

Diagnóstico e tratamento da doença de alzheimer

Diagnosis and treatment of alzheimer's disease

DOI:10.34119/bjhrv5n2-172

Recebimento dos originais: 14/01/2022

Aceitação para publicação: 28/02/2022

Sara Pinheiro Reis

Médica egressa do curso de graduação em Medicina
Instituição: Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO –
Endereço: Rua Ário de Menezes, 64. Agriões – Teresópolis - RJ
E-mail: spreis29@gmail.com

Maria Laura Dias Granito Marques

Discente do curso de graduação em Medicina
Instituição: Centro Universitário Serra dos Órgãos

Claudia Cristina Dias Granito Marques

Mestre em educação e docente do curso de graduação em Medicina
Enfermeira
Instituição: Centro Universitário Serra dos Órgãos - UNIFESO

RESUMO

Introdução: A doença de Alzheimer (DA) é uma patologia que, hoje, representa a forma mais comum de demência em idosos. A DA aparenta ser subdiagnosticada no território brasileiro, necessitando de uma melhor investigação e avaliação dos casos desde a atenção primária, até os serviços especializados. Como a DA é uma doença crônica e neurodegenerativa que leva a perda gradual da autonomia e da independência do portador, é importante ressaltar o fato de que a patologia gera um grande abalo social e econômico para as famílias envolvidas e para a sociedade como um todo. **Metodologia:** O presente estudo tratou-se de uma revisão de literatura. Foram pesquisados artigos pelos descritores “alzheimer’s disease”, “dementia”, “alzheimer’s treatment” e “doença de alzheimer” nas plataformas Lilacs, Scielo e Pubmed. Usou-se como filtro de seleção os anos de publicação, sendo procurados apenas artigos entre os anos de 2015 e 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol. Além disso, utilizou-se também a pesquisa em protocolo clínico da doença de Alzheimer, do Ministério da Saúde e livro acadêmico de farmacologia Rang e Dale, 7ª edição. **Conclusão:** Inicialmente, a terapia farmacológica é utilizada para amenizar os sintomas e retardar alguns danos gerados pela doença. Os medicamentos são escolhidos de acordo com cada paciente, sendo pautada a instrução e apoio do paciente para entender a posologia, sua aceitação da medicação, os efeitos adversos e a necessidade individual. Entretanto, a terapia farmacológica não pode ser utilizada sozinha. Algumas terapias adicionais são utilizadas para que o tratamento seja otimizado.

Palavras-chave: doença de alzheimer, demência, tratamento alzheimer.

ABSTRACT

Background: Alzheimer’s disease (AD) is a pathology that today represents the most common form of dementia in the elderly. AD appears to be underdiagnosed in Brazilian territory, requiring a better investigation and assessment of cases from primary care to specializes

services. As AD is a chronic and neurodegenerative disease that leads to the gradual loss of autonomy and independence of the carrier, it is important to highlight the fact that the pathology generates a great social and economic shock for the families involved and for society as a whole. **Methodology:** The present study was a literature review. Articles were searched for the keywords “alzheimer’s disease”, “dementia”, “alzheimer’s treatment” and “doença de Alzheimer” on the Lilacs, Scielo and Pubmed platforms. The years of publication were used as a selection filter, with only articles being searched between the years 2015 and 2020, in Portuguese, English and Spanish. In addition, research on clinical protocol for Alzheimer’s disease, from the Ministry of Health and pharmacology academic book Rang and Dale, 7th edition, was also used. **Conclusion:** Initially, pharmacological therapy is used to relieve symptoms and delay some damage caused by the disease. The medications are chosen according to each patient, with the patient’s instruction and support based on understanding the dosage, his acceptance of the medication, the adverse effects and the individual need. However, pharmacological therapy cannot be used alone. Some additional therapies are used to optimize treatment.

Keywords: alzheimer’s disease, dementia, alzheimer’s treatment.

