

CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Roberto Rosa Cabral¹
Simone Dalbem de Souza¹
Vanessa Jovis de Almeida¹
Reili de Fátima dos Santos²
Ednardo Fornanciar Antunes²
Omar Ariel Espinosa Dominguez³

A doença de Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa que acomete geralmente idosos e se apresenta como o tipo de demência mais prevalente no mundo. Trata-se o presente trabalho de uma revisão bibliográfica com objetivo de descrever a doença de Alzheimer e suas características: história da doença, definição, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e aspectos que envolvem os familiares e cuidadores. A doença de Alzheimer é caracterizada pela presença de placas senis e emaranhados neurofibrilares que contribuem para a morte de células nervosas e perda de massa encefálica, conduzindo para alterações cognitivas, inicialmente a memória e posteriormente a capacidade de raciocínio, que comprometem o processo biopsicossocial do idoso até sua dependência de familiares. O diagnóstico é clínico com papel fundamental da avaliação neuropsicológica. A abordagem terapêutica é multiprofissional, tanto na reabilitação quanto nos aspectos psicossociais envolvidos. O tratamento medicamentoso contribui para diminuir as alterações cognitivas melhorando a qualidade de vida. O envolvimento da família no cuidado é essencial, sendo que os cuidadores também sofrem com a carga emocional dessa posição.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Encefalopatias; Transtornos neurocognitivos; Carga de prestação de cuidados.

1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) foi descrita por Alois Alzheimer no ano de 1906. Está classificada no grupo de demências e é causada por alterações no tecido cerebral associadas ao envelhecimento, que, no entanto, não fazem parte do processo de envelhecimento normal e conduz a alterações cognitivas que comprometem o processo biopsicossocial do idoso. Constitui-se, portanto, uma patologia neurodegenerativa, sendo responsável por mais da metade dos quadros de demência, provocando declínio progressivo e global das funções cognitivas, levando os pacientes à dependência das suas famílias, implicando atenção e cuidados no dia a dia.

Como sintomas iniciais, o paciente começa a perder sua memória mais recente e isto é bem característico. Pode até se lembrar de fatos que ocorreram meses antes, mas esquece, por

¹ Psicólogo (a) pela Faculdade Estácio do Pantanal.

² Acadêmico (a) de medicina da Faculdade Estácio do Pantanal.

³ Biomédico. Prof. Dr. da Faculdade Estácio do Pantanal.

exemplo, de onde deixou as chaves de casa. É uma doença que ainda não tem cura e com o avanço do quadro, afeta a capacidade de aprendizado, atenção, orientação, compreensão e linguagem, são sinais que podem ser confundidos com estresse e distração.

No começo são os pequenos esquecimentos, normalmente aceitos pelos familiares como parte do processo normal de envelhecimento, que vão se agravando gradualmente. Consciente destes esquecimentos, o indivíduo pode se tornar confuso e por vezes agressivo, causando mudanças de humor, de personalidade, distúrbios de conduta e chegando até a não conhecer a si mesmo diante do espelho, gerando um quadro de ansiedade e depressão.

Como característica física se observa a redução do número das células nervosas (atrofia cortical difusa) e das ligações entre elas (sinapses), que envolvem vários sistemas de transmissão de informação nervosa, e ainda degeneração neurovascular.

A abordagem terapêutica é multiprofissional, tanto na reabilitação quanto na abordagem dos aspectos psicossociais envolvidos. O tratamento medicamentoso contribui para diminuir as alterações cognitivas, aumenta a sobrevida, mas não leva à cura da doença.

O envolvimento da família no cuidado é essencial, sendo que os cuidadores também sofrem com a carga emocional dessa posição

Destaca-se ainda a importância dos cuidadores na vida desses pacientes, considerando que são várias as atividades que realizamos no dia a dia, e assim são os pacientes com DA, mas infelizmente quando se tornam dependentes são incapacitados de realizar qualquer atividade mesmo seja simples ou fácil de fazer, precisam de ajuda para realizar tudo.

