI *et al.*, 2018).

2.1 Avaliação Clínica

Para se estabelecer o diagnóstico clínico, é fundamental a avaliação inicial levantar um histórico clínico detalhado do paciente (SANTOS; BESSA; JUNQUEIRA, 2020), com o objetivo de identificar a cronologia e a velocidade das perdas cognitiva e funcional do indivíduo; como também em possíveis outras causas, como a questão dos medicamentos em uso com potencial indução de declínio cognitivo (benzodiazepínicos e anticolinérgicos) e o

abuso de álcool e drogas. Importante avaliar também transtornos psiquiátricos ou outras doenças que cursam com declínio cognitivo (CHARCHAT-FICHMAN *et al.*, 2005), como doença de Parkinson ou hipotireoidismo, bem como possíveis diagnósticos diferenciais a serem solicitados. Para isso, é interessante a presença de familiares ou amigos que estejam no dia a dia do paciente na consulta e que possam expor o seu ponto de vista (LIMA; SILVA; NAVAS, 2017).

O Exame físico neurológico completo é um suporte para a avaliação diferencial do diagnóstico e visa avaliar déficits focais (presentes em pacientes com AVC), movimentos anormais e sintomas parkinsonianos (lentificação dos movimentos, rigidez plástica, tremor de repouso e instabilidade postural). (FORNARI *et al.*, 2010).

2.2 Avaliação Complementar

Os exames complementares, no Brasil, são necessários para investigação de síndrome demencial e identificar potenciais causas de demências reversíveis em faixa etária senil. Os exames imprescindíveis são o hemograma completo, com função renal (dosagem de eletrólitos, uréia e creatinina), hepática e tireoidiana, dosagem sérica de vitamina B12 e ácido fólico, sorologia para sífilis, glicemia de jejum e exame de neuroimagem (tomografia computadorizada [TC] de crânio ou ressonância magnética [RM] de encéfalo) (NITRINI *et al.*, 2005), sendo preferencialmente usada a RM. A depender da suspeita clínica a análise do líquido céfalo-raquidiano (LCR), sorologia para HIV e eletroencefalograma (EEG) são solicitados em casos de síndrome demencial em idade pré-senil ou com evolução atípica (por exemplo, demência rapidamente progressiva).

Desse modo, os exames de neuroimagem (TC ou RM) devem ser solicitados na investigação inicial de demência (LIMA; SILVA; NAVAS, 2017) para descartar patologias estruturais como neoplasia, hematoma subdural, hidrocefalia e AVC. Os exames de neuroimagem estrutural (TC e RM) frequentemente são normais em estágios iniciais da doença. Algumas alterações na imagem, quando presentes, podem ajudar no diagnóstico sugerindo algum tipo de demência, a exemplo da atrofia hipocampal, que pode ser visualizada no exame de RM e sugere demência da Doença de Alzheimer. (OOSTVEEN; LANGE, 2021). Com a evolução da doença, a atrofia hipocampal torna-se mais evidente, e associa-se atrofia cortical com a evolução do quadro.

2.3 Diagnóstico Diferencial

Na avaliação inicial da suspeita de demência deve-se caracterizar se os achados são atribuíveis aos diagnósticos diferenciais mais comuns: delirium e depressão. Delirium, também conhecido como estado confusional agudo é uma alteração cognitiva definida por início agudo, curso flutuante, distúrbios da consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento. O diagnóstico diferencial com depressão (QUEVEDO; SILVA, 2013) se faz bastante necessário, pois assim como o delirium ela pode causar declínio cognitivo leve em idosos. Para o auxílio no rastreio de depressão, é usada a Escala de Depressão Geriátrica (OLIVEIRA *et al.*, 2020) e caso persista a dúvida, o teste terapêutico com inibidor seletivo de recaptação de serotonina pode ser considerado por 4 a 8 semanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demências, em sua maioria, apresentam início insidioso e evolução lenta. Porém, no atual contexto mundial de saúde, se destacam como uma questão primordial de saúde pública, ocasionando gastos diretos e indiretos, com aposentadorias, internações, assim como, repercussões em trabalhadores ativos por acometimento de familiares que requerem seus cuidados.

Ademais, para definir uma síndrome demencial é necessário declínio cognitivo suficiente para gerar prejuízo funcional em relação a um nível prévio dos indivíduos. Diversas formas de apresentação se fazem possíveis e uma acurada investigação diagnóstica, através da análise da condição clínica e de exames clínicos, neurológicos e psiquiátricos, é imprescindível para evitar erros ou atraso no diagnóstico da doença.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Como profissionais da saúde, estamos preparados para identificar casos de demência?
2. Quais dificuldades de identificação encontramos na clínica?
3. Temos alternativas para aguçar nosso diagnóstico clínico?

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2014.

ARVANITAKIS, Z.; SHAH, R.C.; BENNETT, D.A. Diagnosis and Management of Dementia: Review. **JAMA**, v. 322, n.16, p.1589–1599, 2019.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, supl.1, p. 7-10, 2002.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.27, n.1, São Paulo, Mar 2005.

CLOAK, N.; AL, K. Y. Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia. In: **StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2020.

EMMADY, P.D.; TADI, P. Dementia. In: **StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls**, 2021.

FROTA, N.A.F. et al. Neurologia cognitiva e do envelhecimento do conhecimento básico à abordagem clínica - São Paulo: **Editora e Eventos Omnifarma**, 2016.

FORNARI, L.H.T. et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente?. **Scientia Medica** (Porto Alegre), v. 20, n. 2, p. 185-193, 2010.

FORLENZA, V., RADANOVIC, M., APRAHAMIAN, I. Neuropsiquiatria geriátrica. - 2. ed. -São Paulo : **Editora Atheneu**, 2014.

IBGE. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018/** IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

KNOPMAN, D. S. et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. **Neurology**, v. 56, n. 9, p. 1143-1153, 2001.

LIMA, S.; SILVA, M.; NAVAS, M. Exames De Neuroimagem No Diagnóstico Precoce De Doença De Alzheimer. **Revista Eletrônica Biociências, Biotecnologia e Saúde**, Curitiba, n. 18, maio-ago. 2017.

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, v. 63, n. 3a, p.720-727. São Paulo, Sept. 2005.

OLIVEIRA, V. et al. Escala de depressão geriátrica como instrumento assistencial do enfermeiro no rastreio de sintomas depressivos em idosos institucionalizados **Braz. J. of Develop**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 12166-12177, mar. 2020.

OOSTVEEN, W.M.; LANGE, E.C.M. Imaging Techniques in Alzheimer's Disease: A Review of Applications in Early Diagnosis and Longitudinal Monitoring. **International Journal of Molecular Sciences**, v.22, n.4, p. 2110, 20 de fevereiro de 2021.

PARENTONI, AN, Avaliação Do Estado Funcional Do Idoso, Comissão de Educação Continuada, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2013.

QUEVEDO, J.; SILVA, A.G. Depressão: teoria e clínica – Porto Alegre: **Artmed**; 2013.

SANTOS, C.; BESSA, T.; JUNQUEIRA, A. Fatores associados à demência em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**. v.25, no.2, Rio de Janeiro Feb. 2020.

SHAJI, K. S. et al. Clinical practice guidelines for management of dementia. **Indian journal of psychiatry**, v. 60, n. Suppl 3, p. 312, 2018.

SILVESTRE, A.G. (2016). **A Qualidade de vida de idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer**. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação.

TALMELLI, L.F. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência **Acta Paul Enferm**, v. 26, n.3, p. 219-225, 2013.

TOMMASO, A.B.G. et al. Geriatria Guia Prático 1. ed. - Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016.

CAPÍTULO 02

CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS DEMÊNCIAS

César Ernani Vasconcelos Rufino

Lucas Rodrigues de Moura

Renata Lopes Fonseca de Azevedo

Deborah Carvalho Correia Bastos

RESUMO

O objetivo deste capítulo é desenvolver uma reflexão prática sobre a classificação e os diagnósticos diferenciais das doenças demenciais. Trata-se de um texto teórico-reflexivo de abordagem qualitativa com a descrição da classificação e dos diagnósticos diferenciais das variadas formas de demência, dando ênfase às características clínicas. Utilizou-se os descritores “dementias”, “differential diagnosis” e “clinical classification of dementias”. A investigação das diferentes apresentações das síndromes demenciais, usando uma abordagem sistemática a partir de classificações e critérios diagnósticos, é o primeiro passo após a confirmação do diagnóstico sindrômico de demência.

Palavras-chave: Demência; Diagnóstico Diferencial e Classificação Clínica das Demências.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As diferentes causas de demência em um indivíduo manifestam diferentes padrões de comprometimento cognitivo e funcional associadas a outras manifestações neurológicas, as quais contribuem no diagnóstico sindrômico da doença e auxiliam na definição etiológica e consequente classificação (Fornari LHT et. al., 2010). Desse modo, essa diferenciação se torna imprescindível para acompanhar a evolução da doença, bem como mensurar a gravidade e as características dos domínios cognitivos acometidos e prováveis prejuízos de função (Parmera JB, Nitrini R, 2015).

Anteriormente, as demências eram mais classificadas como corticais ou subcorticais. No entanto, essa divisão foi considerada insuficiente, uma vez que algumas formas da doença apresentavam padrão de acometimento de ambas as estruturas, a exemplo da demência frontotemporal (Borgeois e Hickey, 2009).

Dessa forma, atualmente, a classificação mais comumente utilizada baseia-se na fisiopatologia e no potencial de reversibilidade, distinguindo as demências em degenerativas

(ou primárias), as quais remetem a mecanismos patológicos que causam dano cerebral progressivo e inclui a Doença de Alzheimer (DA), a Demência por Corpos de Lewy (DCL), a Demência Frontotemporal (DFT), dentre outras; e não degenerativas (ou secundárias), que sucedem de uma lesão cerebral, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e traumatismo cranioencefálico. Concomitante a isso, é válido ressaltar que as demências secundárias abrangem inúmeros subtipos. Neste capítulo adotaremos como forma mais didática, respaldados por estudos prévios (Neto JG, Tamelini MG, Forlenza, OV, 2005), os subtipos: demências irreversíveis, como a Demência Vascular (DV) e os subtipos das demências potencialmente reversíveis, a qual leva em consideração três subcategorias: comprometimento estrutural, as condições clínicas e os transtornos psiquiátricos. (Freitas EV, Py L, 2016).

Nesse sentido, para se estabelecer o diagnóstico diferencial entre todas essas subclassificações é necessário, preliminarmente, diferenciar os quadros potencialmente reversíveis de outras etiologias, a exemplo das doenças sistêmicas, das carências nutricionais, dos transtornos endócrinos etc. Ademais, uma análise clínica detalhada, em conjunto com exame físico e neurológico minucioso e exames laboratoriais e de imagem garantem maior legitimidade no diagnóstico diferencial (Neto JG, Tamelini MG, Forlenza, OV, 2005).

Diante desse cenário, é certo que o inerente envelhecimento da população torna as demências um problema de saúde pública e, com isso, se faz cada vez mais necessária a educação em saúde interprofissional a fim de analisar de forma mais holística e criteriosa os diversos tipos de doenças demenciais que se explanam em inúmeros contextos clínicos. Assim, percebe-se a necessidade de refletir acerca da classificação e dos diagnósticos diferenciais das doenças demenciais e suas repercussões diagnósticas.

OBJETIVO

Desenvolver uma reflexão prática sobre a classificação e os diagnósticos diferenciais das doenças demenciais.

MÉTODOS

Trata-se de um texto teórico-reflexivo de abordagem qualitativa com a descrição da classificação e dos diagnósticos diferenciais das variadas formas de demência, dando ênfase às características clínicas. Para tal, realizou-se uma pesquisa sistematizada na literatura, buscando artigos e referenciais de organizações especializadas utilizando descritores como “dementias”, “differential diagnosis”, “clinical classification of dementias” e “Alzheimer's disease”. O presente estudo priorizou os textos com boa qualidade metodológica e com publicação recente

DESENVOLVIMENTO

Assim que o diagnóstico de síndrome demencial é estabelecido, o próximo passo é definir a etiologia. Para isso, pode-se usar diferentes sistemas de classificação diagnóstica de demências. A divisão em demências degenerativas (primárias) e não-degenerativas (secundárias) apresenta-se com boa correlação prática. Essas últimas ainda podem ser subdivididas em irreversíveis e potencialmente reversíveis. Preliminarmente, é importante identificar as causas com potencial de reversibilidade para que o tratamento desses casos seja feito o mais rápido possível (FORNARI et al., 2010; FREITAS *et al.*, 2017).

1. Demências primárias ou neurodegenerativas

Demências primárias são um conjunto de doenças em que as principais manifestações clínicas estão relacionadas a declínios cognitivos e, em sua grande maioria, tem base fisiopatológica em proteinopatias neurodegenerativas. O grupo das demências primárias é formado pela Doença de Alzheimer, demência frontotemporal, além da demência por corpos de Lewy e demência na doença de Parkinson (SALARDINI, 2019).

O Quadro 1 apresenta um resumo das características clínicas das principais demências primárias.

Quadro 1 - Idade de início e características clínicas das demências neurodegenerativas

Doença	Idade de início	Características clínicas
Doença de Alzheimer	Oitava ou nona década de vida	Déficits da memória episódica, progredindo para impactos em outros domínios cognitivos, como linguagem, funções executivas e visuoespaciais, e alterações comportamentais e de funcionalidade
Demência frontotemporal	Antes dos 57 anos	Alterações comportamentais e/ou de linguagem, com preservação do aprendizado e da memória
Demência por corpos de Lewy	Sexta até a nona década de vida	Cognição oscilante e alucinações visuais, evoluindo com manifestações espontâneas de parkinsonismo. Além de transtorno comportamental do sono REM e sensibilidade aos neurolépticos

Fonte: American Psychiatric Association, 2014.

1.1 Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer (DA) é a demência mais prevalente em todo o mundo, correspondendo a cerca de 60% de todos os casos. O exame histopatológico é necessário para firmar o diagnóstico definitivo da DA, porém é quase sempre inviável. Por isso, na prática a DA é diagnosticada a partir de critérios clínicos estabelecidos por associações especializadas, como é o caso do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da American Psychiatric Association (FREITAS *et al.*, 2017).

O DSM-5 define os critérios diagnósticos para doença de Alzheimer (DA) a partir de características específicas da doença. Isso inclui o surgimento insidioso e progressão gradual de prejuízos cognitivos, principalmente na memória e na aprendizagem. Além disso, a presença de evidências genéticas para DA podem também ser investigadas a partir da história familiar ou de teste genético, nos casos de DA de início precoce (pré senil).

A manifestação mais precoce geralmente é a perda da memória episódica, progredindo posteriormente para déficits em outros domínios cognitivos, como linguagem, funções executivas e visuoespaciais. Em fases mais avançadas, há alterações comportamentais e prejuízo nas atividades de vida diárias (MATEJ; TESAR; RUSINA, 2019).

Outra característica da DA é a idade de surgimento dos sintomas, a qual em geral situa-se na oitava ou nona década de vida do indivíduo. As exceções são as DA de início precoce que se desenvolvem na quinta e sexta décadas de vida e apresentam relação com mutações genéticas conhecidas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

1.2 Demência Frontotemporal

A demência frontotemporal (DFT) é uma síndrome clínica que abrange um grupo variável de distúrbios neurocognitivos com impactos no comportamento, na função executiva ou na linguagem. É uma das principais formas de demência de início precoce e, patologicamente, caracteriza-se pela atrofia progressiva dos córtex frontal e/ou temporal (BANG; SPINA; MILLER, 2015).

Assim como na doença de Alzheimer, o DSM-5 define os critérios diagnósticos para DFT através das características clínicas da doença. O surgimento insidioso e a progressão gradual são parte dos critérios. Além disso, o diagnóstico clínico requer o reconhecimento de manifestações clínicas que são alocadas em duas variantes: comportamental e linguística. Outro aspecto que o DSM-5 traz é a preservação da aprendizagem e da memória, o que pode ser um importante aspecto no diagnóstico diferencial com a doença de Alzheimer.

A identificação de um paciente com DFT é complexa, uma vez que as suas manifestações podem ser confundidas com outros distúrbios, como doença psiquiátrica e doença vascular cerebral (AVC). Dessa forma, a anamnese com um exame neurológico bem realizado é essencial para a suspeita de DFT, com posterior corroboração com exames de imagem. Além disso, a avaliação neuropsicológica se faz interessante, principalmente para identificar e quantificar os déficits cognitivos (SIVASATHIASEELAN et al., 2019). Com relação a idade de início da doença, a DFT diverge da DA, sendo caracteristicamente de início precoce, com abertura do quadro clínico, em geral, antes dos 57 anos (FORNARI et al., 2010).

A DFT compreende três variantes clínicas, sendo uma variante comportamental e duas variantes linguísticas (afasia progressiva primária não-fluente e afasia progressiva primária de variante semântica).

A variante comportamental apresenta-se com alterações de personalidade, desinibição, com comportamentos sociais inadequados e apatia, a qual pode ser confundida com depressão. Outro aspecto, é o comportamento estereotipado, como movimentos repetitivos simples e repetição de frases verbais. A variante linguística compreende a afasia progressiva primária não-fluente, na qual o paciente apresenta-se com déficits na execução da fala, e a afasia progressiva primária semântica, em que há comprometimento no entendimento do significado das palavras (BANG; SPINA; MILLER, 2015; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

1.3 Demência por corpos de Lewy

A demência por corpos de Lewy (DCL) é a segunda principal causa de demência neurodegenerativa, atrás apenas da doença de Alzheimer. A DCL caracteriza-se como uma causa comum de demência com Parkinsonismo e tem base fisiopatológica em depósitos da proteína alfa-sinucleína no córtex cerebral e no tronco encefálico (FORNARI et al., 2010; FREITAS et al., 2017).

Os critérios diagnósticos definidos pelo DSM-5 apontam a DCL como tendo início insidioso e progressão gradual e estabelece os critérios centrais e as características sugestivas. Os primeiros representam as principais manifestações da doença e incluem a cognição oscilante, alucinações visuais recorrentes e bem formadas e o aparecimento dos traços do parkinsonismo subsequente aos sintomas cognitivos. As características sugestivas são compostas pelo transtorno comportamental do sono REM e pela sensibilidade grave aos neurolépticos. Estes podem desencadear ou exacerbar o parkinsonismo, além de ser associado

com aumento de mortalidade nesses pacientes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; GOMPERTS, 2016; FREITAS *et al.*, 2017).

O paciente com DCL apresenta-se representativamente com demência e alucinações visuais no início do curso da doença, progredindo para os distúrbios motores característicos do Parkinsonismo, como bradicinesia, comprometimento da marcha e, menos frequentemente, tremor de repouso. O declínio cognitivo é precoce e manifesta-se com flutuações, afetando inicialmente a memória recente, a atenção, a função executiva e a habilidade visuoespacial, avançando posteriormente para outros domínios cognitivos com consequente impacto na funcionalidade (GOMPERTS, 2016).

É importante diferenciar clinicamente a DCL da demência associada à doença de Parkinson (DP). Essa distinção pode ser realizada pela observação da ordem de aparecimento dos sintomas cognitivos. Na DCL, os déficits cognitivos são manifestados precocemente, enquanto na demência associada à DP eles surgem pelo menos 12 meses após a instalação das alterações motoras. Ademais, o início do curso da DCL, em geral, situa-se da sexta até a nona década de vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2. Demências secundárias ou não-degenerativas

Refere-se ao grupo de patologias que cursam com síndrome demencial, podendo ser irreversíveis, decorrente de uma lesão cerebral, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou traumatismo cranioencefálico, ou potencialmente reversíveis, como quadros de comprometimento estrutural, de condições clínicas específicas e de transtornos psiquiátricos. (Freitas EV, Py L, 2016).

2.1 Demências secundárias irreversíveis

A doença vascular que afeta vasos de vários calibres pode causar infartos e hemorragias, bem como doença crônica progressiva da substância branca, incluindo desmielinização, lesão axonal, astrocitose e edema, com infiltração de macrófagos e ativação da microglia. Em contraste com outras doenças neurodegenerativas, o comprometimento cognitivo vascular (CCV) e a demência vascular (DV) não são caracterizados neuropatologicamente pelo acúmulo de proteínas anormais. No entanto, a doença vascular tende a ser progressiva e degenerativa, com prejuízo cognitivo após acidente vascular cerebral clínico ou resultante de lesão cerebral vascular subclínica (ELAHI E MILLER, 2017).

Mudanças iniciais no estágio prodrômico de acidente vascular isquêmico incluem déficits na flexibilidade cognitiva e recuperação da memória verbal. Como a substância branca

frontal é particularmente vulnerável ao dano vascular, os déficits cognitivos típicos com a progressão da doença incluem disfunção executiva, com atenção e concentração diminuídas e recuperação espontânea prejudicada da memória armazenada. Mudanças comportamentais, como irritabilidade, são comuns, e o parkinsonismo também pode ser observado (MIJAJLOVIC, 2017).

Os critérios mais amplamente usados na pesquisa de ensaios clínicos de demência vascular foram formulados pelo Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e AVC e Associação Internacional para a Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN) (quadro 2) (FROTA, 2016). A recente publicação do DSM-5 incorpora de forma mais robusta os achados de imagem aos critérios clínicos de diagnósticos (quadro 3). A Escala Isquêmica de Hachinski (HIS) modificada também pode ser facilmente aplicada na prática clínica (ELAHI E MILLER, 2017).

QUADRO 2. Critérios NINDS-AIREN para o diagnóstico de demência vascular

DV provável
- Demência com comprometimento de pelo menos duas outras funções cognitivas além da memória; - Critérios de exclusão: (a) casos com distúrbio da consciência, delirium, psicose, afasia grave ou comprometimento sensorio-motor que impeçam o exame neuropsicológico; (b) ocorrência de transtorno sistêmico ou neurológico que possa por si só ser o responsável pelas perdas cognitivas; - Doença vascular cerebral (DVC), definida clinicamente por sintomas neurológicos e evidências nos exames de imagem (tomografia computadorizada [TC] de crânio ou ressonância magnética [RM] de encéfalo); - Relação entre a síndrome demencial e a DVC, inferida de (a) início da demência dentro de três meses após o AVC ou (b) deterioração abrupta das funções cognitivas ou progressão flutuante, em degraus, das perdas cognitivas;
DV possível
- Presença de demência com sinais neurológicos focais em paciente sem exame de imagem para confirmar a DVC, ou a ausência de uma relação temporal clara entre a demência e o AVC, ou em pacientes com início sutil e curso estável ou com melhora do distúrbio cognitivo, e evidência de DVC relevante;
DV definida
- Critérios clínicos para DV provável; - Evidência histopatológica de DVC na biópsia ou necropsia; - Ausência de emaranhados neurofibrilares e placas neuríticas excedendo o esperado para a idade;

- Ausência de outros transtornos clínicos ou patológicos capazes de produzir demência.

fonte: FROTA, 2016

A evidência de doença cerebrovascular à neuroimagem (RM ou TC) compreende um ou mais dos seguintes: infartos de grandes artérias ou hemorragias; dois ou mais infartos lacunares fora do tronco cerebral ou doença de substância branca confluyente e extensa (MIJAJLOVIC, 2017). O rastreio com TC é suficiente para descartar outras causas de declínio cognitivo além do CCV, tais como processos tumorais, hematoma subdural ou hidrocefalia. Aconselha-se o uso de imagens ponderadas em T2 e FLAIR nas indicações para RM (FROTA, 2016).

QUADRO 3. Critérios diagnósticos: DSM-5

Critérios diagnósticos de CCV maior ou menor
A. Os critérios preenchem um comprometimento cognitivo maior ou menor. B. As características clínicas são consistentes com uma etiologia vascular, como sugerido por algum dos seguintes: 1. O início de déficit cognitivo é temporalmente relacionado a um ou mais eventos cerebrovasculares. 2. A evidência para o declínio é proeminente para atenção complexa (incluindo velocidade de processamento) e para função executiva. C. Há evidência da presença de doença cerebrovascular por história, exame físico ou neuroimagem considerada suficiente para explicar os déficits neurocognitivos. D. Os sintomas não são mais bem explicados por outra doença neurológica ou sistêmica
CCV provável é diagnosticado se um dos seguintes estiver presente; caso contrário, CCV possível deve ser diagnosticado:
1. Critérios clínicos são suportados por evidência à neuroimagem de lesão parenquimatosa significativa atribuída a uma doença cerebrovascular (suportado pela neuroimagem). 2. A síndrome neurocognitiva é temporalmente relacionada a um ou mais eventos cerebrovasculares. 3. Há evidências da presença clínica e genética de doença cerebrovascular (por exemplo, arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia — CADASIL)
CCV possível é diagnosticado se os critérios clínicos forem preenchidos, mas a neuroimagem não está disponível e a relação temporal com um ou mais eventos cerebrovasculares não está estabelecida.

FONTE: FROTA, 2016

2.2 Demências potencialmente reversíveis

Demências reversíveis e tratáveis podem ser organizadas em três grandes grupos: secundárias à doenças (tanto neurológicas, quanto sistêmicas), condições agudas com alteração comportamental e transtornos psiquiátricos. Uma das etiologias mais comum é representada por causas neurocirúrgicas como tumores benignos, hidrocefalia crônica do adulto (hidrocefalia de pressão normal) ou hematoma subdural, porém depressão, álcool, encefalopatia medicamentosa e transtornos metabólicos predominam entre os casos verdadeiramente reversíveis. A verdadeira reversibilidade é questionável, seja pela possível associação de transtornos tratáveis com demências degenerativas, seja pela possibilidade de que elas dêem origem a alterações estruturais não passíveis de tratamento (FROTA, 2016).

Para o diagnóstico clínico, deve existir evidência de um transtorno sistêmico ou cerebral que seja a causa primária dos déficits cognitivos (BRUCKI et al., 2015). As demências sem comprometimento estrutural do SNC são decorrentes de transtornos de origem tóxica ou metabólica que ocorrem secundariamente a doenças sistêmicas (p. ex., doenças endócrinas, hepáticas ou renais), carências nutricionais ou à ação de fármacos sobre o SNC (p. ex., substâncias anticolinérgicas, antipsicóticas, antiepilépticas ou hipnóticas) ou transtornos psiquiátricos (a exemplo do transtorno depressivo maior). O diagnóstico etiológico nesse grupo de demências depende essencialmente de exames laboratoriais (p. ex., hemograma completo; vitamina B12; ureia e creatinina; ácido fólico; proteínas totais e frações; cálcio sérico; enzimas hepáticas; sorologia para sífilis e HIV; T4 livre e TSH) e de uma história clínica detalhada. (FREITAS et al, 2017; FROTA, 2016).

Nos últimos anos, o exame do LCR tem se revelado um método bastante sensível e específico para o diagnóstico precoce da doença de Alzheimer. As seguintes situações devem ser consideradas como indicações para punção lombar em pacientes com demência: demência de início pré-senil (antes dos 65 anos de idade), apresentação atípica, hidrocefalia comunicante, e ainda qualquer evidência ou suspeita de doença inflamatória ou infecciosa do SNC (ELAHI E MILLER, 2017).

Outro exame complementar é o eletroencefalograma, que pode ser útil no diagnóstico diferencial entre demência e estado confusional agudo, e de algumas encefalopatias metabólicas (como encefalopatia hepática), entre outros quadros (FREITAS et al., 2016). O diagnóstico específico depende também dos exames de neuroimagem estrutural (TC e RM), a fim de avaliar causas estruturais (p. ex., lesões por ferimentos ou tumorações, hidrocefalia de pressão normal e hematoma subdural). A tomografia tem como vantagens o custo mais baixo e a maior rapidez na sua realização. A ressonância magnética, de certa forma, permite avaliação mais detalhada para específicas patologias (FROTA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico definitivo do tipo de demência só é possível pela análise de material histopatológico de autópsia, ou seja, apenas após o óbito do paciente. Assim, a partir das discussões implementadas nesse texto, fica clara a importância da investigação clínica, principalmente através da anamnese e do exame físico neurológico, no intuito de direcionar a pesquisa diagnóstica para as formas específicas de demência e, assim, ser possível o manejo correto do quadro. Além disso, exames laboratoriais e de imagem também podem ser usados para aumentar a probabilidade do diagnóstico correto.

A detecção das causas potencialmente reversíveis de demência deve ser priorizada inicialmente para que o tratamento seja implementado o mais rápido possível. Já as causas irreversíveis, compreendendo as demências primárias e as secundárias irreversíveis também devem ser identificadas para o seu manejo, objetivando o controle possível dos sintomas e a melhora na qualidade de vida do indivíduo.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Qual o impacto do diagnóstico precoce da forma específica de demência na progressão da doença?
2. Qual o papel dos biomarcadores laboratoriais no diagnóstico precoce e de boa acurácia?
3. Como a investigação diagnóstica da demência pode ser realizada efetivamente dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)?

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução de M. I. C. Nascimento et al. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed.

BANG, Jee; SPINA, Salvatore; MILLER, Bruce L. Non-Alzheimer's dementia 1: frontotemporal dementia. **Lancet**, London, v. 386, n. 10004, p. 1672, 2015.

BRUCKI SMD, Caramelli P, Nitrini R. Demências. In: Nitrini R, Bacheschi LA (Eds.). A neurologia que todo médico deve saber. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2015. p. 337-54

ELAHI FM, MILLER BL. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. *Nat Rev Neurol*. 2017 Aug;13(8):457-476. doi: 10.1038/nrneurol.2017.96. Epub 2017 Jul 14.

FORNARI, Luiz Henrique Tieppo et al. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-193, Apr. 2010.

FREITAS, Elizabete Viana et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FROTA, NAF. Neurologia cognitiva e do envelhecimento do conhecimento básico a abordagem clínica. 1ª edição. São Paulo: Omnifarma. 2016

GOMPERTS, S. N. Lewy body dementias: dementia with Lewy bodies and parkinson disease dementia. **Continuum (Minneap Minn)**, v. 22, n. 2 Dementia, p. 435 - 463, Apr. 2016.

MATEJ, R.; TESAR, A.; RUSINA, R. Alzheimer's disease and other neurodegenerative dementias in comorbidity: A clinical and neuropathological overview. **Clinical Biochemistry**, v. 73, p. 6 - 31, nov. 2019.

MIJAJLOVIC MD, *et al*. Post-stroke dementia - a comprehensive review. *BMC Med*. 2017 Jan 18;15(1):11. doi: 10.1186/s12916-017-0779-7.

SALARDINI, A. An overview of primary dementias as clinicopathological entities. **Seminars in Neurology**, v. 39, n. 2, p. 153–166, 2019.

SIVASATHIASEELAN, Harri et al. Frontotemporal dementia: a clinical review. **Seminars in neurology**, v. 9, n. 2, p. 251-263, 2019.

CAPÍTULO 03

DOENÇA DE ALZHEIMER: ASPECTOS ETIOLÓGICOS E FISIOPATOLÓGICOS

Adonyas Carlos Santos Neto

Laís Ferreira Alves

Letícia Thamanda Vieira de Sousa

Glenda Maria Santos Moreira

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença multifatorial caracterizada por um decaimento progressivo e irreversível das funções cognitivas. O objetivo deste capítulo é refletir acerca dos aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos que condicionam a manifestação da DA. Dentre os fatores modificáveis que favorecem o surgimento da DA, encontram-se eventos vasculares como hipertensão e diabetes, além de estilo de vida e questões psicossociais. As principais características fisiopatológicas presentes no cérebro de pacientes com DA são as placas amilóides de peptídeo β -amilóide agregado ($A\beta$) e emaranhados neurofibrilares contendo proteína tau hiperfosforilada. Notando as condições que podem desencadear a DA, vê-se que uma abordagem multiprofissional focada no combate aos fatores condicionantes agregaria na qualidade de vida dos portadores da doença e atuaria na prevenção de novos casos. Ademais, a fisiopatologia da DA ainda não está bem esclarecida e se relaciona com múltiplos componentes, cabendo assim a continuidade e o avanço no seu entendimento.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Epidemiologia; Fisiopatologia.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e consequente aumento da expectativa de vida de uma população culminam em envelhecimento populacional, fenômeno demográfico global de proeminência variante conforme a região. Estima-se que, nas próximas décadas, o número de indivíduos com 60 anos ou mais excederá o número de crianças menores de 14 anos, fato inédito na história da humanidade (DADALTO; CAVALCANTE, 2021).

Com o aumento da população idosa, as doenças crônicas não transmissíveis associadas ao envelhecer tornam-se mais frequentes, como por exemplo a demência (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020). A demência é definida como uma síndrome neurodegenerativa crônica e

progressiva que afeta a cognição. Constitui-se como uma das principais causas de incapacidade em idosos por comprometer a realização das atividades de vida diária (AVD) (BURLÁ et al., 2013).

Segundo a Alzheimer's Association (2021), a DA se constitui como a causa mais comum de demência, sendo responsável por 60% a 80% dos casos. A DA é uma doença neurodegenerativa irreversível, sendo clinicamente caracterizada por um decaimento progressivo e irreversível das funções cognitivas (memória, linguagem, capacidade de resolução de problemas, habilidades visuoespaciais, etc.) frequentemente associado a alterações comportamentais, como apatia, agressividade e depressão (ATRI, 2019).

A DA é heterogênea, não se restringindo a alterações moleculares que sucedem com a idade em indivíduos geneticamente predispostos. Fatores ambientais, assim como o estilo de vida, também podem interferir significativamente na progressão da doença (ROBINSON; LEE; HANE, 2018). Perante o exposto, a reflexão acerca dos aspectos epidemiológicos e fisiopatológicos da DA torna-se necessária pois permite tecer considerações, embasadas na literatura, sobre as possibilidades, peculiaridades e desafios que circundam a temática, contribuindo assim para a expansão do conhecimento.

OBJETIVO

Refletir acerca dos aspectos etiológicos e fisiopatológicos que condicionam a manifestação da DA.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, baseada em publicações nacionais e internacionais, sobre a epidemiologia e a fisiopatologia da DA.

DESENVOLVIMENTO

1. Aspectos etiológicos da Doença de Alzheimer

Estima-se que, em 2050, haverá cerca de 13,8 milhões de pessoas com demência devido a DA (ROBINSON; LEE; HANE, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2020), em 2019, a DA e as outras variantes de demência configuravam entre as 10 principais causas de morte no mundo, afetando principalmente mulheres (65% dos mortos). Norton *et al.*, (2014) afirmam que uma ampla variedade de condições modificáveis potencializa o surgimento da DA, configurando possíveis alvos para medidas preventivas.

Os estudos relacionados aos fatores de risco modificáveis que condicionam a prevalência da demência têm promovido uma alteração gradativa na compreensão da síndrome; outrora, o que era uma condição inevitável da velhice, hoje constitui um processo que decorre ao longo da vida, onde fatores de risco e de proteção interagem e impactam a manifestação (BARNETT; HACHINSKI; BLACKWELL, 2013). Os indícios recorrentes atribuem às demências fatores de risco vascular (por exemplo, obesidade, hipertensão e diabetes), estilo de vida (por exemplo, sedentarismo, baixa atividade mental e tabagismo) e questões atreladas aos aspectos psicológicos e sociais. A redução desses fatores tem um impacto direto na prevalência da síndrome (BEYDOUN *et al.*, 2014).

Em uma revisão sistemática feita por Deckers *et al.* (2015), relacionada a fatores de risco modificáveis, foi observado que doenças cardíacas estão associadas a um maior risco de implicações cognitivas. No entanto, algumas doenças cardíacas, como por exemplo a fibrilação atrial, correlacionam-se também como fator de risco aos declínios cognitivos. Diante disso, ensaios prospectivos descobriram que há cerca de 36% de chance de um paciente que possui fibrilação atrial, desenvolver algum grau de implicação no desempenho mental (KALANTARIAN *et al.*, 2013).

Pode-se fazer então, uma conexão entre o surgimento de alterações vasculares (como no caso supracitado), com as condições de riscos já mencionados anteriormente (por exemplo, hipertensão, obesidade, diabetes), haja vista que eles são elementos cumulativos decorrentes do processo de envelhecimento.

Além disso, a prática de exercício físico contribui positivamente para a proteção das funções cognitivas, haja vista que melhora o fluxo sanguíneo cerebral (ROGERS; MEYER; MORTEL *et al.*, 1990), ocorrendo um aumento da capacidade de oxigenação, além de um ótimo transporte de substâncias que nutrem os tecidos cerebrais. Tais componentes transportados pelos tecidos neuronais, são essenciais por serem componentes intrínsecos que melhoram as suas aplicabilidades, contribuindo para formação cognitiva, além de proteger contra eventuais declínios de suas ações (COTMAN; ENGESSER-CESAR, 2002; GÓMEZ; DAO; SO, 1997).

Outros fatores comportamentais, como a alimentação, trazem uma discussão a respeito da associação com o desempenho cognitivo. Padrões de dietas e componentes que fazem parte da nutrição em geral, podem estar ligados a uma diminuição relevante nas chances de demência. Alguns componentes que são importantes, e são adquiridos através da alimentação, como a vitamina D, por exemplo, foram correlacionados com alterações do declínio cognitivo (CAO *et al.*, 2016).

Componentes nutricionais que atuam como antioxidantes (como por exemplo, como vitamina E, vitamina C e flavonoides, vitamina B), possuem atividades protetoras bem definidas. Tais substâncias atuam de forma negativa nas principais vias de desenvolvimento de demência, principalmente a demência devido a DA. Diante disso, vários componentes nutricionais e alterações na dieta (por exemplo, ácidos graxos ômega-3, vitaminas, dietas cetogênicas, antioxidantes) foram opções encontradas que melhoram significativamente o desempenho cognitivo em pacientes com demência (SWAMINATHAN; JICHA, 2014).