1 INTRODUÇÃO

As doenças neurodegenerativas são patologias que se caracterizam por destruição irreversível de neurônios, levando à perda progressiva e incapacitante de determinadas funções do sistema nervoso. São consideradas causas importantes de demência no mundo.¹

A doença de Alzheimer (DA) é uma patologia que, hoje, representa a forma mais comum de demência em idosos. Estima-se que, até o ano de 2030, o número de pessoas acometidas atinja 72 milhões. Não existem muitos dados concretos a respeito da incidência desta patologia no Brasil; porém, calcula-se que um milhão de pessoas sofram desta doença no país. A DA aparenta ser subdiagnosticada no território brasileiro, necessitando de uma melhor investigação e avaliação dos casos desde a atenção primária, até os serviços especializados.¹

Historicamente, o primeiro estudo a respeito desta patologia foi publicado há mais de um século pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer. Ele descreveu uma série de sintomas que incluíam falhas na memória recente, paranoia e problemas comportamentais e de linguagem, assim como um cérebro atrófico e com sinais de deposições proteicas anômalas (observados em exames *post-mortem*), as quais foram posteriormente denominadas placas senis e emaranhados neurofibrilares.¹

Apesar do processo de envelhecimento poder ser vivenciado de forma natural e positiva, o automático declínio das reservas fisiológicas do indivíduo leva ao aumento do risco de contrair diversas doenças, já que este está associado a inúmeras alterações estruturais e funcionais nos principais sistemas fisiológicos do corpo humano.² Além disso, há prejuízos para

a vida dos cuidadores dos pacientes acometidos devido ao alto nível de estresse gerado pelo desconhecimento da doença e pela falta de tratamento adequado ao indivíduo doente.³

2 OBJETIVOS

Objetivo Primário

- Explorar a Doença de Alzheimer, seu diagnóstico e tratamento.

Objetivos Secundários

- Conhecer a Doença de Alzheimer.
- Identificar na literatura as condutas e novas perspectivas terapêuticas da Doença de Alzheimer.
- Verificar se há divergências entre os métodos terapêuticos da Doença de Alzheimer.

3 MÉTODOS

O presente estudo tratou-se de uma revisão de literatura. Foram pesquisados artigos pelos descritores “alzheimer’s disease”, “dementia”, “alzheimer’s treatment” e “doença de alzheimer” nas plataformas Lilacs, Scielo e Pubmed. Usou-se como filtro de seleção os anos de publicação, sendo procurados apenas artigos entre os anos de 2015 e 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol. Durante essas buscas, foram encontrados um total de 214 artigos, dos quais foram filtrados a partir da leitura do resumo, dando preferência para os artigos mais recentes e que apresentavam dados mais acurados, sendo então selecionados 14 artigos para construção deste trabalho.

Além disso, utilizou-se também a pesquisa em protocolo clínico da doença de Alzheimer, do Ministério da Saúde e livro acadêmico de farmacologia Rang e Dale, 7ª edição.

4 DESENVOLVIMENTO

A Doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por déficits cognitivos que advém de uma neurodegeneração progressiva e não reversível que afeta a funcionalidade, acarretando uma perda de autonomia para a pessoa acometida, comprometendo suas atividades cotidianas e sua qualidade de vida. Este comprometimento é decorrente de um somatório de processos patológicos que degeneram as áreas afetivas, psíquicas e funcionais, gerando consequências importantes na qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, da família e do cuidador deste,

por meio do estresse ou aflição à medida que os sintomas vão aparecendo. A DA, atualmente, é a principal causa de demência no mundo.³

Existem muitos fatores de risco para o aparecimento da DA, sendo a idade reconhecida como o principal. Segundo as associações Brasileira, Americana, Canadense e Britânica de Alzheimer, os fatores de risco ambientais, relacionados ao estilo de vida, são igualmente importantes para o desenvolvimento da patologia.⁴

Na DA, observa-se a degeneração das capacidades cognitivas do paciente que tem tendência a se tornar pior e mais significativa ao longo dos anos. Segundo estudos realizados desde a descoberta da patologia, a memória recente é comumente a primeira a ser afetada, porém, muitas outras funções vão sendo deterioradas com a evolução da doença. Um exemplo disso é a capacidade de utilizar objetos cotidianos. Muitas vezes, tarefas simples como escovar os dentes, pentear os cabelos e ir ao banheiro, se tornam complexas e até esquecidas pelos pacientes acometidos.¹

Como a DA é uma doença crônica e neurodegenerativa que leva a perda gradual da autonomia e da independência do portador, é importante ressaltar o fato de que a patologia gera um grande abalo social e econômico para as famílias envolvidas e para a sociedade como um todo. Para o paciente, além da perda cognitiva e da memória, podem ser vistos também, sintomas comportamentais e psicológicos de ansiedade, depressão, desinibição, irritabilidade, delírios e alucinações.²

