

NÃO PODEMOS NOS ESQUECER DO ALZHEIMER

MARÍLIA ROCHA KINTSCHEV¹

MAYARA SANTOS¹

JOSÉ ALEXANDRE DE FIGUEIREDO BORGES JÚNIOR²

ATAHUALPA CAUÊ PAIM STRAPASSON²

As síndromes demenciais constituem um grupo de sinais e sintomas que caracterizam algumas doenças geralmente degenerativas, de curso progressivo e que implicam grandes transtornos de ordem mental, física e social. Acometem os grandes domínios cognitivos como: memória (adquirir ou evocar informações recentes, com sintomas que incluem repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento de eventos, compromissos ou do lugar onde guardou seus pertences), funções executivas (responsável pelo raciocínio da realização de tarefas complexas e do julgamento, com sintomas como compreensão pobre de situações de risco, redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais), habilidades visuoespaciais (com sintomas que incluem incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns,

encontrar objetos no campo visual, dificuldade para manusear utensílios, para vestir-se, não explicáveis por deficiência visual ou motora), linguagem (afeta expressão, compreensão, leitura ou escrita, inclui sintomas como dificuldade para encontrar e/ou compreender palavras, erros ao falar e escrever, com trocas de palavras ou fonemas, não explicáveis por déficit sensorial ou motor), personalidade e comportamento (com sintomas que incluem alterações do humor, agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis). São adquiridas (e não congênitas) na maioria das vezes e afetam pelo menos dois domínios cognitivos, gerando comprometimento nas atividades de vida diária. Geram, assim, um grande sofrimento para os

¹ Acadêmico de medicina do centro universitário de Várzea Grande – UNIVAG

² Docente do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG

pacientes e familiares, levando à incapacidade e à dependência.

A prevalência das demências aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo a idade o maior fator de risco. A partir dos 65 anos, sua prevalência dobra a cada cinco anos. Na maioria dos casos o principal domínio cognitivo afetado é a memória recente (a qual se refere às atividades do dia, por exemplo), enquanto as lembranças remotas são preservadas inicialmente. Ele está frequentemente acompanhado por distúrbios comportamentais, como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e depressão. Geralmente o grau de vigília, a lucidez e a força não são afetadas.

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais prevalente entre os idosos no mundo. Atualmente, 35,6 milhões de pessoas convivem com a doença e a estimativa é de que esse número praticamente dobre a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030. Isto ocorre porque a pirâmide demográfica mundial mudou de padrão, havendo uma diminuição da taxa de natalidade e um grande aumento da população idosa nas últimas décadas.

Quanto à mortalidade os resultados revelam aumento anual constante e significativo em suas taxas

nos idosos com 60 anos e mais, de ambos os sexos, principalmente em países de alta e média renda. Idosos mais velhos apresentam, sistematicamente, taxas de mortalidade mais elevadas.

Ainda que a idade seja o maior fator de risco para a doença, as alterações genéticas também podem contribuir para seu desenvolvimento, mesmo que em menor grau de importância. As mutações do gene da proteína precursora do amilóide (cromossomo 21), dos genes das pré-senilinas 1 e 2 (cromossomos 14 e 1, respectivamente), assim como o polimorfismo da apolipoproteína E (cromossomo 19) são exemplos de alterações genéticas que podem aumentar o risco para doença de Alzheimer. Mesmo na ausência de uma mutação identificada, a história familiar é um fator de risco. Cabe ressaltar também a importância do estilo de vida e do sedentarismo como fatores de risco. Estudos sugerem que atividade física, dieta saudável e tempo de estudo (treino cognitivo) podem proteger não só da doença de Alzheimer, como também de outros tipos de demência.

Outros fatores de risco potencialmente associados são trauma cranioencefálico, sexo feminino, etnia caucasiana, intoxicação por alumínio,

hipertensão, dislipidemia, aterosclerose, diabetes e exposição a pesticidas.