O tabagismo é um fator de risco para diversas doenças crônicas. No entanto, evidências a longo prazo que relacionam seu consumo com a demência, ainda se encontram em aberto. Contudo, Gorelick *et al.*, (1999), contextualiza que, dos diversos males causados por essa prática, fumar aumenta os riscos de acidente vascular cerebral (AVC), e concomitantemente, subsidia os diversos tipos de demências vasculares (VAD). Além do mais, os impactos diretos do tabagismo na DA, associaram que a prática pode influenciar diretamente na neurodegeneração. Na literatura, o tabagismo está ligado à formação do estresse oxidativo e inflamação, mecanismos que podem desempenhar um papel na formação da DA (MARKESBERY; CARNEY 1999).

Para Beydoun *et al.*, (2014), outros fatores que estão associados com o estilo de vida, como por exemplo o baixo nível de escolaridade, foram ligados a pior função cognitiva na vida adulta, e estão relacionados ao declínio e comprometimento das funções cognitivas relacionado à idade, bem como fator de risco para prevalência dessas doenças. A hipótese da “capacidade de reserva” diz que os processos de educação no início do ciclo de vida cerebral, podem exercer efeitos positivos na estrutura neuronal, aumentando o número de sinapses, vascularização, e formando uma reserva cognitiva (KUŽMA, 2018). No entanto, para os efeitos a longo prazo, o estímulo mental é necessário, haja vista que pode levar a alterações neuroquímicas ou estruturais que são benéficas ao funcionamento cerebral (ALBERT, 1995).

2. Aspectos fisiopatológicos da Doença de Alzheimer

Placas extracelulares de peptídeo β -amilóide agregado ($A\beta$), denominadas placas amilóides, e emaranhados neurofibrilares intracelulares contendo proteína tau hiperfosforilada são as principais características fisiopatológicas presentes no cérebro de pacientes com DA (BREIJYEH; KARAMAN, 2020).

O peptídeo $A\beta$ neurotóxico é um produto da proteólise da proteína precursora amilóide (APP) pelas enzimas β -secretase e γ -secretase. Embora existam vários produtos de clivagem da APP, $A\beta_{40}$ e $A\beta_{42}$ são as principais formas de $A\beta$ encontradas no cérebro de pacientes com

DA e ambas agregam de forma progressiva, formando oligômeros solúveis que se agregam para originar fibrilas amilóides insolúveis e placas amilóides insolúveis. Ressalta-se que A β 42 é predominante nas placas devido à sua maior fibrilação e insolubilidade (BREIJYEH; KARAMAN, 2020).

Os emaranhados neurofibrilares consistem em filamentos pareados helicoidais de proteína tau hiperfosforilada presentes no citoplasma neuronal. A proteína tau é uma proteína associada aos microtúbulos responsável pela estabilização e pelo transporte de organelas por essas estruturas. A hiperfosforilação da tau promove a dissociação das subunidades tubulares e posterior conversão em grandes pedaços de filamentos tau, que se agregam em emaranhados, levando à perda anormal de comunicação entre os neurônios e processamento de sinal e, finalmente, apoptose nos neurônios (TIWARI *et al.*, 2019).

A neuroinflamação constitui outra marca fisiopatológica da DA. A formação das placas amilóides e dos emaranhados neurofibrilares promove a ativação e proliferação da micróglia. Em resposta ao dano, a micróglia produz mediadores pró-inflamatórios, como por exemplo, fator de necrose tumoral (TNF), interleucina-1 β (IL-1 β) e óxido nítrico (NO), além de espécies reativas de oxigênio (ROS). O acúmulo desses mediadores inflamatórios contribui para a neurotoxicidade e consequente progressão da doença (SOUSA; SANTANA; MAGALHÃES, 2020).

A DA é macroscopicamente caracterizada pela presença de atrofia cortical predominante nos lobos temporais mediais associada ao aumento dos sulcos cerebrais, redução dos giros e expansão dos ventrículos laterais, particularmente seus chifres temporais. A atrofia cortical é causada principalmente pela perda sináptica e pela perda neuronal. Destaca-se que a perda sináptica pode ultrapassar a perda neuronal em uma determinada área cortical, indicando assim que a perda de sinapses é anterior à perda neuronal, sendo a densidade sináptica o melhor correlato do declínio da cognição na DA (MRDJEN *et al.*, 2019; SERRANO-POZO *et al.*, 2011).

Desta forma, o indivíduo com DA começa apresentar progressivamente déficit de memória e da função neurocognitiva, redução do funcionamento executivo, deficiência na linguagem e nas habilidade viso espacial, além de alterações comportamentais e de humor como: depressão, apatia, agressividade (SILVA *et al.*, 2019; TELLECHEA *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, uma discussão mais abrangente sobre os fatores de riscos modificáveis para o surgimento da doença de Alzheimer, principalmente aquelas atreladas ao estilo de vida, é a questão crucial para o enfrentamento desta condição clínica.

Considerando-se os fatores que irão desencadear uma possível manifestação da DA, uma abordagem multiprofissional baseada no combate das causas condicionantes, agregaria veementemente na qualidade de vida da população acometida pela doença, e melhoraria a perspectiva de novas medidas preventivas relacionadas ao surgimento de novos casos.

Além disso, a fisiopatologia da DA ainda não está bem esclarecida, e tem sido demonstrada a sua relação com múltiplos componentes, cabendo assim a continuidade na busca científica para seu entendimento, bem como da busca por eficazes abordagens terapêuticas para esta doença.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Quais fatores contribuem para o não esclarecimento completo da fisiopatologia da DA?
2. Qual o impacto do estabelecimento dos fatores de risco modificáveis para a DA, no planejamento do cuidado ao idoso?
3. Como a fisiopatologia e o diagnóstico se relacionam?

REFERÊNCIAS

ALBERT, M. S. How does education affect cognitive function?. **Annals of Epidemiology**, v. 5, n. 1, p. 76-78, 1995.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's & Dementia: **The Journal of the Alzheimer's Association**, v. 17, n. 3, p. 327-401, 2021. Disponível em: <<https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures.pdf>>. Acesso em 28 de mar. de 2021.

ATRI, A. The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum: Diagnosis and Management. **Medical Clinics of North America**, v. 103, n. 2, p. 263-293, 2019.

BARNETT, J; HACHINSKI; V; BLACKWELL, A. Cognitive health begins at conception: addressing dementia as a lifelong and preventable condition. **BMC Medicine**, v. 11, 2013.

BEYDOUN, M. A. *et al.* Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 14, n. 643, 2014.

BREIJYEH, Z.; KARAMAN, R. Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment. **Molecules**, v. 25, n. 24, 2020.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

CAO, L. *et al.* Dietary Patterns and Risk of Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. **Molecular Neurobiology**, v. 53, n. 9, p. 6144-6154, 2016.

COTMAN, C. W.; ENGESSER-CESAR, C. Exercise enhances and protects brain function. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v. 30, n. 2, p. 75-79, 2002.

DADALTO, E. V; CAVALCANTE, F. G. O lugar do cuidador familiar do idoso com doença de Alzheimer: uma revisão da literatura no Brasil e nos Estados Unidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, pág. 147-157, 2021.

DECKERS, K. *et al.* Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 30, n. 3, p. 234-246, 2015.

GÓMEZ-PINILLA, F.; DAO, L.; SO, V. Physical exercise induces FGF-2 and its mRNA in the hippocampus. **Brain Research**, v. 764, n. 1-2, p. 1-8, 1997.

GORELICK, P. B. *et al.* (1999). Prevention of a first stroke: a review of guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association. **JAMA**, v. 281, n. 12, p. 1112-1120, 1999.

KALANTARIAN, S. *et al.* Cognitive impairment associated with atrial fibrillation: a meta-analysis. **Annals of Internal Medicine**, v. 158, n. 5, p. 338-346, 2013.

KÚZMA, *et al.* Stroke and dementia risk: A systematic review and meta-analysis. **Alzheimer's & dementia: the Journal of the Alzheimer's Association**, v. 14, n. 11, p. 1416-1426, 2018.

MARKESBERY, W. R; CARNEY, J. M. Oxidative alterations in Alzheimer's disease. **Brain Pathology**, v. 9, n. 1, p. 133-146.

MARDJEN, D. *et al.* The basis of cellular and regional vulnerability in Alzheimer's disease. **Acta Neuropathologica**, v. 138, n. 5, p. 729-749, 2019.

NORTON, S. *et al.* Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data; **The Lancet Neurology**, v. 13, n. 8, p. 788-794; 2014.

ROBINSON, M.; LEE, B.; HANE F. Recent Progress in Alzheimer's Disease Research, Part 2: Genetics and Epidemiology. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 57, n. 2, p. 317-330, 2017.

ROGERS, R. L.; MEYER, J. S.; MORTEL, K. F. After reaching retirement age physical activity sustains cerebral perfusion and cognition. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 38, n. 2, p. 123-128.

SANTOS, C. S.; BESSA, T. A.; XAVIER, A. J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 603-611, 2020.

SERRANO-POZO, A. *et al.* Neuropathological alterations in Alzheimer disease. **Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine**, v. 1, n. 1, 2011.

SILVA, M.V.F. *et al.* Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures. **J Biomed Sci**, v. 26, n. 33, 2019.

SOUSA, J. C.; SANTANA, A. C. F.; MAGALHÃES, G. J. P. Resveratrol in Alzheimer's disease: a review of pathophysiology and therapeutic potential. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 78, n. 8, p. 501-511, 2020.

SWAMINATHAN, A. JICHA, G. A. Nutrition and prevention of Alzheimer's dementia. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 6, p. 282, 2014.

TELLECHEA, P. *et al.* Early- and late-onset Alzheimer disease: Are they the same entity?. Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío: ¿son la misma entidad?. **Neurologia (Engl Ed)**, v. 33, n. 4, p.244-253, 2018.

TIWARI, S. *et al.* (2019). Alzheimer's disease: pathogenesis, diagnostics, and therapeutics. **International Journal of Nanomedicine**, v. 14, p. 5541-5554, 2019.

WHO. World Health Organization. **WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>. Acesso em: 27 maio 2021.

CAPÍTULO 04

ATIVIDADES PROTETORAS CONTRA A NEURODEGENERAÇÃO EM IDOSOS

Bárbara Leite da Silva

Kynnara Gabriella Feitosa de Oliveira

Lucas Rodrigues de Moura

Rodrigo de Oliveira Mascarenhas

Francisca Tereza de Galiza

RESUMO

Devido ao número crescente de idosos no Brasil e, conseqüentemente, maior possibilidade de desenvolvimento das doenças de caráter neurodegenerativo, torna-se essencial a explanação acerca de ações estratégicas adequadas de caráter protetivo, para que sejam planejadas e executadas, tornando possível um processo de envelhecimento digno. Diante desse contexto, tal capítulo consiste em um texto de apresentação teórico-reflexivo, embasado em publicações internacionais e nacionais sobre o tema. Tendo sido realizado com o objetivo de promover a reflexão acerca das atividades protetoras contra a neurodegeneração em idosos, e assim impactar positivamente sobre a qualidade de vida dos idosos e seus cuidadores.

Palavras-chave: Atividades protetoras; Neurodegeneração; Envelhecimento; Idoso.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 (PARADELLA, 2018). O aumento do número de idosos corresponde a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil (PARADELLA, 2018). Como resultado do aumento da idade média da população, as doenças de caráter neurodegenerativo ganham ainda mais destaque dentro do sistema de saúde (BOAVENTURA, 2020).

Durante o processo de envelhecimento, ocorrem inúmeras alterações no sistema nervoso central como: redução do peso encefálico, do fluxo sanguíneo cerebral e da quantidade

de neurônios e lentificação da velocidade da condução nervosa (SMALL, 2001). Em consequência, é possível observar declínios graduais nas funções cognitivas, considerados comuns, como a perda de memória e déficits mentais mais acentuados (SMALL, 2001). Essas alterações não trazem prejuízo cognitivo na execução de tarefas cotidianas e não restringem a participação social do indivíduo (SMALL, 2001).

No entanto, se o declínio cognitivo se tornar mais acentuado do que o esperado para a idade e nível educacional do paciente, ocorre o comprometimento da memória, porém, com preservação das funções cognitivas globais e sem limitação na execução das atividades de vida diária (GAUTHIER *et al.*, 2006). Esse quadro caracteriza o comprometimento cognitivo leve (CCL), podendo ser considerado um fator de risco para demência, e seu diagnóstico e tratamento precoces podem beneficiar idosos em estágio anterior à manifestação plena da demência (GAUTHIER *et al.*, 2006).

Quanto mais avançada for a idade do indivíduo, maior será a possibilidade de uma deterioração das capacidades cognitivas, mentais ou motoras (FREITAS, 2017). Portanto, é preciso estar muito atento a alterações cognitivas e/ou mentais sutis que não preenchem os critérios diagnósticos para determinada patologia ou que estariam ultrapassando o limiar da normalidade, já se enquadrando dentro de uma patologia neurodegenerativa em instalação (FREITAS, 2017).

As atividades neuroprotetoras são aquelas que ajudam na manutenção e aprimoramento da capacidade de seguimento de informações do cérebro e que protegem a deterioração das funções cognitivas (MENDES *et al.*, 2019). E dentre os tipos de atividades neuroprotetoras, têm-se as atividades intelectuais e manuais, as práticas regulares de atividade física, as interações sociais frequentes, o consumo moderado de álcool, a adoção de uma dieta saudável e o controle dos fatores de risco cardiovasculares (MENDES *et al.*, 2019).

A ideia de redução do risco futuro de demências abriu espaço para a investigação dos chamados fatores de risco modificáveis para demência. Nesse contexto, a comissão *the Lancet* (2020) enumerou 12 fatores de risco modificáveis: baixo nível educacional, hipertensão, deficiência auditiva, tabagismo, obesidade, depressão, inatividade física, diabetes, baixa interação social, consumo excessivo de álcool, injúria traumática cerebral e poluição do ar, sendo esses fatores em conjunto responsáveis por cerca de 40% das demências (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

Frente a essas recentes informações científicas, considera-se como relevante a discussão desses aspectos, para que seja viável o traçado de estratégias individuais e coletivas

para prevenção da neurodegeneração, o que pode acarretar uma melhor qualidade de vida futura.

OBJETIVO

Promover uma reflexão acerca das atividades protetoras contra a neurodegeneração em idosos.

MÉTODOS

Trata-se de um texto de apresentação teórico-reflexivo que aborda atividades de cunho cotidiano que podem auxiliar na neuroproteção em idosos. As informações foram embasadas em publicações internacionais e nacionais sobre o tema. Para a busca de estudos relacionados ao tema, foram feitas buscas nas bases de dados Pubmed e Scielo, por meio do uso dos seguintes descritores: Demência; Prevenção de demência; Atividades protetoras; Neuroproteção; Envelhecimento; Idoso.

DESENVOLVIMENTO

Apesar da idade avançada ser o fator de risco mais importante para o declínio cognitivo e demência, esta não é natural ou inevitável. Evidências atuais suportam a existência de fatores de risco potencialmente modificáveis de declínio na cognição, o que implica na possibilidade de prevenção de demências. Para isso se faz necessário a implementação de medidas individuais e coletivas (WHO, 2019).

A ideia de como manter uma reserva cognitiva satisfatória ao longo da vida é o que está em discussão atualmente. Dessa forma, fatores relacionados ao estilo de vida contribuem para a manutenção dessa reserva cerebral e está associada à preservação da função cognitiva (PEREIRA *et al.*, 2021). Assim, busca-se construir uma população idosa com maior reserva cognitiva, que consiga suportar insultos cerebrais-cognitivos agudos e/ou crônicos com maior efetividade.

Desse modo, serão discutidas a seguir algumas atividades protetoras contra a neurodegeneração e suas respectivas fundamentações científicas.

1. Cessação do tabagismo

A associação entre tabagismo e demência tem sido bastante investigada há muito tempo. Atualmente, o tabagismo é considerado um dos fatores de risco modificáveis para demência (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

Nesse cenário, pode-se levantar o seguinte questionamento: a cessação do tabagismo é suficiente para reduzir o risco de demência nesses indivíduos? Um estudo conduzido por Lu *et al.* (2020) sugeriu que a cessação do tabagismo por 3 anos ou mais reduz o risco de desenvolvimento futuro de demência ao mesmo nível de pessoas que nunca fumaram. Além disso, parar de fumar em qualquer idade reduz os riscos de demência (LIVINGSTON *et al.*, 2020). Isso tudo associado ao ganho em qualidade de vida, à melhora nas relações interpessoais e à prevenção de outros agravos de saúde.

O tratamento do tabagismo é baseado na abordagem não farmacológica associada ao tratamento farmacológico. A primeira estratégia é realizada a partir de um aconselhamento terapêutico buscando no paciente o entendimento do seu problema e o controle dos sintomas de abstinência. Já a intervenção farmacológica fundamenta-se no uso da terapia de reposição de nicotina, como adesivos, gomas e pastilhas, em associação ou não ao cloridrato de bupropiona (BRASIL, 2020).

2. Controle do uso de álcool

O uso abusivo de álcool está associado a modificações cerebrais, impactos cognitivos e um risco aumentado de todos os tipos de demência. Por outro lado, o uso leve a moderado de álcool, principalmente em indivíduos do meio ao final da idade adulta, está associado à redução do risco de desenvolvimento de declínios cognitivos e demência (LIVINGSTON *et al.*, 2020; REHM *et al.*, 2019).

Alguns estudos buscaram a quantificação do uso de álcool em relação ao benefício e ao risco para desfechos relacionados à demência. Xu *et al.* (2017) concluíram que o consumo de álcool até 12,5 g/dia (por volta de meia taça de vinho de 200 ml) está associado a um risco reduzido de todas as causas de demência e acima de 38 g/dia (cerca de uma taça e meia de vinho) está associado a um maior risco.

Além disso, um estudo americano que avaliou mulheres acima de 55 anos com transtorno por uso de álcool encontrou aumento de risco de mais de 3 vezes para demência nessa população específica (BAHORIK *et al.*, 2021).

À vista dessas evidências, o controle do uso abusivo de álcool pode ser uma estratégia eficaz para a redução dos riscos de declínio cognitivo e demência. Por isso, a Comissão Lancet 2020 incluiu o consumo excessivo de álcool como um dos fatores de risco modificáveis para demência.

3. Controle de doenças crônicas

A grande maioria dos indivíduos com demência apresentam também outras condições crônicas, como doença cerebrovascular, hipertensão arterial, diabetes, obesidade e depressão (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

A relação entre a exposição a altos níveis de pressão arterial e demência já está bem estabelecida, tendo maior força de evidência a associação entre hipertensão de meia idade e desenvolvimento de distúrbios cognitivos. Com relação a quantificação dos níveis pressóricos, valores de pressão arterial sistólica igual ou superior a 130 mmHg foram associados a maior risco de demências. Além disso, o uso de anti-hipertensivos (independente da classe) reduz o risco de demência consideravelmente, tendo sido relatado um efeito protetivo com o uso por mais de 5 anos (OU *et al.*, 2020).

O diabetes mellitus tipo 2 é um fator de risco bem estabelecido para demência, porém não há evidências claras se alguma classe específica de antidiabéticos reduz esse risco. Além disso, o controle intensivo da glicemia não reduz os riscos de demência em comparação com o controle padrão (LIVINGSTON *et al.*, 2020). Em um estudo conduzido com uma população rural chinesa, Liu *et al.*, (2019) encontraram três variáveis associadas a declínios cognitivos em idosos com diabetes mellitus tipo 2: maior tempo de duração do diabetes, histórico de hipoglicemia grave e altos níveis de hemoglobina glicada (HbA1c).

Outra condição crônica de causas multifatoriais que também está associada ao desenvolvimento de demência é a obesidade. Em uma pesquisa recente, a perda de peso intencional em adultos com obesidade ou sobrepeso foi associada a melhora em diferentes domínios cognitivos, como atenção, memória, função executiva e linguagem. Apesar disso, não ficou claro o impacto da perda de peso na prevenção de demência (VERONESE *et al.*, 2017).

Diversas outras disfunções crônicas, como dislipidemia, depressão e apneia do sono, requerem atenção na prevenção da neurodegeneração. É importante citar que muitos indivíduos, em especial os idosos, apresentam-se com múltiplas condições crônicas de saúde. Dessa forma, abordagens preventivas e de controle dessas doenças, integradas principalmente na atenção básica, são ferramentas imprescindíveis de atenuação do risco para o desenvolvimento futuro de distúrbios cognitivos.

4. Nutrição

É essencial, no decorrer da vida, que a adoção de uma dieta saudável se torne um hábito, para que o indivíduo tenha a sua saúde mantida, bem como, possua fatores de proteção contra as doenças neurodegenerativas, a fim de se evitar o desenvolvimento de um comprometimento cognitivo com o passar dos anos (WHO, 2019).

A energia fornecida pelos alimentos desempenha um papel neuroprotetor importante para a integridade e metabolismo do cérebro (VOLKERT *et al.*, 2015). O tecido cerebral é composto de nutrientes, e uma dieta saudável é capaz de fornecer precursores de neurotransmissores (VOLKERT *et al.*, 2015). Além disso, há nutrientes específicos que modulam mecanismos fisiopatológicos como, por exemplo, o estresse oxidativo e os processos inflamatórios, que desempenham influência no desenvolvimento da demência (VOLKERT *et al.*, 2015).

Dentre os nutrientes presentes nos alimentos que desempenham efeito neuroprotetor, têm-se os antioxidantes, a vitamina D, as vitaminas do complexo B e folato (CARDOSO; PAIVA, 2017). Além dos nutrientes, também tem estado em evidência, o efeito neuroprotetor do consumo de alguns alimentos e bebidas, sendo estes, o peixe, as hortofrutícolas, a ingestão baixa-moderada de bebidas alcoólicas e as bebidas com cafeína (café e chá), em contrapartida, por exemplo, com a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas que conferem maior risco de demência na população (CARDOSO; PAIVA, 2017).

A partir de tal cenário, sugere-se que a demência pode ser motivada ou evitada através de hábitos alimentares. Portanto, a nutrição é uma possível estratégia preventiva, de forma que as modificações nutricionais podem ser seguras e fáceis de implementar, na prevenção da demência (CARDOSO; PAIVA, 2017).

5. Atividade social

Ao longo da vida, algumas abordagens estratégicas tornam-se essenciais para a realização de ações preventivas eficazes para os indivíduos de diferentes idades e com diferentes perfis de risco para as demências (KIVIPERTO; MANGIALASCHE; NGANDU, 2018). A prática de atividade social, realizada de forma frequente com outras pessoas, desempenha papel neuroprotetor, seja encorajando comportamentos de estilo de vida mais saudáveis ou por meio da reserva cognitiva, de forma a exercitar os domínios cognitivos como memória e linguagem, aumentando a resiliência a danos neuropatológicos e retardando o início da demência (SOMMERLAD *et al.*, 2019).

O estado civil é um importante fator contribuinte para a realização da atividade social, porém muitas pessoas de meia idade quando chegam à uma idade mais avançada, tornam-se viúvos, afetando diretamente a sua vida social (LIVINGSTON *et al.*, 2020). Além disso, o contato social com amigos, mas não com parentes, é um fator associado a um menor risco de desenvolver demência. Essa atividade social com os amigos pode levar a uma maior diversão e menos estresse, pois os amigos refletem as escolhas individuais. Uma explicação plausível para

as diferenças nas associações entre o contato com os amigos e parentes é que o número de parentes, na maioria das vezes, é limitado, já o número de amigos é teoricamente ilimitado (SOMMERLAD *et al.*; 2019).

Com base nisso, a inclusão social deve ser estimulada ao longo da vida do indivíduo. Pois, a atividade social está intrinsecamente ligada a uma boa saúde e bem-estar, podendo atuar como fator de proteção contra a demência (WHO, 2019).

6. Tratamento da depressão

A depressão está associada ao desenvolvimento da demência, englobando uma parcela de possíveis fatores psicológicos ou mecanismos fisiológicos. Além de também atuar como fator precursor e no estágio precoce da demência. A causalidade reversa é possível em situações em que os sintomas depressivos resultam da demência neuropatológica, que ocorre anos antes do início clínico da demência (LIVINGSTON *et al.*, 2020).

Os perfis de risco são diferentes para a população com idade entre 65-74 anos e com idade ≥ 75 anos. Os fatores de risco para as associações com a incidência da demência são predominantemente fatores de saúde na faixa etária mais jovem (por exemplo, a depressão) e fatores de estilo de vida na faixa etária mais avançada (por exemplo, o tabagismo) (PEETERS *et al.*, 2020).

O tratamento da depressão é baseado no tratamento farmacológico e em abordagens não farmacológicas. A primeira estratégia pode ser realizada a partir do uso dos antidepressivos fluoxetina e amitriptilina (WHO, 2019). Já as intervenções não farmacológicas fundamentam-se na terapia cognitivo-comportamental, terapia interpessoal ou terapia de resolução de problemas (WHO, 2019). Ambas as abordagens de tratamento atuam com o objetivo de reduzir o risco de demência em indivíduos com depressão (WHO, 2019).

7. Gerenciamento da perda auditiva

As evidências mostram que a perda auditiva na meia-idade é responsável por 9% dos casos de demência (GRIFFITHS *et al.*, 2020). A perda auditiva afeta primeiramente as frequências mais altas e costuma ser caracterizada pela diminuição da sensibilidade auditiva e percepção prejudicada da fala. Dessa forma, os indivíduos apresentam dificuldade com ambientes ruidosos, conversas e apreciação musical, afetando a sua participação em atividades sociais (CHERN; GOLUB, 2019).

A perda auditiva é comum em adultos com idade mais avançada e está associada ao declínio cognitivo e à incidência da demência (DAWES *et al.*, 2015). Existem hipóteses que

explicam essa relação. A primeira hipótese faz referência a associação entre as variáveis cognitivas e auditivas que refletem uma “etiologia comum”, ou seja, modificações no sistema nervoso relacionadas à idade do indivíduo (DAWES *et al.*, 2015).

Portanto, a perda auditiva e o comprometimento cognitivo compartilham alterações neurodegenerativas comuns relacionadas à idade. Uma outra hipótese, a de “cascata”, aborda que a privação a longo prazo de audição pode afetar a cognição tanto de forma direta, através da audição reduzida, ou por meio da perda auditiva oriunda do isolamento social e depressão advindas dos problemas de audição (DAWES *et al.*, 2015). Outra hipótese é a de “carga cognitiva”, no qual a deficiência auditiva resulta em um aumento do esforço mental compensatório para realizar tarefas cognitivas, fazendo com que este esforço compensatório utilize recursos cognitivos limitados, resultando em um aparente decréscimo na cognição (DAWES *et al.*, 2015).

O gerenciamento da perda auditiva pode contribuir significativamente para a redução da carga associada ao declínio cognitivo (DAWES *et al.*, 2015). Entretanto, ainda não há evidências suficientes para recomendar o uso de aparelhos auditivos para reduzir o risco de declínios cognitivos e /ou demência (WHO, 2019).

8. A prática de atividade física

A prática de atividades físicas é comprovadamente fator de redução e melhora nos riscos de doenças cardíacas e metabólicas, como diabetes. Indo mais além, estudos recentes indicam que também podem contribuir na redução do risco de demências (STEPHEN *et al.*, 2017).

Além disso, várias pesquisas também indicam que a prática de exercício físico tem atividade neuroprotetora em adultos sem alteração na cognição - isto é, em adultos saudáveis (WHO, 2019). Assim, atividades físicas podem ser aliadas no combate às demências precoces ou mesmo no postergar do seu aparecimento.

No caso de adultos que já apresentem graus de demências, seja do mais leve aos mais avançados, exercícios físicos como forma de evitar maiores danos neurais não têm embasamento científico suficiente para que a prática de atividade física, isolada, seja método de escolha para neuroproteção (WHO, 2019).

Contudo, como se é amplamente difundido na literatura e na sociedade, a prática de atividades físicas é importante aliada à manutenção das funções fisiológicas e funcionais de um indivíduo. Assim, é interessante que pacientes demenciados pratiquem atividade física como forma de se manterem funcionais e manterem por mais tempo suas funções orgânicas. Bem,

como também, possam apresentar menos complicações na saúde, tal qual problemas cardiovasculares.

9. Exercícios mentais

A estimulação mental por meio de exercícios como leitura, sudoku, caça-palavras e cálculos matemáticos é amplamente difundido na sociedade como sendo práticas diárias que auxiliam na proteção contra a neurodegeneração. Essas medidas, que ajudam na manutenção e aperfeiçoamento da capacidade de processamento de informações do cérebro e sua reserva cognitiva, bem como práticas que protegem a deterioração das funções cognitivas, têm sido investigadas. Contudo, a eficácia dessas atividades ainda não foi bem documentada na literatura, embora seus resultados tenham sido recomendados por órgãos internacionais. (MENDES *et al.*, 2019).

Ainda, a associação de exercícios mentais e a prevenção de quadros demenciais ou a melhora clínica de pacientes já sob a condição se apresenta controversa na literatura. Com isso, a recomendação dos diversos tipos de exercícios mentais disponíveis fica condicionada ao indivíduo ou cuidador interessado em aderir à prática e à subjetividade do profissional de saúde, se considera uma alternativa válida ou não (WHO, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No atual contexto mundial de saúde, a demência se destaca como uma das protagonistas nas questões de saúde pública. Nesse cenário, a promoção de atividades neuroprotetoras que visam prevenir ou retardar o aparecimento de comprometimento cognitivo e demência deve ser o mais precoce possível. Dessa forma, tais ações preventivas podem favorecer a construção de uma população geriátrica com melhor qualidade de vida e com maior independência.

É fundamental que ações estratégicas de compartilhamento de conhecimentos objetivos, simples e adequados do que foi tratado ao longo do capítulo sejam planejadas e executadas para que se torne possível um envelhecimento digno. Além disso, deve-se desenvolver estratégias de instrução de profissionais da saúde, grupos familiares e sociais acerca da importância das atividades na fortificação neural dos seus entes queridos.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Diante do contexto epidemiológico e fisiopatológico envolvendo a cognição do idoso, que atividades neuroprotetoras são incentivadas em nossa realidade social e profissional?

2. Quais as dificuldades encontradas na efetivação dessas atividades neuroprotetoras a partir dos serviços públicos e privados de saúde?
3. Como profissional de saúde, de que forma podemos ajudar a reverter a resistência às mudanças nos hábitos de vida da população?
4. Qual nosso papel como profissionais de saúde em relação à promoção de atividades neuroprotetoras?

REFERÊNCIAS

ALVARES, G. P. *et al.* Cognitive reserve and brain maintenance in aging and dementia: An integrative review. **Applied Neuropsychology: Adult**, p. 1-11, 2021.

BAHORIK, Amber et al. Increased risk of dementia in older female US veterans with alcohol use disorder. **Addiction**, v. 116, n. 8, p. 2049-2055, 2021.

BOAVENTURA, L. C. B. Doenças Neurodegenerativas Relacionadas ao Envelhecimento. **Revista Facto** |Edição 62| Jan-Abr 2020. Disponível em: <http://www.abifina.org.br/revista_facto_home.php?edicao=86>. Acesso em: 09/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo**. Brasília, DF, 2020.

CARDOSO, S. A.; PAIVA, I. Nutrição e Alimentação na Prevenção e Terapêutica da Demência. **ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO**, v.1, p.30-34, 2017.

CHERN, A.; GOLUB, J. S. Age-related Hearing Loss and Dementia. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v.33, n.3, p. 285-290, 2019.

DAWES, P. et al. Hearing loss and cognition: the role of hearing AIDS, social isolation and depression. **PLoS One**, v. 10, n.3, e0119616, 2015.

FREITAS, E. V. Tratado de geriatria e gerontologia/Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. – 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2017.

GAUTHIER, S. et al. Mild cognitive impairment. **Lancet**, v. 367, n. 9518, p.1262-1270, 2006.

GRIFFITHS, T. D. et al. How Can Hearing Loss Cause Dementia?. **Neuron**, v. 108, n.3, p.401-412, 2020.

KIVIPELTO, M.; MANGIALASCHE, F.; NGANDU, T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. **Nature Reviews | Neurology**, v.14, p. 653-666, 2018.

LIVINGSTON, G. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **Lancet**, v. 396, n.10248, p. 413-446, 2020.

LIU, Shuling et al. Glycemic control is related to cognitive dysfunction in elderly people with type 2 diabetes mellitus in a rural chinese population. **Current Alzheimer Research**, v. 16, n. 10, p. 950-962, sept. 2019.

LU, Y. et al. Smoking cessation and incident dementia in elderly Japanese: the Ohsaki Cohort 2006 Study. **European Journal of Epidemiology**, v. 35, n. 9, p. 851–860, 1 sept. 2020.

MENDES, P.A. et al. Práticas preventivas de declínio cognitivo realizadas por idosos e fatores associados. **Rev Min Enferm**, v. 23, e-1266, 2019.

OU, Ya-Nan et al. Blood pressure and risks of cognitive impairment and dementia: a systematic review and meta-analysis of 209 prospective studies. **Hypertension**, v. 76, n. 1, p. 217-225, jul. 2020.

PARADELLA, R. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Agência de notícias IBGE. Disponível em: < Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 | Agência de Notícias |IBGE>. Acesso em: 09/03/2021.

PEETERS, G. et al. Risk Factors for Incident Dementia Among Older Cubans. **Front Public Health**, v. 8, n.481, 2020.

REHM, J. et al. Alcohol use and dementia: a systematic scoping review. **Alzheimer's research and therapy**, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan. 2019.

SMALL, S.A. Age-related memory decline – Current concepts and future directions. **Arch Neurol**, v.58, n.3, p.360-364, 2001.

SOMMERLAD, A. et al. Association of social contact with dementia and cognition: 28-year follow-up of the Whitehall II cohort study. **PLoS Med**, v.16, n.8, e1002862, 2019.

STEPHEN, Ruth et al. Physical activity and Alzheimer's disease: a systematic review. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 72, n. 6, p. 733-739, 2017.

VERONESE, N. et al. Weight loss is associated with improvements in cognitive function among overweight and obese people: a systematic review and meta-analysis. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 72, p. 87-94, jan. 2017.

VOLKERT, D. et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia, **Clinical Nutrition** (2015).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. mhGAP intervention guide mental health gap action programme version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. **World Heal Organization**, p. 1-173, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: **World Health Organization**. 2019.

XU, W. et al. Alcohol consumption and dementia risk: a dose–response meta-analysis of prospective studies. **European Journal of Epidemiology**, v. 32, n. 1, p. 31–42, 1 jan. 2017.

CAPÍTULO 05

IMPORTÂNCIA DO TREINAMENTO FÍSICO PARA A PREVENÇÃO DE DEMÊNCIAS EM IDOSOS

Pedro Ivo dos Santos Cruz Cardoso
Wanessa Lima Mendes
Renata Lopes Fonseca de Azevedo
Emídio Marques de Matos Neto

RESUMO

O objetivo deste capítulo é desenvolver uma reflexão prática sobre a importância do treinamento físico para a prevenção de demências em idosos. Trata-se de uma reflexão teórica baseada em estudos científicos nacionais e internacionais, sobre a importância do treinamento físico para a prevenção de demências. A real associação entre as doenças mentais e a vida sedentária apresentada por estudos recentes estimulam a elaboração e implementação de estratégias que possibilitem modificações no estilo de vida, principalmente dos idosos mais susceptíveis, fortalecendo e encorajando a adoção do treinamento físico no cotidiano, contando com a presença multidisciplinar dos profissionais de saúde.

Descritores: Demência; Treinamento Físico; Idosos.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em relatório recente, a Organização Mundial da Saúde aponta que em todo o mundo, cerca de 50 milhões de pessoas sofrem de demência, entre os quais 60% vivem em países de baixa e média renda. Anualmente, ocorrem cerca de 10 milhões de novos casos. E a proporção estimada da população geral com 60 anos ou mais, com demência em um determinado momento, está entre 5-8%. Com projeções de 82 milhões em 2030 e 152 em 2050, do número total de pessoas com demência. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Ao longo das últimas décadas, o número de pessoas com demência vem crescendo exponencialmente, paralelamente ao significativo crescimento da população idosa. Com isso, os aspectos das doenças degenerativas geram uma gama de necessidades tanto na esfera pessoal como social, principalmente por conta das diminutas políticas públicas voltadas para tal população. Entretanto, muitas são as dificuldades, decorrente destes aspectos. Consequências negativas e agravos na saúde desta população podem suceder, e compreender a vulnerabilidade social que permeiam a vivência desse público é fundamental para que a integralidade da assistência seja alcançada (FORBES et al., 2013; HIGUTI et al., 2019).

Portanto, a elaboração e a implementação de estratégias que retardem o comprometimento cognitivo são primordiais para melhorar a qualidade de vida do idoso com demência. Estudos atuais apontam que a atividade física regular pode melhorar a saúde do cérebro e fornecer resultados cognitivos e benefícios psicológicos a longo prazo. Mecanicamente, o treinamento físico está relacionado à inibição de estresse oxidativo e sinalização apoptótica, executando assim efetivamente a neuroproteção. A corrida em esteira ou treino aeróbico tem se mostrado benéfico para a melhoria da capacidade comportamental, e

pode promover a reciclagem dinâmica das mitocôndrias, melhorando assim o estado de saúde das mitocôndrias no tecido nervoso. (ANNEAR et al., 2019; KOU; CHEN; CHEN, 2019).

Embasando-se nessa perspectiva, em prol de mais programas na área da saúde voltado para a prevenção de demências em idosos, percebe-se a necessidade de refletir sobre o impacto que o treinamento físico tem sobre a promoção de saúde e prevenção de demências.

OBJETIVO

Desenvolver uma reflexão teórica sobre a importância do treinamento físico para a prevenção de demências em idosos.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica baseada em estudos científicos nacionais e internacionais, sobre a importância do treinamento físico para a prevenção de demências em idosos. Na sequência, estão apresentados os tópicos pertinentes ao objeto deste estudo, organizados em categorias, de modo a facilitar a compreensão dos aspectos envoltos do treinamento físico relacionado à natureza preventiva nos casos demenciais.