São conhecidas duas formas da DA, a de início tardio (LOAD – do inglês, *Late Onset Alzheimer's Disease*) e a familiar (FAD – *Familial Alzheimer's Disease*). A FAD se caracteriza por surgir prematuramente, sendo também chamada de precoce (*Farly Onset Alzheimer's Disease*), se apresentando antes dos 60 anos, pelo seu forte componente genético, descrito como transmissão mendeliana autossômica dominante. A FAD é responsável por 1 à 6% dos casos conhecidos de DA. Já a LOAD é a forma mais incidente da DA, se apresenta por ser de acometimento tardio, após os 60 anos e ser complexa.¹

Todas as formas da doença possuem as mesmas características patológicas, principalmente em ordem de acometimento, afetando inicialmente a memória recente e seguindo-se para linguagem, capacidade de julgamento, atenção e execução de funções.¹

Fisiopatologicamente, o que ocorre com os pacientes com DA identificado em exames de imagem, são a presença de atrofia cortical difusa, degeneração neurovascular, perdas neuronais e sinápticas que envolvem inúmeros sistemas de neurotransmissão, presença de placas senis extracelulares que são compostas de agregados filamentosos da proteína β -amiloide ($A\beta$) e massas neurofibrilares intracelulares, formadas pela proteína TAU. Alguns outros

achados bioquímicos também podem estar presentes, como o estresse oxidativo, neuroinflamação, desregulação de cálcio, deficiência e distribuição alterada das mitocôndrias, oligomerização do peptídeo A β , toxicidade sináptica e problemas na homeostase metálica.¹

Tais alterações em sistemas de neurotransmissão advém do acometimento patológico estrutural dos mesmos, que ocorrem de modo descontrolado na DA. Os neurotransmissores podem ser afetados de forma significativa ou parcial, gerando o comprometimento dos sistemas. Certos sistemas neurotransmissores podem ser alterados em áreas encefálicas específicas, enquanto em outras, não sofrem nenhum tipo de alteração. É um exemplo do que ocorre com a perda do sistema colinérgico corticobasal, sem que haja alteração do sistema colinérgico do tronco cerebral. Este fato também pode ser visto com o sistema noradrenérgico.⁵

Somado as alterações dos sistemas colinérgico e noradrenérgico, acontece também uma exacerbação da perda neuronal glutaminérgica, a partir da degeneração dos receptores N-metil-Daspartato (NMDA – receptor glutaminérgico) e ainda temos um déficit na expressão do receptor do ácido α -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazolepropionico na região do córtex cerebral e no hipocampo, a medida em que a patologia evolui.⁵

O paciente costuma falecer entre 6 e 12 anos após o início da DA, na maior parte das vezes por uma complicação da imobilidade gerada pela patologia, podendo ser também, segundo estudos recentes, por embolia pulmonar e pneumonia.¹

Muitas hipóteses são feitas a respeito das bases moleculares da doença de Alzheimer, mas estas se modificam ao longo dos estudos com o passar dos anos. A hipótese mais antiga é a teoria colinérgica, criada no início da década de 80. Por volta de 1985, surge a teoria glutamatérgica. Em 1992, é proposta a teoria da “cascata amiloide”. A teoria mais recente correlaciona a DA com diabetes, sugerindo o termo “diabetes tipo 3”.¹

Alguns estudos sugerem que intervenções farmacológicas e não farmacológicas são necessárias, considerando todos os aspectos psicológicos, psicossociais e ambientais, de todas as pessoas envolvidas. A falta de habilidade dos portadores da DA em reconhecer ou expressar suas necessidades para sua família e cuidadores, resulta em muitas mudanças de comportamento que podem comprometer mais ainda a capacidade do indivíduo. Sintomas depressivos e de inutilidade são muito comuns nestes pacientes, o que muitas vezes, nas fases iniciais da doença, pode acarretar pensamentos e atitudes suicidas por parte destes.⁶

Atualmente, diversos estudos vêm sendo feitos a respeito do tratamento da DA, englobando tanto as formas farmacológicas, mas principalmente as formas não farmacológicas complementares. Estas formas complementares associadas ao tratamento medicamentoso proporcionam, em sua maioria, um retardo e diminuição do avanço da degeneração

neurocognitiva dos pacientes. Dentre estas, o exercício físico é uma alternativa que tem apresentado boa eficácia, além do baixo custo e acessibilidade para sua realização.³

4.1 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Doença de Alzheimer é realizado a partir dos achados clínicos associados com exames de triagem e testes neuropsicológicos. Porém, o diagnóstico definitivo só pode ser confirmado depois de uma análise histopatológica do tecido cerebral *post-mortem*. Nesta análise, é possível confirmar a DA a partir da presença de emaranhados neurofibrilares e placas amiloides extracelulares encontradas no encéfalo.⁷

