

Reflexão

Doença de Alzheimer: o cuidado no diagnóstico



Maria Amélia Ximenes

Ao participar de uma pesquisa de revisão bibliográfica sobre a Doença de Alzheimer (DA) e o impacto desta na vida do cuidador familiar, chamou-me atenção o fato de que esta doença é o tipo de demência mais frequente entre os idosos, e não é raro conhecermos alguém com este diagnóstico.

Na prática clínica, não tem sido diferente: a Doença de Alzheimer é sempre diagnosticada quando se tem comprometimento de memória, inclusive pessoas com Doença de Parkinson diagnosticadas também com DA. Ora, sabe-se que a Doença de Parkinson é uma doença neurológica que gera uma demência própria com a progressão da doença. Existem também as demências: vascular, alcoólica, a Demência com Corpos de Lewi (DCL), dentre outras. A DA é somente uma delas, mas tem a evidência que, no passado, foi da arteriosclerose.

Existem cerca de 70 doenças que podem causar demência, entretanto nem todas são progressivas como a DA. No geral, as demências ocorrem primariamente em fases mais tardias da vida, com uma prevalência de 1% aos 60 anos, dobrando a cada 5 anos até atingir 30% a 50% aos 85 anos, segundo Okamoto e Bertolucci (1998).

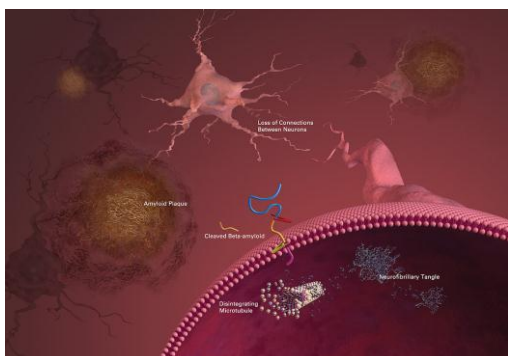
Segundo a literatura, o diagnóstico clínico da DA segue os critérios: *provável, possível e definitivo*.

No *provável*, a demência é estabelecida por: exame clínico e documentada pelo Mini-Mental State Examination (MMSE) ou Escala de Demência de Blessed, ou outro exame similar confirmado por testes neurológicos; déficit em

duas ou mais áreas da cognição; progressiva piora da memória e de outras funções, sem distúrbio de consciência; início entre 40 e 90 anos de idade, mais frequentemente acima dos 65 anos; e ausência de outros distúrbios sistêmicos ou cerebrais, que poderiam ser as causas dos déficits de memória e de cognição progressivos.

No diagnóstico *possível*, há a presença de uma síndrome demencial e ausência de anormalidades neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas suficientes para causar a demência, no entanto há a presença de variações no início, na apresentação e no curso clínico ou ainda a presença de doença secundária sistêmica ou cerebral que poderia ser a causa do quadro, mas não é considerada a causa.

Já o diagnóstico *definitivo* de DA só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem, segundo Montañó e Ramos, (2005). Engelhardt et al. (2001) complementam que o diagnóstico pode ser baseado também em história clínica sugestiva, utilização de critérios sistematizados (DSM-IV, NINCDS-ADRDA), exames laboratoriais e de neuroimagem, permitindo, finalmente em vida, o diagnóstico mais próximo do correto que é de "doença de Alzheimer provável". Assim, chegar a um diagnóstico de DA não é tão simples.



Uma das características da DA é o progresso lento e contínuo, com sobrevida que varia entre 2 e 15 anos, independente de raça, escolaridade e nível socioeconômico. O comprometimento cognitivo é responsável pela perda da autonomia e capacidade decisória, além de afetar o funcionamento ocupacional e social de cada indivíduo (LUZARDO et al., 2006; DOURADO et al., 2006). O

desempenho em atividades operacionais da vida diária fica prejudicado, pela perda da memória, comprometendo ainda a linguagem e a independência, o que torna o atendimento profissional e o cuidado complexos e onerosos, tornando-se um problema de saúde pública.

Por ser uma doença progressiva e variável, pode ser caracterizada em estágios degenerativos classificados também como: leve, moderado e severo, mesmo considerando as diferenças individuais que possam existir, de acordo com Luzardo (2006).

No estágio leve tem duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que há perda de memória episódica e grande dificuldade de aprendizagem de novos eventos, conforme Gallucci *et al.* (2005).

Nos estágios intermediários, com duração de dois a 10 anos, ocorrerá progressivamente uma afasia fluente (alteração ou perda da capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada e/ou escrita), agnosia (dificuldade

na nomeação de objetos e na forma de expressar ideias e palavras), apraxia (incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados, embora as funções musculares e sensoriais estejam conservadas) e anomia (dificuldade em nomear objetos). Sintomas extrapiramidais podem ocorrer como: alterações na postura, aumento no tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio (ALMEIDA, 1997).

