

O Projeto Telenfermagem
Apresenta...

Volume 15, Número 15

Novembro de
2021

MOMENTO TELESSAÚDE

Alzheimer : Você não está sozinho

A DOENÇA DE ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO E CUIDADOS

"...a doença de Alzheimer vem se tornando mais conhecida, em função de ser, primeiro, a doença neurológica degenerativa mais comum na população..."

PÁG 2 - 6



Ilustração: Solange Godoy; Rafael Rezende; André Souza

A MÚSICA NO TRATAMENTO DO ALZHEIMER

"A música é hoje um dos recursos mais eficazes, a gente pode chamar assim, do resgate que também é uma palavra boa para o cuidado da memória desses pacientes."

PÁG 7 - 9

ATIVIDADE FÍSICA E A DOENÇA DE ALZHEIMER

"...o tratamento da doença de Alzheimer envolve uma abordagem multidisciplinar desde o diagnóstico."

PÁG 10 - 12

A DOENÇA DE ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO E CUIDADOS

Professor Paulo Caramelli, do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG e coordenador do Grupo de Pesquisa em Neurologia Cognitiva/ Comportamento e do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG

Nesses últimos tempos, principalmente com o envelhecimento da nossa população, temos ouvido uma intensificação de termos como Alzheimer e demência, que ainda causam muitas dúvidas. Dr. Paulo, você pode nos falar um pouco sobre essa doença e suas principais manifestações?

De fato a doença de Alzheimer vem se tornando mais conhecida, em função de ser, primeiro, a doença neurológica degenerativa mais comum na população e uma doença bastante frequente nas pessoas idosas, pois, na medida em que os indivíduos envelhecem, o número de doença de Alzheimer aumenta de forma expressiva. Acho interessante diferenciar a Alzheimer e a demência. A demência é um termo genérico, geral. É como dizer que um indivíduo está com febre, diversas doenças causam febre, assim como diversas doenças causam demência. A doença de Alzheimer é mais frequente causa de demência, mas não é a única. A doença vascular cerebral, traumatismo craniano, doenças infecciosas e outras doenças degenerativas podem causar demência, mas sem dúvida quando a gente compara as frequências de todas as doenças, que potencialmente causam demência, o Alzheimer é mais comum. A doença de Alzheimer é uma doença que começa muitos anos antes do início dos sintomas. A gente sabe muito bem que é uma doença degenerativa, que se caracteriza pelo acúmulo de proteínas anormais no tecido cerebral e esse acúmulo começa a ocorrer em torno de 15 anos antes do início dos sintomas. Então quando a pessoa começa a ter os primeiros sinais da doença já estabelecida no cérebro, ela é totalmente assintomática, não



Prof. Dr. Paulo Caramelli

percebe nada e na avaliação clínica cognitiva, por exemplo, também não se detecta nada. A doença possui uma fase assintomática, em seguida aparece o declínio cognitivo subjetivo, ou seja, a pessoa começa a perceber que a sua memória e que algumas habilidades cognitivas começam a se modificar e declinar em relação a como ele estava antes. Em uma outra fase, a pessoa começa a ter o que a gente chama de comprometimento cognitivo leve, ou seja, essas alterações cognitivas se acentuam um pouco e, não só são notadas pelo indivíduo, como também por pessoas que convivem com ele, além de serem detectáveis por testes cognitivos em uma avaliação clínica. E, finalmente, chega a parte de demência, porque a diferença do comprometimento cognitivo leve para demência é o impacto funcional, o impacto sobre a autonomia. Na fase de comprometimento cognitivo leve, o indivíduo ainda mantém uma boa autonomia, com dificuldades ainda muito leves para tarefas do dia a dia e tarefas mais complexas, já na fase de demência, essas dificuldades são mais pronunciadas. Devemos lembrar que é uma doença degenerativa de longa evolução e que

a demência é um evento bem tardio no curso dessa doença.

Para complementar, sobre os sintomas, 85% das pessoas com doença de Alzheimer têm perda de memória como a principal e primeira manifestação. É uma perda de memória bem característica, principalmente para fatos recentes. O indivíduo começa, por exemplo, a se esquecer de compromissos, se esquece de tomar medicações, esquece a panela no fogo, os compromissos importantes do dia a dia como aniversários, consultas médicas e assim por diante. E não esquecimentos eventuais e leves que todos nós temos, mas esquecimentos frequentes e de coisas importantes. A orientação no tempo, por exemplo, que depende muito de uma atualização constante da memória, é um sintoma precoce, pois a pessoa começa a ter dúvidas: 'que dia da semana é?' 'em que mês nós estamos?' 'que dia do mês?'. Isso é muito característico. Assim, a perda da memória em 85% das pessoas, aproximadamente, é o primeiro sintoma. Em 15%, as pessoas têm uma apresentação clínica que denominamos de não-amnésica, ou seja, a memória não é a primeira função acometida. E, fundamentalmente, pode se ter três grandes grupos clínicos: pessoas que têm mais alteração de linguagem e de comunicação, por exemplo, apresentando dificuldade para encontrar palavras; pessoas com apresentação visual-espacial, de forma alterada, em que a pessoa tem muitas dificuldades de percepção visual ou de percepção do espaço, de estimar distâncias, como profundidade; e uma terceira e última pessoas com apresentação não-amnésica, que chamamos de comportamental-disexecutivas, onde o indivíduo tem mais alteração de comportamento ou mais alterações de funções de planejamento, ou ambas. Essas três são

apresentações consideradas atípicas ou menos características, mas importante de serem conhecidas para um diagnóstico mais precoce e correto. Acrescento que é comum que as pessoas com doença de Alzheimer, com essas apresentações atípicas, aconteça com um início mais precoce, isso obviamente não é uma regra absoluta, mas se você comparar a média de idade das apresentações típicas com essas atípicas, os atípicos costumam ter início dos sintomas mais cedo, muitas vezes antes dos 65 anos ou às vezes até antes dos 60 anos de idade.