Por este motivo, é de extrema importância que cada vez mais se desenvolvam ferramentas diagnósticas avançadas e modernas, para que se tenha uma identificação precoce e se busque meios de retardar a doença o quanto antes. Algumas técnicas estudadas na atualidade envolvem a detecção de alterações metabólicas a partir da identificação de proteínas ou biomarcadores intra e extracelulares.³

Para se confirmar o diagnóstico de DA, deve-se fazer diagnóstico diferencial com outras causas de demências. É fundamental então, que se descarte outros tipos de demência antes de se afirmar que um paciente é portador da doença de Alzheimer.⁸

Os critérios diagnósticos mais precisos e abordados na atualidade, são os do NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders). Estes critérios descrevem que o diagnóstico de demência deve ser feito por uma avaliação clínica, com exames de triagem, que se positivos para DA, levam a testes neuropsicológicos para a confirmação.⁸

Nos testes confirmatórios, os pacientes precisam apresentar comprometimento progressivo em duas ou mais funções neuropsicológicas, onde é visto que estas alterações devem prejudicar as atividades cotidianas do paciente de forma significativa. Existem ainda outros critérios que podem ser usados para diagnóstico, como os da Associação Psiquiátrica Americana (APA), os critérios da Organização Mundial da Saúde (CID-10) e os critérios do CAMDEX (Cambridge Exame para Transtornos Mentais de Idosos).⁸

Como padrão, são realizados exames laboratoriais como: hemograma, concentrações séricas de ureia, creatinina, tiroxina (T4) livre, hormônio tireoestimulante (TSH), albumina, enzimas hepáticas (TGO, TGP, GamaGT), Vitamina B12 e cálcio, testes sorológicos para sífilis e HIV.⁹

A eletroencefalografia (EEG) é um exame de imagem usado também como diagnóstico complementar das demências, principalmente quando o diagnóstico ainda não foi fechado após

as primeiras avaliações. Um dos achados mais significativos do EEG para identificar DA é a desaceleração dos ritmos. Ocorre na DA uma elevação da potência das bandas de baixa frequência (delta e teta) e uma diminuição da potência nas frequências mais altas (alfa e beta).⁹

Com a evolução da tecnologia em várias áreas médicas, vemos que é muito importante o conhecimento a respeito das novas tecnologias, principalmente em produção de imagens, para que possamos identificar e diferenciar os diagnósticos com mais rapidez.¹⁰

4.2 TRATAMENTO

Como já foi dito anteriormente, os idosos com DA possuem algumas modificações comportamentais que precisam ser tratadas. Esse tratamento das questões de humor favorece o bem estar tanto do paciente quanto de seus cuidadores, por facilitar o entendimento e aceitação da doença, além da comunicação entre paciente e cuidador.²

A partir do diagnóstico da doença, o tratamento farmacológico é iniciado com o objetivo de melhorar seus sinais e sintomas. De acordo com os estudos mais recentes, o tratamento farmacológico adotado como padrão, é a prescrição de drogas inibidoras da acetilcolinesterase que tem por mecanismo de ação a diminuição do processo de envelhecimento celular, retardando a evolução da doença.¹¹

O tratamento da DA visa aliviar os sintomas e retardar a sua progressão. Entre as propostas terapêuticas farmacológicas mais recentes, constam os fármacos inibidores de colinesterase (IChE) como os mais comumente empregados, visto que apresentam melhores resultados no controle da doença quando esta se encontra entre leve e moderada.¹²

No Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o que envolve a atenção básica, os fármacos Donepezila, Galantamina e Rivastigmina são fornecidos gratuitamente aos usuários por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), tendo o fornecimento que cumprir os critérios e normas estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Alzheimer.¹²

O primeiro medicamento inibidor da colinesterase que foi autorizado para o tratamento da Doença de Alzheimer foi a Tacrina, sendo seu uso baseado no aumento da transmissão colinérgica para amenizar as perdas colinérgicas. A utilização desse fármaco se mostrou eficiente em melhorar a memória e a cognição de quase metade dos pacientes observados, mas não apresentou eficácia em outras áreas que são prejudiciais para a qualidade de vida do indivíduo. A Tacrina tem como posologia eficaz 4 doses diárias, via oral e possui alguns efeitos adversos colinérgicos, como por exemplo, náuseas, dores abdominais e hepatotoxicidade. Isto faz com que o fármaco não seja a primeira escolha para o tratamento, sendo um medicamento

não ideal. É um medicamento que afeta tanto AChE quanto BuChE, sendo não seletiva para o sistema nervoso central.¹⁴

