



ALZHEIMER

Demência

A demência é uma síndrome devida á uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções tais como a memória, o pensamento, a linguagem e o julgamento crítico, deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação; ocorre em doenças cérebro vasculares e em afecções que atingem primária ou secundariamente o cérebro.

Envelhecimento

Periodicamente os pacientes com a doença se submetem a controles. Um dos testes a que se submetem mede a atividade cerebral usando técnicas especiais, como a PET (tomografia por emissão de pósitrons). Os neurônios produzem energia por meio do metabolismo, cadeia de reações bioquímicas que usa grandes quantidades de glicose e oxigênio. A PET pode seguir o fluxo das moléculas de glicose e oxigênio na corrente sanguínea até partes do cérebro que produzam energia, assim revelando quais áreas são ativas. Decifrando esses padrões, os pesquisadores da doença podem esquematizar a evolução da doença. O metabolismo da glicose declina dramaticamente à medida que os neurônios se degeneram e morrem. As pesquisas estão usando PET para aprender como alterações da atividade cerebral correspondem a alterações das habilidades, como a capacidade de fazer operações aritméticas ou recordar dos nomes dos objetos.

Ninguém sabe se o declínio no metabolismo de glicose faz com que os neurônios se degenerem ou se a degeneração neuronal faz com que o metabolismo decline. No esforço de averiguar, as pesquisas têm examinado moléculas de glicose a cada etapa do caminho da corrente sanguínea ao neurônio.



Os fatores genéticos e outros biológicos são importantes na doença, mas os fatores ambientais podem também contribuir para o seu desenvolvimento. Os mais estudados destes são o alumínio, o zinco, tóxicos alimentares e vírus.

⇒ O alumínio de fato aparece em quantidades mais altas que o normal em alguns estudos de autópsias de pacientes com a doença, mas não em todos. Outras dúvidas sobre a importância do alumínio originam-se na possibilidade de que o alumínio encontrado em alguns estudos não viesse todo dos tecidos cerebrais estudados. O alumínio é elemento comum na crosta da Terra e é encontrado em pequenas quantidades em numerosos produtos domésticos e em muitos alimentos. Em decorrência, tem havido temores de que o alumínio na dieta ou absorvido por outros modos pudesse ser um fator na doença. Um estudo encontrou que as pessoas que usavam antiperspirantes e antiácidos contendo alumínio tinham risco mais alto de desenvolver a doença. Outros também relataram uma associação entre a exposição ao alumínio. Além disso, o alumínio em utensílios de cozinha não penetra no alimento, e o alumínio que aparece naturalmente em alguns alimentos, como batatas, não é bem-absorvido pelo corpo.

⇒ O zinco tem sido implicado na doença por duas maneiras. Alguns trabalhos sugerem que pouco zinco seja problema, outros que muito zinco seja a causa. A falta de zinco foi sugerida por autópsias que encontraram baixos níveis de zinco no cérebro de pacientes com a doença, especialmente no hipocampo. Por outro lado, estudo recente sugere que zinco em excesso poderia ser o problema.

⇒ Toxinas nos alimentos estão sob suspeita em alguns casos de demência. Dois aminoácidos encontrados em sementes de certos legumes podem causar lesão neurológica. Ambos intensificam a ação do neurotransmissor glutamato, também implicado na doença. Um surto ocorreu levando a distúrbio neurológico entre pessoas que tinham comido mexilhões contaminados com ácido domóico. Essa substância química, como os aminoácidos dos legumes, é um estimulador do glutamato. Conquanto essas toxinas possam não ser uma causa comum de demência, poderiam eventualmente lançar uma certa luz sobre os mecanismos que levem à degeneração neuronal.

⇒ Certos vírus tem permanecido oculto no organismo, por décadas antes de uma combinação de circunstâncias os coloquem em ação. Por muitos anos as pesquisas procuraram por uma etiologia viral ou outro agente infeccioso. Atualmente encontra-se em andamento uma investigação mais abrangente.

Fatores de risco

⇒ Idade: O risco da Doença de Alzheimer eleva-se exponencialmente com a idade, duplicando a cada década depois dos 65 anos.



⇒ Predisposição genética: as pessoas com parentes que tenham desenvolvido a doença têm mais probabilidade de desenvolvê-la. Até o presente momento, pesquisadores descobriram três genes que ajudam a explicar por que os antecedentes familiares são um fator de risco.

⇒ Traumatismo craniano: alguns estudos descobriram que ocorre mais frequentemente entre pessoas que sofreram traumatismos cranianos previamente.