De acordo com as manifestações que você apontou, o indivíduo com Alzheimer precisa de um acompanhamento especial, quais os cuidados que devemos ter com esse paciente no ambiente domiciliar?

Considero que o primeiro passo, obviamente, é que as pessoas, principalmente o público geral, conheça de forma adequada dos sintomas da doença de Alzheimer. A gente tem uma busca hoje muito grande para que o diagnóstico seja mais precoce e mais preciso. Ontem (21/09) foi o dia mundial da doença de Alzheimer, e a sociedade internacional de doença de Alzheimer lançou o seu relatório anual. Todo ano é publicado esse relatório, e desse ano tem como o tema, o título, "A jornada do diagnóstico" e a ênfase é exatamente na dificuldade de, ainda, em todo mundo, mesmo em países desenvolvidos, fazer com que as pessoas recebam diagnósticos mais precocemente. É importante a população saber diferenciar o que é envelhecimento normal e o quais são sinais de doença de Alzheimer. E que os médicos, não somente, mas os profissionais de saúde, percebam e sejam capacitados para avaliar essas pessoas, tanto na atenção primária, (principalmente na atenção primária) e em outras esferas da atenção à saúde.

A gente precisa buscar esse diagnóstico o mais precoce e, a partir do diagnóstico, o tratamento dessas pessoas é longo e muito desafiador, para as equipes de saúde e, principalmente, para as pessoas e para seus familiares. Esse tratamento envolve, obviamente, algumas medicações já testadas e aprovadas, especialmente para a fase da demência na doença de Alzheimer, mas o tratamento farmacológico é apenas uma pequena parte do tratamento. Essas pessoas devem ser acompanhadas periodicamente e não devemos esquecer que muitas vezes são indivíduos idosos com várias comorbidades, como pressão alta, diabetes, colesterol elevado, dentre tantas outras. Então a atenção à saúde global dessas pessoas precisa continuar e, talvez, até de forma mais atenta, porque o impacto dessas comorbidades nas pessoas que tem a doença de Alzheimer é maior, pois apresentam uma reserva cognitiva diminuída. Então, um acompanhamento clínico da saúde global é muito importante, lembrar que um dos sintomas da doença, que é a perda da memória, pode interferir com a habilidade de tomar medicamentos, com isso, o paciente pode passar a ser não tão aderente ao tratamento. Lembrar também que há medicações que podem interferir negativamente com a memória, com o funcionamento cognitivo, então é preciso revisar com atenção todas as medicações, eliminar ou substituir aquelas que potencialmente possam causar efeitos deletérios sobre a cognição. Comprendemos que o cuidado com esse paciente deve ter uma abordagem multiprofissional, uma vez que essa assistência irá proporcionar uma atenção aos diferentes domínios afetados, cognitivos, comportamental, funcional, às famílias, orientação e treinamento das famílias e dos cuidadores dessas pessoas. Principalmente para saberem o que os espera e para que eles sejam orientados para as

eventuais expectativas do que pode acontecer, sendo treinados para resolver, ou tentar resolver, problemas do dia a dia, como alterações de comportamentos que são muito desafiadores para as famílias, como a agitação, agressividade ou a apatia por outro lado. Manter a atividade física dessas pessoas é extremamente importante, assim como cuidados nutricionais, cuidados clínicos que já mencionei e estimulação cognitiva, de acordo com a condição daquela pessoa diante do estágio da doença em que se encontra. Muitas vezes a doença de Alzheimer leva a pessoa a ficar cada vez mais isolado socialmente, menos estimulado e isso, além de ser muito ruim sob qualquer aspecto, no ponto de vista clínico tem um impacto muito negativo também. Então, essas pessoas devem ser estimuladas a continuar o convívio, deve se estabelecer uma rotina adequada para o momento da doença em que a pessoa se encontra e estimulá-las socialmente, cognitivamente e de acordo com as possibilidades. É uma doença de longa evolução, então se você logo no início, permite que essa pessoa com Alzheimer, agora não vai mais participar das atividades sociais e, assim, ficará restrita em casa na maior parte do tempo, isso irá contribuir negativamente para a evolução clínica da doença.

Os médicos e cientistas já determinaram as causas ou fatores que levam ao desencadeamento da doença? O que podemos fazer para evitar ou diminuir as chances de desenvolvê-la no futuro?