DESENVOLVIMENTO

1. Impacto do Treinamento Físico nas condições demenciais

Atualmente, não há tratamentos que modifiquem ou previnam algumas doenças demenciais. No entanto, pesquisas em animais sugerem que o treinamento físico atua de forma positiva e afeta a saúde cerebral por meio de mecanismos neurotróficos, neurogênicos e vasculares. Dados limitados, mas convincentes, sugerem que os exercícios físicos podem diminuir a carga neuropatológica e aumentar a neurogênese hipocampal (ETNIER et al., 2018; NICHOL et al., 2009).

O estudo FINGER proposto por Rosenberg et al. (2018) sugere que a atividade física regular pode melhorar a saúde do cérebro e fornecer benefícios cognitivos e psicológicos. Tal estudo, realizado com população de risco para demência e evento cardiovascular, demonstrou que o treinamento físico pode melhorar a saúde mental e a cognição, inclusive em pacientes com demências. Evidências observacionais em humanos sugerem que níveis mais altos de aptidão cardiorrespiratória e treinamento físico estão associados a um maior volume cerebral, menor atrofia cerebral, progressão mais lenta da demência e risco reduzido da mesma. O aumento da aptidão cardiorrespiratória também atenua os efeitos prejudiciais da amiloide cerebral sobre cognição (ROSENBERG et al., 2018; SOLOMON et al., 2018).

Além disso, exercícios aeróbios em indivíduos com comprometimento cognitivo leve e queixas subjetivas de memória melhoram a função cognitiva. Um programa de 26 semanas com 150 minutos por semana de exercício aeróbico supervisionado e orientações beneficiou a função física e a depressão em comparação com os cuidados habituais para pessoas com demência. O estudo mostra alguma melhora na pontuação do teste cognitivo quando as análises foram restritas a praticantes de exercícios compatíveis (MORRIS et al., 2017).

Embora as evidências atuais permaneçam insuficientes para concluir que o treinamento físico é uma terapia eficaz para o declínio cognitivo, o exercício contínuo é uma área de pesquisa promissora para o manejo das demências. O treinamento físico oferece uma intervenção de baixo custo, baixo risco e de fácil acesso que pode ter efeitos modificadores das

demências. Tendo enormes implicações para a saúde pública (JENSEN et al., 2019; MCGOUGH; KIRK-SANCHEZ; LIU-AMBROSE, 2017).

2. Treinamento Físico e a qualidade de vida da pessoa idosa com demência

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até 2050 o Brasil terá mais de 60 milhões de pessoas idosas. Neste sentido, estudos que investiguem sobre intervenções por meio da melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) se mostram imprescindíveis para um processo de envelhecimento bem-sucedido, pois são capazes de reduzir, principalmente, os fatores de risco cardiometabólicos, além de estimularem a busca por uma vida ativa, mesmo após os 60 anos (BALLIN et. al., 2019).

De acordo com Mourão e Silva (2010), as atividades físicas parecem dar ao indivíduo a oportunidade de ter uma sensação de sucesso. Com isso, pessoas idosas que conseguem se dispor dessas tarefas podem diminuir os níveis de ansiedade e depressão, assim como o estado de bem-estar físico e psicológico. Ademais, um ensaio teórico-reflexivo demonstrou que a vida ativa de forma holística, abordando a autoimagem, a autoestima e, especialmente, a sexualidade, contribuem positivamente para a qualidade de vida dos idosos (SILVA; RODRIGUES, 2020).

Um ensaio clínico multicêntrico randomizado investigou de que modo três formas de treinamentos passivos aplicados em uma plataforma robotizada influenciariam na qualidade de vida e nas atividades de vida diária de um grupo de idosos acima de 65 anos com um grau moderado de demência. Desse modo, foram testados uma simulação do movimento (MSim) por meio de filmes exibidos em uma tela em que a plataforma na qual se encontrava o idoso se movimentava sincronizada com as atividades que ocorriam na tela; foi testado também a vibração de corpo inteiro (WBV), na qual o participante era submetido a vibrações suaves por contato com uma fonte de vibração, com o intuito de fornecer estímulos táteis e proprioceptivos; e por fim foi testada uma combinação de ambos MSim + WBV. O ensaio observou que os mecanismos de estímulo por vibração podem ser capazes de induzir a ativação cerebral, especialmente na área motora. Já os estímulos visuais, auditivos e sensoriais do MSim podem provocar ativação do córtex visual, do núcleo coclear no tronco cefálico e também no córtex sensório-motor, dentre outras ativações. Nesse sentido, o estudo, apesar de ainda apresentar algumas limitações, demonstrou que esse tipo de abordagem não-farmacológica pode ser uma alternativa para melhorar a qualidade de vida e o treinamento físico de pacientes com algum grau de comprometimento cognitivo e que são incapazes de ser ou permanecer envolvidos no treinamento físico ativo (HEESTERBEEK; VAN DER ZEE; VAN HEUVLEN, 2018).

No entanto, há divergências sobre o assunto, pois apesar de o treinamento físico efetivamente melhorar a QVRS em pessoas com comprometimentos cognitivos, a parcela que geralmente apresenta descondicionamento grave é excluída dos estudos devido à dificuldade de avaliação (DECHAMPS et. al., 2010). Além disso, em pacientes com doenças demenciais graves, os benefícios das intervenções não farmacológicas associadas ao exercício e com consequente redução da deterioração física, ainda não obtiveram resultados positivos significativos, sendo apenas relatado melhoras pouco significativas naqueles pacientes com comprometimento leve e demência precoce, e que foram submetidos a treinamentos de moderados a intensos (IULIANO et. al., 2019; BAJWA et. al., 2019).

3. Treinamento Físico e sua relação com a Promoção de Saúde e Prevenção de demências

O treinamento físico é recomendado como uma boa opção terapêutica em relação ao seu custo-benefício, pois suas alterações no estilo de vida proporcionam uma melhoria na saúde do cérebro em adultos mais velhos, como por exemplo, as melhorias na função cognitiva mediada por alterações neurofisiológicas positivas (PANZA, et al; 2018). O treinamento físico é também indicado para evitar ou tratar a síndrome da fragilidade, essa que por sua vez está relacionada à idade e é caracterizada pela diminuição das reservas biológicas, devido à desregulação de vários sistemas fisiológicos e está associado a problemas, como por exemplo, a hospitalização, a institucionalização, quedas, deficiência funcional e outras deficiências (YOON *et al.*, 2018).

A fragilidade cognitiva é um termo novo que se originou da junção de outros dois termos, fragilidade física e comprometimento cognitivo, e vem cada vez mais sendo utilizado na literatura. Estudos como os de Yoon et al. (2018), concluíram que os exercícios de resistência atenuaram esse problema que atinge pessoas idosas e melhoram assim sua função cognitiva e seu desempenho físico.

A doença de Alzheimer é uma doença progressiva que degrada o funcionamento cognitivo e, por fim, resulta em morte (PANZA, et al; 2018). O alelo *APOE ε4* é um fator de risco genético e que está relacionado ao declínio cognitivo, a doença de Alzheimer e as demências. Alterações no estilo de vida, sendo adotado um estilo mais saudável, podem ser benéficas para a cognição em indivíduos mais velhos, mesmo na presença de suscetibilidade genética à demência relacionada à *APOE* (SOLOMON, et al; 2018).

O desenvolvimento de algumas patologias demenciais subjacentes está associado a fatores de risco modificáveis que são comuns entre os idosos. Dentre estes fatores estão a obesidade, hipertensão, diabetes mellitus, colesterol alto e depressão grave (ROMÁN et al. 2002, apud ANNEAR, 2019). A hipertensão, o colesterol alto e a diabetes podem ser controladas até certo ponto com medicação, entretanto, a mudança do estilo de vida, particularmente a adesão às diretrizes de atividade física aeróbia, oferecem uma abordagem complementar com vários efeitos benéficos que irão complementar o tratamento (ANNEAR et al; 2019).

Por sua vez o exercício físico, de preferência o aeróbico, tem apresentado resultados positivos quando praticado regularmente, demonstrando reduzir os riscos de demência ao melhorar a pressão arterial, perfil de colesterol, regulação da glicose, composição da massa corporal e redução dos sintomas de depressão (REINER et al . 2013, apud ANNEAR, 2019).

Existem desafios em prescrever os exercícios pelo profissional de saúde, em especial na atenção básica, muitas vezes por falta de qualificação, e outras vezes pela dificuldade de adesão da atividade física por parte dos idosos, que muitas vezes alegam uma série de barreiras, como por exemplo, a pessoal (motivação e conhecimento), social (rede de acesso), ambiental (caminhada urbana) e institucional (política) (ANNEAR et al; 2019). Entretanto, é importantíssimo a adesão desse estilo de vida, principalmente para os idosos. Sendo necessário um amplo apoio por parte dos órgãos responsáveis, profissionais da saúde, família e mídia.

Ademais, muitas cidades possuem academias públicas ao ar livre frequentadas pela população em geral sendo, uma iniciativa importante no incentivo ao treinamento físico,

porém, falta a orientação por profissionais de como utilizar esse espaço a fim de produzir o condicionamento correto para prevenção de agravos como as demências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, foi possível identificar estudos recentes associando doenças mentais com o comportamento sedentário e com doenças reversíveis, que podem ser controladas com modificações no estilo de vida, adotando um comportamento mais saudável, que inclui, uma boa alimentação e a prática de exercícios físicos.

Os idosos estão mais suscetíveis a adquirir problemas cognitivos ao longo dos anos e diante disso, recomenda-se o fortalecimento de medidas que encorajam a adoção de exercícios físicos no seu cotidiano. Também é importante a presença de profissionais qualificados na atenção básica, pois eles, de forma interdisciplinar, irão adotar estratégias eficazes por meio de intervenções mais centradas no paciente.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Qual a importância de investigar os benefícios biopsicossociais adquiridos pelo treinamento físico em idosos com comprometimento cognitivo e quais fatores influenciam essa adesão e manutenção?
2. Por que os estudos acerca da influência do treinamento físico na qualidade de vida e na redução de danos cognitivos em idosos, com comprometimento grave, são tão escassos, considerando que essa parcela da população seria a que mais se beneficiaria com os resultados?
3. Que medidas podem ser tomadas para que a rede de apoio multidisciplinar na atenção básica seja aliada ao processo de associar o treinamento físico à prevenção de demências?

REFERÊNCIAS

ANNEAR, M. et al. Prescribing physical activity as a preventive measure for middle-aged Australians with dementia risk factors. **Australian Journal of Primary Health**, v. 25, n. 2, p. 108, 2019.

BAJWA, R. et. al. A Randomised Controlled Trial Of Na Exercise Intervention Promoting Activity, Independence And Stability In Older Adults With Mild Cognitive Impairment And Early Dementia (Praised)- A Protocol. **Trials**, v. 20, n. 815, December. 2019.

BALLIN, M et. al. Effects Of Interval Training On Quality Of Life And Cardiometabolic Risk Markers In Older Adults: A Randomized Controlled Trial. **Clinical Interventions in Aging**, v. 14, n. September, p. 1589-1599, 2019.

DECHAMPS, A et. al. Effects of Exercise Programs to Prevent Decline in Health-Related Quality of Life in Highly Deconditioned Institutionalized Elderly Persons- A Randomized Controlled Trial. **Arch Intern Med.**, v. 2, n. 170, p. 162-169, 2010.

ETNIER, J. L. et al. The physical activity and Alzheimer's disease (PAAD) study: Cognitive outcomes. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 52, n. 2, p. 175–185, 2018.

FORBES, D. et al. **Exercise programs for people with dementia** **Cochrane Database of Systematic Reviews** John Wiley and Sons Ltd, , 4 dez. 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24302466/>>. Acesso em: 3 mar. 2021

HEESTERBEEK, M; VAN DER ZEE, E; VAN HEUVELEN, M. J. G. Passive Exercise To Improve Quality Of Life, Activities Of Daily Living, Care Burden And Cognitive Functioning In Institutionalized Older Adults With Dementia- A Randomized Controlled Trial Study Protocol. **BMC Geriatr**, v. 18, n. 182, Aug. 2018.

HIGUTI, A. Y. ET AL. Exercício físico com música sobre desfechos clínicos na demência: revisão sistemática de ensaios. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**. Disponível em: <<https://rbnp.emnuvens.com.br/rbnp/article/view/376>>. Acesso em: 3 mar. 2021.

IULIANO E et. al. Physical Exercise For Prevention of Dementia (EPD) Study: Background, Design and Methods. **BMC Public Health**, v. 19, n. 659, May. 2019.

JENSEN, C. S. et al. Exercise as a potential modulator of inflammation in patients with Alzheimer's disease measured in cerebrospinal fluid and plasma. **Experimental Gerontology**, v. 121, n. November 2018, p. 91–98, 2019.

KOU, X.; CHEN, D.; CHEN, N. Physical activity alleviates cognitive dysfunction of alzheimer's disease through regulating the mtor signaling pathway. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 7, 2019.

MCGOUGH, E.; KIRK-SANCHEZ, N.; LIU-AMBROSE, T. Integrating Health Promotion into Physical Therapy Practice to Improve Brain Health and Prevent Alzheimer Disease. **Journal of Neurologic Physical Therapy**, v. 41, n. June, p. S55–S62, 2017.

MORRIS, J. K. et al. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. **PLoS ONE**, v. 12, n. 2, 1 fev. 2017.

MOURÃO, C. A.; SILVA, N. M. Influência De Um Programa De Atividades Físicas Recreativas Na Autoestima De Idosos Institucionalizados. **RBCEH**, v. 7, n. 3, p. 324-334, set/dez 2010.

NICHOL, K. et al. Exercise improves cognition and hippocampal plasticity in APOE ϵ 4 mice. **Alzheimer's and Dementia**, v. 5, n. 4, p. 287–294, 2009.

ROSENBERG, A. et al. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial. **Alzheimer's and Dementia**, v. 14, n. 3, p. 263–270, 2018.

SILVA, R. M.; RODRIGUES, L. R. Conexões e Interloções Entre Autoimagem, Autoestima, Sexualidade Ativa e Qualidade de Vida no Envelhecimento. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n.3, Set. 2020.

SOLOMON, A. et al. Effect of the apolipoprotein e genotype on cognitive change during a multidomain lifestyle intervention a subgroup analysis of a randomized clinical trial. **JAMA Neurology**, v. 75, n. 4, p. 462–470, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Dementia Observatory Reference Guide**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://apps.who.int/bookorders>>. Acesso em: 28 fev. 2021.

YOON, D. H. *et al.* Effects of Resistance Exercise Training on Cognitive Function and Physical Performance in Cognitive Frailty: a randomized controlled trial. **The Journal Of Nutrition, Health & Aging**, [S.L.], v. 22, n. 8, p. 944-951, 7 ago. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-018-1090-9>.

CAPÍTULO 06

DEMÊNCIAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS: POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Aélya Drisana Dias Gomes de Araújo

Jéssica Maria Silva de Carvalho

Jeyson Allysson Arcanjo de Marques

Wanessa Lima Mendes

Francisca Tereza de Galiza

RESUMO

As demências são caracterizadas pelo comprometimento neurocognitivo e comportamental, prejudicando as atividades funcionais. Quando esse comprometimento possui uma causa modificável por meio de tratamento, são denominadas demências potencialmente reversíveis (DPR). Objetivou-se neste capítulo descrever os tipos de DPR mais comuns e possíveis formas de tratamento. Trata-se de uma revisão narrativa, com abordagem de reflexão teórica, baseada em estudos científicos nacionais e internacionais, sobre as demências potencialmente reversíveis. A pseudodemência consiste na depressão com apresentação de déficits nas funções cognitivas e executivas. Na demência induzida por álcool, o uso crônico da substância provoca alterações nas funções cognitivas e executivas, devido a lesões no sistema nervoso central. A hidrocefalia de pressão normal é uma síndrome neurológica caracterizada pela tríade clínica constituída por demência, incontinência urinária e apraxia de marcha. Conclui-se que o diagnóstico das diferentes etiologias para as síndromes demenciais é importante para o prognóstico e escolha terapêutica específica.

PALAVRAS-CHAVE: Demência, Tratamento, Reabilitação, Diagnóstico Diferencial.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As demências são caracterizadas pelo comprometimento neurocognitivo e comportamental que prejudicam as atividades funcionais. Quando esse comprometimento possui uma causa modificável por meio de tratamento, as denominamos como demências potencialmente reversíveis (DPR) (CARLOTO, 2016). Esse tipo de demência é a menos prevalente entre as síndromes demenciais, sendo as demências de causas neurodegenerativas mais comuns (CARLOTO, 2016).

As DPR podem ser classificadas nas seguintes categorias: encefalopatias extrínsecas, encefalopatias infecciosas, encefalopatias relacionadas com o álcool, encefalopatias tóxicas, encefalopatias metabólicas, demência na depressão, dentre outras. Existem inúmeras causas para estes tipos de demência, porém depressão, deficiência cognitiva induzida por álcool, hidrocefalia de pressão normal (NPH) e deficiência de vitamina B12 são responsáveis por mais da metade das causas de DPR (NOVARETTI, 2014; CHARI; ALI; GUPTA, 2015).

A prevalência das DPR não é verdadeiramente conhecida, talvez por atrasos ou erros no diagnóstico ou discrepância nas nomenclaturas utilizadas em estudos. Dessa forma, as estimativas de prevalência variam em até 40%, porém geralmente os estudos mostram que 9% das síndromes demenciais possuem causas reversíveis (CHARI; ALI; GUPTA, 2015; CARLOTO, 2016).

Devido à variedade e complexidade das síndromes demenciais, é importante uma investigação acerca do diagnóstico e do que possa vir a estar causando o quadro de demência. Qualquer sintoma demencial apresentado é passível de uma análise com anamnese, exames físicos e exames complementares para a elaboração de um diagnóstico correto e o mais precoce possível. Causas reversíveis de demência, se não tratadas a tempo, podem vir a tornar-se irreversíveis (LANGARO *et al.*, 2018).

OBJETIVO

Descrever os tipos de demências potencialmente reversíveis mais comuns e possíveis formas de tratamento.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa, com abordagem de reflexão teórica, baseada em estudos científicos nacionais e internacionais, sobre as demências potencialmente reversíveis.

DESENVOLVIMENTO

1. Depressão

A pseudodemência consiste na depressão com apresentação de déficits nas funções cognitivas e executivas, sem que o paciente apresente uma síndrome demencial (DOODY, 2010). Em uma análise feita por Silva e Damasceno (2002) em registros de 261 internações por demência no Hospital das Clínicas da Unicamp, datados de 1989 a 1998, 29 casos (11,1%) decorriam de pseudodemência depressiva.

Desta forma, é necessário a realização de diagnóstico avaliando o histórico pessoal e familiar de depressão, o tempo de início dos sintomas, se é possível a reversão do quadro através de esforço ou tratamento com antidepressivos e a conservação de alguns domínios cognitivos (WRIGHT; ZVARTAU-HIND, 2012). Pacientes acometidos por essa enfermidade desistem ou não se mantêm em testes mentais, no entanto, se ofertado estímulo e tempo os resultados dos testes podem variar e serem atingidos (DOODY, 2010).

O tratamento para depressão com déficit cognitivo envolve terapias farmacológicas e não farmacológicas. Sobre as terapias farmacológicas, o primeiro passo é se atentar ao uso de medicamentos com propriedades anticolinérgicas ou sedativas, pois esses podem piorar os déficits cognitivos (KOENIG; BUTTERS, 2014). Desta forma, o uso de antidepressivos tricíclicos deve ser evitado em pacientes com comprometimento cognitivo, pois prejudicam a cognição (SEKHON; MARWAHA, 2020). Alguns medicamentos que podem ser utilizados incluem a vortioxetina que atua no sistema serotoninérgico tendo efeitos na melhora da depressão e na função cognitiva (PERINI *et al.*, 2019); Baune e Renger (2014) concluíram que os ISRS se mostraram eficazes nas capacidades de aprendizagem, memória e funções executivas, assim como a duloxetine (inibidor de recaptação de serotonina-norepinefrina) e outros antidepressivos como bupropiom e moclobemida.

Nas terapias não farmacológicas são identificadas abordagens comportamentais, mudança de hábitos que envolve dietas saudáveis, treinos regulares, como meditação e yoga (SEKHON; MARWAHA, 2020).

2. Demência induzida por álcool

O uso crônico de álcool provoca alterações nas funções cognitivas, executivas, mudança comportamental, danos na memória e atenção, devido sua influência sobre o sistema nervoso central, onde provoca lesão cerebral em decorrência de estresse oxidativo, excitotoxicidade do glutamato e neurotoxicidade. As características principais das lesões são a redução da matéria branca do córtex frontal. Além disso, o abuso de álcool provoca modificações em nutrientes, como as vitaminas do grupo B e no ácido fólico, tendo como consequência deficiência nutricional como a degenerescência cerebelar (FERREIRA, 2014).

Em uma revisão feita por Cheng *et al.* (2017) foi analisada a epidemiologia desta DPR, no período de 1991 a 2016, em que a prevalência variou de 8,27/100.000 a 25,6%, sendo mais predominante no sexo masculino.

Os critérios diagnósticos estabelecidos para transtornos neurocognitivos induzidos por substâncias (p. ex., álcool) são os seguintes: atender aos critérios para transtorno

neurocognitivo maior ou leve (APA, 2014, p. 602); os prejuízos cognitivos não ocorrem exclusivamente durante o curso de delirium e persistem além da duração habitual da intoxicação e da abstinência aguda; a substância, bem como a duração e o alcance do uso, é capaz de produzir o prejuízo neurocognitivo; o curso temporal dos déficits neurocognitivos é consistente com o período em que ocorreu o uso ou realizou abstinência da substância; o transtorno neurocognitivo não é ocasionado por outra condição médica ou não é mais bem explicado por outro transtorno mental (APA, 2014).

O tratamento vai consistir na prática da abstinência da substância e dieta saudável a fim de inserir minerais e vitaminas deficientes (SACHDEVA *et al.*, 2016). O abuso de álcool pode dificultar a absorção de tiamina (vitamina B1) predispondo ao desenvolvimento da Síndrome de Wernicke-Korsakoff, caracterizada por distúrbios na motricidade ocular, ataxia de marcha e confusão, podendo levar à morte ou causar danos permanentes na memória (DAY *et al.*, 2013).

Diante disso, é realizada a reposição de tiamina no indivíduo. Um estudo controlado sobre o uso da tiamina em pacientes dependentes de álcool sem encefalopatia clinicamente aparente de Wernicke indicam que a administração de no mínimo 200 mg/dia de tiamina parenteral podem ser necessários para melhorar os sintomas neurológicos, no entanto mais pesquisas necessitam serem feitas (AMBROSE; BOWDEN; WHELAN, 2001).

O uso da psicoterapia envolvendo a reabilitação cognitiva também é um manejo válido, principalmente diante de recuperações lentas de alguns domínios (BATES; BUCKMAN; NGUYEN, 2013).

3. Hidrocefalia de pressão normal

A hidrocefalia de pressão normal (HPN) é uma síndrome neurológica que tem como característica uma tríade clínica constituída por demência, incontinência urinária e apraxia de marcha (OLIVEIRA; NITRINI; ROMÁN, 2019). Acomete idosos entre 60 e 80 anos, resultando em 5% das causas de demência. A doença pode ser classificada em secundária, quando decorre de traumas, infecções ou hemorragias, e idiopática, caso não se reconheça a causa fisiopatológica (GAVRILOV *et al.*, 2019).

A abordagem inicial com o paciente deve partir de uma anamnese, exame físico e análise de imagens de forma criteriosa, em que é realizada a avaliação da marcha, da cognição e de exame radiológico. Essa conduta tem a finalidade de descartar outras causas que acometem a saúde do idoso, como uso de medicamentos, doenças ósseas, fragilidades, diferentes causas de demências e de distúrbios urinários (ISAACS; WILLIAMS; HAMILTON, 2019). Para ser

realizado o diagnóstico é necessário, além da tríade clínica, que o doente possua uma pressão líquórica abaixo de 18 cm de água, acompanhado de dilatação ventricular não atribuída à atrofia cerebral (ROCHA *et al.*, 2016).

Como forma de tratamento para a HPN é utilizada a derivação cirúrgica, que consiste no desvio do líquido cefalorraquidiano dos ventrículos ou da região lombar para outros locais como o sistema venoso e peritônio onde é feita sua reabsorção, tendo 60 a 80% de eficácia (GAVRILOV *et al.*, 2019). Em estágios avançados são observadas complicações após a cirurgia em 20 a 30% dos pacientes. O pós-operatório é feito pelo neurologista através de reabilitação e tratamento de recuperação monitorando mudanças neuropsicológicas, marchas e avaliando ressonâncias magnéticas (GAVRILOV *et al.*, 2019). Em decorrência das complicações cirúrgicas, médicos têm optado por tratamentos não invasivos como o uso de fármacos, entre eles destacam-se: diuréticos, agentes osmóticos, glicocorticoides, digoxina, entre outros (ZHANG; HUSSAIN; REN, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o diagnóstico das diferentes etiologias para as síndromes demenciais é necessário para o prognóstico e para a escolha da terapêutica específica. Assim, observa-se a importância de um processo diagnóstico fundamentado em práticas clínicas, exigindo anamnese e exame físico completos, com a aplicação de testes cognitivos e neuropsicológicos padronizados, bem como o uso de exames por imagem a fim de tratar precocemente o paciente, evitando evoluções para casos graves. Além disso, o cuidar da pessoa com DPR deve considerar as características específicas decorrentes do processo de envelhecimento aliadas ao desenvolvimento de doenças e/ou agravos que geram prejuízo na sua independência, autonomia e capacidade funcional.

Destaca-se, também, que a avaliação clínica seja criteriosa em casos tratados com medicamentos. Pois sabe-se que em idosos o grau de vulnerabilidade quanto a polifarmácia e aos eventos adversos são altos. Nesse sentido, é fundamental que o profissional de saúde e sua equipe conheçam e avalie o uso de medicamentos recorrentes, o contexto familiar e social em que o idoso vive e desenvolve suas atividades, a nutrição e o abuso de substâncias, reconhecendo precocemente indícios de demência e sua possível causa, observando atenta comportamento e gestos, para promover suporte e orientação à pessoa e à família.

QUESTÕES REFLEXIVAS

1. Diante das várias formas das DPR, e algumas semelhanças entre si, como proceder com um diagnóstico diferencial?
2. Os manejos clínicos atuais das DRP possuem uma visão holística do paciente?
3. O abuso de álcool é um dos fatores que podem causar demências. Como orientar a população quanto ao impacto futuro em sua saúde e consequente qualidade de vida?
4. Como a ausência de políticas públicas voltadas para as questões demências impactam no cenário atual?

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Rodrigo de Oliveira Mascarenhas pela revisão e recomendações realizadas durante a elaboração do estudo.

REFERÊNCIAS

AMBROSE, M. L.; BOWDEN, S. C.; WHELAN, G. Thiamin treatment and working memory function of alcohol-dependent people: preliminary findings. **Alcoholism, clinical and experimental research**, v. 25, n. 1, p. 112–116, 2001. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02134.x> . Acesso em: 15 mar. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** [Recurso eletrônico]. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5662409/mod_resource/content/1/DSM-5.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

BATES, M. E.; BUCKMAN, J. F.; NGUYEN, T. T. A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. **Neuropsychology review**

BAUNE, B.T.; RENGGER, L. Pharmacological and non-pharmacological interventions to improve cognitive dysfunction and functional ability in clinical depression--a systematic review. **Psychiatry Research**, v. 219, n. 1, p. 25-50, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178114003849?via%3Dihub>. Acesso em: 14 mar. 2021.

CARLOTO, S. I. S. **Demências Potencialmente Reversíveis: A propósito de um estudo de caso**, 2016. Tese (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016.

CHARI, D.; ALI, R.; GUPTA, R. Reversible dementia in elderly: Really uncommon?. **Journal of Geriatric Mental Health**, v.2, n.1, p. 30-37, 2015.

CHENG, C. *et al.* Alcohol-Related Dementia: A Systemic Review of Epidemiological Studies. **Psychosomatics**, v. 58, n. 4, p. 331-342, 2017. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033318217300506?via%3Dihub>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DAY, E. *et al.* Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 7, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7163251/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

DOODY, R. Dementia. In: ROLAK, L. A. **Neurology Secrets**. 5. ed. Filadélfia: Mosby Elsevier, 2011. p. 235–246. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323057127000143>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FERREIRA, J. A. S. **Álcool e cognição em idade geriátrica**. 2014. Tese (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. [S.l.], 2014.

GAVRILOV, G. V. *et al.* Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus (Hakim-Adams Syndrome): Clinical Symptoms, Diagnosis and Treatment. **Psychiatria Danubina**, v. 31, Supl. 5, 2019, p. 737-744. Disponível em: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%205/dnb_vol31_noSuppl%205_737.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

ISAACS, A.M., WILLIAMS, M.A.; HAMILTON, M.G. Current Update on Treatment Strategies for Idiopathic Normal Pressure Hydrocephalus. **Current Treatment Options Neurology**, v. 21, n. 65, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11940-019-0604-z>. Acesso em: 15 mar. 2021.

KOENIG, A. M.; BUTTERS, M. A. Cognition in Late Life Depression: Treatment Considerations. **Current Treatment Options in Psychiatry**, v.1, n.1, p.1–14, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3961714/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LANGARO, F. *et al.* R. Atenção psicossocial em um caso de demência potencialmente reversível. **Revista Kairó-Gerontologia**. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 377-394, 2018.

NOVARETTI, T. M. S. Demências Potencialmente Reversíveis. In: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M. APRAHAMIAN, I. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

OLIVEIRA, L. M.; NITRINI, R.; ROMAN, G. C. Normal-pressure hydrocephalus: A critical review. **Dementia & neuropsychologia**, v. 13, n. 2, p. 133-143, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642019000200133. Acesso em: 15 mar. 2021.

PERINI, G. *et al.* Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments **Neuropsychiatric disease and treatment**, vol. 15, p. 1249-1258, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6520478/#>. Acesso em: 14 mar. 2021.

ROCHA, S. *et al.* Melhora cognitiva durante tap test em pacientes com hidrocefalia de pressão normal. **Psicologia,saúde & doenças**, v. 17, n. 1, p. 67-73, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36245014009.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SACHDEVA, A. *et al.* Alcohol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A Review Study. **International journal of high risk behaviors & addiction**, v. 5, n. 3, e27976, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5086415/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SEKHON, S, MARWAHA, R. Depressive Cognitive Disorders. In: **StatPearls** [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559256/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

SILVA, D. W.; DAMASCENO, B.P. Dementia in patients of UNICAMP University Hospital. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 966-999, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000600020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mar. 2021.

WRIGHT, P.; ZVARTAU-HIND, M., Organic psychiatry and epilepsy. In: WRIGHT, P.; STERN, J.; PHELAN, M. **Core Psychiatry**. 3. ed. Edimburgo: Saunders, 2012. p. 391-420. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780702033971000276>. Acesso em: 15 mar. 2021.

ZHANG, L; HUSSAIN, Z; REN, Z. Recent Advances in Rational Diagnosis and Treatment of Normal Pressure Hydrocephalus: A Critical Appraisal on Novel Diagnostic, Therapy Monitoring and Treatment Modalities. **Current Drug Targets**, v.20, n. 10, p. 1041-1057, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/331113959_Recent_Advances_in_Rational_Diagnosis_and_Treatment_of_Normal_Pressure_Hydrocephalus_A_Critical_Appraisal_on_Novel_Diagnostic_Therapy_Monitoring_and_Treatment_Modalities. Acesso em: 15 mar. 2021.

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>

CAPÍTULO 08

ALTERAÇÕES DO SONO EM PACIENTES IDOSOS COM DEMÊNCIA

João Gabriel Ribeiro dos Santos

César Ernani Vasconcelos Rufino

Bárbara Pereira Gomes

Francisca Tereza de Galiza

RESUMO

As complicações envolvendo distúrbios do sono modificam grandemente a vida do idoso com demência, família e cuidador (a), pois aumentam o risco de diversas complicações. O objetivo deste capítulo é analisar as principais alterações do sono no paciente idoso com demência, a partir da literatura científica. Trata-se de um estudo reflexivo-teórico. As principais alterações evidenciadas foram: insônia, apneia, síndrome das pernas inquietas, pesadelos, sonolência diurna, diminuição do sono REM. Algumas foram mais prevalentes em demências específicas, como insônia na Doença de Alzheimer. As causas eram advindas de inatividade diurna, hora de dormir cedo, fatores ambientais, comorbidades, medicamentos e a própria demência. Tais condições requerem cuidados terapêuticos cognitivo-comportamentais, e apenas em caso de falha, terapia farmacológica. Os profissionais de saúde devem realizar avaliação contínua, buscar compreender as peculiaridades, propondo estratégias e intervenções assertivas ao idoso com demência que possui alterações no seu padrão de sono.

Palavras-Chave: Alterações do Sono; Idoso; Demência.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No processo de envelhecimento, as pessoas podem apresentar diversas queixas, uma delas é o esquecimento. Todavia, é comum quando se trata de idosos, com isso essa complicação pode afetar significativamente as atividades diárias e, consequentemente, a qualidade de vida (LEITE *et al.*, 2017).

Esse esquecimento que se denomina demência, é descrita como uma síndrome clínica relacionada a alguma patologia de disfunção cerebral, de caráter crônica e progressiva, na qual ocorre descontrole de múltiplas funções cognitivas, incluindo memorização, consciência, aprendizado, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento (BRASIL, 2006).

Idosos com o diagnóstico de demência podem apresentar disfunções comportamentais como o distúrbio do sono, que interfere diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa, além da cognição e de sua funcionalidade. Até 40% dos pacientes com demência apresentam algum distúrbio de sono ao longo do curso clínico da doença (SCORALICK *et al.*, 2015).

Ressalta-se que o distúrbio do sono, por vezes percebido como "insônia", é considerado como problema de iniciar o sono, mantê-lo continuamente durante a noite ou o despertar antes do horário planejado (SILVA *et al.*, 2017). Sendo assim, um bom padrão de sono e descanso, indubitavelmente, acarreta inúmeros benefícios e bem-estar aos idosos.

No que se refere às complicações do distúrbio do sono, elas envolvem grandes modificações na vida do paciente com demência, para a família e/ou cuidador, pois, em consequência desses fatores associados, pode aumentar o risco de institucionalização, além de uma possível evolução para demências progressivas e irreversíveis. Estas características clínicas, podem gerar no paciente quedas, hipotonia, menor qualidade de saúde física e mental, incidência nos transtornos de sono e diminuição da memória de curto prazo (DAMACENA; OLIVEIRA; LOPES, 2020).

Entretanto, os distúrbios do sono já foram associados a um aumento da carga e pior estado de saúde de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer leve a moderada por estudos anteriores, o que destaca o caráter coletivo do impacto de tais alterações na vida não apenas dos indivíduos idosos mas também na vida daqueles no seu entorno (OKUDA *et al.*, 2019).

Existem alguns estudos que explanam o quão imprescindível é realizar o diagnóstico e tratar a insônia na pessoa idosa, a fim de preservar a sua funcionalidade e qualidade de vida, pois na maioria das vezes limita as condições do paciente realizar suas demandas diárias (LEITE *et al.*, 2017).

Os distúrbios do sono observados em pacientes com doença de Alzheimer (DA) são frequentemente semelhantes, porém mais intensos do que aqueles encontrados em idosos não demenciados. Dito isso, o sono insatisfatório parece resultar em risco aumentado de morbidades significativas e até mesmo mortalidade em pacientes com demência e constitui uma importante fonte de estresse para os cuidadores (BOMBOIS *et al.*, 2010).

Nesse contexto, é importante salientar que o idoso com demência seja submetido a uma avaliação contínua com estratégias eficazes relacionadas a alterações do sono, porque a qualidade do sono está diretamente ligada na prevenção de agravos e na diminuição de problemas desencadeadas no processo de envelhecimento (SILVA *et al.*, 2017).

OBJETIVO

Analisar as principais alterações do sono no paciente idoso com demência, a partir da literatura científica.

MÉTODOS

Trata-se de um texto reflexivo-teórico acerca das principais alterações do sono em pacientes idosos com demência, realizado a partir de revisão narrativa da literatura científica, por meio de consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a busca, utilizaram-se os descritores indexados aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Distúrbios do Sono”, “Idosos” e “Demência”, com o uso do operador booleano AND entre cada descritor. Adicionalmente à busca, outras publicações científicas foram analisadas para maior abrangência de conteúdo e livre discussão do tema abordado.

DESENVOLVIMENTO

Após a leitura das publicações incluídas na discussão do presente texto, surgiram duas categorias textuais a partir da análise dos estudos, como sendo: “As alterações do sono, suas correlações e distribuições em pacientes idosos com demência”, em que se observou quais são as alterações do sono mais presentes no idoso com demência, quais os seus fatores de risco e a associação entre alterações do sono por tipo de demência; e a segunda categoria - “Estratégias de intervenção: o que pode ser feito?”, em que se discorreu acerca de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para o abordagem terapêutica dessas alterações do sono na população de interesse.

- **As alterações do sono, suas correlações e distribuições em pacientes idosos com demência.**

As alterações do sono são condições de alta incidência na população geriátrica. Dados de uma pesquisa nacional de coorte retrospectiva, ao acompanhar 122 idosos (que não possuíam demência no início do estudo) durante 4 anos, encontrou percentuais de risco para desenvolvimento de distúrbios do sono que variavam de 9,8% no primeiro ano e 50,9% no quarto ano, com 42,6% de toda a amostra desenvolvendo algum distúrbio de sono durante o período de seguimento (densidade de incidência de 18,7/100 por indivíduo/ano) (CAMARGOS *et al.*, 2011).