⇒ Sexo: as mulheres têm risco maior para a doença, embora suas taxas mais altas possam apenas refletir os efeitos da idade – as mulheres têm expectativa de vida maior, em média, que os homens.

⇒ Nível de escolaridade: as pesquisas sugerem que, quanto mais anos de educação formal uma pessoa tiver, menor a probabilidade de desenvolver a doença mais tarde. Dessa forma, os níveis de escolaridade mais baixos podem aumentar o risco.

Apesar da falta de um tratamento para doença, o diagnóstico precoce apresenta vantagens. Vinte por cento dos casos com suspeita de doença transformam-se em algo mais, muitas vezes algo que pode ser tratado ou até revertido. Tumores, acidentes vasculares cerebrais, depressão severa, problemas de tireóide, efeitos colaterais de medicação (ou "intoxicação medicamentosa"), distúrbios nutricionais e certas doenças infecciosas podem todos ter efeitos que simulem a doença. O diagnóstico precoce aumenta as chances de que tratar essas afecções com sucesso. Mesmo quando a causa subjacente de demência demonstrar ser a doença, há vantagens em descobrir mais cedo, e não mais tarde. Um benefício é clínico. A medicação para tratar o declínio cognitivo tem mais probabilidade de efeito na fase inicial da doença. O mesmo pode ser verdade para outras drogas que agora estão sendo desenvolvidas. Outras vantagens para um diagnóstico precoce são práticas. Quanto mais cedo o paciente e a família souberem, mais tempo haverá para fazer futuros arranjos na vida, manejar questões financeiras e legais e estabelecer uma rede de suporte.

O rápido curso da investigação na doença nos últimos anos abriu numerosas possibilidades de tratamentos para a doença. A pesquisa com vistas ao tratamento caminha por duas categorias gerais. Primeira, os pesquisadores descobriram um conjunto de substâncias no cérebro que parecem estar relacionadas à doença e estas são alvos, em potencial, para tratamentos biológicos. Um segundo grupo de estudos enfoca a conduta na doença. Essa área de pesquisa está procurando por modos de tratar os sintomas e tornar sua evolução mais lenta, seja através de drogas ou de abordagens comportamentais.

Sintomas da Doença de Alzheimer



Esta é uma doença progressiva, com piora dos sintomas. Também é uma doença variável. Os sintomas evoluem em taxas diferentes e em padrões diferentes. Dessa forma, um paciente pode começar a ter problemas com a coordenação muscular mais cedo que outro ou reter algumas memórias por mais tempo. Os pesquisadores, que precisam ter algum modo padronizado de determinar a progressão dos sintomas, compuseram diversas escalas. Uma, a clinical dementia rating (CDR), delinea cinco etapas na doença, enquanto outra, a global dementia scale (GDS), tem sete etapas. No entanto, a maioria dos profissionais que trabalha com pacientes e famílias pensa na doença em três fases: leve, moderada e severa. Podem ser vistas as três fases a seguir, tendo-se em mente que as divisões são aproximadas, que elas se sobrepõem e que o aparecimento e evolução dos sintomas variam de um indivíduo a outro.

Sintomas leves ; Confusão e perda de memória, Desorientação: perder-se em locais familiares, Problemas com tarefas de rotina, Alterações de personalidade e do julgamento.

Sintomas moderados: Dificuldade com atividade da vida diária, como alimentação e banho, Angústia, ansiedade persecutória, agitação, Distúrbios do sono, Deambulação sem propósito definido, Dificuldade em reconhecer familiares e amigos.

Sintomas severos: Perda de fala, Perda do apetite: perda de peso, Perda do controle vesical e intestinal, Dependência total nas atividades de vida diária.

Tratando os sintomas

Abordagem comportamental de baixa tecnologia concentra-se tanto nos familiares e auxiliares quanto nos próprios pacientes. A lógica é que, se as pessoas que cuidam dos pacientes com a doença souberem como enfrentar os sintomas da doença, poderão reduzir o grau de incapacidade associada a ela. Estudos atuais estão vendo dois tipos de estratégias de cuidados: as que ajudam o paciente a manter a independência nas atividades cotidianas enquanto possível e as que ajudam a prevenir distúrbios de comportamento.