A doença de Alzheimer caracteriza-se pela maciça perda sináptica e pela morte neuronal, mais observada nas regiões cerebrais responsáveis por funções cognitivas, como a memória recente (mais afetada na síndrome): hipocampo, giro parahipocampal, córtex entorrinal e estriado ventral. A hipótese mais aceita sobre sua fisiopatologia é a hipótese da casacata amiloidal, que está relacionada com a proteína precursora amilóide. Parece haver aumento da produção e/ou redução da sua degradação, com deposição da substância β -amilóide no espaço extracelular, formando “placas” (que são neurotóxicas). Ocorre ainda o acúmulo de proteína tau hiperfosforilada no espaço intracelular, levando à formação dos “emaranhados neurofibrilares” – os quais também ocasionam dano neuronal. Ainda não se sabe quais são os gatilhos que, quando associados às mutações genéticas e aos demais fatores de risco, causam a doença.

O diagnóstico da doença de Alzheimer é essencialmente clínico e de exclusão. O rastreamento inicial deve incluir avaliação de depressão, exames de laboratório com ênfase especial na função da tireoide e níveis séricos de

vitamina B12, e exames de neuroimagem, para assim esgotar todas as possibilidades de outros diagnósticos diferenciais. Uma anamnese e um exame neurológico detalhado são essenciais, associados à análise dos critérios do “National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke; Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association Work Group” (NINCDS-ADRDA). Os critérios analisados mais importantes são idade de início entre 40 anos e 90 anos de idade, piora progressiva da memória e de outra função cognitiva, alterações na capacidade de resolver problemas ou tarefas e ausência de doenças sistêmicas que podem causar a síndrome.

O tratamento para doença de Alzheimer (sem cura até a presente data) deve ser multidisciplinar e individualizado. Ele se divide em medidas farmacológicas e não farmacológicas.

O objetivo do tratamento medicamentoso será fornecer uma estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização de atividades básicas diárias com o mínimo de efeitos adversos. Os fármacos pertencem à família dos inibidores da colinesterase (donepezil, rivastigmina ou galantamina) ou dos

antagonistas do receptor NMDA (memantina). Os inibidores da colinesterase aumentam a disponibilidade do neurotransmissor acetilcolina, o qual tem sua síntese reduzida na doença de Alzheimer. Eles normalmente são a primeira escolha para a doença, especialmente em seus estágios leve a moderado. Apresentam eficácia semelhante entre si, sendo sua escolha dependente do perfil individual do paciente e aceitação ao medicamento. Os principais efeitos colaterais são náuseas e vômitos, perda de peso e do apetite, redução da frequência cardíaca (bradicardia) e da pressão arterial sanguínea (hipotensão) e distúrbios do sono. A memantina parece reduzir os efeitos tóxicos do glutamato (outro neurotransmissor) por meio da inibição de seu receptor (do subtipo NMDA). Sua eficácia está comprovada especialmente nos estágios moderado e avançado da doença, sendo utilizada também em associação com os inibidores da

colinesterase. Costuma ser uma medicação bem tolerada.

O tratamento não farmacológico é de suma importância, dada a evolução inexoravelmente progressiva da doença. Ele refere-se aos cuidados com as alterações comportamentais, manejo nutricional, atividade física, reabilitação cognitiva, terapia ocupacional e os cuidados diários com o paciente – que se tornam cada vez mais intensos à medida que a doença progride.

Conclui-se que a doença de Alzheimer, apesar de ainda não poder ser curada, apresenta tratamento de suporte, que reduz os sintomas e minimiza o sofrimento dos pacientes, familiares e cuidadores. Mais relevante é a identificação de fatores de risco modificáveis, especialmente referentes a estilo de vida, que devem ser trabalhados com todos os pacientes a fim de reduzir o risco de desenvolvimento dessa condição.

Referências Bibliográficas:

1. Aprahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: Revisão da Epidemiologia e Diagnóstico. Recebido da Divisão de Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM – UNICAMP), Campinas, SP. Rev Bras Clin Med, 2008.
2. Teixeira JB et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(4):1-12, abril, 2015.
3. Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. Rev. bioét. Rio de Janeiro, 22 (1): 85-93, 2014.
4. SerenikiI A, Vital MBF. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. Rev Psiquiatr. Curitiba, PR ;30(1 Supl), 2008.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Dirk Keene C, Montine TJ, Kuller LH. Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Alzheimer disease. Rev Med 2013; 64:367.