2. METODOLOGIA

Revisão da literatura sobre a doença de Alzheimer e suas características, com realização de levantamento bibliográfico em bases eletrônicas de dados e livros. O critério de seleção para artigos foi ser publicado no período de 2010 a 2023, salvo documentos oficiais e referências destacadas.

A amostra final foi constituída por 25 referências entre artigos, livros e sites de expressão internacional, descrevendo a história da DA, definição, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e aspectos que envolvem os familiares e cuidadores.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 História da doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer foi descrita em 1906 pelo psiquiatra alemão Alois Alzheimer,

que estudou e publicou o caso da sua paciente Auguste Deter, uma mulher saudável que aos 51 anos desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação, distúrbio de linguagem (com dificuldade para compreender e se expressar), tornando-se incapaz de cuidar de si mesma, tendo sido paciente do Dr. Alzheimer em um asilo. Após o falecimento de Auguste, aos 55 anos, por septicemia, o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença, sendo a perda massiva de neurônios, os emaranhados neurofibrilares e as placas senis, mas não havia preparações histológicas do hipocampo e região entorrinal^{1, 2, 3}.

Desde então a doença de Alzheimer leva a cabo as investigações com uma ampla gama de temas, incluindo as demências de origem arteriosclerótica e degenerativa. Em 03 de novembro de 1906 em um encontro de Psiquiatria em Tübingen, na Alemanha, Dr. Alzheimer apresenta a comunicação sobre a doença específica do córtex cerebral, cujos sintomas principais são perda de memória, desorientação, alucinações e finalmente morte, e expõe os achados histológicos conhecidos hoje como as placas e os emaranhados^{1, 4}.

Engel³, citando Lock (2013), declara que:

um dos principais interesses de Alzheimer em encontrar os marcadores físicos da demência era lidar com o estigma de teorias somáticas que acabavam por “culpar” certos comportamentos e a vida pregressa da pessoa que os experimentava.

Por cerca de 50 anos após a descrição de Alzheimer, a DA foi julgada como de menor importância, considerada rara e restrita a pacientes jovens, enquanto a demência senil era considerada um envelhecimento exagerado devido a alterações ateroscleróticas no cérebro. Na atualidade, os estudos clínicopatológicos esclareceram que a doença de Alzheimer e a demência senil fazem parte do mesmo espectro de doença e o nome de Alzheimer estará sempre vinculado à causa mais comum de demência¹.

3.2. Definição da doença de Alzheimer

A DA é progressiva e incurável, mas pode e deve ser tratada. Se apresenta como demência ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem), causada pela morte de células cerebrais. Quando diagnosticada no início, é possível retardar o seu avanço e ter mais controle sobre os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e à família².

O termo demência e doença de Alzheimer podem se confundir, por isso é comum se acreditar que são sinônimos, mas as duas palavras significam coisas diferentes. Demência é um

termo geral para um declínio na capacidade mental grave o suficiente para interferir na vida diária e a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, representando entre 60% e 80% dos casos, seguido pela demência vascular, com 20% dos casos; depois temos a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal, além de uma nova doença demencial relatada recentemente denominada Late (encefalopatia TDP-43 límbico predominante relacionada a idade). A doença de Alzheimer é uma doença específica e a demência não é^{5, 6, 7}.

A doença de Alzheimer é um mal crônico com longas fases pré-clínica e prodrômica (20 anos) e uma duração clínica média de 8 a 10 anos, com prevalência estimada de 10 a 30% na população maior que 65 anos de idade e incidência de 1 a 3%. A maioria dos pacientes com doença de Alzheimer (> 95%) tem a forma esporádica, caracterizada por um início tardio (80-90 anos)⁸. Há estimativa de prevalência de demência no Brasil de 7,6% nos indivíduos de 60 anos ou mais no período de 1995 a 2012, sendo que a prevalência dobra a cada cinco anos e 1% dos indivíduos com idade de 60 anos tem demência, chegando a prevalência a atingir entre 20% e 30% aos 85 anos⁷.