Não há dúvida que a doença de Alzheimer é uma das doenças mais pesquisadas em todo mundo. Hoje a gente sabe muito mais a respeito dela do que sabia há 10, 15 anos atrás, mas ainda muitas perguntas sem resposta. Não temos ainda bem estabelecido uma causa específica da doença de Alzheimer, muito provavelmente é uma doença

multifatorial, com exceção dos casos genéticos. No entanto os casos de genéticos são bastante raros, correspondem a menos de 1% do total das pessoas. Acho que é importante esclarecer que existe doença de Alzheimer genética, mas é uma causa rara. Existem mutações em genes já bem estabelecidos, bem conhecidos, mas que respondem por uma absoluta minoria nos casos e nesses casos habitualmente a doença tem início mais precoce, antes dos 60 anos. Mas a grande maioria dos casos, é a doença de Alzheimer esporádica. Pode até haver uma história na família de casos, mas não é um número muito grande como acontece nas doenças genéricas, em que o indivíduo geralmente tem um pai ou uma mãe que tiveram a doença ou vários irmãos, onde metade desses irmãos têm a doença. Para esses casos esporádicos, existem diversos fatores que já foram identificados, aumentando o risco, por exemplo, existe um polimorfismo genético, ou seja, é um gene que todos nós temos que tem diversas possibilidades de alelos- como se fossem cores- desse gen. E existe um alelo específico chamado épsilon 4, que aumenta o risco de três a cinco vezes a pessoa ter Alzheimer, mas isso não é determinante, portanto, não é uma forma genética verdadeira, mas é um risco em função desse polifoníssimo. De 3 a 5 vezes maior risco se a pessoa tem um alelo e 10 a 15 vezes se a pessoa tem 2 alelos, então é um fator de risco bem identificado. A gente sabe que o traumatismo craneano com perda da consciência aumenta o risco para doença de Alzheimer. Sabemos que a diabetes e algumas doenças cardiovasculares como hipertensão, por exemplo, em diferentes momentos da vida, aumentam significativamente o risco de ter doença de Alzheimer. E existem alguns outros fatores, que não estão ligados especificamente à doença ou ao processo degenerativo da doença de Alzheimer, mas

podem antecipar os sintomas ou as manifestações desses, e um grande exemplo é o nível educacional, a escolaridade. Esse é um problema relevante no Brasil e em outros países em desenvolvimento, onde a gente tem uma escolaridade bastante heterogênea, com uma população grande com escolaridade baixa, seja em número de anos ou de qualidade da escolarização, sobretudo, na população idosa. Temos no Brasil um número grande de idosos com escolaridade muito baixa ou até analfabetos. Então o que acontece é que essas pessoas têm uma baixa reserva cognitiva, com isso a doença começa quando as proteínas começam a se acumular no cérebro, 15 anos mais ou menos, antes do início dos sintomas. A pessoa com escolaridade mais alta consegue compensar esses efeitos por mais tempo, enquanto a pessoa com escolaridade baixa vai manifestar a doença mais precocemente. E, o mesmo, vale para os fatores de risco cardiovasculares, só para te dar uma ideia, há alguns anos nós fizemos um estudo analisando dados de estudos epidemiológicos feitos na América Latina. Os dados de 8 estudos em seis países latino-americanos apresentaram a frequência ou prevalência da demência mais alta na América Latina do que na maior parte das regiões do mundo. A prevalência em pessoas mais jovens, ou seja, 65 a 69 anos era o dobro daquela verificada, por exemplo na Europa. Veja que, aqui, começa mais cedo e por que começa mais cedo? Porque na América Latina a população idosa tem escolaridade mais baixa e, portanto, uma reserva cognitiva mais comprometida e o pior controle de fatores de risco cardiovascular. Em relação a prevenção, eu acho que vale a pena comentar, não só sobre doença de Alzheimer. O que vale para a doença de Alzheimer, vale para muitas outras demências, principalmente demência vascular,

que também é uma causa comum e muitas vezes está associada à doença de Alzheimer. Quando você trata pessoas mais de 75 a 80 anos com demência, é muito mais comum ela ter Alzheimer com doença vascular cerebral do que ter Alzheimer sozinho. Então é importante as pessoas terem essa ideia de um controle e de medidas preventivas, que vão trazer benefícios para a saúde cerebral de forma global. E hoje existem alguns fatores já identificados que são modificáveis desde o início da vida, como a escolaridade. Promover escolarização de qualidade para toda população é absolutamente fundamental, não só investimento do país, mas também investimento individual de cada uma das pessoas e que vão influir como elas vão estar aos 70, 80 anos. Pressão alta, diabetes, tabagismo são fatores de risco para demência. Obesidade, sedentarismo, depressão, abuso de álcool e baixa acuidade auditiva em pessoas que na meia-idade principalmente. Aliás, esses são os fatores de risco mais importantes e a perda auditiva, principalmente perda auditiva moderada grave, que não corrige com o uso aparelhos auditivos, essas pessoas têm um risco maior de ter demência. Eu rapidamente elenquei alguns fatores que são modificáveis e, segundo uma comissão da revista The Lancet sobre prevenção de demência que publicou em 2019/2020 dois grandes artigos a respeito desse tema, eles chegaram à conclusão de que você consegue diminuir o risco em cerca de 40% das demências se você atuar sobre esses fatores modificáveis. E eles fizeram uma análise específica para América Latina e esse potencial sobe para 56%, exatamente porque aqui esses fatores de risco são mais frequentes e menos controlados. Então, não há dúvidas, que se a gente tivesse esse tipo de ação a gente conseguiria promover uma redução substancial da incidência da ocorrência de muitos casos de demência em geral e das doenças de Alzheimer, em especial.