Atualmente, outros fármacos foram criados para substituir a Tacrina, mas estes também possuem uma eficácia limitada, porém com uma melhora mais significativa do quadro do paciente, aumentando sua qualidade de vida, sendo eles a Donepezila, Rivastigmina e Galantamina.¹⁴

A Donepezila é um fármaco seletivo para AChE e para o sistema nervoso central, tendo uma duração de 24 horas, sendo então sua posologia de uma vez ao dia, por via oral. Ela apresenta efeitos adversos colinérgicos leves. A Rivastigmina é seletiva para o sistema nervoso central, com duração da ação de 8 horas, com posologia de duas a três vezes ao dia, por via oral. Seus efeitos adversos colinérgicos vão diminuindo ao longo do tempo, de acordo com a continuação do tratamento. Já a Galantamina, afeta tanto o AChE quanto BuChE, além de reforçar o receptor nicotínico da acetilcolina por um mecanismo alostérico. Sua duração de ação é de até 8 horas, possuindo então a posologia de 2 a 3 vezes por dia, por via oral. É o medicamento que possui menos efeitos adversos dentre estes.¹⁴

Outro medicamento que também pode ser utilizado para o tratamento da DA é a Memantina, que atua como antagonista dos receptores NMDA, que bloqueia ainda, outros receptores de aminas, mais fracamente. Inicialmente era utilizado apenas como um antiviral, mas por seu poder inibidor da excitotoxicidade, foi estudado e aprovado para uso em pacientes com DA. Este fármaco apresentou efeitos de melhora cognitiva em indivíduos com a doença moderada ou grave, mas ainda possui alguns efeitos adversos e uma meia vida plasmática muito longa.¹⁴

A utilização do tratamento farmacológico não retarda a perda neuronal, atua apenas de maneira sintomática. Interfere com a neurotransmissão colinérgica ou glutamatérgica, melhorando os sintomas cognitivos, principalmente. Para os sintomas comportamentais e psiquiátricos, são utilizados outros medicamentos, como antidepressivos, neurolépticos e ansiolíticos.¹³

Apesar de ainda não existir tratamento que possa curar ou reverter os prejuízos causados pela DA, alguns meios tem sido capazes de estagnar ou retardar a doença temporariamente. Inúmeras abordagens têm sido propostas, como terapia cognitiva, terapia ocupacional, musicoterapia, terapia artística e etc. De modo geral, todas têm por objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e da sua família, a partir do alívio dos sintomas cognitivos e de comportamento. Cabe ressaltar que essas terapias são eficazes apenas quando trabalhadas de maneira integrada na atenção básica, a partir das equipes multidisciplinares.⁹

Além do tratamento farmacológico, é de extrema importância também que o idoso faça tratamentos não farmacológicos. Atividades físicas e mentais, como alongamentos e exercícios de memória, até mesmo atividades domésticas são estratégias importantes para a melhoria da qualidade de vida do paciente com DA.¹¹

Em 2016, estudos revelaram que intervenções psicossociais para pessoas com demência cursam com melhorias nas atividades diárias, comportamento, humor e até mesmo cognitivo. O destaque é para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Já como tratamento da parte cognitiva, alguns estudos revelaram eficácia quando abordadas tarefas que envolvem tarefas padronizadas que estimulam a memória, atenção e a resolução de problemas.²

Muitos estudos sugerem ainda, que os fatores nutricionais, incluindo micro e macronutrientes, alimentos, bebidas e padrões alimentares, podem modificar o risco e atrasar a ocorrência da demência. Estes fatores ainda tem sido estudados como forma de tratamento, seja no retardo da progressão da demência, no comprometimento cognitivo ou, ainda, na melhoria dos sintomas e funções perdidas pela demência e pela DA.¹⁵

Algumas vitaminas como E e C, o selênio e os flavonoides são descritos como protetores de danos oxidativos e podem ser identificados como causa ou consequência da demência. Esses componentes foram identificados como protetores na incidência de demência e, preferencialmente, se obtidos a partir da alimentação e não da suplementação. Alguns estudos revelam que a ingesta de vitamina E gera um atraso no declínio funcional.¹⁵