Independência ⇨ Vestir-se, preparar refeições simples, realizar outras tarefas domésticas: todas estas são atividades que muitos pacientes com Alzheimer ainda podem fazer nas primeiras fases da doença. Manter a independência tem suas vantagens óbvias: quanto mais tempo o paciente funcionar independentemente, melhor sua qualidade de vida e auto-estima. Estratégias que podem aumentar ou manter a independência pelo maior tempo possível também baixam o nível de estresse para o cônjuge, os filhos ou outros responsáveis pelos cuidados. Os pesquisadores estão experimentando vários métodos de como tornar mais lenta a perda de independência. Alguns estão procurando modos de melhorar as funções cognitivas. Exercícios de estimulação mental por 1 hora a cada dia, na tentativa de melhorar as capacidades



cognitivas. Esse termo engloba a capacidade de executar as chamadas atividades da vida cotidiana, como vestir-se e alimentar-se, bem como as atividades instrumentais mais complexas da vida cotidiana. Essas últimas incluem tarefas como fazer compras e cozinhar. Alguns achados mostram-se promissores. Técnicas que têm tido sucesso em pequenos estudos sobre o vestir-se incluem pedir aos auxiliares para demonstrar o que fazer, de modo que o paciente possa imitar a ação. Uma outra técnica é deixar as roupas na ordem em que devam ser colocadas. Incentivos verbais são declarações como "Pegue a camisa. Coloque o braço na manga". Incentivos físicos são aqueles em que o auxiliar usa o toque para mostrar ao paciente que braço usar. Os pesquisadores agora estão estendendo essas estratégias a outras atividades, como banho e alimentação. Melhora da função parece seguir junto com melhora significativa dos problemas comportamentais que afligem os pacientes e suas famílias.

Distúrbios do comportamento ⇒ Como a doença traz prejuízos à memória e as habilidades mentais, há o surgimento de alterações e nas emoções e no comportamento. Estima-se que 70% a 90% dos pacientes desenvolvam sintomas comportamentais. Um dos mais comuns é a agitação, também costumam experimentar sentimentos de raiva, frustração e depressão. A doença também pode levar a comportamentos de vaguear, andar compulsivamente e gritar. Os sintomas comportamentais podem ficar piores à noite, fenômeno chamado *sundowning* (andarilhos que chegam ao anoitecer) ou durante certas rotinas diárias, especialmente o banho.

Tratamento farmacológico ⇒ Seus resultados são variáveis. Uma área de especial interesse é o efeito sobre a função cognitiva. Há evidências de que reduzir a depressão pode melhorar a capacidade funcional em pessoas portadoras de Alzheimer. Em um ensaio clínico, estudo, pacientes mais depressivos eram menos capazes de executar as atividades cotidianas que os pacientes menos depressivos. Os efeitos da depressão sobre a função parecem estar acima dos efeitos de comprometimento cognitivo. Esse achado interessa aos pesquisadores porque levanta a possibilidade de que tratar a depressão possa ser um modo de melhorar as habilidades funcionais.

Tratamento comportamental ⇒ Baseia em técnicas de reforço para o desenvolvimento de comportamento. Algumas técnicas de conduta visam influenciar o espectro inteiro de distúrbios do comportamento. Alguns estudos, por exemplo, estão verificando os efeitos de luzes e música sobre as alterações comportamentais presentes na doença. Outros estão testando uma agenda diária de atividades planejadas para pacientes e auxiliares, baseados na hipótese de que rotinas regulares possam abrandar muitos comportamentos alterados, bem como reduzir o estresse do auxiliar. Outras técnicas de conduta para o comportamento têm alvos específicos. Agressividade e agitação comumente afligem os pacientes durante o banho, por exemplo, de modo que os pesquisadores estão tentando localizar com precisão as circunstâncias ou eventos que desencadeiam o problema. Estão sendo testados novos métodos, no sentido de se evitar os fatores desencadeantes das alterações mais frequentes ou tentar diminuir angústia do paciente de outros modos. Vaguear e ficar dando passadas também são comuns entre os pacientes com Alzheimer. Uma hipótese sugere que, se essas atitudes puderem ser acomodadas de algum modo, pacientes e auxiliares serão beneficiados. Psicólogos estão sugerindo o caminhar em parques ou praças para instrumentar de uma melhor maneira



os sintomas. Além disto tentam criar padrões estimulantes pintados no chão. O objetivo é comparar os efeitos dessa abordagem com os efeitos de drogas e restrição física, modos mais tradicionais de lidar com o andar compulsivo. Gritar, o que também é comum na DA, pode ser comportamento afetado por alterações no ambiente. Diversos pesquisadores estão testando os efeitos da música. Um está experimentando o uso de videotapes dos parentes do paciente e interação social direta para ver se têm um efeito sobre os gritos. Os estudos de técnicas para conduta do comportamento caem em dois grupos. Muitos ainda são pequenos estudos descritivos, isto é, seus intuítos são estabelecer uma base de conhecimentos sobre os comportamentos perturbadores, como qual a sua prevalência e que circunstâncias os desencadeiam. Outros estudos são experiências clínicas de estratégias que parecem mais promissoras.