E, finalmente, existe um estudo finlandês em andamento, de uma rede chamada World Wide Fingers, que mostrou que uma intervenção não farmacológica sobre diferentes domínios, conseguindo melhorar o funcionamento cognitivo. Então a partir desse estudo, estabelecendo redes regionais e uma delas é uma rede latino-americana, que já tem financiamento inclusive e que vai acompanhar 100 pessoas em cada um dos países, sendo 13 países latino-americanos, vai avaliar primeiro, se esse tipo de intervenção é exequível em países como o nosso, porque exige participação e uma constância dessas pessoas ao longo de um tempo. Esse estudo vai durar um ano, e eventualmente prorrogável por mais um ano. Consiste em um programa de atividade física, de treino cognitivo, incluindo treino cognitivo no computador, instituição de uma dieta específica, chamada de Dieta Mind, que é um misto da dieta mediterrânea com uma dieta para hipertensos, um controle clínico muito rigoroso de fatores de risco vascular, em pessoas 60 a 77 anos que não tenham demência, mas tenham queixas de problemas de memória e alterações leves e que tenham esses fatores que já elenquei. A hipótese é que se você fizesse esse programa e oferecesse ao longo do tempo, você consegue melhorar não só o funcionamento cognitivo e desempenho dessas pessoas em testes e, também no dia a dia como diminuir o risco dessas pessoas terem demência. Esse é um estudo que já foi aprovado por comitês de ética e já tem o financiamento, a UFMG é um dos centros participantes, e a ideia agora, assim que a pandemia permitir, é iniciar a seleção dos participantes. É exatamente para dar uma ideia de como a prevenção, como você mencionou, é absolutamente fundamental e relevante. Porque a gente ainda está muito longe de tratamentos específicos da doença de Alzheimer. A chave é a promoção da saúde e a prevenção.

A MÚSICA NO TRATAMENTO DO ALZHEIMER

Professor João Gabriel Marques Fonseca, do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina e do Departamento de Teoria Geral da Música da Escola de Música da Universidade Federal de Minas Gerais

Quais os principais benefícios do uso da terapia musical para o paciente com doença de Alzheimer?

A música é hoje um dos recursos mais eficazes, a gente pode chamar assim, do resgate que também é uma palavra boa, para o cuidado da memória desses pacientes. Mesmo que esse efeito da música seja um efeito temporário, a experiência musical como: ouvir música, tocar música, cantar e improvisar, possibilita uma reorganização da memória e da linguagem dos pacientes com demência grave. Depois de um documentário muito importante, que foi publicado em 2014, “Alive inside” ou seja “Vivos por dentro” a música foi muito difundida para o tratamento desses pacientes.

Aí vem uma questão importante aproveitando esta pergunta: Por que a música faz isso? As demências, a gente poderia dizer que são uma falência da articulação da memória e das palavras. E a música está ligada a instauração, quer dizer o início, da palavra e da memória. A música e palavra elas são resultado de um fenômeno que hoje é conhecido como “musicalidade originária”, também chamada de musicalidade comunicativa, que é um instinto inato do ser humano. Seria aquele conjunto de sons e de gestos tão conhecidos que permitem a comunicação do bebê com os adultos logo que nascem, também conhecido como “manhês”. São aquelas vocalizações e gestos que os bebês trocam com os adultos e que permitem a troca intersubjetiva, quer dizer da subjetividade do bebê e do adulto. E aí se estabelece uma comunicação emocional que não é simbólica. Essas primeiras falas do bebê valem muito mais pelo o que elas soam do que pelo o que elas dizem. Com o



Prof. Dr. João Gabriel Marques Fonseca

passar do tempo essa musicalidade comunicativa inata vai desaguar na palavra e na música. E essas são coisas culturais, cada cultura tem a sua. E no início da construção do que se chama de memória, na língua falada, que também é uma coisa que é construída pelo tempo com a cultura.

As experiências musicais com pessoas dementes resgatam essa musicalidade originária e contribuem de modo muito satisfatório para o resgate, ainda que temporário, do quanto dure a experiência musical e um pouco além dela, da memória e da palavra.

Na língua falada a palavra é um som, mas que tem um significado além dela. Nessa língua da criança, nessa língua originária, o som em si é que permite essa troca intersubjetiva.

Eu vou dar um exemplo de um cliente meu, na época ele ainda não tinha o diagnóstico de Alzheimer. Ele tinha uma demência, entendida como demência senil, era um quadro relativamente mais leve.

Ainda assim, esse homem que era um advogado por profissão, um jurista e procurador, ele tinha perdido completamente, não sabia quem era direito, não sabia localizar coisas na casa dele por exemplo: a cozinha, o banheiro. Era uma situação bastante grave, embora ele conseguisse manter um diálogo mínimo. E este homem já tinha cerca de quatro anos nesse quadro que era relativamente estável, quando descobrimos que ele gostava muito de chorinho, que durante a vida por muitos anos tinha feito parte de um grupo de choro. E nós conseguimos, no caso a família, conseguiu resgatar vários amigos dele desse grupo de choro. E se passou a fazer reuniões na casa dele com esses amigos e novos amigos, que se incorporaram ao grupo. Com isso ele participava de uma maneira muito intensa. A experiência que a gente fez e isso durou muitos anos até a morte dele, ele participava por cerca de uma hora e meia do chorinho, e ficava quatro ou cinco dias muito melhor, a ponto de ter conversas sobre a contemporaneidade que a gente nem achava que ele sabia algo sobre isso, resgatou muito da memória dele, e isso durou muitos anos. Depois de alguns dias ele voltava com o quadro, mas ele permanecia em um estado de lucidez por muito tempo. Isso é claro que é muito estudado hoje em dia, tanto na criança pequeninha, na inauguração da fala, na inauguração do simbólico, como na restauração da memória. Esse documentário “vivos por dentro” é muito difundido e mostra experiências musicais não apenas com pessoas dementes, mas em outras situações, inclusive em surtos psicóticos e em outras questões possibilita um resgate muito grande, muito impressionante. Então vale a pena, sem dúvida nenhuma lançar mão deste recurso que é extremamente barato. E na minha opinião pessoal hoje, nenhum recurso isoladamente tem a mesma eficiência da música, claro que ela não é “o recurso” não é “a solução” definitivamente, não