A Organização Mundial de Saúde⁹ destaca que no ano de 2015, 5% da população mundial de idosos tem demência, cerca de 47 milhões de pessoas, número que pode chegar a 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. Destaca ainda que 9,9 milhões de pessoas desenvolvem demência anualmente, o que representa um caso a cada três segundos.

3.3. Fisiopatologia da doença de Alzheimer

As duas principais alterações que se apresentam na DA são as placas senis extracelulares decorrentes do depósito de proteína beta-amiloide anormalmente produzida, e os emaranhados neurofibrilares intracelulares da proteína Tau. Outra alteração observada é a redução do número das células nervosas, caracterizando atrofia cortical difusa, e das ligações entre elas, as sinapses, que envolvem vários sistemas de transmissão de informação nervosa, e ainda degeneração neurovascular¹⁰.

A proteína beta-amiloide exerce efeito neurotóxico nos neurônios e é a causa central do desenvolvimento da sintomatologia da DA; quanto à proteína Tau, seu papel é ligar e apoiar estruturalmente os microtúbulos dentro das células, contribuindo para sua estrutura, e quando a proteína Tau se torna hiperfosforilada, se desprende dos microtúbulos e se agrega para formar emaranhados insolúveis, que podem causar neurodegeneração através da formação de espécies tóxicas de Tau ou através da perda da função da Tau devido à sua hiperfosforilação e sequestro nas inclusões^{11, 12}.

Essas alterações neuropatológicas iniciam-se no córtex entorrinal e nas formações do hipocampo, espalhando-se posteriormente para outros córtices de associação temporal, parietal e finalmente frontal¹³.

Alguns estudos de imagem citados na literatura encontraram atrofia se espalhando para os lobos temporais, afetando a memória associativa e depois os lobos frontais em indivíduos com sintomatologia leve, alterações que são consistentes com a progressão dos sintomas durante o curso da doença¹¹.

As primeiras lesões características da DA aparecem em neurônios límbicos pouco mielinizados em áreas do sistema nervoso relacionadas à memória e aprendizado, como o hipocampo e o córtex de associação, com a degeneração hipocampal chegando a 60% em estágios avançados. Neurônios altamente mielinizados são afetados apenas nas fases finais da doença. O lobo parietal, juntamente com certas áreas do lobo pré-frontal, é uma das últimas áreas do cérebro humano a mielinizar, e muitos de seus neurônios permanecem pouco mielinizados por toda a vida útil, o que pode explicar sua vulnerabilidade a fatores capazes de desencadear a DA¹³. Essas são áreas corticais associativas, responsáveis pela memória e pelas funções executivas que envolvem planejamento e execução de funções complexas, linguagem, habilidades visuoespaciais e comportamento social. O que pode explicar a sintomatologia da DA constituir-se em distúrbios cognitivos e comportamentais é que as áreas responsáveis pela motricidade geralmente são preservadas até as fases mais avançadas da doença¹⁴.

3.4. Diagnóstico da doença de Alzheimer

De acordo com a OMS⁹, são diagnosticados 10 milhões de novos casos de doença de Alzheimer por ano mundialmente. Atualmente, cerca de 50 milhões de pessoas no mundo tem demência, com estimativas de 75 milhões em 2030 e 130 milhões em 2050. A doença de Alzheimer é a mais comum das demências, respondendo por cerca de 60-70% dos casos. No Brasil, estima-se que há cerca de um milhão de casos, a maior parte deles ainda sem diagnóstico¹⁰.

A perda da memória que afeta a vida diária pode ser sintoma da DA ou outra demência. Para se embasar uma diferenciação da DA para outras demências, são listados dez sinais e sintomas⁵:

1. Perda da memória que afeta a vida diária: esquecer informações recentes, datas e eventos, repetir perguntas, necessidade de fazer anotações, entre outras. No envelhecimento é normal haver esquecimento, mas as informações são lembradas posteriormente.