Um conjunto de pesquisas que estudaram pacientes idosos com diferentes tipos de demência elucidaram uma série de alterações do sono presentes entre essas populações, que

incluíram insônia, apnéia do sono testemunhada, síndrome das pernas inquietas, pesadelos, má qualidade do sono (sono ruim) e sonolência diurna excessiva (PISTACCHI *et al.*, 2014; SUVANCHOT; PENSUKSAN, 2020; BOEVE *et al.*, 2019).

Além desses distúrbios, Tadokoro *et al.*, (2020), fala em seu trabalho a respeito da diminuição do sono REM (do inglês “Rapid Eyes Movement”, o estágio dos movimentos rápidos dos olhos) e aumento do sono leve não-REM em pacientes idosos com Doença de Alzheimer ou comprometimento cognitivo leve em comparação com indivíduos cuja cognição não era degenerada, ambas as diferenças estatisticamente significativas por meio de um dispositivo portátil doméstico conveniente - WatchPAT (TADOKORO *et al.*, 2020). Vale lembrar que tanto o sono REM como o não REM são processos altamente regulados, que aparentam serem necessários ao organismo humano (KANDEL *et al.*, 2014). Assim, em nota, a insônia frequente e seus mecanismos incluem condições médicas dolorosas, sofrimento psíquico, perda de atividade física e influências iatrogênicas (COCHEN *et al.*, 2009).

Outro exemplo da comparação entre a qualidade de sono entre pacientes com e sem demência esteve presente na literatura consultada por meio da pesquisa de Zhou *et al.* (2019), que encontraram diferenças com significância estatística entre pacientes idosos com demência de Alzheimer e um grupo controle de idosos saudáveis, em que 56% do primeiro grupo apresentou sono ruim em comparação com apenas 15,2% dos indivíduos saudáveis. Os participantes demenciados possuíam diferentes distúrbios do sono, com taxas de ocorrência e comprometimento ultrapassando os índices do grupo controle.

Adicionalmente, os autores ofereceram análises que apontam relação entre tais disfunções e saúde mental: os idosos diagnosticados com Doença de Alzheimer apresentaram latência e período de sono prolongados, assim como diminuição da qualidade subjetiva e eficiência do sono, o que foi associado positivamente a sintomas psicóticos. Similarmente, a depressão e apatia foram associadas ao declínio na qualidade subjetiva do sono e a depressão com o período de latência prolongado entre esses pacientes geriátricos (ZHOU *et al.*, 2019).

Essa não foi a única evidência do papel que a saúde mental (assim como outros fatores) desenham na qualidade e manutenção do sono entre pacientes idosos com demência. Um estudo transversal realizado em um ambulatório de psiquiatria de um hospital universitário tailandês, apontou que questões envolvendo saúde mental, tosse noturna e frequência urinária, dor, febre noturna, problemas no ambiente de sono e uso de estimulantes são fatores que afetam o sono entre uma amostra geriátrica experimentando demência. Nesse mesmo estudo, os problemas de saúde mental estiveram entre os mais significativos nesse sentido, alcançando a

porcentagem de 63,7% e sendo associado à qualidade do sono, principalmente entre mulheres (SUVANCHOT; PENSUKSAN, 2020).

Visualizando essas alterações do sono e suas causas a partir do ponto de vista dos que cuidam de pacientes geriátricos demenciados; cuidadores de idosos (familiar) em entrevistas qualitativas ocorridas no Reino Unido, acreditam que as causas dos distúrbios de sono entre seus familiares com demência eram advindas de inatividade diurna, hora de dormir muito cedo, fatores ambientais, comorbidades, medicamentos e a própria demência. Já cuidadores de equipes de cuidado domiciliar, em sua maioria, também participantes do estudo, associaram a causa dos distúrbios apenas às comorbidades e à demência (NUNEZ *et al.*, 2018).

Sabe-se que existem diferentes tipos de demência, com suas características e quadro. Essas diferentes classificações são apontadas por diferentes autores como fatores que influenciam na distribuição dos diversos tipos de alterações do sono. Em relação a isso, o que favorece para os transtornos de sono no idoso com demência, provém de alterações neuropatológicas da própria doença, como ausência neuronal e atrofia dos neurônios. Os fatores que contribuem para os TS no idoso com demência advêm das próprias alterações neuropatológicas observadas na DA, como a perda neuronal e a atrofia dos grupos de neurônios do hipotálamo medial, que dificultam na organização do ciclo sono-vigília e na diminuição da atividade dos parassimpatomiméticos, uma vez que a acetilcolina tem participação no sono REM (SCORALICK *et al.*, 2015).

Acerca disso, estudos como o de Pistacchi *et al.*, (2014) e Boeve *et al.*, (2019), por meio de levantamentos com populações de idosos com diferentes formas de comprometimento cognitivo, mostram como essa distribuição parece diferir por quadro cognitivo e distúrbio do sono.

Na pesquisa de Pistacchi *et al.*, (2014), a insônia se mostrou mais presente, específica, e com maiores frequências na Doença de Alzheimer; os pacientes com demência por Corpos de Lewy/demência da doença de Parkinson apresentaram uma prevalência muito maior de sonolência irresistível e ataques repentinos de sono que diversos outros tipos de demência; síndrome das pernas inquietas e pesadelos foram particularmente presentes entre os que tinham demência frontotemporal, por Corpos de Lewy e demência da doença de Parkinson.

Indivíduos com demência por Corpos de Lewy e demência da doença de Parkinson tiveram as frequências mais altas de pesadelos, síndrome das pernas inquietas e sonolência diurna excessiva; pacientes com demência por Corpos de Lewy e demência da doença de Parkinson, apresentaram uma frequência maior de transtorno comportamental do sono REM em comparação com os pacientes com Doença de Alzheimer (PISTACCHI *et al.*, 2014).

Os resultados obtidos por Boeve *et al.*, (2019), vão ao encontro dos achados de Pistacchi e colaboradores. Em seu estudo, Boeve *et al.*, (2019), encontrou maior frequência e gravidade da sonolência diurna excessiva entre os pacientes que sofriam de demência por corpos de Lewy leve, quando comparados aos idosos com Doença de Alzheimer e variante comportamental de demência frontotemporal, também com demência leve (BOEVE *et al.*, 2019).

- **Estratégias de intervenção: o que pode ser feito?**

Uma abordagem aos cuidados terapêuticos deve ser constituída pelas estratégias cognitivo-comportamentais e, em caso de falha, associa-se à terapia farmacológica. Ademais, é válido corrigir fatores como a falta de exposição à luz matinal, a pouca atividade física, pouca interação social e o sono diurno (RODRIGUES; SAMPAIO, 2012).

Outras medidas não farmacológicas que podem contribuir para a melhora e/ou resolução da insônia (leve), dispõem-se da terapia de *biofeedback* (sensores da pele que medem a tensão e a contração muscular); terapia de controle de estímulos externos; terapia de restrição do sono (horário de dormir e acordar são fixos e cochilos são proibidos); terapia cognitivo-comportamental por pelo menos 8 semanas; fototerapia com luz brilhante; cronoterapia; acupuntura; atividade física regular, procurando evitar fazê-la próximo ao horário de dormir (FREITAS *et al.*, 2016; BOEVE *et al.*, 2019).

Em 2003, foi realizado um estudo randomizado e controlado denominado *Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease* (NITEAD), o cuidador era treinado para aplicar a higiene do sono e o exercício físico diário por 30 minutos. O grupo controle recebeu orientações gerais sobre o sono. Os cuidadores treinados foram mais efetivos em mudar os hábitos dos pacientes com demência ($p < 0,01$). Após 2 meses, foi observada melhora tanto na eficiência do sono (com ganho médio de 8%), quanto na redução dos despertares noturnos e na sonolência diurna (MCCURRY *et al.*, 2004). Ademais, é digno de nota que em idosos saudáveis, mas frágeis, e em pacientes em estágio inicial de DA, o sono deve ser caracterizado de forma mais completa, principalmente por meio de entrevistas padronizadas e registro polissonográfico (BOMBOIS *et al.*, 2010). Os padrões de sono observados nesses pacientes costumam ser semelhantes aos observados em idosos sem demência, mas as alterações são mais graves (COCHEN *et al.*, 2009).

Vale ressaltar, também, que segundo o estudo de Bromundt *et al.*, 2019, a aplicação contínua e de longo prazo da simulação do amanhecer ao anoitecer nas transições sono-vigília, parece fornecer uma ferramenta eficaz e não invasiva para melhorar o humor, e melhorar a qualidade do sono em pacientes institucionalizados com demência.

Como atitude essencial, a abordagem terapêutica da causa base do distúrbio de sono, quando possível, deve ser levada em conta, o que implica no manejo farmacológico, quando este for necessário. Pontua-se que muitos dos medicamentos para controle da agitação e agressividade podem piorar a confusão mental (RODRIGUES; SAMPAIO, 2012).

Antidepressivos sedativos em doses baixas, como trazodona e mirtazapina, podem ser eficazes. O uso da trazodona, na dose de 25 a 100mg, constitui uma opção terapêutica para portadores de demência com distúrbio do sono, sua ação promove um aumento no sono de ondas lentas em idosos deprimidos com insônia (JAMES; MENDELSON, 2004).

Entre os inibidores seletivos de recaptação de serotonina deve-se evitar o uso da fluoxetina e da paroxetina, que podem agravar e precipitar a insônia. Deve-se evitar também o uso dos antidepressivos com ação dopaminérgica, como a bupropiona (FREITAS *et al.*, 2016). Os benzodiazepínicos são muito utilizados na prática clínica, porém podem aumentar o risco de quedas, causar sedação diurna, contribuir para a piora cognitiva e alterar a arquitetura do sono em idosos (GLASS *et al.*, 2005).

A terapia medicamentosa é avaliada levando consideração alguns aspectos, como o quadro de demência apresentado pelo paciente, os objetivos do tratamento, expectativas do paciente, perfil de segurança do fármaco, efeitos colaterais, interações medicamentosas, comorbidades e contraindicações, como também as devidas reavaliações de resposta terapêutica positiva ou não (SEXTON *et al.*, 2020; ST LOUIS; BOEVE, 2017).

Nesse ponto, o alívio da dor enquanto causa da insônia (que pode ser obtido com analgésicos simples como o paracetamol) e a correção de fatores de desnutrição (como a carência de ferro) são condutas médicas que podem favorecer o paciente (RODRIGUES; SAMPAIO, 2012). Dessa forma, condições clínicas, psiquiátricas e aumento no uso indiscriminado de medicamentos entre a população idosa contribuem também para agravar e dificultar o tratamento dos distúrbios do sono. Os profissionais de saúde, em suas avaliações, não podem negligenciar uma abordagem ampla à terapêutica, visando o manejo correto, contribuindo assim para a melhoria na qualidade de vida desses pacientes, bem como de seus cuidadores e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do conteúdo exposto, é perceptível os impactos que as alterações do sono ocasionam em pacientes idosos com demência. Nos levantamentos dos estudos analisados, a insônia foi a mais prevalente no público com doença Alzheimer. Além disso, inatividade diurna, hora de dormir cedo, fatores ambientais, comorbidades, medicamentos e a própria

demência foram creditadas, por alguns autores, como as causas de alguns dos fatores existentes nos distúrbios do sono e entre seus familiares com demência.

As causas eram advindas de inatividade diurna, hora de dormir cedo, fatores ambientais, comorbidades, medicamentos e a própria demência.

Desta maneira, os profissionais de saúde devem obter uma atenção ampla aos idosos, realizando avaliação contínua e buscando compreender todas as suas peculiaridades, propondo estratégias e intervenções assertivas ao idoso que possui alterações no seu padrão de sono. E dentre as terapêuticas mais utilizadas em idosos com essa problemática, elenca-se a prática de exercício físico, terapias cognitivas comportamentais, controle dos estímulos e terapia da restrição do sono. A conduta farmacológica deve atender aos critérios conforme clínica e estado geral do paciente.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Considerando a eficácia da terapêutica correta na qualidade do sono dos idosos com demência, quais as perspectivas de desenvolvimento de novas terapias não-farmacológicas efetivas para esse acometimento?
2. Qual o impacto observado na busca pelo diagnóstico precoce das alterações do sono em idosos com quadros demenciais?
3. Considerando a prevalente associação entre os problemas de ordem mental e as alterações na qualidade do sono, que fatores poderiam ser apontados como relevantes aos idosos acerca dessa relação?
4. O quão essencial é o acesso a essas terapêuticas dentro do Sistema Único de Saúde?

REFERÊNCIAS

BOEVE, A. *et al.* Excessive Daytime Sleepiness in Major Dementia Syndromes. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®**, v. 34, n. 4, p. 261-264, 2019

BOMBOIS, S. *et al.* Sleep disorders in aging and dementia. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 14, n. 3, p. 212-217, 2010. doi: 10.1007/s12603-010-0052-7. PMID: 20191256.

BROMUNDT, V. *et al.* Effects of a dawn-dusk simulation on circadian rest-activity cycles, sleep, mood and well-being in dementia patients. **Experimental gerontology**, v. 124, p. 110641, 2019.

CAMARGOS, E. F. *et al.* Incidência de distúrbios do sono em pacientes com doença de Alzheimer. **Einstein (São Paulo)**, v. 9, n. 4, p. 461-465, 2011.

COCHEN V, *et al.*. Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults. *J Nutr Health Aging*. 2009 Apr;13(4):322-9. doi: 10.1007/s12603-009-0030-0. PMID: 19300867.

FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. 2016. p. 843-870.

GLASS, J. *et al.* Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. **Bmj**, v. 331, n. 7526, p. 1169, 2005.

JAMES, S. P.; MENDELSON, W. B. The use of trazodone as a hypnotic: a critical review. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 65, n. 6, p. 752-755, 2004.

KANDEL, E. *et al.* **Princípios de neurociências-5**. AMGH Editora, 2014.

LEITE, Bruna Silva *et al.* A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 9, n. 3, p. 888-892, 2017.

MCCURRY, S. M. *et al.* Treatment of sleep and nighttime disturbances in Alzheimer's disease: a behavior management approach. **Sleep medicine**, v. 5, n. 4, p. 373-377, 2004.

NUNEZ, K. M. *et al.* Current practice and challenges in night-time care for people with dementia living in care homes: a qualitative study. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 33, n. 1, p. e140-e149, 2018.

OKUDA, S. *et al.* Association between sleep disturbance in Alzheimer's disease patients and burden on and health status of their caregivers. **Journal of neurology**, v. 266, n. 6, p. 1490-1500, 2019.

PISTACCHI, M. *et al.* Sleep disturbance and cognitive disorder: epidemiological analysis in a cohort of 263 patients. **Neurological Sciences**, v. 35, n. 12, p. 1955-1962, 2014.

RODRIGUES, N. L.; SAMPAIO, L. Manejo dos distúrbios do sono no idoso. In: **Manual Prático de Geriatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2012. p. 171- 188.

SCORALICK, F. M. *et al.* Tratamento ambulatorial dos transtornos do sono em pacientes com doença de Alzheimer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 430-434, Sept. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000300430&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Abr. 2021. Epub May 01, 2015. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3021>.

SEXTON, C. E. *et al.* Connections between insomnia and cognitive aging. **Neuroscience bulletin**, v. 36, n. 1, p. 77-84, 2020.

ST LOUIS, E. K.; BOEVE, B. F. REM sleep behavior disorder: diagnosis, clinical implications, and future directions. In: **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, 2017. p. 1723-1736.

SUVANCHOT, K. S.; PENSUKSAN, W. C. Factors affecting sleep among Thai people with dementia attending an outpatient psychiatric department. **Dementia**, v. 19, n. 2, p. 135-147, 2020.

TADOKORO, K. *et al.* Discrepancy of subjective and objective sleep problems in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment detected by a home-based sleep analysis. **Journal of Clinical Neuroscience**, v. 74, p. 76-80, 2020

ZHOU, G. *et al.* High prevalence of sleep disorders and behavioral and psychological symptoms of dementia in late-onset Alzheimer disease: A study in Eastern China. **Medicine**, v. 98, n. 50, 2019.

CAPÍTULO 09

DELIRIUM E SUA RELAÇÃO COM AS DEMÊNCIAS

Jéssica Maria Silva de Carvalho

Joanne Gleyce Amorim Ribeiro Martins

Thaysla de Oliveira Sousa

Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior

Ingrid Carvalho Correia

RESUMO

O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica com início súbito e curso flutuante, apresentando sempre uma etiologia orgânica. Já a demência é uma síndrome cognitiva que tem início insidioso, é progressiva e causa declínio no funcionamento cognitivo, surgindo a partir de condições cerebrais específicas e processos degenerativos. O *delirium* é um fator de risco para demências, assim como também, indivíduos com demência apresentam predisposição para o desenvolvimento de *delirium*. Dessa forma, o presente capítulo tem por objetivo caracterizar *delirium* e discutir sua relação com demência em idosos.

Palavras-chave: *Delirium*; Demências; Diagnóstico Diferencial; Fatores de Risco.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estado confusional agudo, também conhecido como *delirium*, é uma síndrome neuropsiquiátrica com início súbito e apresenta etiologia multifatorial. Configura-se por um curso transitório e flutuante de sintomas, conta com alterações do nível de consciência e desatenção, podendo apresentar alterações comportamentais, atividade psicomotora aumentada ou reduzida e mudanças no ciclo sono-vigília (PEREIRA, 2018; PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018).

A prevalência do *delirium* é alta em idosos hospitalizados, com variação de 7% a 52%. O risco para esses pacientes é de 14% para idosos acima de 65 a 74 anos e em 36% para aqueles com idade acima de 75 anos. Esta condição, apesar de comum e potencialmente reversível, é subdiagnosticada, o que pode acarretar em prolongamento do período de hospitalização, risco de aumento nas taxas de morbimortalidade, em complicações no estado de saúde por interferir na avaliação da dor e na abordagem de outros sintomas, trazendo, dessa forma, impactos

negativos nos doentes, na família e na equipe profissional de saúde (CHAGAS; BORGES; CHAGAS N., 2018; GUAL; SALMONES; PÉREZ, 2019; PRAYCE; QUARESMA; NETO, 2018; MALDONADO, 2017).

As manifestações clínicas variadas do *delirium*, geralmente são agravadas por outras patologias concomitantes, dificultando até na distinção de seus sintomas, o que contribui para o subdiagnóstico. Apesar de caracterizar-se por um início agudo e reversível, pode provocar alterações na cognição a longo prazo, aumentando o risco de demência (CUNHA; PEREIRA, 2020).

A demência é uma síndrome relacionada a perda cognitiva, tem início insidioso, é progressiva e causa declínio no funcionamento, surge a partir de condições cerebrais específicas e processos degenerativos, como a demência de Alzheimer (PARRISH, 2019; OJAGBEMI; FFYTCHÉ, 2016).

Nesse contexto, na literatura é amplamente difundido que o *delirium* é um fator de risco para demências, assim como também, indivíduos com demência apresentam predisposição para o desenvolvimento de *delirium*. O *delirium* e a demência, com frequência, são coexistentes e se sobrepõem, tornando o diagnóstico diferencial um desafio. Dessa maneira, é importante expor os pontos que os diferenciam e as semelhanças, estabelecendo suas relações, visto que o *delirium* pode representar uma tendência para o surgimento de demência, podendo ajudar a revelá-la ou agravá-la (PEREIRA, 2018).

OBJETIVO

Caracterizar a condição de *delirium* (ou estado confusional agudo) e discutir sua relação com demência em idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem reflexiva acerca da relação de *Delirium* com a demência em idosos. Para isso foram utilizados estudos nacionais e internacionais sobre a temática em questão. Após análise, o capítulo foi estruturado nas seguintes categorias: fisiopatologia do *delirium*, quadro clínico, diagnóstico diferencial, *delirium* e sua relação com as demências, tratamento não medicamentoso e medicamentoso e prevenção.

DESENVOLVIMENTO

1. Fisiopatologia do *delirium*

Ainda que o *delirium* possa ocorrer em qualquer idade, os idosos correm maior risco devido ao declínio da função cerebral decorrente do envelhecimento, o que pode torná-los mais suscetíveis, especialmente aqueles que já possuem alguma doença com funções cognitivas comprometidas. Assim, conhecer a fisiopatologia pode ajudar na elaboração de melhores abordagens preventivas e de tratamento (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; MALDONADO, 2017).

O *delirium* como condição potencialmente reversível e disfunção de diversas regiões cerebrais, pode ser caracterizada pelo déficit de atenção, déficit cognitivo, desregulação do ritmo circadiano, desregulação emocional e alteração da função psicomotora. Essa condição pode apresentar diferentes etiologias, tendo seu mecanismo fisiopatológico específico indefinido, tendo como principal conjectura o papel dos neurotransmissores, além de respostas inflamatórias e o estresse (MALDONADO, 2017; LOBO et al, 2017; SANTOS, 2016).

Considerado, geralmente, como um transtorno global e inespecífico, o *delirium* é provocado pelo desarranjo de um conjunto de neurotransmissores, podendo ser causado por processos sistêmicos, como hipóxia e hipoglicemia, que podem levar a diminuição da produção de acetilcolina ou aumento da dopamina, principais neurotransmissores desencadeantes do *delirium*. Além disso, outros fatores podem ter um papel na fisiopatologia desse estado mental anômalo, como citocinas inflamatórias e alguns biomarcadores, distúrbio hidroeletrolíticos, processos infecciosos e distúrbios metabólicos (SANTOS, 2016; SILVA et al, 2019; FABBRI, 2017).

2. Quadro clínico

A apresentação clínica e sindrômica do *delirium* deve ser observada de forma atenta, pois possui início agudo e um curso flutuante dos sintomas, principalmente dos níveis de atenção e consciência que se modificam em horas. Porém, no paciente idoso, seu início pode ser insidioso. Assim, as manifestações clínicas podem existir de forma variável, havendo mudanças na psicomotricidade, no humor e na percepção sensorial (SILVA et al, 2019).

Com base nas manifestações clínicas do *delirium*, podem ser considerados cinco pontos principais:

- Déficits de atenção: qualificados por distúrbios na consciência e dificuldade de direcionar e manter a atenção;
- Outros déficits cognitivos: caracterizados por dano à memória, alterações na percepção, compreensão prejudicada e desorientação;

- Desregulação psicomotora: apresentações variadas dos sintomas (hiperatividade ou hipoatividade);
- Desregulação do ritmo circadiano: ocorrem mudanças no ciclo circadiano do sono, podendo haver inversão do dia e noite;
- Desregulação emocional: marcado pela irritabilidade, ansiedade, raiva ou medo, além de sintomas psicóticos, como alucinações visuais (FABBRI, 2017; MALDONADO, 2017).

A literatura possui uma divisão clássica do quadro clínico de *delirium* em hiperativo, hipoativo e misto. Nos pacientes do tipo hiperativo o estado de agitação se sobressai, podendo haver momentos de agressividade, diferente do tipo hipoativo, onde é observado um comportamento lentificado, apático e passivo, sendo assim, frequentemente diagnosticado de forma tardia. O do tipo misto inclui uma variação dos dois tipos citados anteriormente, oscilando em extremos (letargia e agitação) (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014; MALDONADO, 2017).

Como a principal característica do *delirium* é a flutuabilidade dos sintomas, é comum o paciente apresentar-se agitado, com eventuais alucinações ou ilusões, variando entre os estados de extrema agitação ou calma. O *delirium* é frequente em pacientes com demência, mas não é exclusivo dessa condição. (FABBRI, 2017; SILVA et al, 2019).

Além do diagnóstico sindrômico, anteriormente descrito, é importante haver uma investigação clínica e laboratorial em busca de um diagnóstico etiológico para que seja revelada a causa orgânica do *delirium*. Desse modo, é necessário verificar se há outros diagnósticos recentes, pesquisar infecções ocultas, déficits neurológicos, dor, constipação intestinal, desidratação, distúrbios metabólicos ou outras doenças agudas conhecidamente precipitadoras desta condição. Com base na história do paciente e no exame físico, solicitar exames laboratoriais ou de imagem quando necessário, e rever a prescrição do paciente em busca de medicações que possam precipitar ou piorar o quadro (INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI, 2014).

3. Diagnóstico diferencial

Segundo Fick (2013), pelas suas características clínicas flutuantes, com alteração da cognição e estado de consciência, o diagnóstico diferencial entre o *delirium* e outras doenças, como a demência ou a depressão, pode ser desafiador. Efetivamente, o *delirium*, a demência e a depressão são três patologias frequentes no idoso e que podem coexistir, o que dificulta a sua identificação e correto diagnóstico. Muitos achados clínicos e sintomas do *delirium* podem ser

associados com outros transtornos psiquiátricos como depressão, mania, psicose e demências, como demonstra o Quadro 4 (CAXEITA, 2016).

Quadro 4. Características definidoras para o Diagnóstico diferencial do *delirium* em relação a outros acometimentos mentais. Teresina-PI, Brasil, 2022.

	Delirium	Demência	Depressão	Mania/hipomania	Esquizofrenia
Início:	Agudo	Insidioso	Oscilante	Agudo	Oscilante
Curso:	Flutuante	Progressivo	Variação diurna	Oscilante	Oscilante
Atenção:	Desatenção	Mantida ou pouco diminuída	Desatenção	Desatenção	Variável
Consciência:	Diminuída	Mantida	Mantida	Mantida	Mantida
Orientação:	Desorientação espacial e temporal	Prejudicada	Mantida	Em geral, mantida	Em geral, mantida
Memória:	Pode estar prejudicada	Prejudicada	Em geral, mantida	Mantida	Mantida
Psicose:	Comum de conteúdo simples, alucinações visuais	Incomum, a não ser em casos mais avançados	Pode acontecer em episódios graves, congruentes com o humor	Pode acontecer em episódios graves, congruentes com o humor	Comum, conteúdo complexo e muitas vezes paranoide; alucinações auditivas

Fonte: Adaptado de ALMEIDA, 2013; TRZEPACZ; MEAGHER, 2014.

Logo, percebe-se que o *delirium*, diferentemente da síndrome demencial não tem caráter progressivo, apresentando um início agudo com flutuação em seu curso e distúrbio da atenção. Recomenda-se que em caso de dúvida, deve-se assumir o quadro como *delirium* e durante a investigação ir descartando as outras etiologias. (Francis Jr; Young, 2020)

4. *Delirium* e sua relação com as demências

Para Popp (2013), a relação entre *delirium* e demência são os processos inflamatórios e neurodegenerativos, que ambas apresentam. Considerando os mecanismos neurobiológicos envolvidos, acredita-se que múltiplos fatores levem a uma via final com excesso de dopamina e depleção colinérgica. A inflamação sistêmica parece afetar o sistema nervoso central por meio de diversas vias, o que comprometeria seu funcionamento adequado e, de alguma forma,

acarretaria uma depleção colinérgica, contribuindo para disfunção cognitiva (MUNSTER, 2014).

Segundo Fong (2015), os processos inflamatórios e neurodegenerativos das demências e do *delirium*, podem ser considerados bidirecionais. Bickel (2008) expõe que o estado confusional agudo também poderia ser um fator de risco para o desenvolvimento de demência. Melkas (2012) afirma que inúmeros estudos demonstraram maior risco de *delirium* em pacientes com demência.

A metanálise de dois estudos (total n = 241) realizada por WITLOX *et al* (2010) mostrou que o *delirium* estava associado a um aumento da taxa de demência incidente (risco relativo ajustado, 5,7, IC 95% 1,3–24,0). Em uma amostra de 225 pacientes de cirurgia cardíaca, *delirium* foi associado a um declínio pontuado grave no funcionamento cognitivo, seguido por recuperação durante 6-12 meses na maioria dos pacientes (SHARON, 2013).

O *delirium* pode causar danos neurais permanentes, predispondo ao desenvolvimento ou agravamento de uma demência preexistente, além de maior risco de institucionalização e mortalidade. A vulnerabilidade cerebral subjacente dos doentes com demência pode predispor ao desenvolvimento de *delirium*, como consequência de insultos relacionados com doença aguda, medicação ou fatores ambientais (DAVIS, 2014; KOSTER, 2013; INOUE; WESTENDORP; SACZYNSKI 2014).

O levantamento bibliográfico apresentado aponta para uma íntima relação entre as entidades clínicas e suas complicações, deste modo, deve-se encarar a prevenção do *delirium* em ambiente hospitalar como ponto chave no sistema de saúde pública, sugerindo-se evitar o surgimento ou agravamento de síndrome demencial em paciente idoso. Bem como deve-se prestar atenção especial com idosos hospitalizados diagnosticados com demência, a fim de prevenir o aparecimento de distúrbio confusional agudo.

5. Tratamento não medicamentoso e medicamentoso

O tratamento de *delirium* se inicia com a identificação do agente etiológico e consequente correção da alteração sistêmica de base. Entretanto, durante esta investigação podem ser usadas medidas farmacológicas e não farmacológicas, visando tratar ou atenuar os sintomas (ALMEIDA, 2020).

Entre as abordagens não farmacológicas para *delirium*, a principal é a prevenção, uma vez que há evidências de associação da síndrome com maior mortalidade e morbidade, declínio das funções cognitivas, bem como institucionalização e custos e sistemas hospitalares. (CAXEITA, 2016)

Medidas não farmacológicas para o tratamento do *Delirium*:

- Conhecer e evitar o uso de vários medicamentos, especialmente aqueles envolvidos na etiologia do *delirium* (como benzodiazepínicos, anticolinérgicos, alguns antibióticos, anticonvulsivantes etc).
- Retirar lentamente os medicamentos que podem causar algum tipo de abstinência.
- Fornecer subsídios para que o paciente se oriente, como calendário, fotos ou presença de familiares, relógio etc.
- Evitar intervenções que limitem a mobilidade do paciente.
- Sempre permitir ao paciente o uso de lentes corretivas ou aparelho de audição quando necessário.
- Manter uma boa iluminação durante o dia e diminuir a noite.
- Intervenções de ambientais e de apoio e esclarecimento tanto ao paciente como à família (CAXEITA, 2016).

Quando as intervenções não farmacológicas não forem suficientes para atenuar o quadro de agitação do *delirium* hiperativo, ou quando este puder acarretar riscos ao paciente ou a outras pessoas, é necessário o uso de medicamentos para manejo sintomático, alguns destes são apresentados no Quadro 5. A terapêutica medicamentosa deve ser instituída para acalmar o paciente agitado, e não com o intuito de sedação, preferindo, portanto, a menor dose possível (ALMEIDA, 2020).

Quadro 5. Medicamentos utilizados no tratamento do *delirium*.

Medicamento	Dose	Vias de administração
Antipsicóticos típicos		
Haloperidol	0,5 a 5mg a cada ~12h	VO, IM
Clorpromazina	12,5-50mg a cada ~4-12h	VO, IM
Antipsicóticos atípicos		
Olanzapina	2,5 a 20mg a cada ~24h	VO
Risperidona	0,5 a 3mg a cada ~12-24h	VO
Benzodiazepínicos		
Lorazepam	0,5 a 2mg a cada ~4h	VO

Fonte: Adaptado de CAXEITA, 2016.

Segundo Mattison (2021), uma alternativa a ser empregada em pacientes com quadro de *delirium* instituído é a alocação destes em um quarto destinado a atenção para pacientes desorientados com suporte multidisciplinar, evitando o uso de contenção e diminuição de psicotrópicos. Tal abordagem deve ser guiada através do método T-A-NA (Tolere, Antecipe e Não Agite)

6. Prevenção

Para prevenção da ocorrência de *delirium* em ambiente hospitalar utiliza-se do programa HELP (Hospital Elder Life Program) que se baseia na identificação de seis fatores de risco para *delirium* em pacientes idosos no momento da admissão hospitalar: déficit cognitivo, privação de sono, imobilidade, deficiência visual, deficiência auditiva e desidratação. A partir da triagem para estes fatores, a abordagem interdisciplinar deve ser empregada na intervenção. Com o programa HELP tem-se a diminuição da incidência de *delirium*, diminuição do tempo de internação, aumento da satisfação do paciente e redução dos custos hospitalares. (REUBEN *et al*, 2000; Mattison, 2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *delirium* e a demência são perturbações que podem coexistir ou mesmo uma ser fator de risco para outra. Um fator de complexidade para o diagnóstico de *delirium* e consequentemente seu tratamento, é o seu diagnóstico diferencial, especialmente com relação a demência. Dessa forma, é essencial o conhecimento pelo profissional de saúde sobre a fisiopatologia, o quadro clínico e, especialmente, seu diagnóstico diferencial com relação às demências a fim de estabelecer um diagnóstico coerente e um tratamento eficaz para obtenção de um melhor prognóstico e qualidade na prestação do serviço de saúde e diminuição dos prejuízos à saúde do idoso.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Dentro do contexto clínico, considerando o paciente idoso de forma integral e seus sinais e sintomas, qual o impacto na eficácia do tratamento ao determinar o diagnóstico diferencial entre *delirium* e demência?
2. Pensando no *delirium* como condição potencialmente prevenível, quais ações poderiam ser estabelecidas na estrutura dos ambientes hospitalares com finalidade de evitar sua ocorrência?

3. A quem fica a cargo de estabelecer as ações não medicamentosas no tratamento do delirium? Como cada profissional deve colaborar nesta terapêutica?
4. Quais são os desafios do sistema público na prevenção e manejo do *delirium* e quais estratégias devem ser tomadas para a redução dos impactos que essa condição causa ao sistema?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P.; PICCOLI, C. K.; SANTORO, D. Entendendo o delirium e suas implicações para o cliente: contribuição para a prática da enfermagem na unidade de emergência. **Enfermagem Brasil**; v.10, n. 4, 2020.

BICKEL, H.; GRADINGER, R.; KOCHS, E.; FORSTL, H. High risk of cognitive and functional decline after postoperative delirium. A three-year prospective study. **Dement Geriatr Cogn Disord**. 2008.

CUNHA, S.; PEREIRA, C. Delirium: quando os culpados se misturam (relato de caso). **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. v. 36. n. 2, p. 169-174. Portugal, 2020.

CHAGAS, N. M. S.; BORGES, D. G. S.; CHAGAS, M. H. N. Delirium como fator de risco para demência em idosos: Uma atualização. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 65, n. 1, p. 94-98. São Paulo, 2016.

CAXEITA, Leonardo. **Psiquiatria Geriátrica**. Editora Artmed, 2016.

DAVIS, D. et al. Cognitive Function and Ageing Study. The descriptive epidemiology of delirium symptoms in a large population-based cohort study: results from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). **BMC Geriatr** v.14, n.87. 2014.

FABBRI, R. M. A. Delirium. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Francis Jr, Joseph; Young, G Bryan. Diagnosis of delirium and confusional states. **UpToDate**. 2020. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/06/2022

FICK, D. M.; STEIS, M.R.; WALLER, J. L.; INOUEI, S. K. Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults, **Journal of Hospital Medicine**, [s. l.], v. 8, n. 9. 2013.

FONG T. G.; DAVIS, D.; GROWDON, M. E.; ALBURQUERQUE, A.; INOUE S. K. The interface between delirium and dementia in elderly adults. **The Lancet Neurology**. v. 14, n. 8, 2015.

GUAL, N.; SALMONES, M. G.; PÉREZ, L. M. Diagnosing delirium in patients with dementia, a great challenge. **Elsevier: Medicina Clínica (English Edition)**. [s.l.] v. 153, n. 7, p. 284-289. 2019.

INOUE, S. K.; WESTENDORP, R. G. J.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. **Review Lancet**. v 383, p. 911-922. Boston, 2014.

KOSTER, S.; HENSENS, A. G.; SCHUURMANS, M. J.; VAN DER PALEN J. Prediction of delirium after cardiac surgery and the use of a risk checklist. **European Journal of Cardiovascular Nursing** v. 12 n. 248, 2013.

LOBO. *et al.* Delirium. **Revista Medicina**. v. 43, n. 3, p. 249-257. Ribeirão Preto, 2010.

MALDONADO, J. R. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. **International Journal Geriatric Psychiatry**. . v. 33. n. 11, p.1428-1457. Califórnia, 2017.

MATTISON, Melissa. Hospital management of older adults. **UpToDate**. 2021. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/06/2022

MELKAS, S. *et al.* Post-stroke delirium in relation to dementia and long-term mortality. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. v. 27, n. 4. 2012.

OJAGBEMI, A.; FFYTCH, D. H. Are stroke survivors with delirium at higher risk of post-stroke dementia? Current evidence and future directions. **International Journal of Geriatric Psychiatry**. [s.l.] v. 31, n. 12, p. 1289-1294. 2016.

PEREIRA, Rita Trindade. **Revisão da associação entre delirium e demência nos idosos**. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina Integrada) - Faculdade de Medicina da Universidade de Porto. Porto, 2018.

PERRISH, Evelyn. Delirium Superimposed on Dementia: Challenges and Opportunities. **Nursing Clinics of North America**. v. 54, n. 4, p. 541-550. Lexington, 2019.

POPP, J. Delirium and cognitive decline: more than a coincidence. **Curr Opin Neurol**. v. 26, n. 6, 2013.

PRAYCE, R.; QUARESMA, F.; NETO, I. G. DELIRIUM: The 7 th Vital Sign ? **Acta. Med. Port**. v. 31, n. 1, p. 51-58. Portugal, 2018.

REUBEN, David B.; INOUE, Sharon K.; BOGARDUS, Sidney T.; BAKER, Dorothy I.; LEO-SUMMERS, Linda; COONEY, Leo M.. MODELS OF GERIATRICS PRACTICE; The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 48, n. 12, p. 1697-1706, dez. 2000. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03885.x>

SANTOS, F. S. Delirium em idosos. In: CAIXETA, L. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 185-209.

SILVA. *et al.* Delirium. In: HUMES *et al.* **Clínica Psiquiátrica: Guia Prático**. 1 Ed. Barueri: Manole, 2019. p. 343-350.