vamos pensar por esse lado excessivamente romântico sobre isso, mas ela é isoladamente o recurso mais eficaz quando considerado isoladamente.

Existe um padrão de música a ser utilizada na terapia ou são escolhidas canções específicas para cada paciente?

Essa é uma questão interessante pois o que deve ser feito do ponto de vista musical deve nascer na relação, do terapeuta ou da família ou de quem quer que acompanhe o paciente. Vai depender muito do contexto do momento. As experiências musicais desde de que elas tenham sido significativas na vida do paciente são extremamente eficientes. Então a gente nunca parte do princípio de que um determinado tipo de música seja melhor que o outro. Eu costumo brincar que o melhor padrão de música nessa situação é o que dá certo, qualquer que seja ele. Existem inclusive uma série de técnicas na musicoterapia para chegar a essa música, vamos chamar de, mais eficaz, é muito de tentativa e erro, é muito da história da pessoa com aquilo. Nunca é uma coisa que se possa determinar a priori, como é com um determinado medicamento em uma doença. Aqui não, aqui é uma coisa relação, do momento e do contexto da pessoa. E voltando a idéia de que essa experiência musical implica em ouvir, tocar, cantar e improvisar, muitas das coisas que podem ser feitas.

Como é a participação do paciente na terapia? A família e/ou cuidador participa da terapia?

A gente pode ter como referência a experiência originária, que o bebê tem. O bebê nunca está sozinho, ele está sempre em um contexto. Então, a atividade musical é por natureza uma atividade coletiva. Então é fundamental a participação da família, do cuidador e dos amigos do contexto. No

exemplo que eu te dei, boa parte do resultado terapêutico da experiência musical foi em função de grupo com quem ele já tinha compartilhado música por muitos anos e com a família participando intensamente, então é fundamental. O paciente sempre participa como um membro, nunca é uma experiência solitária, e sempre que possível deve-se incluir mais pessoas, um número maior de pessoas. É só a gente lembrar da experiência com o bebê, o bebê é altamente festejado, é bom que também se possa festejar o paciente com Alzheimer, neste contexto.



Fique Por dentro!

Já a edição nº 13 tem como tema central as doenças crônicas e está disponível em: :
<https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg/c%C3%B3pia-boletim-informativo-13>



A edição nº 14 do Boletim Momento Telessaúde tratou sobre a saúde indígena e você pode acessá-la no link :
<https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg/c%C3%B3pia-boletim-informativo-13-1>



As outras edições do Boletim podem ser encontradas na aba "Momento Telessaúde" >> "Boletim Informativo" do site <https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg> Ou no site da Escola de Enfermagem da UFMG <<http://www.enf.ufmg.br/index.php/2016-06-28-16-43-53/890-boletim-informativo-projeto-telenfermagem>>

ATIVIDADE FÍSICA E A DOENÇA DE ALZHEIMER

Professora Mariana Asmar Alencar Collares, do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais

Uma pesquisa publicada na revista Nature Medicine revelou que o hormônio irisina, liberado em maiores quantidades durante a prática de exercício físico, pode prevenir a perda de memória relacionada ao Alzheimer. Na prática, buscando a melhora da qualidade de vida para o paciente com Alzheimer, o que podemos observar?

Primeiramente, as demências são consideradas importante problema de Saúde Pública, uma vez que são muito prevalentes na população idosa e levam a incapacidade, a perda de autonomia e a dependência do indivíduo. As consequências das demências vão além dos danos causados pela própria doença, muitas vezes causam danos emocionais e financeiros as famílias, além disso, as demências estão associadas a um risco elevado de hospitalização e institucionalização. Portanto, é importante estratégias de intervenção que minimizem a evolução desta doença e até melhore os aspectos gerais ligados a essa doença.

Dentre os vários tipos de demência, a doença de Alzheimer é mais prevalente na população idosa. É caracterizada pela disfunção progressiva da memória, acúmulo de placas beta amiloides, emaranhados neurofibrilares e estresse oxidativo no cérebro. Os fatores de risco relacionados ao seu início e desenvolvimento são diversos, incluindo fatores genéticos, ambientais e disfunção da atividade metabólica, tais como obesidade, diabetes tipo 2, arteriosclerose e doenças cardiovasculares.

De um modo geral, a prática de atividade física regular tem sido considerado como um modo de tratamento em casos de disfunções cognitivas.