2. Algumas pessoas que vivem com demência podem sofrer alterações na capacidade de desenvolver e seguir um plano ou trabalhar com números. No envelhecimento normal, erros são ocasionais.
3. Dificuldade para cumprir tarefas familiares, como se orientar para um lugar conhecido, organizar uma lista de compras, lembrar como se brinca um jogo.
4. As pessoas que vivem com Alzheimer podem perder a noção de datas e a passagem do tempo. Podem ter problemas para entender algo, se isso não acontecer imediatamente. Às vezes podem esquecer onde estão ou como chegaram lá.
5. Ter problemas de visão é um sinal de Alzheimer para algumas pessoas. podendo levar a dificuldades na leitura e equilíbrio. Também podem ter problemas para avaliar a distância e determinar a cor ou o contraste, causando problemas com a direção.
6. Pessoas que vivem com Alzheimer podem ter problemas para acompanhar ou ingressar em uma conversa, podem parar no meio de uma conversa e não têm ideia de como continuar ou podem se repetir. Podem ter dificuldades com o vocabulário, ter problemas para nomear um objeto familiar ou usar o nome errado.
7. Uma pessoa que vive com a doença de Alzheimer pode colocar as coisas em lugares incomuns. Eles podem perder as coisas e não conseguir voltar aos seus passos para encontrá-las novamente. Podem acusar outras pessoas de roubar, especialmente à medida que a doença progride.
8. Os indivíduos podem sofrer mudanças de julgamento ou tomada de decisão. Por exemplo, eles podem julgar mal ao lidar com dinheiro ou prestar menos atenção à limpeza ou manter-se limpos.
9. Uma pessoa que vive com a doença de Alzheimer pode sofrer alterações na capacidade de manter ou acompanhar uma conversa. Como resultado, pode se retirar de hobbies, atividades sociais ou outros compromissos. Isolamento.
10. Alterações de humor e de personalidade. Pessoas com DA podem ficar confusas, desconfiadas, deprimidas, com medo ou ansiosas. Podem ficar facilmente chateadas em casa, com amigos ou quando estão fora de sua zona de conforto.

Há casos de pessoas que desenvolverem DA aos seus 30, 40 e 50 anos, conhecido como DA de início precoce. Esses indivíduos têm uma mutação em um dos três genes herdados diferentes que faz com que a doença comece mais cedo. Outrossim, mais de 90% dos casos de DA se desenvolve em pessoas com mais de 65 anos. Essa forma de DA é chamada de DA de início tardio, e seu desenvolvimento e padrão de danos no cérebro são semelhantes aos da DA

de início precoce. O curso desta doença varia de pessoa para pessoa, assim como a taxa de declínio. Na maioria das pessoas com DA, os sintomas aparecem pela primeira vez após os 65 anos. As causas da DA de início tardio provavelmente incluem fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. Embora o risco de desenvolver DA aumente com a idade, os sintomas de demência e DA não fazem parte do envelhecimento normal¹⁵.

Antes do diagnóstico é necessário que o profissional da saúde faça a avaliação de características que são essenciais da doença de Alzheimer e encontram-se subdivididas em diferentes fases, sendo elas fase inicial, intermediária e final:

Quadro 1: Fases da doença de Alzheimer¹⁶

1º Fase inicial ou leve	Caracteriza-se a partir de leves esquecimentos, alterações de personalidade e julgamento, dificuldade em relação à memorização, problemas relacionados à concentração e atenção, comportamentos depressivos, descuido da aparência, desorientação no tempo e espaço, déficit de afetividade e discreta perda de autonomia no tocante ao desenvolvimento atividades básica relacionadas ao autocuidado.
2º Fase intermediária ou moderada	Nesta fase são percebidas dificuldades no tocante ao reconhecimento dos indivíduos, ausência de capacidade para aquisição de conhecimento, noutras palavras, não existe qualquer tipo de possibilidade para que haja aprendizado, guarda alguns fatos relacionados ao seu passado, incontinência não só urinária como também fecal, apresenta irritabilidade, bem como comportamentos agressivos, tendem a entrar em um quadro de perambulação e com comportamentos de hostilidade.
3º Fase final ou severa	Essa se mostra como a fase mais complicada, tendo em vista que o paciente apresenta importante dificuldade para deglutir os alimentos, o que tende a contribuir para a perda de peso mesmo que sua alimentação seja adequada, completa dependência dos membros da família ou mesmo cuidador, em geral são pacientes que ficam acamados, completa incapacidade de administrar o próprio autocuidado em relação a sua higiene, irritabilidade, mudanças de humor e dificuldades em comunicar-se com aqueles que estão a sua volta.

Essas são características que o portador do DA possui desde os primeiros sintomas e que podem agravar de acordo com o tempo, mesmo que haja tratamento; porém, a doença é neurodegenerativa que se agrava com o passar dos anos.

O DSM-5¹⁷ descreve que em clínicas especializadas, cerca de 80% dos indivíduos com DA apresentam manifestações psicológicas e comportamentais. Essas características são também frequentes no estágio leve de prejuízo do tratamento neurocognitivo. Tais sintomas causam maior sofrimento que as manifestações cognitivas, que são razões para a busca de cuidados da saúde. No estágio leve da DA costuma ser encontrada depressão e/ou apatia, e no transtorno maior moderadamente grave são encontrados características psicóticas, agitação, irritabilidade, agressividade e perambulação, surgindo posteriormente distúrbio na marcha,

disfasia, incontinência, mioclonia e convulsões e devem ser observados.

A respeito do diagnóstico da DA¹⁴:

O diagnóstico de provável demência associada à DA é feito, fundamentalmente, por relato ou observação cuidadosa de comprometimento cognitivo, aliado à exclusão de outras formas de demência ou de outras doenças que acarretem prejuízo cognitivo. A confirmação diagnóstica só poderá ser feita com o exame histopatológico do tecido neural para avaliação de placas senis e fusos neurofibrilares, obtidos a partir de biópsia ou necrópsia.

Além de vários critérios para o diagnóstico, para a confirmação da DA é necessário o acompanhamento clínico e uma observação minuciosa desde comportamentos à cognição.

Uma vez que as demências se associam com necessidades diversas e alto nível de dependência e comorbidades nos estágios avançados, requer uma variedade de cuidados de saúde sociais, incluindo serviços a longo prazo, uma vez que as comorbidades, por exemplo, se não tratadas, podem acelerar o declínio da saúde do indivíduo, sendo necessários serviços de diagnóstico e tratamento multiprofissional, atendimento em domicílio, transporte especializado, entre outros⁹.

Os critérios para diagnóstico da doença de Alzheimer são apresentados no quadro 2, de acordo com o DSM-5¹⁷:

Quadro 2: Critérios diagnósticos para doença de Alzheimer segundo DSM-5

Transtorno Neurocognitivo Maior ou Leve Devido à Doença de Alzheimer
Critérios Diagnósticos
<p>A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.</p> <p>B. Há surgimento insidioso e progressão gradual de prejuízo em um ou mais domínios cognitivos (no caso de transtorno neurocognitivo maior, pelo menos dois domínios devem estar prejudicados).</p> <p>C. Os critérios são atendidos para doença de Alzheimer provável ou possível, do seguinte modo:</p> <p>Para transtorno neurocognitivo Maior Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se qualquer um dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticada possível doença de Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evidência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer a partir de história familiar ou teste genético ➤ Todos os três estão presentes: <ul style="list-style-type: none"> • Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem e em pelo menos outro domínio cognitivo (com base em história detalhada ou testes neuropsicológicos em série). • Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados. • Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição

neurológica, mental ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).

Para transtorno neurocognitivo Leve:

Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se há evidência de alguma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, constatada em teste genético ou história familiar.