SHARON K, INOUE, RUDI G JWESTENDORP, JANE S SCACZYNKI. Delirium em idosos. **The lancet**. v 338, n 9920. 2013.

VAN MUNSTER, B. C.; DE ROOIJ, S. E. Delirium: a synthesis of current knowledge. **Journal Metrics** (Lond). v. 14, n. 2, 2014.

WITLOX, Joost; EURELINGS, Lisa S. M.; JONGHE, Jos F. M. de; KALISVAART, Kees J.; EIKELENBOOM, Piet; VAN GOOL, Willem A.. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. **Jama**, [S.L.], v. 304, n. 4, p. 443, 28 jul. 2010. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1013>.

CAPÍTULO 10

DEPRESSÃO ASSOCIADA ÀS DEMÊNCIAS EM IDOSOS

João Gabriel Ribeiro dos Santos
Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior
Thaysla de Oliveira Sousa
Laís Ferreira Alves
Bárbara Pereira Gomes
Ingrid Carvalho Correia

RESUMO

O aumento da população idosa está relacionado ao aumento das doenças crônico-degenerativas, incluindo depressão e demência, condições limitadoras para paciente e família/cuidadores. O objetivo deste capítulo é relacionar as manifestações dos quadros depressivos em idosos e as demências. Diversas queixas particulares se apresentam na depressão de início tardio, incluindo alterações cognitivas, revelando que a depressão pode ser pródromo da demência, assim como um fator de risco. A coexistência de ambas as situações também é possível, com a depressão aparecendo primeiro, assim como os sintomas depressivos são repetidamente presentes na demência, e estão associados ao comprometimento cognitivo. O tratamento da depressão na terceira idade é possível farmacologicamente, mas também por tratamento psicoterapêutico e mudanças comportamentais. O conhecimento sobre as manifestações da depressão no idoso e sua relação com a demência são potenciais instrumentos para a correta identificação da etiologia do quadro e das possíveis intervenções a serem feitas.

PALAVRAS CHAVE: DEPRESSÃO; DEMÊNCIA; IDOSO.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O aumento da população idosa está associado à prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, entre elas as enfermidades neuropsiquiátricas, especialmente a depressão. Entretanto, apesar desta associação entre o aumento da população geriátrica e consequentemente da depressão (LAKS; ALMEIDA; TELLES, 2014), tais episódios depressivos não fazem parte do processo natural de senescência, e frequentemente acabam não sendo diagnosticados ou tratados, fatores estes que acarretam em uma piora da qualidade de vida e da função física e social destes indivíduos (CHENG, 2018 apud UNÜTZER, 2007).

Os casos de depressão na terceira idade incluem tanto aqueles em que o primeiro episódio depressivo se dá na idade avançada, chamada depressão de início tardio e que correspondem a cerca de metade dos casos, por volta dos 60 anos (podendo ocorrer variação na idade de acometimento), como os casos em que os primeiros episódios ocorreram ainda na juventude e idade adulta, e voltaram a se apresentar na velhice. A depressão tardia pode ser geralmente associada com o suicídio e ser um verdadeiro desafio para o diagnóstico (CHENG, 2018 apud FISKE; WETHERELL, 2009).

Percebe-se serem várias as causas da depressão no paciente idoso. Os eventos de vida significativos, enfermidades crônicas, frustração, isolamento social, abandono, sentimentos de incapacidade, são todos fatores que impactam de forma significativa esta população e os predis põem a um quadro depressivo (LAKS; ALMEIDA; TELLES, 2014).

Observa-se um rápido crescimento demográfico da população de faixa etária idosa, bem como das doenças a ela associadas. Este fato evidencia um desafio para a saúde pública, principalmente em se tratando do processo saúde-doença. As consequências podem se caracterizar desde a limitações e incapacidades afetando os hábitos de vida das pessoas, como o aumento na morbimortalidade (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

A demência é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que passa a apresentar de forma progressiva o declínio cognitivo e perda de sua capacidade funcional, onde as pessoas que estão envolvidas no cuidar desse doente, precisam lidar com o declínio cognitivo, mudanças comportamentais e aumento da dependência de uma pessoa querida, sem deixar de sustê-la em suas necessidades básicas, além da sociedade de modo mais amplo, devido à necessidade de cuidados de saúde e sociais (BALLARD *et al.*, 2013; LIVINGSTON *et al.*, 2017).

No ano de 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou que mais de 35,6 milhões de indivíduos no mundo apresentavam algum tipo de demência, e até 2030, esse número dobrará e triplicará até 2050. No Brasil, estimativas sugerem existir cerca de 1,1 milhão de casos de demência, das quais a mais comum a nível mundial se sabe ser a Doença de Alzheimer (DA) (TAKADA; SMID; NITRINI, 2014).

Laks, Almeida e Teles, 2014 (apud Stoppe Jr. e Louzã Neto, 2007), trazem o sentido da relação clara entre a depressão e as demências, e escrevem sobre quatro possíveis quadros: o primeiro é o da depressão na demência; o segundo, é o da coexistência de ambas as manifestações, porém com os sintomas depressivos ocorrendo em um paciente que já se encontrava demenciado; o terceiro quadro é o da demência na depressão; e, por fim, os autores mencionam ainda a causa do comprometimento cognitivo sendo resultante do próprio quadro depressivo.

OBJETIVO

O objetivo do presente manuscrito é relacionar as manifestações dos quadros depressivos em idosos e as demências.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo reflexivo-teórico acerca da relação entre a depressão e os quadros demenciais, realizado a partir de revisão narrativa da literatura científica, por meio de consulta à livros, artigos, manuais e outras publicações envolvendo o tema proposto, para melhor explicação.

DESENVOLVIMENTO

1. Quadro clínico e diagnóstico da Depressão em Idosos

O quadro depressivo na pessoa idosa apresenta algumas particularidades em comparação com o de jovens e adultos. Logo que, usualmente a queixa de sintomas depressivos vem acompanhada de queixas somáticas, hipcondria, baixa autoestima, sentimentos de

inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide, pensamento recorrente de suicídio e alteração nas funções cognitivas. Esse comprometimento dos domínios da cognição, principalmente da memória, revela uma associação existente entre depressão e demências no idoso, podendo a depressão simular um quadro demencial, ser pródromo da síndrome ou ser fruto das alterações psicológicas que a demência causa (LAKS; ALMEIDA; TELLES, 2014).

O diagnóstico para o Transtorno Depressivo Maior (TDM), de acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM5) se dá da seguinte forma: Se pelo menos cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior, pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. (American Psychiatric Association, 2014)

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.
- Perda ou ganho significativo de peso não intencional, ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias.
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias, observado por outrem.
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias.
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias.
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Em paralelo ao que se coloca no DSM5, foi proposto pelo Instituto Nacional de Saúde Mental da Associação Americana de psiquiatria geriática, um instrumento que coloca os seguintes pontos para o diagnóstico da depressão na Doença de Alzheimer: redução da exigência de sintomas para quadro depressivo em 3 e não 5 sintomas como para depressão maior; não requerer a obrigatoriedade de sintomas quase todos dias; adição da presença de irritabilidade e presença de isolamento social ou retraimento; e modificação do critério sobre perda do interesse ou prazer no diagnóstico do transtorno depressivo maior para “diminuição da resposta positiva ou prazer em resposta ao contato social e atividades usuais” (OLIN *et al.*, 2002).

Todavia, essas modificações propostas no instrumento, além de serem específicas para a demência de Alzheimer, são sensíveis apenas para o diagnóstico em fase inicial e intermediária da doença, podendo haver um super diagnóstico de TDM em fases mais avançadas da DA devido a redução da especificidade da sintomatologia depressiva em consequência dos avançados déficits cognitivos e motor (TAVARES JÚNIOR; SOUZA, 2017).

Ainda neste sentido, instrumentos como a Escala de Depressão Geriátrica, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, que são de uso clássico para estabelecer o diagnóstico de depressão geriátrica, são de difícil aplicação em pacientes com

comprometimento cognitivo, escalas alternativas como a de Cornell podem ser mais apropriadas (SCORALICK *et al.*, 2017).

A escala de Cornell validada em língua portuguesa como instrumento de avaliação e acompanhamento de depressão em pacientes com demência, tem a vantagem de ser de fácil aplicação e tem boa confiabilidade. Disponível em [www.abneuro.org/departamento_cientifico/Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento](http://www.abneuro.org/departamento_cientifico/Neurologia_Cognitiva_e_do_Envelhecimento). (CARTHERY-GOULART *et al.*, 2007)

E apesar do transtorno depressivo maior com comprometimento cognitivo se assemelhar clinicamente com o comportamento depressivo no transtorno cognitivo maior, neste último quando se tem inicialmente o comprometimento da memória recente, como no Alzheimer, o diagnóstico diferencial pode ser feito, pois, na depressão não há um déficit genuíno de armazenamento de informação, mas sim uma dificuldade de atenção que prejudica as estratégias de codificação ou recuperação. Nesse sentido, a utilização de testes como o Teste de Recordação Selectiva Livre e Guiada, que consiste em trabalhar a codificação de expressões por meio de dicas semânticas seguido pela tentativa de recuperação dessas expressões utilizando das mesmas dicas para facilitar esse resgate, no paciente com depressão acontece o resgate das expressões codificadas, ao passo que no paciente com demência há uma ineficácia do uso das dicas para a recordação (LEYHE *et al.*, 2016).

Outras diferenças que podem ser evidenciadas em paciente depressivo que não tem um transtorno neurocognitivo maior de base é que esse não apresenta flutuações do humor, seu humor costuma ser persistentemente baixo, frequentemente reporta suas queixas cognitivas apesar de não ser cooperativo nos instrumentos clínicos de diagnóstico, não mantém atividades sociais e usualmente possui uma história familiar de transtorno afetivo (SCORALICK *et al.*, 2017).

2. Depressão como pródromo ou fator de risco para demência em idosos

A relação entre depressão e cognição é bastante complexa e não apresenta um consenso no meio científico. No estudo de Singh-Manoux *et al* (2017), os dados sugerem a relação do aparecimento de sintomas depressivos de início tardio a um maior risco de desenvolvimento de demências, o que apoia a noção de que a depressão seja um pródromo da demência. Nesse sentido, o estudo buscou validar esse conceito baseando-se na observação de mudanças no modelo fisiopatológico do cérebro de indivíduos deprimidos nos anos antecedentes à expressão dos primeiros sintomas de demências.

Já Green *et al* (2003) aponta associação entre sintomas depressivos precoces ao aparecimento de Doença de Alzheimer, o que indica que a depressão seja caracterizada como um fator de risco para a manifestação de problemas cognitivos. Outra pesquisa também sugere que a depressão e a demência podem ser oriundas de um fator de risco subjacente comum, com a depressão se manifestando primeiro (SINGH-MANOUX *et al.*, 2017).

3. Depressão na demência

Nas pessoas idosas a depressão atinge especialmente aquelas com histórico de doenças antecedentes. Fatores como hereditariedade e fenômenos inerentes ao envelhecimento como arteriosclerose, processos inflamatórios endócrinos e modificações imunes afetam a integridade de estruturas cerebrais conhecidas como vias frontostriatal e isso acaba por favorecer o aparecimento de sintomas depressivos (ALEXOPOULOS, 2005).

Com o avanço da idade o decaimento da memória passa a ser um acontecimento socialmente aceitável, porém quem está protagonizando essa fase da vida sente na pele o desconforto de estar sendo marginalizado e negligenciado em meio comunitário. Pesquisa evidenciou que o prejuízo de memória traz condições sociais de isolamento e sofrimento pessoal que apresentam uma relação direta com o aparecimento de sintomas depressivos (YU *et al.*, 2017). Os sintomas de depressão são repetidamente presentes em pessoas com demência. 17% dos pacientes com doença de Alzheimer apresentam síndromes depressivas e essa prevalência é ainda mais elevada em indivíduos com demências subcorticais (ALEXOPOULOS, 2005).

4. Depressão associada ao comprometimento cognitivo

As distorções cognitivas, compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam lugar central na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar suas experiências de forma absolutista e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas. (BECK, 1997). Algumas das distorções cognitivistas apresentadas pelo paciente deprimido são, conforme relatado por Rangé (2001) e Beck (1997): pensamento dicotômico absolutista, abstração seletiva, inferência arbitrária, hipergeneralização, desqualificação do positivo, erro ocular, raciocínio emocional, rotulação, tirania dos “deveria”, personalização e leitura mental.

Na Holanda, Valentijn, 2005, desenvolveu um trabalho com idosos saudáveis que apresentavam queixas subjetivas de memória, procurando determinar quais seriam os efeitos de dois tipos diferentes de estimulação de memória (coletivo e individual). Os resultados mostraram que, depois da intervenção, os participantes do grupo de treino coletivo mostraram mais estabilidade, menos sentimentos de ansiedade e de estresse sobre o funcionamento da memória. Acredita-se na importância dos fatores afetivos para o desempenho cognitivo e a necessidade dessas variáveis serem mensuradas em estudos de estimulação cognitiva. É notória a associação entre estados depressivos e o desempenho cognitivo (ROCK, 2014).

Nesta perspectiva, oficinas de estimulação cognitiva capacitam os indivíduos a conviverem, lidarem, contornarem, reduzirem e superarem deficiências cognitivas, além de valorizarem os desejos pessoais, subjetividades e histórias de vida de cada participante, proporcionando assim, melhora da qualidade de vida (CUNHA, 2001). Estas consistem na realização de exercícios diversos, que visam à melhoria ou à compensação de déficit por meio de exercícios como a memorização de palavras (para treino da memória), a procura de diferenças entre imagens (para treino da atenção), a realização de puzzles (para treino da capacidade construtiva), entre outros (BECK, 1961).

5. Tratamento

A depressão na terceira idade ainda é uma condição subdiagnosticada e subtratada que frequentemente encontra-se associada a quadros de demência e de outras comorbidades. Os medicamentos ditos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são considerados a primeira escolha de tratamento farmacológico, no entanto os inibidores de recaptação de serotonina / norepinefrina (SNRI) e outros antidepressivos também podem ser usados para essa situação (CASEY, 2017).

No idoso, o tratamento com antidepressivos é iniciado com baixas doses devido às alterações fisiológicas provocadas pelo envelhecimento, todavia, as doses são lentamente ajustadas até alcançarem as proporções terapêuticas (ALEXOPOULOS, 2005). Apesar dessas drogas se mostrarem eficazes para a remissão dos sintomas depressivos existem controvérsias quanto a melhora do desempenho cognitivo dos pacientes, além disso a população idosa apresenta maior propensão a manifestar os efeitos colaterais dessas drogas (CASEY, 2017).

DIAS *et al* (2020) evidenciou que o tratamento com antidepressivos foi associado a uma melhora nos parâmetros de velocidade psicomotora e a um aumento da performance no teste de memória retardada nos pacientes idosos. Contudo, apresenta-se também que os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) foram relacionados com a presença de danos na fluência verbal e em outros parâmetros cognitivos (DIAS *et al.*, 2020).

Além das terapias medicamentosas existem os tratamentos psicoterapêuticos onde a conduta padronizada consiste em consultas semanais durante um período de 8 a 12 semanas (ALEXOPOULOS, 2005). A prática de exercícios físicos, meditação/mindfulness e alimentação saudável, bem como o tratamento de condições médicas que podem coexistir, também se mostraram eficazes para a situação. Estudo evidenciou que idosos deprimidos que praticavam exercícios físicos de intensidade moderada reduziram a presença de sintomas depressivos, assim como a mudanças de estilo de vida com a introdução de atividades prazerosas e o aumento da interação social também foram capazes de diminuir a presença desses sintomas (WARREN *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão é um importante assunto envolvendo a saúde do idoso devido a sua grande prevalência e aumento do risco de suicídio. Entretanto, é comumente subdiagnosticada e subtratada devido a sua apresentação peculiar neste público, que normalmente manifesta queixas somáticas, dolorosas, cognitivas entre outras. Ademais, o isolamento social, desmotivação e sentimento de tristeza podem ser percebidos pelos idosos e familiares como sendo naturais da velhice. De outra forma, o transtorno depressivo pode ser relacionado com a demência em algumas manifestações, sendo descrita como potencial fator de risco para o quadro, pródromo da demência, ter seu aparecimento em idoso com demência ou ainda ser confundida com a demência pelo aparecimento do déficit cognitivo.

Neste sentido, o conhecimento sobre as manifestações da depressão no idoso e sua relação com a demência é um potencial instrumento para a correta identificação da etiologia do quadro e das possíveis intervenções que se fazem necessárias, garantindo assim, uma assistência mais integral e melhora da qualidade de vida do indivíduo na terceira idade.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. O isolamento social provocado pela pandemia da covid-19 pode contribuir com o aparecimento de quadro demencial no idoso?
2. Em uma família experienciando um quadro depressivo no idoso, a consciência da possibilidade dessa apresentação ser uma primeira manifestação de demência pode influenciar nas relações de vínculo desta família?

3. O esquecimento, a queixa de dor e hipocondria são relacionadas como sendo comuns ao idoso, nesse sentido, qual o papel do profissional de saúde em alertar sobre essas mudanças de comportamento? Qual o papel também da família frente a essa situação?
4. Como a intergeracionalidade pode impactar na identificação de fatores de riscos modificáveis comuns à depressão e algumas demências no idoso?

REFERÊNCIAS

ALEXOPOULOS, G. S. Depression in the elderly. **The lancet**, v. 365, n. 9475, p. 1961-1970, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014. p 160 - 161.

BECK, A. T. (Ed.). **Cognitive therapy of depression**. Guilford press, 1979.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of general psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 561-571, 1961.

CASEY, D. A. Depression in older adults: a treatable medical condition. **Physician Assistant Clinics**, v. 3, n. 4, p. 531-542, 2018.

CARTHERY-GOULART, Maria Teresa; AREZA-FEGYVERES, Renata; SCHULTZ, Rodrigo R.; OKAMOTO, Ivan; CARAMELLI, Paulo; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F.; NITRINI, Ricardo. Versão brasileira da Escala Cornell de depressão em demência (Cornell depression scale in dementia). *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, [S.L.], v. 65, n. 3, p. 912-915, set. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x2007000500037>

CHENG, T.. Late-life depression. In: **Geriatric Psychiatry**. Springer, Cham, 2018. p. 219-235.

CUNHA, J. A. et al. Manual da versão em português das Escalas Beck. **São Paulo: casa do psicólogo**, v. 256, 2001.

DIAS, N. S. et al. Depressive disorders in the elderly and dementia: An update. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-6, Mar. 2020.

GREEN, Robert C.; CUPPLES, L. Adrienne; KURZ, Alex; AUERBACH, Sanford; GO, Rodney; SADOVNICK, Dessa; DUARA, Ranjan; KUKULL, Walter A.; CHUI, Helena; EDEKI, Timi. Depression as a Risk Factor for Alzheimer Disease. **Archives Of Neurology**, [S.L.], v. 60, n. 5, p. 753, 1 maio 2003. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.60.5.753>

LAKS, J.; ALMEIDA, C.; TELLES, L. L. Aspectos clínicos da depressão geriátrica. In: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M.; APRAHAMIAN, I. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p 139 - 150.

LEYHE, T. et al. A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. **Alzheimer's & dementia**, v. 13, n. 1, p. 59-71, 2017.

LIVINGSTON, G. et al. Dementia prevention, intervention, and care. **The Lancet**, v. 390, n. 10113, p. 2673-2734, 2017.

OLIN, J. T. et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 10, n. 2, p. 125-128, 2002.

RANGÉ, B. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Livro Pleno, 2001.

ROCK, P. L. et al. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 44, n. 10, p. 2029, 2014.

SCOLARICK, F. M. et al. Depressão e Demência | Diagnóstico Diferencial. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 790 – 799.

SINGH-MANOUX, Archana; DUGRAVOT, Aline; FOURNIER, Agnes; ABELL, Jessica; EBMEIER, Klaus; KIVIMÄKI, Mika; SABIA, Séverine. Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia. **Jama Psychiatry**, [S.L.], v. 74, n. 7, p. 712, 1 jul. 2017. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0660>

TAKADA, L. T.; SMID, J.; NITRINI, R. Doença de Alzheimer. In: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M.; APRAHAMIAN, I. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p 139 - 150.

TAVARES JÚNIOR, A. R.; SOUZA, C. C. V. Sintomas psicológicos e comportamentais nas Demências. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 889 – 945.

TAYLOR, W. D. Depression in the elderly. **New England journal of medicine**, v. 371, n. 13, p. 1228-1236, 2014.

VALENTIJN, S. A. M. et al. The effect of two types of memory training on subjective and objective memory performance in healthy individuals aged 55 years and older: a randomized controlled trial. **Patient education and counseling**, v. 57, n. 1, p. 106-114, 2005.

YU, J. et al. Directional associations between memory impairment and depressive symptoms: data from a longitudinal sample and meta-analysis. **Psychological medicine**, v. 48, n. 10, p. 1664-1672, 2018.

CAPÍTULO 11

ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR E INTERPROFISSIONAL DO SUS NO TRATAMENTO DAS DEMÊNCIAS

Adonyas Carlos Santos Neto

Mauriely Paiva de Alcantara e Silva

Pedro Ivo dos Santos Cruz Cardoso

Wanessa Lima Mendes

Yasmim de Sousa Moura

Emídio Marques de Matos Neto.

RESUMO

Com o envelhecimento populacional, o surgimento de novos casos de demência em idosos também vem aumentando, sendo notória a necessidade de cuidados que abranjam o paciente integralmente. Dessa forma, a atuação multidisciplinar dos profissionais de saúde é uma estratégia para superar esses desafios e uma maneira de contribuir diretamente com a saúde desses idosos. Nessa perspectiva, foi desenvolvida uma reflexão de natureza descritiva sobre a atuação multidisciplinar e interprofissional do SUS no tratamento das demências. A importância da atuação multiprofissional e interprofissional na terceira idade, os desafios enfrentados pela equipe multiprofissional na atenção primária no manejo do paciente com demência e sobre as perspectivas futuras em relação aos cuidados e tratamentos multiprofissional e interprofissional nas demências. Com isso, nota-se a necessidade de direcionar investimentos em políticas públicas para a assistência multiprofissional, em qualificações continuadas desse setor, além de fortalecimento da educação e trabalho interprofissional.

Palavras-chave: Atuação multidisciplinar; demências; envelhecimento; saúde do idoso.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a demência, independentemente da etiologia, é identificada a partir de alterações progressivas nas habilidades cognitivas e não cognitivas que estão associadas a sintomas neuropsiquiátricos. Estima-se que há aproximadamente 50 milhões de pessoas acometidas por demência em todo mundo, com a tendência de aumento significativo nos

próximos anos, haja vista que ocorra cerca de 10 milhões de novos casos a cada ano (WHO, 2020). Assim, na medida em que o número de pessoas que convive com demência aumenta, a implementação de um modelo baseado em cuidados primários, liderados por uma abordagem especializada, permitiria melhorar as vias de diagnóstico e de tratamento da doença (PRINCE et al., 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é organizado de forma intersetorial e, deveria ser, interprofissional, haja vista que ele integra ações voltadas tanto à questão da atenção à saúde, quanto de gestão, de participação social e de educação (PEDUZZI, 2016). Desta forma, é válido salientar a relevância do fortalecimento entre a educação e o trabalho interprofissional, com o intuito de qualificar os cuidados integrais à saúde da pessoa idosa, caracterizando-se como uma possibilidade para contornar os problemas que essa população enfrenta (MARTINS, 2017; ARRUDA; MOREIRA, 2018). Nessa perspectiva, programas que visam os cuidados de pessoas com demência em seus ambientes, a partir da participação de uma equipe de saúde multiprofissional, tem como objetivo criar intervenções para reduzir a incapacidade funcional destas pessoas (GITLIN et al., 2010).

A atuação baseada em premissas interprofissionais e interdisciplinares contribui para uma maior resolutividade, centrada no indivíduo/usuário, uma vez que associa competências comuns, específicas e colaborativas. Concomitantemente, há elementos comuns entre elas, que são fundamentadas nas equipes, que incluem: um perfil de equipe que compartilha funções individuais bem específicas; atuação em conjunto com o foco colaborativo nas metas e objetivos em comum; conhecimento das atividades exercidas por cada área de conhecimento, evidenciando a função e experiência de cada profissional que faz parte da equipe e; responsabilidade compartilhada durante as tomadas de decisão que a equipe realiza (MICKAN; RODGER, 2005; REEVES et al., 2011; REEVES et al., 2015).

Na literatura, os conceitos de interprofissionalidade e interdisciplinaridade são frequentemente usados como sinônimos com os conceitos de multiprofissional ou multidisciplinar, no entanto, todos esses termos são referentes aos vários profissionais de saúde que cuidam do mesmo indivíduo/usuário do sistema de saúde (CHAMBERLAIN-SALAUN; MILLS; USHER, 2013). Portanto, com o envelhecimento populacional, e o surgimento de novos casos de demência em idosos, fica evidente que os cuidados que devem ser tomados em decorrência deste problema são uma questão imediata de saúde pública e devem sempre considerar a centralidade do/no indivíduo. Ademais, a atuação múltipla dos profissionais de saúde a respeito da atenção direta e integrada aos indivíduos/usuários é uma forma única de

contribuir diretamente para solucionar essas questões, considerando as suas famílias e a comunidade em que vivem.

OBJETIVO

Desenvolver uma reflexão de natureza descritiva sobre a atuação multidisciplinar e interprofissional do SUS no tratamento das demências.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, fundamentada em estudos científicos, políticas nacionais e notas técnicas, sobre a atuação multidisciplinar e interprofissional do SUS no tratamento das demências.

DESENVOLVIMENTO

1. Importância da atuação multiprofissional e interprofissional na terceira idade.

A demência é um processo irreversível de deterioração progressiva, sendo causada por múltiplas etiologias, ocasionando repercussões nas relações do conjunto indivíduo-família-sociedade. Nesse cenário, há a necessidade do trabalho das diversas profissões para um cuidado mais integral, eficaz e eficiente (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020), sempre envolvendo a família, cuidadores e o entorno social do indivíduo..

A atenção multidisciplinar e interprofissional na saúde do idoso tem o propósito de oferecer uma assistência qualificada e que proporcione uma melhor qualidade de vida à pessoa idosa. Porém, a interprofissional/multidisciplinar está mais voltada a obtenção de resultados sobre os aspectos do processo saúde/doença, proporcionando o cuidado integral, a partir de planejamentos e de intervenções direcionadas para a realidade do indivíduo e sua família (MALTA et al., 2020; LLOYD et al., 2011).

A importância da atuação interprofissional/multidisciplinar se dá em variados aspectos da vida do idoso com demência, sendo o acompanhamento nutricional, médico, fisioterápico, fonoaudiológico, de enfermagem, de profissional de educação física, do agente comunitário de saúde, dentre outros, necessário nos diversos estágios da doença, proporcionando a melhoria no controle alimentar e de massa corporal, condicionamento físico, reabilitação de atividades de vida diária, questões sociais, o manejo das intercorrências clínicas e na qualidade de vida (BERTAZONE et al., 2016), resultando em prolongamento da funcionalidade da pessoa em processo de demência.

A ocorrência de manifestações comportamentais e psicológicas em idosos com demência afeta não só os indivíduos, mas a família e os cuidadores formais ou informais. Com isso, a atenção desses profissionais voltada à família e aos cuidadores proporciona uma comunicação mais efetiva quanto a condição do indivíduo, com o planejamento de estratégias de acordo com as necessidades do mesmo e as capacidades do cuidador, além do repasse de orientações e aconselhamentos em busca da melhora do cuidado e a prevenção de agravos (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021).

Com a participação dos profissionais de saúde, o indivíduo e o cuidador possuem um suporte educacional e emocional, colaborando para que haja uma maior segurança quanto ao cuidado oferecido pelo cuidador, e assim diminuindo a apreensão entre o indivíduo demenciado e os responsáveis pelo cuidado (JOHANSSON et al., 2014).

Na atenção primária à saúde (APS) é possível a abordagem primária da pessoa idosa com demência, possibilitando uma intervenção precoce, com a detecção de problemas cognitivos e de perda da funcionalidade. Assim, através de ações individuais e conjuntas, a equipe interprofissional/multidisciplinar pode proporcionar uma assistência integral e de qualidade na atenção à saúde desses idosos, por meio da identificação dos papéis individuais, ações colaborativas direcionadas a objetivos e metas comuns, a responsabilidade partilhada e os processos de tomada de decisões coletiva, assim como a comunicação aberta e o compartilhamento de informações (MALTA et al., 2020).

2. Desafios da equipe interprofissional/multidisciplinar na atenção primária à saúde no manejo do paciente com demência.

No que tange aos avanços do diagnóstico e tratamento das doenças demenciais, a família e a sociedade precisam ser melhor informadas, por exercerem um papel fundamental no cuidado ao idoso com demência. No contexto brasileiro, a responsabilidade de cuidar de um idoso dependente, em geral, cabe aos familiares mais próximos, do sexo feminino, como companheiras e filhas (SILVA et al., 2012).

No ocidente, em países como Estados Unidos, Canadá e Austrália, no qual há políticas públicas voltadas para a população com demências, os serviços de atenção primária estão em melhor posição para fornecer assistência integral à saúde desses indivíduos do que no Brasil. A esse respeito, o Ministério da Saúde tem elaborado propostas de educação permanente aos profissionais da saúde para que sejam capazes de promover o envelhecimento ativo e saudável. Tendo em vista que é papel dos trabalhadores da saúde colaborar para que mais pessoas atinjam

idades avançadas com a melhor condição de saúde possível (BURLÁ et al., 2013; BRASIL, 2009).

Considerando-se de forma ampla, é necessário que o sistema de saúde promova mudanças substanciais em direção à construção de um ambiente social e cultural mais favorável aos idosos. No trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as atividades realizadas em grupo, as ações coletivas na comunidade e a comunicação nas redes sociais de usuários são alguns dos recursos necessários para atuação nas dimensões cultural e social, para ampliação dessa rede de cuidados à pessoa idosa (ROSENBERG et al., 2018).

Atualmente, pelo nosso entendimento, existe uma lacuna entre a necessidade de prevenção, tratamento e cuidados para com as pessoas com demências e uma efetiva prestação desses serviços. As demências são subdiagnosticadas em todo o mundo e, se o diagnóstico for realizado, geralmente está em um estágio relativamente avançado do processo da doença. Percursos de cuidados de longo prazo (de diagnóstico até o final da vida) para pessoas com demência são frequentemente fragmentados, se não totalmente ausentes. E essa ausência de consciência e compreensão das demências é muitas vezes danosa, resultando em estigmatização e barreiras ao diagnóstico e atendimento (DO NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021; NGANDU et al., 2015).

3. Perspectivas futuras em relação aos cuidados e tratamentos multiprofissional e interprofissional nas demências.

A OMS e o Banco Mundial estimam uma necessidade, até 2030, de 40 milhões de novos serviços de saúde e assistência social no mundo todo, e cerca de 18 milhões de trabalhadores de saúde adicionais, principalmente em locais de poucos recursos, a fim de alcançar uma cobertura alta e eficaz com a ampla gama de serviços de saúde necessários (WHO, 2018).

Com a finalidade de acompanhar o progresso na prestação de serviços para pessoas com demências e também para seus cuidadores, a OMS lançou, em dezembro de 2017, a plataforma virtual "*Global Dementia Observatory*", que fornece o mecanismo para monitorar e facilitar o uso de dados por meio de uma ferramenta para troca de dados e conhecimento, a fim de apoiar o planejamento de serviço baseado em evidências, o compartilhamento de melhores práticas, e fortalecimento de políticas de demência, bem como sistemas de saúde e cuidados de longo prazo (WHO, 2017).

Todas essas atividades são recomendadas no documento "*Global Action Plan On The Public Health Response To Dementia 2017-2025*", adotado pela OMS, configurando um passo importante na implementação de políticas públicas voltadas para a assistência multiprofissional

e interprofissional. O documento fornece um plano abrangente de ação em áreas como: conscientização sobre demência e locais amigáveis às pessoas com essa condição; redução do risco de desenvolvimento de demência; diagnóstico, tratamento e cuidados; pesquisa e inovação; e suporte para os cuidadores. Visando, assim, melhorar a vida das pessoas com demência, seus cuidadores e famílias, enquanto diminui o impacto da demência nas comunidades e países (WHO, 2017).

Ainda, a qualificação permanente da força de trabalho multiprofissional e interprofissional em saúde é essencial para melhorar o conhecimento e a conscientização sobre os benefícios de uma resposta coordenada às necessidades de saúde das pessoas, especialmente dos mais idosos, haja vista que projeções indicam que seremos o sexto país em número de idosos em 2025 (OLIVARI et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação multiprofissional e interprofissional vem apresentando uma enorme importância nos cuidados e tratamento de indivíduos com demências, pois ela oferece uma assistência qualificada que abrange de forma integral tanto o indivíduo quanto a sua família por meio de intervenções e planejamentos voltados para a sua realidade. Na atenção básica a equipe multiprofissional e interprofissional irá identificar a doença, por meio da detecção dos problemas cognitivos e da perda da funcionalidade, e assim proporcionar uma intervenção mais eficaz, pois irá contar com a participação de diversos profissionais. Conclui-se que é necessário o investimento em políticas públicas para a assistência multiprofissional e uniprofissional, qualificações permanentes desse setor e também um fortalecimento da educação e trabalho interprofissional.

Ressalta-se ainda a necessidade de educação interprofissional para o compartilhamento adequado do cuidado da pessoa em processo de demência, com compreensão objetiva das competências específicas, comuns e colaborativas, que possam contribuir para uma atenção integral à saúde dos idosos, considerando os seus arranjos familiares e comunitários.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Se a interprofissionalidade fosse praticada dentro das graduações ela apresentaria melhores resultados na atenção básica? Qual possível estratégia efetivaria modelos de curriculuns de graduação na área da saúde que integrem saberes?

2. Na atenção básica, será necessário o investimento em equipes multiprofissionais ou apenas em um profissional que se especialize em demências? O que contribuiria para que isso ocorresse?
3. Tratar a demência como um problema apenas do idoso ou como um problema de toda a sociedade? Já que todos estamos sujeitos a ter ou a cuidar de alguém com demência.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, L. S.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do núcleo de atenção ao idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018.

BERTAZONE, T. M. A.; DUCATTI, M.; CAMARGO, H. P. M.; BATISTA, J. M. F.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S. Multidisciplinary/interdisciplinary actions in the care of elderly with Alzheimer's Disease. **Rev. RENE**, v. 17, n. 1, p.144-153, 2016.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs> (acessado em: 1 de março de 2021).

BURLÁ, C.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D.; NUNES, R. A perspective overview of dementia in Brazil: A demographic approach | Panorama prospectivo das demências no Brasil: Um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

CHAMBERLAIN-SALAUN, J.; MILLS, J.; USHER, K. Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. **Journal Of Multidisciplinary Healthcare**, v. 6, p. 65-74, 2013.

GITLIN, L. N.; WINTER, L.; DENNIS, M. P.; HODGSON, N.; HAUCK, W. W. A Biobehavioral Home-Based Intervention and the Well-being of Patients With Dementia and Their Caregivers. **Jama**, v. 304, n. 9, p. 983-991, 2010.

JOHANSSON, M. M.; KVVITTING, A. S.; WRESSLE, E.; MARCUSSON, J. Clinical Utility of Cognistat in Multiprofessional Team Evaluations of Patients with Cognitive Impairment in Swedish Primary Care. **International Journal Of Family Medicine**, v. 2014, p. 1-10, 2014.

LLOYD, J. V.; SCHNEIDER, J.; SCALES, K.; BAILEY, S.; JONES, R. Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: findings from an ethnographic study of healthcare assistants in dementia care. **Journal of interprofessional care**, v. 25, n. 5, p. 345-351, 2011.

MALTA, E. M. B. R.; ARAÚJO, D. D.; BRITO, M. F. S. F.; PINHO, L. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, n. 1, p. e190449, 2020.

MARTINS, J. J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007.

MICKAN, S. M.; RODGER, S. A. Effective Health Care Teams: a model of six characteristics developed from shared perceptions. **Journal Of Interprofessional Care**, v. 19, n. 4, p. 358-370, 2005.

NASCIMENTO, H. G.; FIGUEIREDO, A. E. B. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 119-128, 2021.

NGANDU, T.; LEHTISALO, J.; SOLOMON, A.; LEVÄLAHTI, E.; AHTILUOTO, S.; ANTIKAINEN, R.; BÄCKMAN, L.; HÄNNINEN, T.; JULA, A.; LAATIKAINEN, T. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 385, n. 9984, p. 2255-2263, 2015.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PRINCE, M.; COMAS-HERRERA, A.; KNAPP, M.; GUERCHET, M.; KARAGIANNIDOU, M. World alzheimer report 2016 - improving healthcare for people

living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future. **London: Alzheimer's Disease International**, 2016.

REEVES, S.; GOLDMAN, J.; GILBERT, J.; TEPPER, J.; SILVER, I.; SUTER, E.; ZWARENSTEIN, M. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, n. 3, p. 167-174, 2011.

REEVES, S.; MCMILLAN, S. E.; KACHAN, N.; PARADIS, E.; LESLIE, M.; KITTO, S. Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. **Journal Of Interprofessional Care**, v. 29, n. 3, p. 230-237, 2015.

ROSENBERG, A.; NGANDU, T.; RUSANEN, M.; ANTIKAINEN, R.; BÄCKMAN, L.; HAVULINNA, S.; HÄNNINEN, T.; LAATIKAINEN, T.; LEHTISALO, J.; LEVÄLAHTI, E. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial. **Alzheimer's and Dementia**, v. 14, n. 3, p. 263-270, 19 out. 2018.

SANTOS, C. S.; BESSA, T. A.; XAVIER, A. J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 603-611, 2020.

SILVA, C. F.; PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, p. 707-731, 2012.