Prof. Dra. Mariana Asmar Alencar Collares

Além do efeito sob a função cognitiva, a atividade física reduz os sintomas neuropsiquiátricos e também proporciona o declínio mais lento da perda das atividades de vida diária, ou seja, da manutenção da capacidade funcional do indivíduo. Uma grande vantagem para realizar a atividade física se deve ao fator baixo custo, além de proporcionar menos efeitos colaterais, promovendo melhor aderência do que outros tratamentos. Os parâmetros de prescrição são bem variáveis, por isso ainda não há a dosagem específica. Precisa de uma avaliação do indivíduo para poder realmente prescrever de forma adequada.

Em relação a irisina, que é uma miosina produzida pelo tecido muscular aumentando o metabolismo, esta regula a homeostase da glicose e está diretamente relacionada à conversão do tecido adiposo branco em tecido adiposo marrom. Recentemente, tem sido descrita como tendo uma ação mais direta sobre a função cerebral. Os estudos mais recentes têm destacado que ela aumenta a função cerebral pela modulação da

secreção de neurotransmissores, o que poderia influenciar e beneficiar a função cerebral na doença de Alzheimer. Logo, parece ser um importante fator de prevenção e de melhora da performance cognitiva de indivíduos suscetíveis, podendo promover efeitos benéficos mesmo naqueles doentes. Há um potencial terapêutico factível que vai necessitar de maiores estudos para ser utilizado na população.

Descobertas como esta podem abrir possibilidades de novas pesquisas sobre a deterioração cognitiva em pacientes com Alzheimer. Há outras estratégias terapêuticas que podem ser associadas de forma benéfica?

Atualmente, o tratamento da doença de Alzheimer envolve uma abordagem multidisciplinar desde o diagnóstico. Usualmente é medicamentoso, associado a terapias não medicamentosas. As terapias tem um objetivo principal estimular a função cognitiva, manter a capacidade funcional, controlar os sintomas, manter a independência por maior tempo possível e proporcionar melhor qualidade de vida, tanto para a pessoa que tem a doença, quanto para os familiares e cuidadores que estão envolvidos. As propostas terapêuticas variam de acordo com a necessidade individual e com a evolução da doença, portanto, uma avaliação criteriosa é imprescindível para o tratamento mais efetivo.

Em relação às terapias não medicamentosas, nós temos as terapias que envolvem a estimulação da função cognitiva, terapias de estimulação social e outras como musicoterapia e a arteterapia. É importante ressaltar que a abordagem não farmacológica deve envolver orientações adequadas e contínuas aos familiares e cuidadores, além de um ambiente seguro e funcional.

Usualmente os medicamentos são utilizados para controlar os sintomas. Entretanto, em 2021, um novo medicamento denominado de Aducanumab, da farmacêutica Biogen, atua na remoção das placas amiloides no cérebro e foi aprovado para ser aplicado na assistência nos Estados Unidos. Ele recebeu uma orientação do FDA (Food and Drug Administration), uma agência federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos para que realizem novos estudos que comprovem melhor seu benefício e avaliem quem se beneficiaria mais especificamente com a medicação.

Na realidade brasileira há realmente adesão a essa estratégia de prática de atividades físicas pelos pacientes com doença de Alzheimer?

A adesão à prática de atividade física regular é um problema enfrentado não só no Brasil e não só pela população com doença de Alzheimer. Muitos países enfrentam esse problema, principalmente, entre os idosos, que culturalmente não tem o hábito de se exercitar regularmente. Em um estudo, no Brasil com idosos, verificou-se que as principais barreiras reportadas para não adesão são a falta de um local adequado, falta de conhecimento, medo de lesão, insegurança de andar sozinho, insegurança pública, falta de tempo, não gostar de atividade física e dificuldade de deslocamento, ou seja, não ter ninguém para levá-los para esse local de prática. Esses podem ser agravados quando está associado a um quadro de demência, no qual a pessoa tem um risco maior se deslocar, de se perder ou de sofrer outras intercorrências. Então, muitas vezes, a família não tem essa disponibilidade de levar esse idoso com Alzheimer e isso

diminui ainda mais adesão, que já não é tão grande na população idosa de uma forma geral.