Possível doença de Alzheimer é diagnosticada se não há evidência de mutação genética causadora de doença de Alzheimer, de acordo com teste genético ou história familiar, com presença de todos os três a seguir.

- Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem.
 - Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados.
 - Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).
- D. A perturbação não é mais bem explicada por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico.

Durante o diagnóstico são essenciais exames clínicos como o de TC ou RMN do encéfalo; MEEM (miniexame do estado mental), CDR (escala clínica de avaliação de demência), eletroencefalograma e outros exames clínicos, e são realizados exames físicos, laboratoriais e de neuroimagem para que haja diferenciação de outras doenças. Testes psicológicos para verificar o funcionamento cognitivo, anamnese completa e detalhada com todo histórico do paciente, presença de doenças preexistentes, exposição ambiental, contato com agentes tóxicos e outros¹⁸.

A respeito do diagnóstico, apesar dos novos critérios de DA que permitem o diagnóstico precoce da doença pela inclusão de biomarcadores derivados do líquido cefalorraquidiano ou da análise do volume hipocampal, o teste neuropsicológico permanece no centro do diagnóstico da DA¹³.

Em um estudo realizado em hospital privado no sul do Brasil sobre prevalência de demência, constatou-se que 48,9% dos casos de demência avaliados eram Alzheimer, com os quadros de demência mais frequentes em mulheres e ocorrendo mais cedo nos homens e idade média dos doentes de 70 anos⁷.

O início e progressão de anormalidades clínicas e neuropsicológicas em casos de DA familiar foi investigado em um estudo¹⁹ que concluiu que a doença tem um longo período prodromico em que os déficits cognitivos são sutis, limitados geralmente à inteligência geral e memória, com a soletração persistindo como domínio cognitivo mais resiliente, como também a percepção e nomeação preservados até os estágios mais avançados da doença.

3.5. Tratamento da doença de Alzheimer

Diante das características apresentadas da DA, é difícil definir o tratamento eficaz, pois como esta doença não tem cura, possui somente tratamentos e intervenções preventivas, multidisciplinares e sintomáticas que auxiliam na melhora da qualidade de vida e a retardar a dependência do doente. Também há tratamentos psicossociais que tem por finalidade avaliar as atividades do cotidiano como se arrumar, tomar banho, comer e outros. Outra medida é a terapia comportamental, pois o paciente desenvolve uma variedade de transtornos comportamentais que causam sofrimento tanto ao paciente como aos membros da família e cuidadores²⁰.

Durante o tratamento é necessária a participação de uma equipe multiprofissional para lidar com o paciente²¹:

Profissionais de diversas áreas, como enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, atuam junto ao paciente com DA, tanto na reabilitação, quanto na abordagem dos aspectos psicossociais envolvidos. Quanto à atuação específica do psicólogo, apontamos, inicialmente, a importância do acompanhamento psicológico tanto dos pacientes quanto dos familiares, que sofrem uma sobrecarga, uma vez que o paciente torna-se dependente e exige cuidados intensos.

A equipe deve trabalhar junto para o bem-estar e qualidade de vida do paciente, na reabilitação, nos aspectos psicossociais, ou seja, em sua trajetória de vida, visto que estes pacientes se tornam dependentes de familiares e até mesmo de profissionais que estejam sempre juntos para ajudá-los. No entanto, é preciso que os cuidadores também estejam em acompanhamento psicológicos, pela sobrecarga que acabam tendo do paciente com DA.

O tratamento medicamentoso é composto por inibidores da colinesterase, como donepezila, rivastigmina e galantamina, que produzem melhora leve na função cognitiva, podendo ser muito pequena para ser significativa em termos de vida diária. Outro fármaco utilizado é memantina, antagonista dos receptores NMDA, que produz melhoras cognitivas nas formas moderadas e graves da DA, mas aparentemente sem efeitos de neuroproteção²².