Nos estágios terminais, de oito a 15 anos, todas as funções cerebrais estão amplamente afetadas, verificando-se alterações marcantes no ciclo sono-vigília, alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade para deambular, falar e realizar cuidados pessoais.

Com a progressiva deterioração da memória e da execução das atividades de vida diária (AVDs), a DA se insere entre os quadros progressivos irreversíveis, podendo ainda aparecer sinais e sintomas neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante e a deterioração corporal, surpreendentemente rápida, apesar do apetite preservado (MANSUR *et al.*, 2005).

A literatura atesta que cuidar de uma pessoa com Doença de Alzheimer requer o conhecimento de “como fazer” e suporte estratégico, emocional e institucional. Mobiliza no cuidador sentimentos diversos e opostos, em espaço de tempo curto, sentimentos estes que, somados ao desgaste físico e emocional, evidenciam uma sobrecarga física e emocional.



É uma doença degenerativa e progressiva, geradora de múltiplas demandas e altos custos financeiros, o que representa um novo desafio para a família, o poder público, instituições e profissionais de saúde, tanto em nível nacional, quanto mundial. Também é considerada como uma doença familiar, por mudar profundamente o cotidiano das famílias.

Segundo Pelzer e Fernandes (1997), a carga de ministrar cuidados torna os familiares vítimas da doença de Alzheimer: espolia suas reservas, devido as incertezas e imprevisibilidades, abala sua moral e crença de que estejam proporcionando um cuidado digno ao seu familiar.

É consenso entre os autores que a DA é um problema de saúde pública devendo ser tratada como tal pelas autoridades. Pela repercussão negativa sobre o cuidador familiar, este deve ser merecedor de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, principalmente no que concerne a educação em saúde, pois na maioria das vezes ele desconhece as condutas adequadas frente às manifestações da doença e às próprias exigências do cuidar de um idoso fragilizado em casa.



O SUS, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de ser voltado à atenção domiciliar, somente orienta os cuidadores familiares de forma geral, e, em se tratando da DA, não existem referências bibliográficas quanto a este tipo de assistência específica, e o que tem predominado é o cuidador familiar assumir o cuidado sozinho, sem auxílio governamental.

Como se pode observar a DA tem suas características próprias e cabe ao médico o diagnóstico correto, para que os outros profissionais que realizam tratamentos não farmacológicos de reabilitação (terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas) possam desenvolvê-los de forma otimizada, direcionada e com responsabilidade.

Direcionar as demências para um único diagnóstico: Doença de Alzheimer é depreciar o indivíduo com demência, daí a importância de um diagnóstico correto. Saber o que se tem é um direito e condição *sine qua non* para busca de recurso e planejamento futuro, principalmente no tocante a organização da família em prol do cuidado, no panorama de aumento expressivo dos quadros de demência no Brasil e em todo o mundo.

Referências

ALMEIDA, O.P. Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 1997, mar, 43 (1): 77-81.

DOURADO, M. *et al.*. Consciência da doença na demência. *Rev. psiquiatr. clín.*, 2006, 33(6):313-21.

ENGELHARDT, E.; MOREIRA, D.M.; LACKS, J.; MARINHO, V. M.; ROZENTHAL, M.; OLIVEIRA JR, A. C. Doença de Alzheimer e espectroscopia por ressonância magnética do hipocampo. *Arq. Neuro-Psiquiatria*, 2001, Dez, 59(4): 865-870. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/anp/v59n4/a06v59n4.pdf>. Acesso em 22/08/12.

GALLUCCI NETO, J., TAMELINI, M.G.G. & FORLENZA, O.V.. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev. psiquiatr. clín.*, 2005, jun, 32(3): 119-30.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. da. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006, Out-Dez; 15(4): 587-94.

MANSUR, L.L. *et al.*. Linguagem e cognição na Doença de Alzheimer. *Psicol. Reflex. Crit.*, 2005, dez, 18(3): 300-7.

MONTAÑO, M. B.; RAMOS, L.R. Declínio cognitivo e quadros demenciais. In: RAMOS, L.R. (coord.). *Geriatría e Gerontologia*. São Paulo: Manole, 2005.

OKAMOTO IH, BERTOLUCCI PHF. Exame Neuropsicológico no Diagnóstico Diferencial das Demências Primárias. *Rev Neurociências*, 6(3):119-25, 1998.

PELZER, M.T.; FERNADES, M.R. Apoiando a família que cuida do seu familiar idoso com demência. *Texto Contexto Enfermagem*, 1997; 6(2):339-43.

Data de recebimento: 4/3/2014; Data de aceite: 15/5/2014.

Maria Amélia Ximenes - Terapeuta Ocupacional com doutorado em Ciências Sociais/Antropologia e Mestrado em Gerontologia Social pela PUC/SP. Professora Adjunta do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade do Sagrado Coração (USC/Bauru). Membro da Rede de Colaboradores do Portal do Envelhecimento. Email: mameliaximenes@yahoo.com.br.