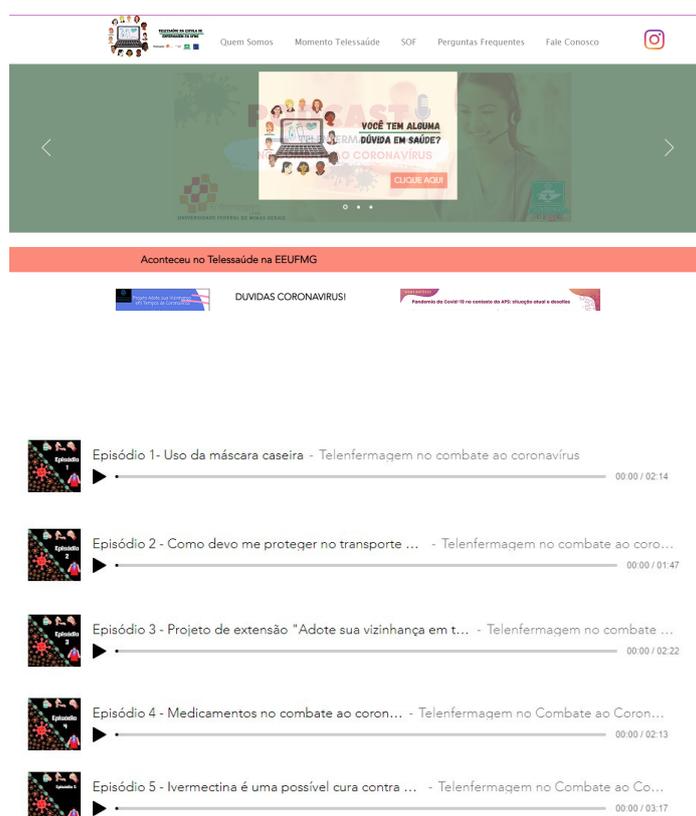
A gente precisa criar estratégias. Hoje tem várias Políticas Públicas, inclusive visando aumentar essa adesão. É preciso de locais dedicados a prática com segurança, com orientação adequada, como as Academias da Cidade, que vem auxiliando essa população de um modo em geral. Lá tem profissionais com formação para essa prática, um local seguro, planejado e adaptado para receber. É importante também para toda a equipe, todos os profissionais envolvidos nesse trabalho com o paciente com Alzheimer, falar sobre os benefícios da prática de atividade física regular. Não simplesmente “atividade física é bom”, explicar os reais benefícios dessa prática regular sobre a doença, o que que ela realmente impacta. Além disso, tentar envolver os cuidadores e familiares ao realizar atividades às vezes de forma conjunta ou no mesmo local, com objetivos diferentes. Oferecer também a possibilidade de outras modalidades de atividades, muitas vezes a pessoa não se identifica com aquela e acaba abandonando. Tem várias possibilidades terapêuticas: caminhada ao ar livre, caminhada em esteira, tem bicicleta ao ar livre ou ergométrica, exercícios de musculação e também atividades aquáticas. Ademais, é importante estimular a continuidade.

Você sabia?

Você sabia que o projeto telessaúde além de produzir os boletins informativos também possui podcasts sobre temas relevantes?

Atualmente contamos com diversos episódios que podem ser acessados no site da telessaúde. Link:

<https://telessaudeufmg.wixsite.com/eeufmg>



The screenshot shows the website interface for Telessaúde. At the top, there is a navigation menu with links: "Quem Somos", "Momento Telessaúde", "SOF", "Perguntas Frequentes", and "Fale Conosco". Below the menu is a banner with the text "VOCÊ TEM ALGUMA DÚVIDA EM SAÚDE? SOBRE O CORONAVÍRUS" and a "CLIQUE AQUI" button. Underneath the banner, there is a section titled "Aconteceu no Telessaúde na EEUFMG" with two sub-sections: "DÚVIDAS CORONAVIRUS!" and "Previdência de Covid-19 no contexto de APS: situação atual e desafios". Below this, there is a list of five podcast episodes, each with a play button icon, a title, and a duration:

- Episódio 1- Uso da máscara caseira - Telenfermação no combate ao coronavírus (00:00 / 02:14)
- Episódio 2 - Como devo me proteger no transporte ... - Telenfermação no combate ao coro... (00:00 / 01:47)
- Episódio 3 - Projeto de extensão "Adote sua vizinhança em t... - Telenfermação no combate ... (00:00 / 02:22)
- Episódio 4 - Medicamentos no combate ao coron... - Telenfermação no Combate ao Coron... (00:00 / 02:13)
- Episódio 5 - Ivermectina é uma possível cura contra ... - Telenfermação no Combate ao Co... (00:00 / 03:17)

E como o tema deste boletim é Alzheimer, porque não ouvir também o podcast sobre o tema?



The image shows a podcast player interface. It features a play button icon on the left, followed by the text "Podcast alzheimer (online-audio-converte - Telenfermação no combate ao Alzheimer" and a progress bar on the right showing "00:00 / 05:57".

SEGUNDA OPNIÃO FORMATIVA

"Como deve ser a abordagem do enfermeiro ao portador de demência?"

Área: Ciências da Saúde

Tema: Saúde Coletiva

Teleconsultor Conteudista:

Enfermeira Raquel Souza Azevedo

O rápido envelhecimento da população brasileira traz grandes desafios para o sistema de saúde, pelo grande número de doenças crônicas e incapacidades funcionais. Com isto, os enfermeiros, precisam estar preparados para lidar com as demandas dessa população. De acordo com Moraes e Azevedo (2016), o conceito de saúde do idoso tem em sua base a funcionalidade global, compreendendo que a capacidade funcional do indivíduo se relaciona à sua autonomia e/ou independência.

Para o funcionamento harmonioso da funcionalidade, é necessária uma boa cognição, humor-comportamento, mobilidade e comunicação.

As "Grandes Síndromes Geriátricas" (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfíncteriana e incapacidade comunicativa) são as principais causas da perda da autonomia e/ou independência, que podem levar à dependência funcional ou incapacidade no idoso.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra e isto leva ao declínio funcional, comprometendo a autonomia e/ou independência do indivíduo. A capacidade funcional é o principal marcador de vulnerabilidade do idoso, e é justamente aí que o enfermeiro deve estar atento, devendo este ser o ponto de partida da consulta de enfermagem ao paciente com demência.

A incapacidade cognitiva, é caracterizada com declínio cognitivo associado a declínio funcional, e cuja as principais causas são: a demência, a depressão, o delirium (confusão mental aguda) e as doenças mentais. Todas elas não são consideradas "normais da idade" e merecem uma investigação minuciosa. Dentre as principais causas de demências estão: corpos de Lewy, frontotemporal, associada à doença de Parkinson, e o Alzheimer que é a principal

causa de demência, responsável por cerca de 60% dos casos.