3.6. Familiares de portadores da doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer possui três fases: leve, moderada e severa¹⁶, e no decorrer da doença o paciente se torna totalmente dependente de outra pessoa, principalmente de familiares ou cuidadores que possam ajudá-lo com suas necessidades.

As demências são a maior causa de incapacidade e dependência entre os idosos no mundo, afligindo de maneira significativa não apenas o indivíduo doente, como também

cuidadores, família, comunidade e sociedade, levando a perda de produtividade e aumento dos custos individuais, das famílias e de saúde pública⁹.

Os membros da família são importantes e devem cuidar bem do paciente, devem ser bem treinados e preparados para lidar com a situação de cada paciente, pois se torna difícil cuidar de um paciente com DA²³. São muitas as dificuldades a serem enfrentadas após o diagnóstico, e é importante que o doente seja bem cuidado e protegido, pois antes de tudo já foi uma pessoa que construiu uma vida, e precisa ser atendida da melhor maneira possível.

São várias as atividades que realizamos no dia a dia da nossa vida, e assim são os pacientes com DA, mas quando se tornam incapacitados ficam dependentes para realizar qualquer atividade mesmo as mais simples ou fáceis de se fazer, precisando de ajuda para realizar tudo.

Cuidar de um paciente com DA é uma incumbência onerosa e os cuidadores também merecem cuidados especiais, pois sempre estão cumprindo com uma carga horária extremamente cansativa e impactante emocionalmente, desde a mudança de hábito até os costumes, ou seja, passa a viver a vida do paciente, comprometendo a saúde mental e física do cuidador, mesmo que ele assuma o papel com muita satisfação e carinho.

Estudos mostram problemas de sobrecarga do cuidador, alto índice de depressão, sintomas de estresse, uso de psicotrópicos, redução do nível de imunidade e aumento da susceptibilidade a enfermidades¹⁶.

Por ser uma doença progressiva e com várias fases, exige mudanças e readaptações, principalmente para os cuidadores. Para que tenham condições de se reorganizarem nos âmbitos pessoal, familiar e social, é essencial a aquisição de informações e os apoios adequados. Assim poderá conciliar as suas obrigações de trabalho com o cuidado do paciente. Portanto, o ato de cuidar do outro gera impactos e por isso os cuidadores devem estar equilibrados em seus aspectos biopsicossociais²⁴.

O cuidador e a família passarão por um processo de adaptação em que serão necessárias ferramentas de afrontamento e condutas resilientes que permitam manter uma qualidade de vida adequada, uma vez que a sobrecarga sobre o cuidador pode expô-lo, por exemplo, ao Burnout, sendo assim necessário motivação para que tome consciência da necessidade e importância de cuidar-se para cuidar⁴.

Dessa maneira, algumas recomendações são elencadas²⁵: pedir ajuda quando necessário, cuidar da alimentação, exercitar-se, estudar a evolução da doença para entender melhor o comportamento do paciente e conversar com outras pessoas cuidadoras ou familiares de

doentes, fazer parte de grupos de apoio, ter um tempo livre e fazer algo que gosta, trabalhar a autoconfiança, obter ajuda profissional para lidar com sentimentos como raiva, tristeza ou sensação de descontrole.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença de Alzheimer é uma das patologias que mais acomete os idosos, sendo uma doença do grupo das demências e se caracteriza por alterações cognitivas que comprometem o processo biopsicossocial do idoso. É uma patologia neurodegenerativa, que afeta a memória recente, que não tem cura e com o avanço do quadro afeta a capacidade de aprendizado, atenção, orientação, compreensão e linguagem, até na realização de atividades simples.

O diagnóstico é clínico e o exame neuropsicológico é de fundamental importância em seu estabelecimento.

Os tratamentos são paliativos, visando melhorar a qualidade de vida enquanto a doença avança.

Aos cuidadores também deve ser dada atenção, pois sempre estão cumprindo com uma carga horária extremamente cansativa e impactante emocionalmente, desde a mudança de hábito até os costumes, passando a viver a vida do paciente, podendo ter comprometida sua saúde física e mental.