OLIVARI, B. S.; FRENCH, M. E.; MCGUIRE, L. C. The Public Health Road Map to Respond to the Growing Dementia Crisis. **Innovation in Aging**, v. 4, n. 1, p. 1-11, 2020.

WHO. World Health Organization. Dementia, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (acessado em 27 de maio de 2021).

WHO. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025. Geneva: World Health Organization, 52, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/bookorders> (acessado em 27 de fevereiro de 2021).

WHO. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization, 2017.

CAPÍTULO 12

PLANO DE CUIDADOS NA REDE INTRAFAMILIAR DO IDOSO COM DEMÊNCIA

Arielly Jesus Leitão
Jeyson Allysson Arcanjo de Marques
Joanne Gleyce Amorim Ribeiro Martins
Cidianna Emanuely Melo do Nascimento

RESUMO

A demência trata-se de um problema de saúde pública, uma vez que acomete indivíduos de ambos os gêneros, de todos os grupos étnicos e de todos os estratos sociais. Com o envelhecimento populacional acelerado, a perspectiva é de que o número de famílias que cuidam de um idoso com demência quadruplique nos próximos cinquenta anos, se as tendências atuais se mantiverem. É extremamente importante que o plano de cuidados na rede intrafamiliar do idoso com demência seja implementado a fim de prevenir complicações de alta dependência, além de minimizar o desconforto do paciente e o estresse do cuidador, melhorando a qualidade de vida de ambos. Este capítulo está organizado em categorias essenciais no contexto de cuidado ao idoso com demência, a saber: atenção à nutrição do idoso com demência; cuidados voltados à farmacoterapia; e, orientações para o cuidado diário.

Palavras-Chave: Demência; Idosos; Familiares cuidadores; Cuidado.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A demência é uma das doenças crônicas-degenerativas que está diretamente ligada ao processo de envelhecimento. Os sintomas iniciais raramente são perceptíveis em algum momento da vida do idoso, aparecendo tardiamente, as alterações comportamentais serão percebidas e apresentam piora de acordo com a progressão da doença. Por apresentar impactos na memória, na função cognitiva e no nível funcional, comportamentos como ficar agitado, inquieto e agressivo, torna mais difícil e angustiante a tarefa do cuidar que, na maioria das vezes, recai sobre um familiar que se torna cuidador (HÄIKIÖ et al, 2019; NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019).

A família também é afetada de forma direta pelas manifestações da demência, é necessário a realização de mudanças no domicílio que podem ser difíceis de adaptar, gerando conflitos. Em estágios avançados, no qual o idoso com demência apresenta alto comprometimento cognitivo e que levam à redução da autonomia e perda da independência, os cuidados são realizados de forma integral, exigindo atenção 24 horas do cuidador e da família. Nos casos onde há declínio da memória, levando a perda da consciência de si mesmo e do mundo ao seu redor, os traços identificatórios estão comprometidos e, conseqüentemente, isso fragiliza a família (REGIER, 2017; NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021).

Nesse contexto, o cuidado direcionado ao idoso com demência, deve ser exercido de acordo com seu estágio. A família é a principal base do cuidado, junto ao cuidador. Dessa forma, dentro do domicílio podem ser executadas intervenções integrais, de acordo com a

rotina, alimentação e tratamento farmacológico. Essas intervenções contribuem para o gerenciamento dos sintomas relacionados à demência em idosos, bem como a redução do estresse familiar e do cuidador (PERDIGÃO et al, 2017).

OBJETIVO

Apresentar orientações acerca do cuidado integral à pessoa idosa com demência que podem ser realizadas dentro da rede intrafamiliar.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa com abordagem de reflexão teórica, a partir de pesquisas em estudos científicos nacionais e internacionais sobre o plano de cuidado na rede intrafamiliar de pacientes idosos com demência.

DESENVOLVIMENTO

1. Atenção à alimentação do idoso com demência

Diversos estudos sugerem que os fatores nutricionais, incluindo micro e macronutrientes, alimentos, bebidas e padrões alimentares, podem modificar o risco e atrasar a ocorrência de demência. Por outro lado, esses fatores também têm sido estudados no âmbito do tratamento, quer no atraso da progressão da demência, de declínio e de comprometimento cognitivo, na melhoria da função cognitiva e dos sintomas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Estudos epidemiológicos mostram evidência moderada, relativa a uma associação entre a adesão à dieta Mediterrânea e um menor risco de demência, assim como uma potencial diminuição do risco de progressão de síndromes pré-demenciais. Os benefícios da dieta Mediterrânea têm sido atribuídos aos alimentos e aos micros e macronutrientes característicos, em particular aos ácidos graxos (AG) poli- e monoinsaturados (predominantes no azeite de oliva extravirgem). A redução do risco de doenças cardiovasculares, o aumento de neurotoxinas e/ou ações anti-inflamatórias, poderão explicar os seus efeitos benéficos (PRINCE et al, 2014).

As vitaminas E e C, o selênio e os flavonóides, por sua vez, podem proteger de danos oxidativos que eventualmente surgem como causa e/ou consequência da demência. Vários estudos mostram que estes fatores são potencialmente protetores na incidência de demência e que a sua obtenção na alimentação poderá ser preferível à suplementação. Apesar de não haver evidência de que a administração de vitamina E (alfa tocoferol) melhore a função cognitiva na doença de Alzheimer, um estudo apresentou um atraso do declínio funcional (FARINA et al, 2017).

Os déficits nutricionais devem ser tratados, sugerindo-se que a intervenção nutricional na demência seja particularmente benéfica nestes casos. Atualmente existe uma elevada prevalência de patologias em idosos que são fatores de risco vascular, como a hipertensão arterial. Nesse grupo etário, também é alta a prevalência dos déficits de vitaminas do complexo B, vitamina D e antioxidantes. Dado o seu possível papel na demência, torna-se ainda mais pertinente assegurar um bom estado nutricional da população, prevenindo estados de déficit e de excesso (PRINCE et al, 2014).

O modelo mais informativo da contribuição feita pela dieta envolve como fatores o reforço de defesas intrínsecas contra auto oxidação e contenção do processo de resposta inflamatória. Componentes dietéticos com antioxidante potente e propriedades anti-inflamatórias são mais relevantes. Existem, ainda, alguns motivos para recomendar dietas com uso de suplementos alimentares com a intenção específica de abrandamento cognitivo progressivo relacionado com a idade. É aconselhável comer frutas e vegetais frescos, comer pelo menos duas porções de peixes oleosos por semana e quantidade moderada de álcool deve ser suficiente, mesmo na velhice avançada (WHALLEY; STARR; DEARY, 2004).

Para que o estado nutricional do idoso seja adequado, o cuidador deve receber orientações nutricionais para prestar assistência correta, assim, oferecendo uma melhor qualidade de vida. A dieta deve conter refeições bem variadas, oferecer uma alimentação diversificada, evitar sal, preferir temperos naturais, preparar alimentos em molho, pois são mais fáceis na mastigação e deglutição. Deve ser oferecido líquidos frequentemente e o tamanho e consistência dos alimentos devem ser apropriados para evitar que o idoso se engasgue. Para que o indivíduo coma corretamente é de grande importância que durante as refeições o cuidador esteja ao lado do mesmo, orientando-o a cada ação que é feita (GRINER; CALDAS, 2014).

Diante do que foi exposto, é possível perceber a importância da alimentação na prevenção e também no tratamento da demência entre os idosos. Nessa faixa etária da vida existe uma maior prevalência de deficiência de vitaminas e minerais, evidenciando que torna-se ainda mais importante garantir um bom estado nutricional da população evitando déficits de nutrientes.

2. Cuidados voltados à farmacoterapia

Os familiares e o cuidador são peças indispensáveis no tratamento da demência, uma vez que, de acordo com a progressão, o receptor de cuidados ficará cada vez mais debilitado e dependente, impedido de administrar seus medicamentos de forma adequada. Assim, o tratamento deve ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar, buscando uma abordagem integral (VALE, 2014).

Cuidadores que possuem dedicação exclusiva para executar o cuidado atingem mais sucesso na administração correta de medicamentos do que cuidadores que desempenham outras atividades além da atenção ao idoso. Nesses casos, faz-se necessário a presença de outro cuidador ou familiar para garantir a administração dos medicamentos nos horários corretos, este pode auxiliar na supervisão dessa atividade, em rodízio, evitando sobrecargas. Em casos de indivíduos que fazem uso de dispositivos de acesso complexos para a medicação, é fundamental a orientação da equipe de saúde da família, através de ações educativas direcionadas aos cuidadores e familiares (BARROS; SILVA; LEITE, 2015).

A farmacoterapia usada para os mais variados tipos de demência é ampla e com mecanismos de ação diversos. Além dos fármacos usados como base para o tratamento das demências, haverá outros com objetivos de tratamentos secundários como antidepressivos, analgésicos e antipsicóticos, tornando a farmacoterapia complexa (CRF-SP, 2020).

A polifarmácia, definida como o uso diário de múltiplos medicamentos, é prevalente em idosos. Pela quantidade de diferentes medicamentos, a administração, de acordo com seus respectivos horários, pode causar confusão para o cuidador responsável e dificuldade da adesão ao tratamento por parte do paciente. O gerenciamento dos horários da administração de cada

medicamento pode ser feita pelo cuidador com o auxílio de tabelas e caixas organizadoras com indicações de manhã, tarde e noite a fim de criar uma rotina, facilitando a adesão ao tratamento e evitando erros de medicação (FONTES et al, 2018).

O indivíduo com síndrome demencial apresenta problemas de comunicação, problemas de memória, déficits sensoriais e flutuações do pensamento, assim, a família e o cuidador, são os responsáveis por observar as alterações fisiológicas/patológicas do idoso com demência e reportá-las aos profissionais da saúde. Estes, por sua vez, devem educar os cuidadores para direcionar a atenção para as mudanças relacionadas à saúde, tais como alterações comportamentais e funcionais do paciente (CRF-SP, 2020).

O principal emissor de informações relacionadas à saúde do idoso é a família. Assim, a presença de um acompanhante ou o próprio cuidador junto ao serviço de saúde é de grande ajuda para uma avaliação clínica eficiente. É sempre importante garantir que as informações relacionadas ao tratamento medicamentoso foram de fato compreendidas pelo cuidador, pois sua correta execução é fundamental para cumprir o objetivo da farmacoterapia. O estabelecimento de uma boa relação e comunicação do cuidador com o receptor de cuidados é essencial para a troca de informações a respeito do estado de saúde. O desenvolvimento do vínculo entre a equipe de saúde, o paciente e o familiar cuidador também é uma ferramenta importante de suporte no acompanhamento de casos de demência (BARROS; SILVA; LEITE, 2015; NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019).

Os profissionais de saúde, também devem construir um bom diálogo com o cuidador e a família, fornecendo espaço e atenção através da escuta ativa. A recepção de informações vinda dos cuidadores auxiliará os profissionais de saúde na identificação da evolução do tratamento e de possíveis reações adversas. O farmacêutico é o profissional imprescindível na adesão aos esquemas terapêuticos e na orientação relacionada à farmacoterapia nessa população, trabalhando junto ao cuidador, que por sua vez, exerce o papel de garantir a adesão ao tratamento e sua execução de forma correta, respeitando a prescrição médica (BARROS; SILVA; LEITE, 2015; CRF-SP, 2020).

Dessa forma, percebe-se que a atenção ao idoso com demência exige apoio, não somente do cuidador, mas de toda a família junto à uma equipe de profissionais da saúde multidisciplinar. O acompanhamento da farmacoterapia, pelo farmacêutico, é essencial para repassar as informações relacionadas à realização da administração dos medicamentos, seus horários e armazenamento correto. Desse modo, a compreensão e execução dessas informações pelo cuidador e pela família, é de total relevância para garantir a segurança e o objetivo do tratamento.

3. Orientações para o cuidado diário

A demência, por ser uma enfermidade neurodegenerativa que afeta tanto a função cognitiva quanto a executiva, tem como consequências limitações nas atividades básicas da vida diárias como o ato de se alimentar, tomar banho, se vestir e na própria locomoção. Além disso, afeta também as atividades instrumentais de vida diárias como o gerenciamento das finanças, fazer compras e controle de medicações. Nesse sentido, a família se torna um pilar no cuidado ao idoso (CHENG, 2017).

Este cuidado por muitas vezes é feito por familiares que não possuem o treinamento ou conhecimento adequado para sua realização. Nesse contexto, podem surgir muitos obstáculos,

entre eles pode ser citada a dificuldade em estabelecer uma comunicação devido ao déficit cognitivo imposto pela doença, impedindo que as necessidades do idoso sejam identificadas de maneira correta. Além disso, muitos cuidadores passam a morar com o idoso e a assistência é aplicada a todo momento, fazendo com que ele abdique de sua vida pessoal, como lazer, família e amigos, o que pode levar a problemas psicológicos. Isso infere a necessidade de intervenções e orientações no auxílio ao cuidador (ROQUE et al, 2020; GUALTER et al, 2017).

Assim, esse processo deve ser acompanhado e orientado a fim de evitar a sobrecarga mental e física do cuidador. Campos et al. (2020) descreve que a falta de conhecimento a respeito das técnicas assistenciais dificulta a autonomia do paciente, exigindo maior participação familiar. Esse conhecimento deve englobar condições sociais, espirituais, físicas e emocionais.

Nesse contexto, pode ser utilizada como exemplo a doença de Alzheimer, a demência mais prevalente e uma das mais debilitantes, que de acordo com seu estágio de comprometimento pode tornar o idoso totalmente dependente. O Quadro 6 elenca ações que devem ser realizadas a fim de reduzir os impactos da doença na vida do idoso.

Quadro 6. Ações realizadas a fim de reduzir os impactos da doença de Alzheimer na vida do idoso.

Fase inicial da doença	Alteração de memória	Criar lembretes a respeito de atividades do dia a dia para servir como estímulo ao paciente e estimulação da memória através da repetição.
	Necessidade de ajuda no desenvolvimento de AVD	Realizar a supervisão do paciente, mas sempre respeitando a sua capacidade sem realizar tudo por ele; estimular também a realização de tarefas domésticas e percursos curtos.
	Sintomas depressivos ao se deparar com perdas	Buscar atividades que tragam satisfação para o paciente, tanto individualmente quanto em grupo; buscar manter um bom humor para reduzir os níveis de estresse.
Fase moderada da doença	Agravo de sintomas cognitivo	Estimular a memória através de jogos; estimular a compreensão com orientações simples e respostas objetivas.
	Piora da Linguagem	Manter conversas e comunicações; buscar sempre um tom de voz mais calmo e tranquilo.

	Possibilidade de alteração do comportamento	Evitar conflitos e discussões a respeito da condição do paciente na sua presença, além de buscar não ter reações negativas aos seus comentários.
Fase avançada da doença	Dificuldade no reconhecimento de pessoas	Mostrar fotografias de familiares e pessoas próximas para estimular o reconhecimento.
	Perda da autonomia	Fazer sempre o acompanhamento do paciente evitando que se desloque sozinho para outros lugares, principalmente em atividades consideradas de maior risco, como acender fogão ou usar ferro elétrico.
	Dependência para higienização	Buscar supervisionar a higiene pessoal do paciente.
	Dependência para alimentação	Ter atenção com o horário das refeições, pois nos graus mais elevados o paciente pode não lembrar nem mesmo de se alimentar.
	Dependência para locomoção	Buscar uma redução do risco de quedas, observando sempre móveis e tapetes que podem provocar esse problema, além de supervisionar a deambulação.
	Comprometimento significativo da linguagem	Buscar sempre manter uma conversa o mais simples possível.

Fonte: BVS, 2017

Assim, fica claro a importância do envolvimento familiar no cuidado ao idoso com demência. Estudos nessa temática ainda são escassos, porém nos que foram encontrados possuem muitas evidências positivas. Além disso, também ficou claro que o treinamento das pessoas envolvidas nesse cuidado traz uma melhora considerável na qualidade de vida do idoso e até mesmo do próprio cuidador que terá sua carga de estresse reduzida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo, a partir das informações discutidas, fica evidente a importância da integração familiar no cuidado do idoso com demência, bem como transformá-la no pilar principal da atenção ao mesmo. O impacto causado na vida do idoso pelas doenças neurodegenerativas atinge até mesmo os hábitos de vida diários, como alimentação e higiene, tornando-as cada vez mais difíceis de serem realizadas pelo próprio idoso. Logo, o envolvimento do maior número de familiares se torna fundamental para suprir a demanda de cuidados necessários, além de reduzir a sobrecarga exercida no cuidador principal.

A atenção voltada para alimentação, farmacoterapia e cuidados diários são essenciais no contexto de cuidado ao idoso com demência. A integração de alguns tipos de dieta se mostrou benéfica, pois além de atrasar o avanço da doença, ainda conseguem promover uma melhora das manifestações clínicas. Em consonância, por conta dos agravos provocados pela enfermidade, o acompanhamento na administração das medicações deve ser realizado de forma minuciosa pelo cuidador, especialmente pelo fato de muitos idosos fazerem a utilização de múltiplos medicamentos, bem como se mostram necessárias orientações a respeito dos cuidados diários a que estes idosos deverão ser submetidos, para que possa se permitir uma melhoria da qualidade de vida.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. O capítulo discute o plano de cuidados na rede intrafamiliar do idoso com demência. No seu ponto de vista, qual a importância do plano de cuidados para a melhoria da saúde do idoso com demência? Comente.
2. Podemos perceber neste capítulo que a família é afetada de forma direta pelas manifestações da demência, é necessário a realização de mudanças no domicílio que podem ser difíceis de adaptar, gerando conflitos. Na sua visão, quais fatores influenciam negativamente nesse processo?
3. Quais são os principais cuidados prestados ao idoso com demência em ambiente domiciliar?
4. Qual o papel da família na implementação do plano de cuidados do idoso com demência?
5. Qual a importância dos profissionais da saúde na orientação dos familiares cuidadores de um idoso com demência?

REFERÊNCIAS

BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Conduta do tratamento medicamentoso por cuidadores de idosos. v. 19, n. 54, p. 527-536. **Interface Comunicação Saúde Educação**. Botucatu, 2015.

Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. Como a equipe de enfermagem pode auxiliar cuidadores e familiares no cuidado de pacientes com Doença de Alzheimer nas diversas fases da doença? **Segunda opinião formativa (SOF)** [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. Núcleo de Telessaúde Espírito Santo, 2017.

CAMPOS, L. A. et al. A reorganização familiar após o diagnóstico de doença de Alzheimer.

Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 9, p.e12996317, 2020.

CHENG, S.T. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. **Current Psychiatry Reports**. [S. l.], v. 19, n. 9, p. 1-8, 2017.

CRF-SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Cuidado farmacêutico ao idoso**. São Paulo: CRF-SP, 2020. 62 p. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/idoso.pdf>. Acesso em: 11/03/2021.

FARINA N., LLEWELLYN D., ISAAC M., TABET N. Vitamin E for Alzheimer 's dementia and mild cognitive impairment. **Cochrane Database Syst Rev**. [S. l.], v. 4 n. 4, 2017. [57] p.

FONTES, C. M. B. et al. Contribuição farmacêutica ao cuidador informal de idosos: Desenvolvimento de cartilha impressa e eletrônica. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. 1., 2018, São Carlos. **Anais [...]**São Carlos: CIET: EnPED, 2018. Disponível em: <https://cietenped.ufscar.br/submissao/index.php/2018/article/view/791>. Acesso em: 5 mar. 2021.

GRINER, A. CALDAS, C. P. O cuidado nutricional do idoso demenciado-a intervenção educativa voltada ao cuidador familiar. **Revista de APS** [s. l.] v. 17, n. 2, 2014.

HÄIKIÖ, K., SAGBAKKEN, M., RUGKÅSA, J. Dementia and patient safety in the community: a qualitative study of family carers' protective practices and implications for services. **BMC health services research**, [s. l.], v.19, n. 1, p.635., 2019.

NASCIMENTO, H. G., FIGUEIREDO, A. E. B. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 26, n. 1, p. 119-128. Rio de Janeiro, 2021.

NASCIMENTO, H. G., FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares, cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 24, n. 4, p. 1381-1392. Rio de Janeiro, 2019.

PERDIGÃO, L. M. N. B., ALMEIDA, S. C., ASSIS, M. G. Estratégias utilizadas por cuidadores informais frente aos sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 28, n. 2, p. 156-162. São Paulo, 2017.

PRINCE M., ALBANESE E., GUERCHET M., PRINA M. **Nutrition and dementia. A review of available research**. London: Alzheimer's Disease International, 2014.

REGIER, N. G., HODGSON, N. A., GITLIN, L. N. Characteristics of Activities for Persons with Dementia at the Mild, Moderate, and Severe Stages. **The Gerontologist**, [S. l.], v.57, p.

987-997. 2017.

ROQUE, S. M. B. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com demência: um estudo em um ambulatório de geriatria no sudeste do Brasil. **HU Revista**, [S. l.], v. 46, p. 1–10, 2020.

VALE, F. A. C. Drogas Antidemência. In: FORLENZA, O. V.; RADANOVIC, M. APRAHAMIAN, I. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. 2 Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health Gap Action Programme (mhGAP). Nutritional interventions for people with dementia or cognitive impairment. News 2015. 2015:1-33.

WHALLEY, L. J.; STARR, J. M.; DEARY, Ian J. Diet and dementia. **British Menopause Society Journal**, [s. l.] v. 10, n. 3, p. 113-117, 2004.

CAPÍTULO 13

CUIDADOS DE IDOSOS PORTADORES DE DEMÊNCIAS EM ILPIs

Ana Clara Barradas Mineiro

Ulisses de Sousa Rigon

Yasmim de Sousa Moura

Francisca Tereza de Galiza

RESUMO

Com o crescimento populacional de idosos no Brasil, surgiu a necessidade de meios alternativos para o cuidado desses em um contexto de grandes mudanças sociais, culturais e familiares. À medida que as pessoas envelhecem e têm suas capacidades reduzidas, torna-se uma pressão maior e constante sobre seu comportamento cotidiano. Assim, as famílias têm buscado uma alternativa viável de um envelhecimento bem-sucedido como todo o aparato qualificado e profissional. Assim, objetivou-se promover uma reflexão crítica quanto ao acolhimento de idosos portadores de demências em Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPIs), na perspectiva do cuidador. Desse modo, foi evidenciado, com base na literatura, um aumento na procura de cuidadores qualificados, como também o aumento do acolhimento desses idosos portadores de demências em ILPIs. Todavia, foram encontrados resquícios de um modelo asilar ultrapassado, que oferece apenas uma assistência básica, sem tratamento especializado e centrado nas necessidades dos idosos com demência.

Palavras-chave: Demência; Idoso; Cuidadores; Instituição de longa permanência.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o envelhecimento foi colocado em bastante destaque devido à transição demográfica que o Brasil passa. Esse processo de aumento da expectativa de vida de uma população pode ser visto como um dos maiores êxitos da humanidade, mas também como um dos maiores desafios, visto que envolve questões dos mais diversos âmbitos e apresenta ser mais difícil para países em desenvolvimento (SILVESTRE, 2016).

Aliado a isso, outras transformações sociais, como a ingressão da mulher no mercado de trabalho e as novas configurações familiares, fizeram com que nem sempre as famílias dispusessem de um cuidador para auxílio direto dos seus entes idosos. Dessa forma, as

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) surgiram como uma alternativa para esse cuidado especializado e vêm ganhando cada vez mais força com as mudanças sociais do Brasil (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

As ILPIs têm sua origem ligada aos asilos, que são frutos da caridade cristã para oferecer abrigo à população carente, e são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (CAMARANO; KANSO, 2010).

Vale ressaltar que a denominação ILPI foi iniciada em comissões especializadas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia com o intuito de hibridizar a função dessas instituições, ou seja, torná-las estabelecimentos voltados à terapêutica dos idosos e não só uma residência coletiva. Desse modo, nota-se que há um desafio em transformar essas instituições em pontos da rede assistencial de saúde no Brasil, principalmente para idosos com redução da capacidade cognitiva e mental (CAMARANO; KANSO, 2010).

Ao mesmo tempo, sabe-se que uma parcela dos idosos que residem nas ILPIs possuem algum tipo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), que se potencializam diretamente com o processo de envelhecer, como é o caso das demências. Este tipo de acometimento é responsável por provocar comprometimento funcional e da qualidade de vida do idoso. Em 2012, mais de 35 milhões de pessoas no mundo apresentavam algum grau de demência, podendo chegar a 115 milhões de pessoas até 2050. Já o tempo vivido com demência responde por 11,9% dos anos de convívio com incapacidades decorrentes de DCNT (OMS, 2012).

Os fatores de risco associados à demência, como por exemplo, hipertensão arterial, diabetes mellitus e depressão, desfavorecem a manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa e prejudicam a qualidade de vida dos mesmos. Assim, surge uma nova demanda de cuidados para a população que envelhece, exigindo o estabelecimento de uma rede de apoio familiar e social para atender as lacunas no autocuidado e nas atividades de vida diárias.

De acordo com Mestre (2016), a filosofia de quem trabalha com idosos portadores de demência deve ser pautado em valorizar a identidade daquele idoso, promover uma saúde positiva, usar o mínimo de medicação, encorajar a inclusão no ambiente institucional, trabalhar com as capacidades que a pessoa possui, validar suas experiências e seus sentimentos e reconhecer sua subjetividade, enfatizando a instituição da demência como um fator de incapacidade.

Portanto, o acolhimento dos idosos institucionalizados depende do grau de conhecimento e empatia dos cuidadores, pois são eles os responsáveis pelo cuidado direto junto a esses idosos. É imprescindível, então, capacitar esses trabalhadores, oferecê-los apoio terapêutico e integrá-los no planejamento dos cuidados dos idosos com demências nas ILPIs.

OBJETIVO

Promover uma reflexão crítica quanto ao cuidado de idosos portadores de demências em Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPIs), na perspectiva do cuidador.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, fundamentada em estudos científicos e em notas técnicas nacionais e internacionais, sobre o cuidado de idosos portadores de demências em ILPIs. Os descritores utilizados na busca do referencial teórico foram categorizados em: Demência, Idoso, Cuidadores, Instituição de longa permanência.

DESENVOLVIMENTO

1. Caracterização sociodemográfica

No Brasil o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos chega a ser em torno de 28 milhões, representando uma proporção de idosos que ultrapassa 13,5% da população (IBGE, 2018). Devido ao crescimento contínuo dessa parte da população, muitas das suas necessidades específicas estão ainda por serem identificadas e estudadas. Ganha destaque, neste contexto, os idosos residentes em ILPIs, que congregam um perfil populacional com características próprias, sindrômicas e complexas.

Dessa forma, Duarte et al. (2018) realizaram um estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em ILPIs registradas no Censo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e observou que dos 45.868 idosos residentes nessas instituições, 48,4% eram homens, a maioria dos residentes possuía entre 70 a 79 anos e possuíam declínio cognitivo e que o motivo de institucionalização prevalente neste estudo foi necessidade de saúde/cuidados.

Esse cenário exige uma estruturação de uma rede de cuidados que implica na participação de agentes da esfera governamental, dos serviços de saúde e da família devido ao processo global de envelhecimento populacional e as suas consequências como o agravamento das DCNTs. Isso acarreta em transformações sociais na esfera governamental, nos serviços de

saúde e da família (SILVA et al., 2015). Neste caso, há a necessidade de uma família apta ao cuidado do idoso. Todavia, cada vez mais é frequente a ausência de um membro da família para tal função, possibilitando então espaço para pessoas que oferecem cuidados para suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva. O cuidador pode ser um familiar ou profissional (DINIZ et al., 2017).

2. O papel do cuidador e os desafios enfrentados

A tarefa de cuidar, representada pelo papel do cuidador, inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido física ou mentalmente a desempenhar tarefas práticas das atividades da vida diária e autocuidado. Esse profissional pode ser contratado para trabalhar na moradia do idoso (cuidador domiciliário) ou numa ILPI (cuidador institucional). O cuidador formal é descrito como sendo a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades da vida cotidiana (SILVA et al., 2015).

De acordo com Camarano e Kanso (2010), com as mudanças sociais e estruturais da sociedade, as famílias têm encontrado dificuldades para desempenhar as funções que tradicionalmente lhes eram conferidas. As doenças incapacitantes e as demências têm tornado mais complexas e difíceis a tarefa de cuidar, o que favoreceu a busca pelas ILPIS. Todavia, as deficiências dos asilos persistem até a atualidade, não atendendo os parâmetros básicos de funcionamento, além das desvantagens das casas de repouso, como afastamento da família, das suas atividades diárias, e novos hábitos de rotina em um novo lar.

Diante de todas as decisões enfrentadas por muitos cuidadores familiares de idosos com demência, uma das mais difíceis e desafiadoras é estabelecer a permanência desse idoso em uma ILPI, e quando essa escolha deve ser realizada, caso exista um momento ideal (COLE, SAMSI, MANTHORPE, 2018; LORD et al., 2016). Essa insegurança carregada pelos cuidadores e/ou familiares demonstram a necessidade e relevância de aprofundarem os estudos, para compreensão do processo que gira em torno da tomada de decisão e sua complexidade, tendo em vista que essas informações são cada vez mais importantes, pelo fato do número de idosos com demência e apoio social limitado serem cada vez maiores.

Dentro desse processo da tomada de decisão, existem possíveis motivos que culminam na mudança do idoso para a ILPI e essas razões não são devido a apenas um fator e sim a combinação destes. Entre os muitos motivos relatados estão: um evento de crise; agravamento dos sintomas de demência ou saúde geral da pessoa com demência; percepção do cuidador de ser incapaz de lidar com a situação (COLE, SAMSI, MANTHORPE, 2018; LORD et al., 2016).

Em geral, os idosos portadores de demência apresentam uma deterioração gradativa para a execução das atividades de vida diária (AVD). As AVDs são tarefas funcionais importantes para a independência no autocuidado e no funcionamento, como por exemplo, alimentar-se, escolher uma roupa, ir ao banheiro, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, dentre outras. Ainda segundo Carpenter et al. (2006) e Lee et al. (2015), os idosos com demência exibem um declínio mais acelerado do que o esperado, na capacidade de realizar as AVDs, quando residentes em lares para idosos e, conseqüentemente, esse declínio nas habilidades funcionais está intrinsecamente relacionada a uma maior dependência de cuidados (MEINERDING et al., 2018).

A dependência de cuidados acontece de fato quando as habilidades de autocuidado de um indivíduo reduzem de tal forma que necessitam de cuidados mais especializados de profissionais. Na literatura, existem estudos que definem a dependência como sendo composta de incapacidade funcional, enquanto outros sugerem que a dependência está relacionada com a incapacidade funcional e não definida como isso (PICCO et al., 2016). Além disso, a dependência de cuidados está associada a uma redução da qualidade de vida (GARRE-OLMO et al., 2017) e alta sobrecarga do cuidador (GALLAGHER et al., 2011).

3. Instituições de Longa Permanência (ILIPs) e qualidade de vida

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social, e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo. Nesse cenário, novas formas de intervenção na saúde do idoso foram desenvolvidas. Dentre elas, destacam-se os grupos de promoção da saúde, definidos como uma intervenção coletiva e interdisciplinar para o fortalecimento da autonomia, independência na realização das atividades, assim como uma melhor qualidade de vida (TAHAN; CARVALHO, 2010).

É imprescindível, que as ILPIs proporcionem qualidade de vida, precisando veementemente quebrar com o modelo asilar ultrapassado, quando se confere à administração de serviços de saúde e/ou habitação para os idosos. A literatura revela que as ILPIs se mostram como lugares monótonos, para pessoas carentes (CAMARANO; KANSO, 2010), entretanto, essa percepção vem sendo modificada aos poucos, pois tem sido possível encontrar idosos que se mudam para uma ILPI a partir de uma escolha voluntária, alegando motivos como viuvez, não ter filhos ou não desejar onerar os filhos, preferir ser independente, entre outros motivos (FREITAS; NORONHA, 2010).

A realização de atividades que possibilitem novas experiências, a partir do contato com os demais residentes, assim como a valorização das antigas vivências e habilidades adquiridas, são um dos fatores que pressupõem o envelhecimento saudável nestes locais. Dessa forma, a procura desses espaços tornou-se uma boa alternativa devido aos benefícios na qualidade de vida dos idosos, como a busca pela autonomia destes, o que pode ser fomentado nas ILPIs como uma política de promoção da saúde (SILVA, et al., 2013), de socialização e instalações físicas adaptadas (ALVES et al.; 2017), alimentação balanceada, como também o acompanhamento por profissionais e atendimento de emergência garantem uma qualidade de vida melhor (BRASIL, 2012).

As ILPIs necessitam de uma equipe multiprofissional que possam proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, direcionado às singularidades dos idosos (BERTOGLIO, KRIEGER; 2016). Ademais, deve-se qualificar cuidadores e profissionais de saúde tornando-os aptos para lidarem com as especificidades dos cuidados geriátricos e gerontológicos, que não deixem de abordar questões essenciais que envolvem promoção da saúde, humanização e qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2014). Para que assim, proporcione o atendimento das necessidades nos diferentes graus de dependência dos residentes e suas etiologias, sintomas, prevenção, e decurso esperado, prestar suporte emocional.

Segundo a RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, que dispõe sobre a regulamentação para o funcionamento das ILPIs, no Brasil, essas instituições, sejam públicas, privadas ou sem fins lucrativos, ainda são reconhecidas como instituições de assistência social. A maioria das instituições existentes apresentam demandas simultâneas tanto do SUAS, como do Sistema Único de Saúde (SUS) e a análise das necessidades de saúde dos idosos e a associação dos respectivos profissionais à sua equipe de trabalho são deixados a critério da própria instituição. Todavia, não é feita a gestão sobre a proporção e dimensionamento dessas demandas.

Logo, as ILPIs, que antes possuíam caráter social, nos últimos anos desempenham funções que remetem a serviços de saúde, uma vez que nessas instituições existe um número expressivo de idosos extremamente dependentes e com diversos tipos de adoecimentos. Esses idosos, requerem cuidados de uma equipe cada vez maior e especializada, de profissionais de saúde, capazes de exercerem uma assistência contínua, eficaz e sistematizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário atual de transição demográfica e mudanças no padrão social e estrutural das famílias, cuidar de um idoso diagnosticado com alguma síndrome, como a perda progressiva

das especificidades cognitivas, tornou-se um desafio, tendo em vista a necessidade de tempo e cuidado especializado que essa tarefa demanda. Nesse sentido, as ILPIs vêm crescendo como uma alternativa para essas famílias que buscam oferecer uma melhor qualidade de vida para seus idosos com demência.

Sabe-se que muitas variáveis influenciam na decisão de transferir uma pessoa para uma ILPI, havendo, também, muitas desvantagens como o afastamento do idoso de seu convívio familiar e social. No entanto, a existência de um cuidado articulado, multiprofissional e centrado nas necessidades da pessoa com demência tornam-se preponderantes para uma melhor qualidade de vida desses idosos.

No Brasil, todavia, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a melhoria da atuação dessas instituições. Isso ocorre porque a maior parte das ILPIs existentes, ainda são resquícios de um modelo asilar antiquado, que oferece apenas uma assistência básica, sem aprofundamento no tratamento especializado e centrado na pessoa. Dessa forma, é importante que haja qualificação técnica e psicológica de cuidadores de idosos com demência em ILPIs, além da formação de uma equipe multiprofissional que promova uma assistência contínua e centrada na pessoa idosa.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. O que uma instituição de longa permanência para idosos deve possuir para oferecer um cuidado completo para pessoas com demência?
2. Quais as principais diferenças entre um cuidado oferecido para um idoso que realiza suas AVD normalmente para um cuidado de um idoso com perda cognitiva progressiva?
3. Como deve ser a participação assistencial do SUS nas ILPIs?
4. Qual o impacto social do crescente envelhecimento populacional e o estabelecimento de redes de apoio à pessoa idosa?

REFERÊNCIAS

ALVES, M. B.; MENEZES, M. R.; FELZEMBURG, R. D. M.; SILVA, V. A.; AMARAL, J. B. Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160337, 2017.

ARAÚJO, C. L. O.; LOPES, C. M.; SANTOS, G. R.; JUNQUEIRA, L. P. Perfil dos

colaboradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 1, p.219-230, 2014.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 395-411, 2016.

BRASIL. República Federativa do Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4702, de 09 de novembro de 2012. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1053572&filename=Avulso+-PL+4702/2012 (acessado em 12 2013).

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 283, de 26 de setembro de 2005. Dispõe sobre as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CARPENTER, G. I.; HASTIE, C. L.; MORRIS, J. N.; FRIES, B.; ANKRI, J. Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. **Bmc Geriatrics**, v. 6, n. 1, p. 1-8, 2006.

COLE, L.; SAMSI, K.; MANTHORPE, J. Is there an “optimal time” to move to a care home for a person with dementia? A systematic review of the literature. **International Psychogeriatrics**, v. 30, n. 11, p. 1649-1670, 2018.

DINIZ, M. A. A.; MELO, B. R. S.; NERI, K. H.; CASEMIRO F. G. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, 2018.

DUARTE, Y. A. O.; WATANABE, H. A.; GIACOMIN, K. C.; LEBRÃO, M. L. (in memorian). Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes

em ILPIs registradas no Censo SUAS (Sistema Único de Assistência Social). **Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo**, 2018.

GALLAGHER, D.; MHAOLAIN, A. N.; CROSBY, L.; RYAN, D.; LACEY, L.; COEN, R. F.; WALSH, C.; COAKLEY, D.; WALSH, J. B.; CUNNINGHAM, C. Dependence and Caregiver Burden in Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. **American Journal Of Alzheimer'S Disease & Other Dementiasr**, v. 26, n. 2, p. 110-114, 2011.

GARRE-OLMO, J.; VILALTA-FRANCH, J.; CALVÓ-PERXAS, L.; LÓPEZ-POUSA, S. A Path Analysis of Dependence and Quality of Life in Alzheimer's Disease. **American Journal Of Alzheimer'S Disease & Other Dementiasr**, v. 32, n. 2, p. 108-115, 2017.