A suspeita de demência deve ocorrer quando houver os seguintes sintomas: esquecimento percebido pelos familiares ou pelos amigos mais próximos; piora progressiva do esquecimento; repercussão do esquecimento nas atividades de vida diária.

Os principais fatores de risco para demência, são: idade: aumenta com a idade, atingindo até 30% da população com 80 anos ou mais; hereditariedade: o registro desse distúrbio em parentes de 1º grau (pais e irmãos); baixa escolaridade ou atividade intelectual; sexo feminino; AVC, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo e inatividade física; polifarmácia, principalmente com uso de benzodiazepínicos de longa duração e trauma cranioencefálico.

Para o tratamento das manifestações clínicas de todas as demências além das medicações, é fundamental a abordagem de toda equipe multiprofissional e principalmente o enfermeiro nos seguintes aspectos: adaptação ambiental; cuidados com ruídos e iluminação; atenção à comunicação com o idoso com demência; estimulação da memória, cuidados com a alimentação e atenção aos sintomas comportamentais.

O enfermeiro deve fazer uma avaliação do idoso portador de demência, a fim de poder sistematizar um plano assistencial que será de grande importância em toda a rede de cuidados, visando garantir uma melhor qualidade de vida tanto para o paciente quanto para o seu cuidador.

REFERÊNCIAS:

- MORAES, E. N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. 10.
- MORAES, E. N.; LANNA, F. M. Avaliação multidimensional do idoso. 5. ed. Belo Horizonte: Editora Folium, 2016. 248 p.
- MORAES, E. N.; AZEVEDO, R. S. Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Folium, 2016. 412 p.

TE INDICO

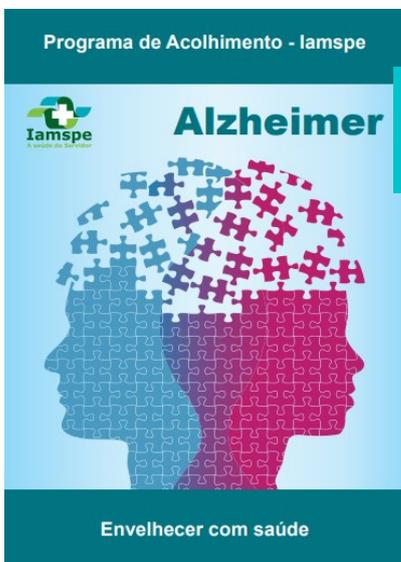
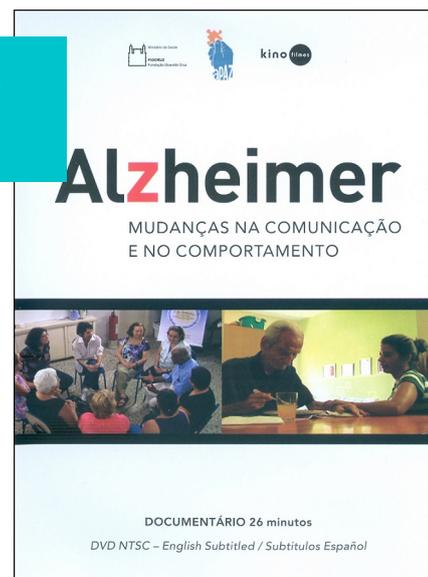


FILME IRIS

O filme "Iris" estrelado em 2001 e dirigido por Richard Eyre, conta a história de um casal em diferentes momentos de sua relação. O filme traça um paralelo entre os primeiros momentos da relação de Iris Murdoch e seu futuro marido Jonh Bailey, com os seus últimos, onde Iris que é conhecida por ser uma importante filósofa e romancista se vê frente aos sintomas e desenvolvimento do Alzheimer e seu marido tem que cuidar dela.

ALZHEIMER: MUDANÇAS NA COMUNICAÇÃO E NO COMPORTAMENTO

O documentário "Alzheimer: mudanças na comunicação e no comportamento" lançado em 2011 e dirigido por Thereza Jessouroun, tem como objetivo esclarecer algumas questões e auxiliar nas boas práticas de pessoas com Alzheimer, além de trazer informações básicas sobre as principais mudanças advindas com a doença.



CARTILHA ALZHEIMER

A cartilha "Alzheimer" do Programa de acolhimento do IAMSPE traz informações simples e diretas sobre a doença, sua identificação, prevenção e tratamento e está disponível em <http://www.iamspe.sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Cartilha-Doen%C3%A7a-de-Alzheimer.pdf>

EXPEDIENTE: Docentes: Solange Cervinho Bicalho Godoy e Eliane Marina Palhares Guimarães - Divulgação e comunicação social: Discentes, André Vitor Ferreira de Souza, Dayane Abreu, Larissa Brandi, Gabriela Cristiane Mendes, Rafael Vilhena Rezende, Fernanda Nunes e Sara de Paiva Soares Berto- Editor: Rosânia Felipe - Projeto gráfico: André Vitor Ferreira de Souza, Solange Cervinho Bicalho Godoy e Rafael Vilhena Rezende - Diagramação: Discente André Vitor Ferreira de Souza e Rafael Vilhena Rezende - Revisão: Docente Solange Cervinho Bicalho Godoy - Circulação: Trimestral - Endereço: Av Alfredo Balena, 190 cep 30130100 Belo Horizonte/MG/Brasil - Telefone: 031 3409-8041- É permitida a reprodução de textos, desde que seja citada a fonte.