5. REFERÊNCIAS

1. CIPRIANI, G. et al. Alzheimer and his disease: a brief history. **Neurol Sci.**, v. 32, n. 2, 2011.
2. ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. **O que é Alzheimer**. Disponível em: <<https://abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer/>>. Acesso em 02/06/2023.
3. ENGEL, C. L. Antropologia das demências: uma revisão a partir da Doença de Alzheimer. **BIB**, n. 89, 2019.
4. KNOW ALZHEIMER. **Alzheimer, una enfermedad compartida**. 2017. Disponível em: https://knowalzheimer.com/wp-content/uploads/2017/01/Curso_Cuidadores_Alzheimer_completo.pdf>. Acesso em: 02/06/2023.
5. ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Dementia vs. Alzheimer's Disease: What Is the Difference?** Disponível em: <<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/difference-between-dementia-and-alzheimer-s>> Acesso em 03/06/2023.
6. NELSON, P. T. et al. Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy (LATE): consensus working group report. **Brain**, v. 142, 2019.

7. SOUZA, R. K. M. et al. Prevalence of dementia in patients seen at a private hospital in the Southern Region of Brazil. **Einstein**, n. 18, 2020.
8. MASTERS, C. L. et al. Alzheimer's disease. **Nature Reviews. Disease Primers**, v. 1, 2015.
9. WHO. Organização Mundial de Saúde. **Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025**. World Health Organization, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>>. Acesso em: 02/06/2023.
10. FALCO, A. et al. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Quím. Nova**, v.39, n. 1, 2016.
11. **ALZHEIMER'S DEMENTIA**. Disponível em: <<https://lambertds.wordpress.com/>>. Acesso em: 02/06/2023.
12. BRUNDEN, K. R.; TROJANOWSKI, J. Q.; LEE, V. M. Y. Advances in tau-focused drug discovery for Alzheimer's disease and related tauopathies. **Nature Reviews Drug Discovery**, v. 8, 2009.
13. JAHN, H. Memory loss in Alzheimer's disease. **Dialogues Clin Neurosci**, v. 15, n. 4, 2013.
14. NITZSCHE, B. O.; MORAES, H. P.; JÚNIOR A. R. T. Doença de Alzheimer: novas diretrizes para o diagnóstico, **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 25, n. 2, 2015.
15. NIH. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. **Alzheimer's Disease**. Atualizada em 31/01/2023. Disponível em: <<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Alzheimers-Disease-Information-Page#disorders-r2>>. Acesso em: 04/06/2023. A
16. VITOR, T. L. P.; ANADÃO, N. V. R. S. Familiares de idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 2, n.2, 2014
17. APA. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. Texto Revisado. Grupo A, 2023. E-book. ISBN 9786558820949. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820949/>>. Acesso em: 02/06/2023.
18. BITENCOURT, E. M. et al. Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. **Revista Inova Saúde**, v. 8, n. 2, 2018.
19. GODBOLT. A. K. et al. The natural history of Alzheimer disease: a longitudinal presymptomatic and symptomatic study of a familial cohort. **Arch Neurol**, v. 61, 2004.
20. OLIVEIRA, M. F. et al. **Doença de Alzheimer: perfil neuropsicológico e tratamento**. Trabalho de licenciatura. 2005. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0032.PDF>. Acesso em: 02/06/2023.
21. Sá, L. L. Contribuições da psicologia nos aspectos comunicativos da doença de Alzheimer. **Pretextos**, v. 1, n. 1, 2016.

22. RANG, H. P. et al. **Rang & Dale: Farmacologia**. 8º ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
23. ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
24. FERNANDES, J. S. G.; ANDRADE, M. S. Revisão sobre a doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 1, n. 18, 2017.
25. NIA. National Institute on Aging. **Alzheimer's Caregiving: Caring for Yourself**. Atualizado em 17/05/2017. Disponível em: <<https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-caregiving-caring-yourself>> Acesso em 02/06/2023.