FUENTES, S. A. M. P. S.; FIGUEIREDO, D.; MERCADANTE, E. F.; LODOVICI, F. M. M.; CERVENY, C. M. O. A importância de capacitar e formar pessoas que trabalham com idosos em Centros-Dia. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p.233-251, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios (PNAD), 2018.

LEE, T. W.; CHO, E.; YIM, E. S.; LEE, H. S.; KO, Y. K.; KIM, B. N.; KIM, S. Activities of Daily Living in Nursing Home and Home Care Settings: a retrospective 1-year cohort study. **Journal Of The American Medical Directors Association**, v. 16, n. 2, p. 114-119, 2015.

LORD, K.; LIVINGSTON, G.; ROBERTSON, S.; COOPER, C. How people with dementia and their families decide about moving to a care home and support their needs: development of a decision aid, a qualitative study. **Bmc Geriatrics**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016.

MEINERDING, M.; DEFEIS, B.; SUNDERARAMAN, P.; AZAR, M.; LAWLESS, S.; PEREZ-VIVALDO, C.; GU, Y.; STERN, Y.; COSENTINO, S. Assessing Dependency in a Multiethnic Community Cohort of Individuals With Alzheimer's Disease. **Innovation In Aging**, v. 2, n. 1, p. igy011, 2018.

MESTRE, A. B. L. C. O Acolhimento Em Lar De Pessoas Idosas Com Demência e a prestação de cuidados, 2016.

PICCO, L.; ABDIN, E.; VAINGANKAR, J. A.; PANG, S.; SHAFIE, S.; SAMBASIVAM, R.; CHONG, S. A.; SUBRAMANIAM, M. Prevalence and Risk Factors of Caregiver Dependence among Older Adults in a Southeast Asian Population. **Ann Acad Med Singapore**, v. 45, p. 486-494, 2016.

SANTOS, S.; SILVA, B.; BARLEM, E.; LOPES, R. O Papel do Enfermeiro na Instituição de Longa Permanência Para Idosos. **Revista da Enfermagem UFPE On Line**, v. 2, n. 3, p. 291-299, 2010.

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 18, n. 2, p. 259-272, 2015 .

SILVESTRE, A. A Qualidade de vida de idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer (Dissertação de Doutorado). **Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação**, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/4567> (acessado em 25 de fevereiro de 2021).

CAPÍTULO 14

ATENÇÃO AO CUIDADOR DE IDOSOS COM DEMÊNCIA

Arielly Jesus Leitão

Bárbara Pereira Gomes

Joanne Gleyce Amorim Ribeiro Martins

Flávia Veríssimo Melo e Silva

RESUMO

Cuidadores de idosos com demência possuem uma rotina de trabalho, na maioria das vezes, integral e exaustiva. À medida que a demência progride, o indivíduo perde a capacidade de executar atividades do cotidiano, exigindo assim, maiores esforços do cuidador. O cuidador principal, responsável pelo idoso, costuma abdicar de sua vida social e sofre com o isolamento e as mudanças na sua dinâmica familiar. Frequentemente, esses cuidadores apresentam problemas de saúde em razão da sobrecarga causada pelo trabalho, que é desgastante fisicamente e emocionalmente. Nesse contexto, é fundamental desenvolver atividades de autocuidado e traçar estratégias de assistência ao cuidador como suporte para prevenção dos riscos à saúde, incentivo às práticas de lazer e bem-estar, além do apoio social e familiar, desse modo, possibilitando melhorias na qualidade de vida do cuidador e, conseqüentemente, do receptor dos cuidados.

Palavras-Chave: Idosos; Demência; Cuidador; Autocuidado. Apoio.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Diante do aumento da expectativa de vida, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um fator preocupante dentro do sistema de saúde pública por elevarem a morbidade. Dentre as DCNT relacionadas ao envelhecimento estão as demências. Estas são caracterizadas pelo comprometimento persistente e progressivo de funções cognitivas ou comportamentais, ao longo do tempo afetam memória, raciocínio, linguagem, orientação e habilidades motoras, em fases avançadas, podem levar a total dependência do indivíduo (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021; SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

À medida que a demência progride exige maior atenção e cuidado em tempo integral. Nesse cenário, o cuidador se destaca no papel de assumir a responsabilidade sobre esses

doentes. Na maioria das vezes quem assume essa função são os familiares, principalmente mulheres (esposa, filha, nora). No Brasil, essas famílias apresentam baixo índice de escolaridade, pouco conhecimento acerca dos cuidados adequados para com o idoso, longas horas de dedicação e ausência de revezamento (FALCÃO et al, 2018).

A principal causa da sobrecarga é atribuída ao nível de dependência da pessoa que recebe os cuidados e a seus problemas comportamentais. A ação de cuidar, frequentemente, provoca depressão, estresse emocional, ansiedade e redução da qualidade de vida do cuidador (LINO et al, 2016; TORRISI et al, 2016). Também ocorrem alterações na socialização do cuidador familiar como o isolamento, a renúncia da vida pessoal e a situação de abandono por falta de apoio da família ou de amparo do Estado, o que agrava seu sofrimento (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021).

Existem redes de apoio não governamentais, dentre elas a Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAz, que fornece assistência e informação para os cuidadores, familiares e pessoas com Doença de Alzheimer e outras demências (ABRAz, [2019]). Na rede pública de saúde, a atenção primária seria a principal forma de suporte, através da estratégia de saúde da família, entretanto, a alta demanda de atendimentos pela equipe e a ausência auxílio da rede de atenção psicossocial, limitam o atendimento ao idoso com demência e ao seu cuidador (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021).

Nesse contexto, revela-se a importância do amparo aos cuidadores de idosos com demência. Além do fornecimento de informações sobre a doença e orientações de como cuidar, é necessário traçar estratégias de suporte a fim de reduzir a sobrecarga que a tarefa do cuidar proporciona. A presença do apoio profissional, material, institucional e da própria família, pode possibilitar a prevenção do comprometimento físico e mental dos cuidadores, melhorando a qualidade de vida para ambos os lados (receptor de cuidados e cuidador) e, conseqüentemente, uma assistência de qualidade aos idosos com demência (RABELO; LOPES, 2017).

OBJETIVO

Descrever as dificuldades que acometem os cuidadores de idosos com demência e, discutir a necessidade de cuidado e atenção voltada às pessoas que assumem essa responsabilidade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa com abordagem de reflexão teórica, a partir de pesquisas em estudos científicos nacionais e internacionais, sobre as dificuldades vivenciadas

por cuidadores de idosos com demência e, a necessidade de atenção e assistência direcionadas à esses cuidadores.

DESENVOLVIMENTO

Perfil do cuidador de idosos

O cuidador é aquele que presta cuidados a outra pessoa que esteja necessitando de ajuda para realizar atividades básicas de vida diária, seja por limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. Através dessa atenção o idoso fragilizado tem as necessidades cotidianas atendidas (ARAÚJO et al, 2012). É quem está diariamente com o idoso, prestando-lhe assistência como por exemplo, ajudando com a alimentação, administrando medicação e estimulando o idoso a fazer as atividades que ajudam em sua própria reabilitação, dessa maneira trabalhando em conjunto com a equipe terapêutica (ABREU; RIBEIRO; PIRES, 2009; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

O cuidado de idosos vulneráveis pode ser formal ou informal. O principal componente do cuidado informal é a família, no entanto, o cuidado também pode ser prestado por vizinhos, amigos e voluntários, sem curso preparatório ou vínculo empregatício. (LOUREIRO, et al., 2013). Os cuidadores formais, por outro lado, fornecem apoio aos idosos por meio de remuneração e podem exercer essa atividade em diferentes turnos, conforme a necessidade, em residências ou instituições (BIANCHIN, et al., 2015).

As atividades desenvolvidas pelo cuidador, geralmente informais, são realizadas por parentes, esposas ou filhas, que passam a maior parte do tempo cuidando do familiar (ARAÚJO et al, 2013). A rotina dos cuidadores familiares sofre mudanças para atender às necessidades do idoso, muitas vezes, necessitando de adequação para conciliar o cuidado e as atividades diárias pessoais.

Qualidade de vida do cuidador

Diante do aumento de idosos na população, e o consequente aumento de portadores de doenças crônico-degenerativas, torna-se necessário maior atenção a esse grupo populacional e às pessoas envolvidas nos cuidados deles. Ainda que os cuidados sejam prestados a uma pessoa querida, de uma maneira geral, com o passar do tempo e com o aumento da demanda, essa tarefa pode se tornar estressante e levar a fadiga da empatia, que por sua vez, pode alterar a percepção do cuidador sobre o impacto de suas atitudes na qualidade de vida do ser cuidado (PEREIRA; CARVALHO, 2012).

Prestar cuidados a idosos com demência vem se tornando uma tarefa nova e desafiadora para as famílias onde os membros se tornam cuidadores, muitas vezes sem preparo ou apoio adequado para assumir esse papel (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008). É válido destacar que a falta de treinamento do cuidador interfere diretamente no cuidado e consequentemente na qualidade de vida do idoso. Uma vez que o indivíduo que cuida é responsável pela comunicação com os profissionais de saúde, controle dos medicamentos, alimentação e higiene, por exemplo, (GUTIERREZ; FERNANDES; MASCARENHAS, 2017).

Deste modo, em se tratando do cuidado dos pacientes demenciados, se observa a formação de uma via de mão dupla, onde o prejuízo na qualidade de vida dos cuidadores pode, consequentemente, afetar a prestação de cuidados. Portanto, tanto o cuidador quanto o idoso requerem atenção especializada e focada nas suas necessidades. Compreender a sensibilidade do cuidador é o primeiro passo para desenvolver prescrições de cuidados que atendam às necessidades desse público (LEITE et al, 2017).

Mudanças no comportamento de idosos com demência, como por exemplo, comportamentos inapropriados socialmente, irritabilidade, discurso repetitivo, perda da habilidade de raciocínio e concentração, afetam a vida de familiares e cuidadores, levando a exaustão emocional, sofrimento, tristeza, cansaço e situações estressantes que interferem no bem-estar de todos. A piora na qualidade de vida dos cuidadores pode estar relacionada à experiência debilitante do cuidado, que, além do estresse cotidiano, gera preocupação com o desenvolvimento e o prognóstico da doença. (MARINS; HANSEL; DA SILVA, 2016).

Os cuidadores familiares referem que a experiência de cuidar de um idoso dependente é desgastante, tanto emocionalmente, quanto fisicamente. Isso ocorre em consequência da demanda emocional de observar o declínio progressivo da parte cuidada, que se torna cada vez mais incapaz, e devido às limitações em vários setores da vida do cuidador decorrentes da adaptação de sua rotina para atender às necessidades do parente idoso (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Necessidades de autocuidado dos cuidadores

É importante que as pessoas que prestam cuidados sejam consideradas tanto como uma unidade cuidadora como uma unidade a ser cuidada. Cuidadores sobrecarregados e desgastados têm a qualidade de vida ameaçada devido ao estresse, advindo da responsabilidade de cuidar,

apresentando, em muitas situações, sentimento de impotência, problemas de saúde, cansaço e irritabilidade (INOUYE et al., 2009).

As atividades de lazer acabam sendo negligenciadas ou diminuídas pela grande maioria dos cuidadores. Sugere-se que, na atenção aos cuidadores, seja oferecido suporte para prevenção dos riscos à sua saúde, assim como para a promoção da prática de atividades de lazer. Esta constitui uma das áreas de ocupação que permite o desenvolvimento pessoal e social e recuperação psicossomática causada pelo desgaste das obrigações cotidianas (DIAS et al, 2018).

O coping é uma técnica utilizada pelo indivíduo para reduzir o efeito dos eventos estressantes, tem sido definido como esforços para dominar, reduzir ou tolerar, internamente ou externamente, exigências que ameaçam ou ultrapassam a capacidade e os recursos pessoais. Sendo assim, é necessário que o cuidador de idosos tenha essas estratégias internalizadas, visando uma maior qualidade de vida para si e melhor capacidade no cuidado ao idoso (FILIATRAUT; DESROSIERS, 2011).

Estratégias de apoio aos cuidadores de idosos

A família, e principalmente o cuidador, tem necessidades tanto nos aspectos materiais quanto emocionais, por isso é essencial um gerenciamento da atenção do idoso que conecte os familiares, a comunidade e os serviços de apoio, possibilitando a integração e criação de estratégias que favoreçam o planejamento da atenção, contribuindo com a qualidade de vida dos seus cuidadores (CALDAS, 2003).

O apoio social adequado pode surgir como estratégia para a redução do nível de estresse causado e, conseqüentemente, melhorar a saúde do cuidador, resultando em melhorias no cuidado prestado. Para além de um melhor cuidado prestado, a saúde mental do cuidador, também, pode ser melhorada, se este receber apoio social suficiente (GUEDES et al, 2017).

Há evidências de que o bem-estar psicológico dos cuidadores, depressão, e os resultados sociais melhoraram após intervenções do grupo de apoio, incluindo o apoio mútuo e educação. O cuidar de um membro da família com demência traz efeitos adversos à saúde psicossocial, portanto, intervenções com enfoque na melhoria da saúde mental acarreta benefícios para os cuidadores familiares e possibilita um retardo na institucionalização (BARTFAY; BARTFAY, 2013).

Ressalta-se que, após terem assumido a responsabilidade de cuidar do familiar idoso, o cuidador necessita ser alvo de orientação dos serviços de saúde, pois é importante ultrapassar

as etapas complexas e difíceis muitas vezes referentes aos fatores que incluem: aceitação do diagnóstico, manejo com os cuidados diários, lidar com estresse diário, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro (CALDAS, 2003).

Dessa maneira, o cuidador também deve possuir um olhar de cuidado para si. Abaixo são elencadas algumas orientações para melhoria da qualidade de vida dos cuidadores de idosos com demência:

- Organizar o seu tempo é essencial para não renunciar a suas relações interpessoais e ao autocuidado;
- O cuidador não deve ser insubstituível, definir dias e horários para o revezamento com outro cuidador ou familiar é essencial;
- Reservar algumas horas do dia para descanso e recuperação;
- Buscar atividades de lazer como leitura, sair com amigos ou aprender algo novo;
- Praticar atividades físicas ao ar livre como caminhada e exercícios de alongamento para os músculos;
- Estar sempre atento ao seu estado de saúde físico e emocional, principalmente quando perceber que está sobrecarregado e sem controle sobre seus sentimentos;
- Sempre que precisar, buscar ajuda na família ou em grupos de apoio (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência aos idosos portadores de demência, exige dos cuidadores bastante atenção e, comumente, dedicação exclusiva. Lidar com essa situação, muitas vezes, é uma demanda nova e desafiadora para a família e para as pessoas inseridas no cuidar. Prestar cuidados a esse público requer preparação, orientação e até mesmo conhecimento para um manejo assertivo.

Os estudos demonstram que os familiares que assumem o papel de cuidadores, precisam fazer adaptações no ambiente domiciliar, lidar com situações adversas e mudanças devido ao processo demencial. Isso resulta em sobrecarga e estresse, devido acúmulo de responsabilidades e do sentimento de impotência diante do quadro progressivo de aumento de demandas no cuidado.

Portanto, se faz necessárias estratégias e intervenções aos cuidadores de idosos, bem como o suporte de prevenção dos riscos à saúde, incentivo às práticas de lazer e bem-estar, além de apoio social para minimização de rotinas desgastantes e, assim, garantir um cuidado ao idoso com mais qualidade.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Visto que o cuidador, principalmente informal, sofre com as alterações em sua vida como isolamento social e abdicação da vida social provocados pela tarefa do cuidado integral ao idoso com demência, quais orientações podem ser repassadas aos outros familiares a fim de que fique claro o seu papel na demonstração de apoio ao cuidador e ao idoso?
2. Diante do cenário encontrado na realidade dos familiares cuidadores responsáveis por idosos com demência, quais as estratégias e recomendações de serviços de atenção ao cuidador podem ser repassadas com o intuito de fornecer apoio a esse grupo?
3. É muito importante o desenvolvimento de processos educativos para a saúde dos cuidadores, e estes devem ter como objetivo a melhoria do autocuidado dessas pessoas. Então, quais formas de autocuidado podem ser aplicadas no dia a dia?

REFERÊNCIAS

- ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer. Missão. [2019]. Disponível em: <https://abraz.org.br/2020/missao>. Acesso em: 03 de março de 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da saúde, 2008. 64 p.
- ABREU, C. B.; RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R. **Cuidando de quem já cuidou: o livro do cuidador**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ARAÚJO, J. S., et al. Yes, i know what is the spill. The social representation of caregivers about the stroke. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**. [s. l.] v. 4, n. 1, p. 2849-2859, 2012.
- ARAÚJO, J. S., et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [s. l.] v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013.
- BARTFAY, E.; BARTFAY, W. J. Quality-of-life outcomes among Alzheimer's disease family caregivers following community-based intervention. **Western journal of nursing research**. [s. l.] v. 35, n. 1, p. 98-116, 2013.
- BIANCHIN, M. A. et al. Sobrecarga e depressão em cuidadores de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Arquivos de Ciências da Saúde**. [s. l.] v. 22, n. 3, p. 96-100, 2015.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 733-781, Rio de Janeiro, 2003.
- DIAS, L. B., et al. Sobrecarga no cuidado de paciente idoso com demência. **Revista Kairós: Gerontologia**. [s. l.] v. 21, n. 1, p. 169-190, 2018.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s. l.] v. 62, n. 1, p. 57-63, 2009.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto-Enfermagem**. [s. l.] v. 21, n. 1, p. 150-157, 2012.

GUEDES, M. B. O. G., et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de saúde coletiva**. v. 27, n. 4, p. 1185-1204. Rio de Janeiro, 2017.

GUTIERREZ, L. L. P.; FERNANDES, N. R. M.; MASCARENHAS, M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Saúde em Debate**. v. 41, n. 114, p. 885-898. Rio de Janeiro, 2017.

INOUE, K., et al. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. **Revista latino-americana de enfermagem**. [s. l.] v. 17, n. 2, p. 187-193, 2009.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto & Contexto-Enfermagem**. [s. l.] v. 17, n. 2, p. 350-357, 2008.

LEITE, B. S. et al. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [s. l.] v. 70, n. 4, p. 682-688, 2017.

LOUREIRO, L. S. N., et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1129-1136. São Paulo, 2013.

MARINS, A. M. F. HANSEL, C. G. DA SILVA, J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**. [s. l.] v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016.

NASCIMENTO, H. G., FIGUEIREDO, A. E. B. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 26, n.1, p. 119-128. Rio de Janeiro, 2021.

NASCIMENTO, H. G., FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 24, n. 4, p. 1381-1392. Rio de Janeiro, 2019.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. Qualidade de vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em psicologia**. v. 20, n. 2, p. 369-384. Ribeirão Preto, 2012.

RABELO, E. S.; LOPES S. C. A demência na terceira idade: a família no enfrentamento da doença, tendo como referência a ABRAZ de São Luís, MA. **Revista Bibliomar**. v. 16, n. 2 p. 7-28. São Luís, 2017.

RIBEIRO O. et al. Grupos de Ajuda Mútua para Cuidadores Informais de pessoas com demência: no sentido de um *helping ethos* comunitário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 27, n.3, p. 397- 413. Rio de Janeiro, 2017.

SANTOS, C. S.; BESSA, T. A.; XAVIER, A. J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 25, n. 2, p. 603-611. Rio de Janeiro, 2020.

TORRISI, M. et al. Neuropsychiatric symptoms in dementia may predict caregiver burden: a Sicilian exploratory study. **Psychogeriatrics**. [s. l.] v. 17, n. 2, p. 103-107. 2016.

CAPÍTULO 15

USO DE TECNOLOGIAS ASSISTIVAS NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Aélya Drisana Dias Gomes de Araújo
Isione Oliveira Castro
Jeyson Allysson Arcanjo de Marques
Mauriely Paiva de Alcântara e Silva
Rutielle Ferreira Silva

RESUMO

A progressão da doença de Alzheimer, tende a dificultar a realização das atividades de vida diária, além de comprometer a linguagem, escrita, memória, humor, comportamento e a orientação viso espacial. As tecnologias assistivas são uma variedade de aparelhos, programas ou itens utilizados com a finalidade de melhorar ou manter a capacidade funcional preservada, e assim trazer independência e qualidade de vida ao indivíduo. Assim, o objetivo deste capítulo é discutir sobre o uso das tecnologias assistivas em idosos com doença de Alzheimer, abordando as repercussões na funcionalidade e as tecnologias aplicadas. As tecnologias assistivas surgem como uma forma de auxiliar na retomada da capacidade funcional e cognitiva do idoso com Alzheimer, além de promover a independência e a autonomia, retardando o avanço da doença.

Palavras-chave: Tecnologias Assistivas; Doença de Alzheimer; Tratamento.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência neurodegenerativa e progressiva, responsável pela degeneração do tecido cerebral. De forma gradual, essa alteração vai impossibilitar a realização das atividades de vida diária (AVD), além de promover a deterioração da função cognitiva e o comprometimento da linguagem, escrita, memória, humor, comportamento e orientação viso-espacial. Em consequência, o idoso apresenta declínio geral no funcionamento intelectual que inclui perda de memória, devido a um entrelaçamento neurofibrilar e a formação de placas senis que resultam na diminuição do tamanho do cérebro (BITENCOURT et al., 2019).

Em geral, os primeiros sinais e sintomas da DA são a deficiência da memória recente, dificuldades de atenção e clareza verbal, com a evolução da doença tem-se a deterioração de outras funções cognitivas, como distúrbios de memória, as habilidades visoespaciais, déficits de atenção, na capacidade de usar objetos comuns e ferramentas e fluência verbal (TALMELLI et al., 2013).

Ressalta-se que, em seu estágio final, o idoso se encontra em total estado de dependência. Dentre as causas de demências, a DA é a de maior prevalência, tendo em vista que acomete cerca de 60% dos idosos com essa condição (GRØNTVEDT et al, 2018). Estima-se que o número de pessoas com Alzheimer no mundo chegue a 65,7 milhões em 2030 e a 115,4 milhões em 2050. Além disso, aproximadamente 58% da população com Alzheimer

localiza-se em países desenvolvidos, estimativa que poderá atingir os 72% em 2050. Há evidências que o avançar da idade é o principal fator de risco para a DA, com uma proporção de acometimento de uma em cada dez pessoas com mais de 80 anos (PRINCE et al., 2016).

A DA ainda não possui cura, assim seu tratamento busca amenizar e retardar os sintomas e o declínio cognitivo. Desta forma, são utilizadas terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas como inibidores da acetilcolinesterase e antagonistas do receptor N-metil-D-aspartato a fim de substituir neurotransmissores alterados na DA (GRØNTVEDT et al, 2018). As terapias não-farmacológicas possuem o objetivo de manter ou melhorar a função cognitiva, a Qualidade de Vida (QV), a realização de AVD e reduzir sintomas comportamentais.

Desta forma, como o idoso portador de DA pode encontrar dificuldades na realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), destaca-se a importância do uso de Tecnologias Assistivas (TA) (MAIA et al, 2018). As TA são uma variedade de aparelhos, programas ou itens que são utilizados a fim de melhorar ou manter a capacidade funcional do indivíduo. Entre as TA's podemos encontrar próteses, cadeiras de rodas, andadores, leitores de tela, programas de comunicação, entre outros. Neste sentido, estas tecnologias são responsáveis por ajudar na fala, na escrita, na deambulação e na memória (BERSCH, 2017).

Assim, observa-se que as TA's são essenciais para manter a independência, autonomia, confiança, execução de atividades do cotidiano e a dignidade do idoso com a DA, além de ser responsável pela melhora de sintomas relacionados ao comportamento. Ademais, os benefícios se estendem aos cuidadores, na redução da carga de trabalho, com consequentes efeitos positivos na saúde mental e física (KLIMOVA; VALIS; KUCA, 2018).

OBJETIVO

Discutir sobre o uso das tecnologias assistivas em idosos com doença de Alzheimer, abordando as repercussões na funcionalidade e os tipos de tecnologias aplicadas.

MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica baseada em estudos científicos e notas técnicas nacionais e internacionais, sobre o uso de tecnologias assistivas no tratamento da doença de Alzheimer.

DESENVOLVIMENTO

1. Repercussão da doença de Alzheimer na funcionalidade da pessoa idosa

A avaliação da capacidade funcional de pacientes com demência é baseada na investigação da capacidade de manter as AVD (TALMELLI et al., 2013). Dessa maneira, tal avaliação se torna essencial, pois identifica o impacto da doença ou da condição limitante do indivíduo, impedindo ou dificultando a realização das AVD e diminuindo a QV do idoso e de seus familiares, refletindo de modo negativo no sistema de saúde.

O desenvolvimento da doença ocorre em três estágios sucessivos. No estágio I, tem-se uma sintomatologia que pode ser com a senescência em si. Já no estágio II, observa-se o início da dificuldade para a realização das AVD. E no estágio III o idoso se torna dependente total ou

parcial. Com isso, há uma relação entre o estágio da DA e a funcionalidade do indivíduo (BITENCOURT et al., 2019).

Em geral, o desempenho funcional é relacionado aos estágios da demência, em que no dano cognitivo leve, os déficits são observados principalmente em habilidades de mobilidade ou atividades para manutenção do ambiente, abrangendo tarefas mais complexas, e muitas vezes relacionadas às atividades sociais do indivíduo, como realizar compras, utilizar meios de transporte. Quanto aos estágios mais avançados da doença, tem-se a perda ou prejuízo na realização das AVD, como atividades de autocuidado ou de cuidado pessoal, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se (PEDROSO et al., 2018).

Estudo realizado no Ceará com idosos portadores de DA, apontou que as AVD foram as mais afetadas pela doença, com a dificuldade de andar, se alimentar e realizar suas atividades diárias, até mesmo a capacidade de enfrentamento dos problemas e necessidades. Além disso, os idosos relataram fazer uso não apenas de medicações para o tratamento da DA, como também para outras patologias, como diabetes mellitus, labirintite e hipertensão arterial sistêmica (GOYANNA et al., 2017).

A polifarmácia, pode levar a combinações farmacológicas que representam potenciais perigos de reações adversas e interações medicamentosas, intimamente associada ao aumento da ocorrência de eventos adversos e quedas, com consequente alteração na capacidade funcional desses idosos (PEREIRA et al., 2017).

Dessa forma, destaca-se a importância do acompanhamento desses idosos pelos profissionais de saúde através de estratégias, como o uso das TA na manutenção ou melhoria da capacidade funcional de pessoas portadoras de deficiência e que tem a capacidade de melhorar a QV desses idosos.

1. Tecnologias assistivas utilizadas no tratamento da Doença de Alzheimer: principais, benefícios, produtos, recursos, práticas e serviços

O objetivo da TA é proporcionar um aumento na capacidade funcional e cognitiva fornecendo auxílio nas atividades do cotidiano, promovendo autonomia, independência e inclusão social de quem as utiliza (FALCÃO et al., 2020). Vários aspectos físicos são melhorados com o uso da TA, dentre eles a prevenção ou a diminuição do risco de quedas e fraturas, a melhoria da mobilidade e de acessibilidade ao meio ambiente, a redução da dor e do risco de lesões durante a execução das atividades de autocuidado, lazer ou trabalho e a minimização dos déficits relacionados às mudanças características do envelhecimento, tais como a diminuição da força muscular, da coordenação, do equilíbrio e a instalação (ou piora) de deficiência visual (AGREE et al., 2000).

O uso da TA impacta também no aspecto psicossocial, visto que auxilia o idoso na reconstrução do sentimento de autoestima e bem-estar, além de ajudá-lo no caso de incapacidades no aprendizado, diminuindo ou eliminando a sua frustração para completar uma tarefa (WIMO et al., 2017). As TA's podem ser utilizadas por idosos com DA para a potencialização do desempenho nas AVD. Essas atividades vão desde o cuidado do indivíduo com o próprio corpo como banho, uso do vaso sanitário, higiene pessoal, alimentação, deglutição, vestuário, mobilidade funcional, cuidados com equipamentos pessoais e atividade sexual (AOTA, 2015).

Nas atividades desenvolvidas no banheiro, como banho e uso do sanitário, por exemplo, podem ser utilizados produtos que auxiliam na locomoção segura do idoso no espaço, como barras de segurança e apoio; tapete de borracha com ventosa para minimizar o risco de quedas; elevação da altura do assento sanitário; cadeiras de rodas higiênicas ou bancos para tomar banho sentado, podem ainda ser utilizadas algumas alternativas como: sabonete acoplado a bucha e fixados em um cordão, escova de cabo longo e luva atalhada entre outros (GRADIM et al., 2016; CARMO et al., 2015).

Na estimulação cognitiva, as TA são utilizadas como forma de lentificar o avanço da DA, promovendo ganhos na autonomia, visto que a disfunção cognitiva pode fazer com que o idoso tenha dificuldade em manter uma recordação de eventos anteriores e associar informações relacionadas entre si (FERRO et al., 2013; CRUZ et al., 2018).

Além disso, pode ser pensada a realização de orientação e atividades com a família, chamados de “pacientes ocultos” (BERNARDO, 2017) por serem as pessoas que mais conhecem o idoso e sua rotina e por isso apresentam uma sobrecarga física e emocional muito grande fazendo o uso de estímulos sensoriais (sons, odores e gostos), atividades de lazer, estruturação de rotinas, orquestração ocupacional, caminhadas e jardinagem, por exemplo, para amenizar as alterações emocionais decorrentes do avanço da DA (BERNARDO, 2018).

As TA's utilizadas em pacientes idosos com DA podem levar a uma melhora no desempenho ocupacional, promovendo ganhos na QV, na autonomia, independência, socialização e funcionalidade do idoso. Nesse cenário, cada TA prescrita ou confeccionada pelos profissionais responsáveis devem ser pensadas, elaboradas e avaliadas de acordo com as demandas e necessidades do paciente, assim como pela consideração do real contexto em que ele está inserido. Isso, então, deve ser somado ao treino do uso do equipamento, a verificação da eficácia para tal idoso e orientações do uso para a família (GRADIM et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do aumento da população idosa e sendo a DA a demência mais prevalente, é importante que sejam utilizados tratamentos que potencializam o cuidado à saúde. A DA é uma complicação que não afeta somente o indivíduo acometido, ela produz efeitos na família e cuidadores, que estão expostos a um estresse mental e físico contínuo devido à grande necessidade de atenção que o ato de cuidar exige.

Nesse contexto, é visto que as TA surgem no sentido de protelar o declínio da capacidade funcional e cognitiva do idoso com Alzheimer, além de promover uma maior independência e autonomia. Logo, por envolver atividades que vão desde a aplicação de instrumentos mais atuais como o uso de videogames, que auxiliam no desenvolvimento de tarefas rotineiras, até situações consideradas simples como ações de higiene pessoal, se apresentam como um método de ampla aplicação em diversos contextos sociais e econômicos, se adequando à realidade de cada indivíduo e promovendo um espectro de intervenções mais abrangentes e particular para cada cenário.

QUESTÕES REFLEXIVAS

1. De que forma as tecnologias assistivas podem beneficiar familiares e cuidadores de idosos com DA?
2. Quais os benefícios das tecnologias assistivas?

3. As tecnologias assistivas englobam uma diversidade de materiais, produtos e recursos. Quais as possibilidades de adaptá-las à situação do idoso atendido pelo SUS?
4. Como as tecnologias assistivas e o aspecto psicossocial do idoso se relacionam?

REFERÊNCIAS

AGREE, E. M.; FREEDMAN, V. A. Incorporating assistive devices into community-based long-term care: an analysis of the potential for substitution and supplementation. **Journal of Aging and Health**, v.3, p. 426-50, 2000. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089826430001200307?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed>. Acesso em: 12 mar. 2021.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL (AOTA). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, p. 1-49, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BERSCH, R. **Introdução à tecnologia assistiva**. Porto Alegre: Assistiva/Tecnologia da educação, 2017. Disponível em: <https://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BERNARDO, L. D. Revisão integrativa sobre o engajamento em ocupações de idosos com Alzheimer. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia e Ocupação**, v. 1, n. 3. p. 386-407. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/5484/pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BERNARDO, L. D. Idosos com Doença de Alzheimer: uma revisão sistemática sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 926-942, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2526-89102018000400926&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BITENCOURT, E. M. et al. Doença de alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. **Inova Saúde**, v. 8, n. 2, p. 138-157, 2019. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/Inovasaude/article/view/3573/4550>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

CARMO, E. G. et al. A utilização de tecnologias assistivas por idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 311-336, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/29507/20572>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

CRUZ, K. C. A.; MUNDIN, T. L. D.; VIEIRA, M. R. A intervenção da terapia ocupacional em pacientes com a doença de Alzheimer. **Vita et Sanitas**, v. 12, n. 2, p. 80-87, 2018. Disponível em: <<http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/153/139>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

FALCÃO, Priscila Barbosa Lins et al. Aspectos neurológicos e funcionais do Alzheimer em idosos na perspectiva da terapia ocupacional. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8619-8630, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13475>. Acesso em: 10 mar. 2021.

FERRO, A. O.; LINS, A. E. S.; FILHO, E. M. T. Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico: importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 21, n. 3, p. 521-527, 2013. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/912/464>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GOYANNA, N. F. et al. Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 379-386, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5037/pdf_1>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GRADIM, L. C. C. et al. Mapeamento de recursos de tecnologia assistiva utilizados por idosos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 27, n. 1, p. 72-79, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/104106>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GRØNTVEDT, G. R. et al. Alzheimer's disease. **Current Biology**, v. 28, n.11, p. R645-R649, 2018. Disponível em: <[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960-9822\(18\)30552-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0960-9822(18)30552-9)>. Acesso em: 11 mar. 2021.

KLIMOVA, B.; VALIS, M.; KUCA, K. Exploring assistive technology as a potential beneficial intervention tool for people with Alzheimer's disease – a systematic review. **Neuropsychiatric Disease And Treatment**, v. 14, p. 3151-3158, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6247949/>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MAIA, J. C. et al. Tecnologias assistivas para idosos com demência: revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 6, p. 651-658, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002018000600651&script=sci_arttext#B6>. Acesso em: 11 mar. 2021.

PEDROSO, R. V. et al. Cognitive, functional and physical activity impairment in elderly with Alzheimer's disease. **Dementia & neuropsychologia**, v. 12, n. 1, p. 28-34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642018000100028>. Acesso em: 12 mar. 2021.

PEREIRA, K. G. et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 335-344, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

PRINCE, M. et al. World Alzheimer report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future. **Alzheimer's Disease International**, p. 21-55, 2016. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2016.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

TALMELLI, L. F. S. et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 219-225, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2021.

WIMO, A. et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. **Alzheimers Dement**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5232417/>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

CAPÍTULO 16

MANEJOS FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO EM IDOSOS COM DEMÊNCIA

Adonyas Carlos Santos Neto

Isione Oliveira Castro

Letícia Thamanda Vieira de Sousa

Yasmim de Sousa Moura

Francisca Tereza de Galiza

RESUMO:

A demência é uma síndrome crônica, progressiva e incapacitante. A demência devido à Doença de Alzheimer (DA), a Demência Vascular (DV) e a Demência com Corpos de Lewy (DCL) são as principais formas de demência. Os tratamentos são apenas sintomáticos. O objetivo deste capítulo discorrer acerca dos manejos farmacológico e não farmacológico atualmente empregues em idosos com demência. Trata-se de uma reflexão teórica descritiva, fundamentada em publicações nacionais e internacionais relativas aos manejos farmacológico e não farmacológico em demência. Os inibidores da acetilcolinesterase e a memantina são amplamente empregados no manejo farmacológico da demência. Os tratamentos não farmacológicos são recomendados em associação ao manejo farmacológico e constituem o tratamento de primeira linha para os sintomas psicológicos e comportamentais da demência. O manejo farmacológico da demência é limitado por efeitos adversos e riscos, enquanto que o manejo não farmacológico é desprovido de evidências de qualidade, havendo assim uma necessidade de novas pesquisas.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Demência vascular; Demência com corpos de Lewy; Tratamento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional corresponde ao aumento do número absoluto e do percentual de idosos em uma população. Trata-se de um processo demográfico universal que, no Brasil, ocorre de forma intensa. O número de brasileiros idosos de 60 anos e mais era de 29,9 milhões em 2020 (correspondendo a 14% da população) e deve alcançar 72,4 milhões em 2100 (correspondendo a 40,1% da população) (ALVES, 2019). Associado ao envelhecimento da população há uma elevação na prevalência de condições crônicas comuns aos idosos, como a demência, uma das principais causas de fardo crescente para os idosos, família e sociedade (BOCCARDI, 2019).

O termo demência refere-se a uma síndrome crônica e progressiva caracterizada pela presença de déficits cognitivos e comprometimento funcional que incapacitam e interferem extensamente na qualidade de vida do paciente (BURLÁ *et al.*, 2013). O quadro demencial devido à DA constitui a principal forma de demência, correspondendo a cerca de 60 a 80% dos casos. A DV constitui a segunda forma principal, representando cerca de 5 a 10% dos casos,

sendo seguida pela DCL, que equivale a 5% dos casos (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2021).

A DA constitui um processo neurodegenerativo progressivo e irreversível, caracterizado por comprometimento cognitivo e alterações comportamentais. Os sintomas cognitivos incluem perda de memória episódica de curto prazo (sintoma inicial mais comum da DA), comprometimento da resolução de problemas, do julgamento e do funcionamento executivo, além de distúrbios de linguagem e declínio das habilidades visuoespaciais. Apatia, agressividade e agitação integram a sintomatologia comportamental da DA (ZVĚŘOVÁ, 2019).