Assistência ⇒ Nos estágios mais avançados, alterações comportamentais imprevisíveis, daí o afastamento de amigos e familiares, que acaba agravando ainda mais o processo de isolamento social e de empobrecimento pessoal. Pesquisas formais sobre a assistência, ainda são recentes. Os primeiros estudos documentaram que os cuidados tem severo impacto sobre a saúde física e mental do auxiliar. Cansaço, insônia e outros sintomas físicos são frequentes. Fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão, podem ser afetados. Estudos também têm ligado os altos níveis de estresse dos auxiliares a depressão, sensação de isolamento e tensões nas relações com outros familiares. Unidades de Cuidados Especiais são áreas separadas para pacientes com demência em lares, residências com assistência especial. A assistência envolve: aconselhamento familiar, grupos de suporte e atividades terapêuticas para os pacientes e familiares. Quem são os auxiliares na família? Os pesquisadores encontraram que o maior número de auxiliares da família é de esposas e maridos; as filhas vêm a seguir. Muitos auxiliares são mulheres não-casadas. Os pesquisadores agora estão estudando as experiências dos auxiliares provenientes de vários grupos étnicos e raciais para ver se suas abordagens à prestação de assistência apresentam diferenças de qualidade e eficácia. Os auxiliares afro-americanos, de acordo com vários estudos, têm menos probabilidade de ver seu trabalho como uma carga e mais probabilidade de compartilhá-lo com grande número de familiares, quando comparados aos auxiliares brancos. O que pode ser feito para reduzir a carga? Essa é uma pergunta crítica. Os especialistas estão testando vários métodos conhecidos na linguagem da pesquisa como intervenções para ajudar os auxiliares em suas tarefas.

Suporte emocional ⇒ O suporte social possa ajudar a reduzir o estresse e outros problemas na assistência. Grupos de suporte, aconselhamento individual e aconselhamento familiar entram todos nessa categoria e estão sendo estudados de vários modos. Até o momento, os estudos em geral têm mostrado alto nível de satisfação com os grupos de suporte, embora não esteja claro se eles também ajudam a diminuir a sensação de trabalho dos auxiliares. O aconselhamento individual tem abrandado problemas específicos como a depressão.

Serviços ⇒ Ajuda de grupos comunitários ou de profissionais é mais um modo promissor de diminuir as dificuldades que enfrentam os auxiliares. Provavelmente, o serviço mais comum e o mais estudado até aqui é a assistência nas folgas. Esse é o termo amplo para várias situações nas quais outra pessoa cuida do paciente por um



período de tempo, dando ao principal auxiliar da família um pouco de alívio temporário. Os serviços de folga são oferecidos no domicílio, em serviços-dia e até em instituições onde os pacientes ficam por um tempo limitado, geralmente uma a duas semanas. Até aqui, os estudos de assistência nas folgas mostram benefício muito modesto.

Conhecimentos e treinamento de habilidades ⇒ Os auxiliares terão benefício em aprender mais sobre a doença, incluindo os recursos disponíveis para eles, e habilidades específicas para lidar com os sintomas. Treinamento dos auxiliares em técnicas de terapia do comportamento e outros modos de resolver os problemas do dia-a-dia. Os resultados de muitos desses estudos são positivos, pois muda o comportamento do auxiliar e algumas vezes o do próprio paciente. Em alguns casos, esses estudos também têm demonstrado melhoras do estresse do auxiliar, de sua ansiedade e depressão.

Cuidados institucionais ⇒ Conquanto encontrar serviços para ajudar a família possa ser difícil, as famílias de pacientes com Alzheimer dizem que as decisões que cercam a colocação em uma instituição podem ser ainda mais difíceis. Usar ou não e quando voltar-se para uma instituição é a primeira e, alguns dizem, a mais difícil decisão. Depois, vêm decisões sobre que tipo de cuidados são melhores para o paciente e que a família possa custear. As opções também incluem unidades de cuidados especiais nas instituições e serviços de vida assistida. As pesquisas agora estão enfocando vários tipos de cuidados institucionais.

Dr. Maurício Aranha - Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora; Especialista em Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya; Pesquisador do Núcleo de Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. E-mail: dr_mauricioaranha@yahoo.com.br