A DV refere-se a um quadro demencial decorrente de doenças cerebrovasculares. Os infartos corticais (únicos ou múltiplos) e estratégicos, os infartos subcorticais microangiopáticos lacunares e o sangramento intracerebral constituem as principais causas de DV (HOBERT *et al.*, 2020). Pacientes com DV frequentemente apresentam julgamento prejudicado, diminuição da capacidade de tomar decisões, planejar ou organizar, além de dificuldades motoras, como marcha lenta e equilíbrio deficiente. A memória também pode ser afetada (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2021).

A DCL caracteriza-se pela formação neuronal de agregados da proteína α -sinucleína denominados corpos de Lewy (OUTEIRO *et al.*, 2019). A DCL é complexa e envolve uma variedade de sintomas cognitivos, neuropsiquiátricos e motores, incluindo perda progressiva de memória, alucinações visuais, parkinsonismo, flutuações na cognição e distúrbio comportamental do sono REM (HERSHEY; COLEMAN-JACKSON, 2019).

Os tratamentos atualmente disponíveis para demência, tanto farmacológicos quanto não farmacológicos, não curam a síndrome ou impedem ou desaceleram sua progressão, apenas promovem alívio sintomático tendo em vista a diminuição do sofrimento e a melhora na qualidade de vida (ARVANITAKIS; SHAH; BENNETT, 2019). Conforme o exposto, torna-se necessário discorrer acerca dos manejos farmacológico e não farmacológico em demência, de modo a evidenciar possibilidades e elencar limitações e benefícios, estimulando a reflexão e agregando conhecimentos.

OBJETIVO

Discorrer acerca dos manejos farmacológico e não farmacológico atualmente empregados em idosos com demência.

MÉTODOS

Trata-se de uma reflexão teórica, de caráter descritivo, fundamentada em publicações nacionais e internacionais relativas aos manejos farmacológico e não farmacológico em demência.

DESENVOLVIMENTO

1. Manejo farmacológico em idosos com demência

1.1 Doença de Alzheimer

Apesar de apresentarem impacto clínico controverso (FINK *et al.*), três inibidores da enzima acetilcolinesterase (donepezila, galantamina e rivastigmina) e um antagonista dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), (memantina), são atualmente aprovados pela Food

and Drug Administration (FDA) para tratar a DA (VAZ; SILVESTRE, 2020). A hipótese colinérgica da DA é centrada na perda progressiva da inervação colinérgica de certas áreas do cérebro. Tal hipótese fundamenta a utilização dos inibidores da acetilcolinesterase para tratar a DA, visto que esses medicamentos promovem um aumento da atividade do sistema colinérgico (HAMPEL *et al.*, 2018). Ademais, acredita-se que a hiperativação dos receptores NMDA têm papel significativo na fisiopatologia da DA por promover excitotoxicidade e consequente dano cognitivo. Diante disso, a utilização do antagonista memantina para o tratamento sintomático é justificada (BREIJYEH; KARAMAN, 2020).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para DA, documento oficial do Sistema Único de Saúde, recomenda o uso dos inibidores da acetilcolinesterase donepezila, galantamina e rivastigmina para o tratamento da DA leve a moderada e a memantina como monoterapia em casos graves e combinada a um dos inibidores da acetilcolinesterase nos casos de DA moderada. (BRASIL, 2017).

A presença de efeitos adversos gastrointestinais associados à utilização dos inibidores da acetilcolinesterase prejudica a adesão ao tratamento. Diante disso, foi desenvolvida uma apresentação farmacêutica de adesivo para aplicação transdérmica (BRASIL, 2017). Um estudo (BIRKS; EVANS, 2015) evidenciou eficácia similar entre as formas de apresentação oral e transdérmica da rivastigmina, relatando ainda que os adesivos podem apresentar menos efeitos adversos. Assim, a rivastigmina transdérmica foi incluída como alternativa no tratamento da DA (BRASIL, 2017).

A diretriz NG97 de 2018 do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), em concordância com o PCDT para DA do SUS, recomenda os três inibidores da acetilcolinesterase supracitados como monoterapias para o tratamento de DA leve a moderada; a monoterapia com memantina em casos de DA grave e a associação de um inibidor à memantina em casos de doença moderada. Porém, diferentemente do PCDT, a diretriz recomenda ainda a monoterapia com memantina para pessoas com DA moderada que são intolerantes ou têm contraindicação aos inibidores da acetilcolinesterase e a associação de um inibidor à memantina em casos de doença grave (NICE, 2018).

No tocante aos sintomas comportamentais, o tratamento farmacológico é limitado. Não há medicamentos aprovados pela FDA e a prescrição de antipsicóticos somente é recomendada quando os sintomas são capazes de gerar danos ao paciente e a outras pessoas. A decisão de inserir a terapia com antipsicóticos demanda cautela, pois, estudos demonstram que alguns antipsicóticos estão relacionados a um maior risco de acidente vascular cerebral e morte em indivíduos com demência (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2021; RALPH, ESPINET, 2018; MAUST *et al.*, 2015).

1.2 Demência vascular

Atualmente, não existem tratamentos farmacológicos aprovados para a DV. A heterogeneidade da síndrome, as dificuldades diagnósticas e a complexidade da relação entre a patologia cerebrovascular e demência constituem alguns dos fatores dificultantes (SINHA *et al.*, 2020). O atual manejo da doença possui enfoque no gerenciamento otimizado dos fatores de risco vasculares de modo a evitar a recorrência de eventos cerebrovasculares que acarretariam maior comprometimento (HOBERT *et al.*, 2020).

Estudos indicam que os inibidores da acetilcolinesterase e a memantina, utilizados no tratamento da DA, produzem benefícios modestos na função cognitiva em pacientes com demência vascular leve a moderada, com significância insuficiente para fomentar o uso disseminado na prática clínica (KAVIRAJAN; SCHNEIDER, 2007; BATTLE *et al.*, 2021;).

O NICE, em sua diretriz NG97 de 2018, considera a utilização dos inibidores da acetilcolinesterase ou da memantina para pessoas com demência vascular quando há suspeita de DA ou demência da doença de Parkinson ou demência com corpos de Lewy associada (NICE, 2018).

1.3 Demência com corpos de Lewy

No momento, não existem tratamentos sintomáticos ou modificadores aprovados pela FDA para a DCL. As estratégias de manejo atuais têm como objetivo aliviar os sintomas mediante a utilização de medicamentos destinados a tratar outras condições, como a DA. Porém, a utilização desses medicamentos por pacientes com DCL não foi devidamente estudada e não existem dados sobre segurança e eficácia a longo prazo (LEE *et al.*, 2019).

Na DCL há um déficit colinérgico profundo. Apesar de os inibidores da colinesterase mostrarem melhora significativa na cognição, comportamento e função, sem efeitos prejudiciais à função motora em pacientes com DCL (MATSUNAGA *et al.*, 2015), a heterogeneidade das escalas utilizadas nos estudos, a diferença de duração dos ensaios e a discrepância no tamanho das amostras utilizadas afetam a interpretação dos dados e a comparabilidade, impossibilitando a aprovação (NOUFI *et al.*, 2019). A memantina apresentou boa tolerabilidade em pacientes com DCL em alguns ensaios, porém as evidências acerca de sua eficácia são confusas (STINTON *et al.*, 2015).

A diretriz NG97 de 2018 do NICE, recomenda o uso dos inibidores da colinesterase donepezila ou rivastigmina ou galantamina (caso donepezila e rivastigmina não forem tolerados) em casos DCL leve a moderada. Em casos graves, a mesma diretriz recomenda a utilização de donepezila ou rivastigmina. A memantina é indicada quando inibidores não são tolerados ou são contraindicados (NICE, 2018).

A utilização de antipsicóticos para tratar os sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com DCL deve ser considerada apenas quando os sintomas são graves e ameaçadores. O uso deve ser extremamente cauteloso, visto que pacientes com DCL apresentam sensibilidade aumentada aos neurolépticos e são vulneráveis ao desenvolvimento de síndrome neuroléptica maligna. Ademais, a utilização desses medicamentos por pacientes demenciados está associada a um alto risco de surgimento de sintomas extrapiramidais, piora da cognição, quedas, acidente vascular cerebral, síndrome metabólica e aumento na mortalidade (LEE *et al.*, 2019).

As evidências acerca da eficácia dos antipsicóticos em pacientes com DCL são limitadas e mais dados são necessários para justificar o uso, porém antipsicóticos atípicos em baixas doses são frequentemente empregues, sendo a quetiapina a mais utilizada (antipsicóticos típicos apresentam um risco maior de síndrome neuroléptica maligna e devem ser evitados) (LEE *et al.*, 2019; STINTON *et al.*, 2015).

2. Manejo não farmacológico idosos com demência

Os tratamentos farmacológicos atualmente disponíveis para demência possuem eficácia limitada, riscos e efeitos adversos consideráveis. Diante disso, os tratamentos não

farmacológicos podem desempenhar um papel no tratamento da demência, sendo fortemente recomendados em associação ao manejo farmacológico (NA *et al.*, 2019). As intervenções não farmacológicas são inseridas no tratamento de indivíduos demenciados com o intuito de conservar ou aprimorar a função cognitiva, o bem-estar, a qualidade de vida ou a habilidade de realizar as atividades de vida diária (AVD) e também reduzir os sintomas psicológicos e comportamentais (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2021).

Dentre os diversos tratamentos não farmacológicos disponíveis, destaca-se a intervenção cognitiva, abordagem amplamente empregada em demência. No geral, a intervenção cognitiva é classificada em estimulação cognitiva, treinamento cognitivo e reabilitação cognitiva (ZUCHELLA *et al.*, 2018). A estimulação cognitiva engloba um conjunto de atividades destinadas ao aprimoramento geral do funcionamento cognitivo e social. Uma revisão sistemática indica que a estimulação cognitiva melhora consistentemente a função cognitiva, o bem-estar e a qualidade de vida auto relatados, a comunicação e a interação social em indivíduos com demência, enfatizando ainda que os benefícios da intervenção a longo prazo devem ser investigados (AGUIRRE *et al.*, 2013). A terapia de estimulação cognitiva, um método de estimulação cognitiva baseado em evidências bem estabelecido e estruturado (ZUCHELLA *et al.*, 2018), é recomendada pela diretriz NG97 de 2018 do NICE para promover cognição, independência e bem-estar em indivíduos com demência leve a moderada (NICE, 2018).

O treinamento cognitivo compreende a realização guiada de um conjunto de tarefas padrão, em diversos níveis de dificuldade (ajustados conforme a habilidade do paciente), de modo a aumentar ou manter funções cognitivas específicas (AGUIRRE *et al.*, 2013). Segundo Bahar-Fuchs *et al.* (2019), o treinamento cognitivo provavelmente se associa a efeitos positivos pequenos a moderados na cognição global e fluência semântica verbal ao fim do tratamento de pessoas com demência leve a demorada, sendo necessárias pesquisas futuras para reduzir os riscos de viés e estimar a extensão da retenção dos ganhos. A reabilitação cognitiva consiste em uma abordagem individualizada, direcionada à identificação e abordagem de objetivos funcionais do paciente pelos profissionais de saúde, juntamente à família, de modo a melhorar o desempenho cotidiano (AGUIRRE *et al.*, 2013). De acordo com Clare *et al.* (2019), a reabilitação cognitiva possibilita que indivíduos com demência em estágio inicial melhorem seu funcionamento diário em relação aos objetivos almejados.

Embora a terapia de estimulação cognitiva possua base em evidências, o pequeno número de ensaios clínicos randomizados de alta qualidade associado às diferenças metodológicas (duração da intervenção, tipo de abordagem, gravidade da demência, etc.) entre os estudos, impedem qualquer conclusão definitiva sobre a eficácia de outras intervenções de estimulação cognitiva, treinamento cognitivo e reabilitação cognitiva (ZUCHELLA *et al.*, 2018).

Acerca da utilização do exercício em pacientes com demência, uma revisão sistemática e meta-análise (LI *et al.*, 2019), sugere que os programas de exercício podem desempenhar um papel benéfico na cognição e nas AVD em indivíduos demenciados, especialmente em pacientes com menos de 80 anos e quando comparados com os cuidados habituais. Uma outra revisão sistemática e meta-análise (CHUN-KIT *et al.*, 2020), concluiu que o exercício físico pode reduzir o declínio cognitivo global e diminuir os problemas comportamentais em pessoas com comprometimento cognitivo leve ou demência. Em ambas as revisões, as variações

metodológicas dos estudos (exercícios empregues, escalas avaliativas utilizadas, grau de demência, etc.) fomentam a realização de novas pesquisas para conferir uma verificação adicional aos resultados.

De acordo com o NICE (2018), a terapia ocupacional deve ser considerada para melhorar a função em indivíduos com demência leve a moderada. Conforme Bennett *et al.* (2019), a terapia ocupacional em casa pode ajudar a melhorar o desempenho nas AVD, reduzir comportamentos e sintomas psicológicos (exceto depressão e ansiedade), contribuir na melhora da qualidade de vida de indivíduos demenciados e também melhorar a qualidade de vida do cuidador familiar. Porém, novos estudos são necessários para determinar o tipo de terapia, o custo-benefício e também avaliar os efeitos de longo prazo e as contraindicações da terapia ocupacional em pacientes com demência.

Em função dos riscos e efeitos colaterais relacionados ao tratamento medicamentoso dos sintomas psicológicos e comportamentais da demência, as intervenções não farmacológicas são sugeridas por diversas diretrizes como tratamento de primeira linha. O tratamento medicamentoso é indicado apenas em casos graves, devendo ser utilizados em adição ao manejo não farmacológico (DYER *et al.*, 2018).

Um grande número de intervenções não farmacológicas se destina ao tratamento dos sintomas psicológicos e comportamentais da demência. Uma revisão sistemática (ABRAHA *et al.*, 2017) abordou diversas dessas intervenções, que foram categorizadas da seguinte forma: intervenções de estimulação sensorial (shiatsu, acupressão, aromaterapia, massagem, terapia de toque, terapia de luz, jardim sensorial, atividades hortícolas, musicoterapia, terapia de dança, terapia de estimulação multissensorial de Snoezelen e estimulação nervosa elétrica transcutânea); intervenções cognitivas orientadas para a emoção (estimulação cognitiva, terapia de reminiscência, terapia de validação e terapia de presença simulada); técnicas de gestão de comportamento (terapia comportamental ou cognitivo-comportamental, análise funcional de comportamento específico, estratégias de reforço comportamental individualizadas, etc.); intervenções multicomponentes e outras intervenções (exercícios e terapias assistidas por animais).

Abraha *et al.* (2017) concluíram que a musicoterapia e algumas técnicas de gerenciamento comportamental envolvendo intervenções orientadas ao cuidador e à equipe pareciam ser os tratamentos mais promissores. Afirmaram ainda que as evidências que sustentam a eficácia dessas intervenções são limitadas devido à baixa qualidade metodológica (variações em relação ao tamanho da amostra, taxonomia das intervenções, resultados avaliados e ferramentas utilizadas para avaliar os resultados).

Apesar de frequentemente empregados no tratamento da demência, as terapias não farmacológicas carecem de evidências mais robustas. Existem evidências dos efeitos estatisticamente significativos das terapias não farmacológicas em alguns desfechos, porém possuem problemas metodológicos consideráveis. Ensaios clínicos randomizados bem desenhados e com maior rigor metodológico são necessários para estabelecer evidências de qualidade (ZUCHELLA *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manejo farmacológico da demência é limitado por efeitos adversos e riscos, enquanto que o manejo não farmacológico é desprovido de evidências de qualidade. Assim, novas

pesquisas são necessárias para promover o desenvolvimento de novos medicamentos para tratar a síndrome e também para possibilitar conclusões mais firmes sobre a eficácia de diferentes tipos de tratamentos não farmacológicos para a população idosa.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. O Sistema Único de Saúde é capaz de ofertar eficazmente tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para idosos com demência?
2. Atualmente, há uma abordagem interprofissional e integral adequada ao idoso com demência em uso de medicamentos?
3. Como os profissionais de saúde evidenciam a relação entre de intervenções não farmacológicas combinadas ao tratamento farmacológico?

REFERÊNCIAS

ABRAHA, I., *et al.* Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*, v. 7, n. 3, 2017.

AGUIRRE, E. *et al.* Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, v. 12, n. 1, p. 253-262, 2013.

ALVES, J. E. D. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Revista Longeviver*, 2019.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. 2021 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*, v. 17, n. 3, p. 327-406, 2021.

ARVANITAKIS, Z.; SHAH, R. C.; BENNETT, D. A. Diagnosis and Management of Dementia: Review. *JAMA*, v. 322, n. 16, p. 1589-1599, 2019.

BAHAR-FUCHS, A. *et al.* (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, n. 3, 2019.

BATTLE, C. E. *et al.* Cholinesterase inhibitors for vascular dementia and other vascular cognitive impairments: a network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2, 2021.

BENNETT, S. *et al.* Occupational therapy for people with dementia and their family carers provided at home: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, v. 9, n. 11, 2019.

BIRKS, J. S.; EVANS, J. G. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, 2015.

BOCCARDI, V. Population Ageing: The Need for a Care Revolution in a World 2.0. **Geriatrics (Basel, Switzerland)**, v. 4, n. 3, p. 47, 2019.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BREIJYEH, Z.; KARAMAN, R. Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment. **Molecules**, v. 25, n. 24, 2020.

BURLÁ, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013.

CHUN-KIT, L. *et al.* Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioural problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. **Journal of Physiotherapy**, v. 66, n. 1, p. 9-18, 2020.

CLARE, L. *et al.* Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early-stage dementia: A multicentre randomised controlled trial (the GREAT trial). **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 34, n. 5, p. 709-721, 2019.

DYER, S. M. *et al.* An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. **International Psychogeriatrics**, v. 30, n. 3, p. 295-309, 2018.

FINK, H. A. *et al.* Benefits and Harms of Prescription Drugs and Supplements for Treatment of Clinical Alzheimer-Type Dementia. **Annals of Internal Medicine**, v. 172, n. 10, p. 656-668, 2020.

HAMPEL, H. *et al.* The cholinergic system in the pathophysiology and treatment of Alzheimer's disease. **Brain**, v. 141, n. 7, p. 1917-1933, 2018.

HERSHEY, L. A.; COLEMAN-JACKSON, R. Pharmacological Management of Dementia with Lewy Bodies. **Drugs Aging**, v. 36, n. 4, p. 309-319, 2019.

HOBERT, M. A. *et al.* Vaskulär bedingte Demenzen erkennen und behandeln. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, v. 53, n. 20, p. 687-698, 2020.

KAVIRAJAN, H.; SCHNEIDER, L. S. Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. **The Lancet Neurology**, v. 6, n. 9, p. 782-792, 2007.

LEE, G. *et al.* Clinical drug development for dementia with Lewy bodies: past and present. **Expert Opinion on Investigational Drugs**, v. 28, n. 11, p. 951-965, 2019.

LI, X., *et al.* Effectiveness of Exercise Programs on Patients with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **BioMed Research International**, 2019.

MATSUNAGA, S. *et al.* Cholinesterase Inhibitors for Lewy Body Disorders: A Meta-Analysis. **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 19, n. 2, 2015.

MAUST, D. T. *et al.* Antipsychotics, other psychotropics, and the risk of death in patients with dementia: number needed to harm. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 5, p. 438-445, 2015.

NA, R. *et al.* A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia. **Psychiatry investigation**, v. 16, n. 5, p. 325-335, 2019.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence. **Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers**. NICE Guideline NG97, 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations#pharmacological-interventions-for-dementia>.

NOUFI, P. *et al.* Use of Cholinesterase Inhibitors in Non-Alzheimer's Dementias. **Drugs & Aging**, v. 36, n. 8, p. 719-731, 2019.

OUTEIRO, T. F. *et al.* Dementia with Lewy bodies: an update and outlook. **Molecular Neurodegeneration**, v. 14, n. 1, p. 1-18, 2019.

RALPH, S. J.; ESPINET, A. J. Increased all-cause mortality by antipsychotic drugs: updated review and meta-analysis in dementia and general mental health care. **Journal of Alzheimer's Disease Reports**, v. 2, n. 1, p. 1-26, 2018.

SINHA, K. *et al.* Current status and future prospects of pathophysiology-based neuroprotective bdrugs for the treatment of vascular dementia. **Drug Discovery Today**, v. 25, n. 4, p. 793-799, 2020.

STINTON, C. *et al.* Pharmacological Management of Lewy Body Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The American Journal of Psychiatry**, v. 172, n. 8, p. 731-742, 2015.

VAZ, M., SILVESTRE, S. Alzheimer's disease: Recent treatment strategies. **European Journal of Pharmacology**, v. 887, 2020.

ZUCCHELLA, C. *et al.* The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. **Frontiers in Neurology**, v. 9, 2018.

ZVĚŘOVÁ, M. Clinical aspects of Alzheimer's disease. **Clinical Biochemistry**, v. 72, p. 3-6, 2019.

CAPÍTULO 17

CUIDADOS PALIATIVOS EM DEMÊNCIA

Aélya Drisana Dias Gomes de Araújo

Jéssica Maria Silva de Carvalho

Letícia Thamanda Vieira de Sousa

Mauro Pinheiro de Carvalho Júnior

Glenda Maria Santos Moreira

RESUMO:

O envelhecimento populacional acarreta um aumento significativo no número de casos de demência. A síndrome demencial não apresenta tratamento modificador ou curativo, cabendo assim, os Cuidados Paliativos (CP) como terapêutica adjuvante e de continuidade de cuidado, incluindo a fase final da vida. O objetivo deste capítulo é refletir acerca da aplicação dos cuidados paliativos em demência. Trata-se de um texto teórico-reflexivo pautado em publicações nacionais e internacionais relacionadas ao tema e vivências dos autores. As diferentes intervenções em CP melhoram a qualidade de vida dos pacientes demenciados, e de seus familiares e/ou cuidadores. A implementação dos cuidados, independentemente do estágio da doença, permite identificar as necessidades do paciente e família, gerenciando sinais e sintomas, nas diversas fases. Para tal, a comunicação adequada e cuidados buscando o evitamento da obstinação terapêutica constituem-se como ferramenta fundamental, permitindo assistência mais humanizada frente a uma doença progressiva e incurável. Tendo em vista o valor da implementação da abordagem paliativa em demência, faz-se relevante a divulgação desse conhecimento, visando a ampliação desta tecnologia e sua importância.

Palavras-Chave: Cuidado paliativo; Demência; Idoso.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico global de ritmo variável conforme a localização e os determinantes sociais. No Brasil ocorre de forma acentuada, estimando-se que, em 2060, os brasileiros com mais de 65 anos corresponderão a cerca de um quarto da população nacional. A elevação no número de idosos culmina no aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se a demência, uma das

principais causas de incapacidade na velhice (IBGE, 2018; SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

A demência é uma síndrome caracterizada pela presença de comprometimento cognitivo progressivo frequentemente associado a distúrbios comportamentais. Em 2015, afetou 47 milhões de pessoas mundialmente e estima-se que em 2030 acometerá cerca de 75 milhões de indivíduos. No Brasil verificou-se prevalência de 6,7% em 2017. A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e pode contribuir com 60 a 70% dos casos. A demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal constituem outras formas principais (WHO, 2017).

A síndrome demencial associa-se a necessidades complexas e a altos níveis de dependência, acarretando assim impactos significativos ao idoso demenciado, à sua família, aos seus cuidadores e à sociedade em geral. Na fase inicial da demência tem-se uma dificuldade significativa na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); na fase moderada, há necessidade de assistência para realizar, além das AIVD, as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD); na fase avançada, o idoso demenciado apresenta dificuldades de deglutição, sinais neurológicos, além de incontinência urinária e fecal. Implicando assim em tempo de necessidade de assistência integral e uma total dependência para o autocuidado com familiares e/ou cuidadores participando com risco de dedicação exclusiva (LINS; GOMES, 2019).

Atualmente não há tratamentos modificadores da doença ou curativos para demência. Assim, tem-se a necessidade de estabelecimento de um olhar amplo em relação ao cuidado ao idoso demenciado, interessando-se pela totalidade da vida e considerando o sofrimento individual, familiar e dos cuidadores, de modo a minimizar complicações e melhorar o bem-estar (D'ALESSANDRO *et al.*, 2020).

Em concomitância aos seguimentos de especialistas, o cuidado paliativo se impõe como conduta que visa a promoção da qualidade de vida de pacientes, seus familiares e/ou cuidadores através da prevenção e alívio de sintomas físicos, sociais, emocionais e espirituais desagradáveis, no contexto de doenças que ameaçam a continuidade da vida. A assistência é realizada por uma equipe multiprofissional durante o período do diagnóstico, adoecimento, finitude e luto (WHO, 2018).

Os CPs trazem como princípios: o início precoce, acompanhando as medidas de prolongamento da vida; a promoção do alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer um sistema que

possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seu familiares e melhorar a qualidade de vida, influenciando positivamente o curso da doença (MATSUMOTO, 2012).

Mediante o exposto, a reflexão sobre a aplicação dos cuidados paliativos em demência se faz necessária para instigar a comunidade, gestores e profissionais de saúde acerca da relevância dessa abordagem terapêutica no processo de cuidado ao idoso demenciado, possibilitando maior visibilidade e reconhecimento.

OBJETIVO:

Refletir acerca da aplicação dos cuidados paliativos em demência.

MÉTODOS:

Trata-se de um texto teórico-reflexivo sobre a aplicação dos cuidados paliativos em demência. As reflexões foram pautadas em publicações nacionais e internacionais relacionadas ao tema e vivências dos autores.

DESENVOLVIMENTO:

1. Questões éticas em cuidados paliativos

O conceito de CP sofre estigmas que refletem diretamente nos cuidados em demência. Muitos associam a abordagem paliativa ao imediato fim da vida e não veem a necessidade de aplicação ao indivíduo demenciado, especialmente em estados iniciais de neurodegeneração. No entanto, os CP constituem uma ferramenta que melhora a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e/ou cuidadores. Diante do caráter evolutivo demencial que culmina em morte, a introdução desses, independente do estágio da doença, permite identificar as necessidades e gerenciar cada fase (WHO, 2018; DUARTE; CARQUEJA, 2020).

A tomada de decisão referente ao diagnóstico demencial é de suma importância para a atenção a ser prestada. É importante tomar essa atitude o mais precoce possível devido ao caráter evolutivo do déficit cognitivo, de modo a estabelecer um plano de cuidado e diretiva em saúde prévias, centrada no indivíduo e compartilhada com familiares e/ou cuidadores para que a assistência prestada seja a mais efetiva possível (SLACHEVSKY; ABUSLEME; ARENAS MASSA, 2016).

A diretiva prévia consiste em um documento onde estão elencados os desejos do paciente, feito com discernimento por este, diante de procedimentos de saúde e condições

terminais da vida, podendo também autorizar outra pessoa na decisão sobre as intervenções. Esta ação permite ao paciente o direito de conduzir o processo de morte com dignidade e de acordo com suas prerrogativas de autonomia (ANGELUCI, 2019).

Apenas 20-50% das pessoas recebem o seu diagnóstico de demência no primeiro ano de cuidados, sendo que em pessoas de baixa renda esse número é ainda menor. Muitos não chegam a receber esse diagnóstico, ou mesmo quando recebem já se encontram em fases avançadas de perda de autonomia cognitiva para conseguirem tomar decisões sobre o seu futuro e da família. O diagnóstico oportuno interfere imediatamente na tomada de decisões e beneficia o cuidado e o tratamento da pessoa com demência (LIVINGSTON *et al*, 2017).

Nesse contexto, surgem questões éticas a respeito dos cuidados: determinação da autonomia para tomada de decisões, cuidados de fim de vida, prolongamento da vida que prejudique o bem-estar, entre outros. Os profissionais devem estar preparados para reconhecer os limites de tratamento, sendo claros e objetivos com seus pacientes e familiares, proporcionando conforto e bem-estar, além de respeitar suas vontades e necessidades.

Ademais, analisando os cuidados paliativos sob a perspectiva da bioética para um paciente sem chance de cura são discutidas as técnicas de eutanásia, distanásia e ortonásia (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

A eutanásia tem como objetivo a retirada da vida a fim de amenizar o sofrimento da pessoa, ou seja, possui motivação humanística. No Brasil essa prática é crime. Já a distanásia tem como propósito o prolongamento da vida do paciente, gerando sofrimento a esse (MENDES *et al.*, 2020). A ortotanásia que, diferente das anteriores, atende ao tempo de vida do paciente, assegurando a este o direito à morte com dignidade, sem o uso de tecnologias para o prolongamento artificial da vida (BORGES, 2005).

Nessa perspectiva, os cuidados paliativos compreendem a ortotanásia como medida de enfrentamento à morte, não a postergando com medidas invasivas desnecessárias como na distanásia e nem adiantando-a com viés do pragmatismo humanístico como na eutanásia.

1. Comunicação em saúde

Diante da implementação dos cuidados paliativos durante a demência, a comunicação se torna uma intervenção necessária e fundamental, partindo do princípio de uma assistência humanizada e integral em que pode proporcionar uma palavra de conforto, fortalecer espiritualmente e trazer para aquele paciente apoio. Além disso, a comunicação é essencial na construção de um relacionamento interpessoal, aumentando o vínculo paciente, profissional e família, podendo ocorrer de forma verbal e não verbal (BRITO *et al.*, 2017).

Observa-se que diante de uma enfermidade grave ou sem perspectiva de cura, a comunicação efetiva promove o alívio psicológico tanto do paciente quanto da família, desmistificando medos e aflições e legitimando sentimentos e diretivas. O ato de ouvir merece destaque no processo de comunicação, pois permite identificar as necessidades do paciente e estabelecer a forma adequada de transmitir informações aos envolvidos (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019).

Uma relação que parte de uma linguagem clarificada entre profissional - paciente - família, em que são abordados os desejos, necessidades, medos, alegrias e experiências, proporciona o entendimento do outro e traz como resultado o vínculo interpessoal efetivo. É importante salientar que o diálogo com o idoso deve ocorrer de forma que ele possa compreender, em linguagem coloquial e compatível com sua peculiaridade de fala e entendimento.

A importância da comunicação é fator essencial também para os profissionais e suas equipes multiprofissionais. Abreu (2016) destaca que os cuidados paliativos são contínuos, assim, os profissionais multidisciplinares trabalham interdisciplinarmente a fim de potencializar a assistência digna e com respeito, juntamente com os familiares. A comunicação dentro da equipe é fundamental para que o processo de cuidado ocorra em alinhamento com as queixas do paciente. A equipe que dialoga gera segurança, reduz erros e enxerga o paciente em sua totalidade.

1. Intervenções em cuidados paliativos

A assistência em cuidados paliativos tem a finalidade de prestar um cuidado holístico, centrado nas diretivas do paciente e familiares com o suporte dos profissionais da saúde. Para compreensão das intervenções, Queiroz *et al.* (2014) lista quatro tipos de cuidados: cuidados biológicos/físicos; psicológico; medicamentoso e sócio-interacional.

Os cuidados biológicos/físicos consistem no controle dos sintomas, das ABVD e da dependência gerada com a evolução do quadro demencial. Nesse momento é essencial o vínculo criado entre paciente e cuidador para uma assistência de qualidade, quando o paciente se sente seguro e confortável com o seu cuidador. Nesse contexto também entra o cuidado psicológico pela disponibilização de atividades de lazer e alimentação conforme as vontades do paciente, promovendo o respeito e a dignidade (QUEIROZ *et al.*, 2014; PIRES *et al.*, 2020).

O cuidado psicológico deve ser visto diante dos aspectos físico, psicológico propriamente dito, social, espiritual e ético, durante todo o curso da doença. Algumas consequências psicológicas podem surgir diante do diagnóstico como: isolamento social;

ansiedade; perda de autonomia; constrangimento; depressão; perda de identidade social e incapacidade de autocuidado. É necessário um acompanhamento profissional especializado, de psicólogos e/ou terapeutas, para prevenir ou tratar esses quadros, realizando intervenções como: estimulação cognitiva e sensorial; promoção do convívio social; terapia ocupacional; favorecimento do bem-estar, autoestima e paz espiritual; musicoterapia e promoção da dignidade (QUEIROZ *et al.*, 2014; LUCENA *et al.*, 2020).

Quanto à terapia medicamentosa, o alívio da dor é fundamental no paciente sob cuidados paliativos. Além disso, deve-se enfatizar a promoção do conforto, aliviando outros sintomas que surgem com o decorrer da demência ou até mesmo das medicações. Com isso, é importante evitar procedimentos ou mesmo medicamentos que não irão mudar o curso da doença ou aliviar quaisquer dos sintomas apresentados pelo paciente e podem ser causa de iatrogenia medicamentosa, sendo discordante do objetivo principal do cuidado (PIRES *et al.*, 2020).

A dor no paciente com demência muitas vezes não é diagnosticada e tratada corretamente, podendo provocar um maior consumo de medicamentos sem prescrição e levar a intoxicação. Ademais, tem-se a grave e real tendência de subtratar sintomas por entendê-los de forma subjetiva e baseada em julgos pessoais de equipe. Dor é um sintoma universal e individual, precisando por isso ser vinculada a observação impecável e tratamento cuidadoso. Além disso, por se tratar de uma doença que afeta cognição e função executiva, o uso de escalas de dor se faz necessário na assistência como forma de avaliar a necessidade e o sucesso das medidas terapêuticas empregadas.

Outro cenário de cuidado é o sóciointeracional, que tem em sua base a finalidade de manter a socialização do indivíduo. Nesse processo, deve-se priorizar a participação familiar durante as rotinas de cuidado, mantendo a interação, o convívio, fortalecendo os vínculos e dessa forma, interferindo diretamente no alívio do sofrimento e solidão do idoso com demência (QUEIROZ *et al.*, 2014).

É importante que o familiar ou o cuidador sejam fortalecidos durante esse processo, tanto em caráter emocional e mental, quanto físico. Aos que recebem os cuidados paliativos em casa é essencial a oferta de orientações e o suporte necessários sobre as dúvidas, medos e a finitude do ente. Nesse contexto, é possível a organização dos familiares de acordo com sua viabilidade, melhora da comunicação, otimização do cuidado e a diminuição da sobrecarga.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Os cuidados paliativos constituem uma ferramenta importante no manejo do idoso demenciado. Possibilitam a diminuição do sofrimento do paciente, familiares e/ou cuidadores ao oferecer suporte em diversas vertentes, acarretando assim, melhorias na qualidade de vida e no bem-estar, sendo necessária a sua aplicação desde o momento do diagnóstico da síndrome demencial, junto ao tratamento de suporte. Nesse âmbito, faz-se relevante a divulgação desse conhecimento não só àqueles que se beneficiariam com suas práticas, mas também a comunidade em geral, para que se forme uma consciência coletiva de que mesmo em doenças ameaçadoras da vida até então sem tratamento, há ainda muito o que se fazer.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO

1. Caso houvesse uma disciplina de cuidados paliativos na graduação ou uma especialidade médica, haveria um aumento na qualidade de fim vida dos brasileiros?
2. Se a Constituição Brasileira assegura o direito à vida e à morte digna, os cuidados paliativos não deveriam ser implementados em todas as esferas do serviço de saúde pública?
3. A pandemia de Covid-19 pode ter aumentado os casos de desassistência em demências?
4. O isolamento social imposto pela pandemia pode gerar uma necessidade maior de cuidados paliativos em demência?

REFERÊNCIAS

ABREU, W. C. Cuidados paliativos para utentes com demência avançada: Reflexões sobre a sua implementação. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 16, p. 6-10, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2021.

ANGELUCI, C. A. Considerações sobre o existir: as diretivas antecipadas de vontade e a morte digna. **Revista Brasileira de Direito Civil**, Belo Horizonte, v. 21, p. 39-59, 2019. Disponível em: <<https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/464/307>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BORGES, R. C. B. Eutanásia, ortotanásia e distanásia: breves considerações a partir do biodireito brasileiro. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 871, 2005. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/7571>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

BRITO, F. M. *et al.* Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 215-221, 2017. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5368>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M.; SILVA, J. J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 711-718, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422019000400711&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2021.

D’ALESSANDRO, M. P. S. *et al.* (Coord.). **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde; 2020.

DUARTE, J; CARQUEJA, E. Cuidados paliativos na demência – o que sabem os cuidadores formais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Porto, v. 21, n. 2, p. 404-414, 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções da população : Brasil e unidades da federação: revisão 2018**. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101597.pdf>>

LINS, V. S.; GOMES, M. Q. C. Terapia Ocupacional no cuidado ao idoso com demência: uma revisão integrativa. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 117-132, 2019.

LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care. **The Lancet Commissions**, London, v 390, p. 2673-2734, 2017.

LUCENA, P. L. C. *et al.* Evidências Científicas Sobre Intervenções para Pessoas com Feridas em Cuidados Paliativos: Revisão de Escopo. **Revista Cuidado Fundamental Online**. Rio de Janeiro, v 12, p. 730-736, 2020.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 23-30.

MENDES, A. N. *et al.* A polêmica da Legalização da Eutanásia no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 79803-79814, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18508/14907>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JUNIOR, J. J.; DAMASIO, A. C.. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2021.

PIRES, I. B. *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, jun. 2020.

QUEIROZ, R. B. *et al.* Cuidados paliativos e Alzheimer: concepções de neurologistas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 686-692, 2020.

SANTOS, C. S.; BESSA, T. A.; XAVIER, A. J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 603-611, 2020.

SLACHEVSKY CH, A.; ABUSLEME L, M. T.; ARENAS MASSA, A. Cuidados paliativos em pessoas com demência grave: reflexões e desafios. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 144, n. 1, p. 94-101, 2016. Disponível em https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000100012&lng=es&nrm=iso Acessado em 08 de fevereiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000100012>.

WHO. World Health Organization. **Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025**. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=4DA480FA93471AC53988E52B35F416D8?sequence=1>

WHO. World Health Organization. **Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/PC%20integration%20into%20primary%20health%20care%20WHO%20guide%202018.pdf>