As vitaminas do complexo B e o folato mostraram estar associadas com a saúde neuronal, interferindo em suas vias metabólicas, com muitos estudos demonstrando que a ingestão destes, leva a um menos risco de demência. Outros estudos sugerem ainda a ingestão de vitamina D, ômega 3, peixe, hortifrutícolas, bebidas com cafeína em dose controlada e baixa ingesta de vinho, apresentam um controle e retardo da DA quando usados de forma assistida e correta, diminuindo os danos cognitivos e comportamentais.¹⁵

Alguns estudos refletem ainda, alguns benefícios da Dieta do Mediterrâneo para os indivíduos acometidos pela doença de Alzheimer. Esta dieta é baseada na boa alimentação e faz parte de uma tradição a qual foi reconhecida pela UNESCO como Patrimônio Cultural da Humanidade. É pautada em produtos a base de plantas, priorizando sempre a diversidade, produtos sazonais e biológicos, sendo então uma das dietas mais completas no quesito de nutrientes, principalmente para a saúde cerebral, como mostra a figura 1. Pesquisas referentes a países europeus presentes na bacia do Mediterrâneo, que possuem maior consumo de ferro, zinco, ácido fólico, vitaminas B12 e D, cálcio e selênio, por exemplo, tem menor presença de indivíduos com déficits cognitivos e menor incidência da DA.¹⁶

Figura 1: Dieta do Mediterrâneo: Pirâmide da MeDi, proposta pela Fundación Dieta Mediterránea.¹⁶



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença de Alzheimer é então, o tipo mais comum de demência da atualidade. Ela cursa com déficit inicialmente de memória, evoluindo para o déficit cognitivo e motor, os quais levam o paciente a ter inúmeros prejuízos na qualidade de vida, além de afetar a família e os cuidadores que o cerca. Além disso, outros sintomas psiquiátricos e neurológicos podem acometer os pacientes, levando a relações interpessoais dificultadas e mostrando a necessidade de diagnóstico precoce e início do tratamento mais breve possível, com a finalidade de minimizar os prejuízos gerados pela DA.

É importante ressaltar os testes diagnósticos para a doença, para que ela seja identificada e se inicie o tratamento. Estes podem ser realizados na atenção básica, visto que o exame físico e testes de memória são realizados no consultório. Em complementação, são solicitados os exames complementares laboratoriais e de imagem, para que se possam descartar outras doenças associadas ou outros tipos de demência.

Em relação ao seu tratamento, foi visto que há diversas formas de se prevenir e tratar a DA. Inicialmente, a terapia farmacológica é utilizada para amenizar os sintomas e retardar alguns danos gerados pela doença. Os medicamentos são escolhidos de acordo com cada paciente, sendo pautada a instrução e apoio do paciente para entender a posologia, sua aceitação

da medicação, os efeitos adversos e a necessidade individual. Entretanto, a terapia farmacológica não pode ser utilizada sozinha. Algumas terapias adicionais são utilizadas para que o tratamento seja otimizado. Estas podem ser baseadas em terapias cognitivas e comportamentais, psicoterapias, exercícios físicos e, ainda, dietas específicas as quais além de prevenir a doença, podem retardar o seu desenvolvimento.

Portando, há um consenso entre os estudos, onde se observa a adequação do diagnósticos e dos tratamentos da DA, sendo então feitos sempre em conjunto, de maneira complementar e que cabe ao médico, desde o primeiro atendimento ao indivíduo, identificar os sinais e sintomas, priorizando sempre o paciente, sua família e o bem estar, e jamais os observar como uma doença.

REFERÊNCIAS

1. De Falco A, Cukierman DS, Hauser-Davis RA, Rey NA. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. *Quim Nova*. 2016; 39(1): 63-80.
2. Fronza JL, Pillatt AP. Tratamentos psicológicos para idosos com doença de Alzheimer: uma revisão narrativa. *Psicol saúde doenças*. 2018; 19(3): 764-775.
3. Groppo HS, Nascimento CMC, Stella F, Gobbi S, Olini MM. Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2012; 26(4): 543-51.
4. Silva MJB, Paloro M, Hamasaki MY. Estado nutricional e risco de doença de Alzheimer. *Acta Port Nutr*. 2016; (4): 24-27.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº13, de 28 de novembro de 2017. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Doença de Alzheimer. Ministério de Saúde, 2017.
6. Marins AMF, Hansel CG, Silva J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. *Esc Anna Nery* 2016; 20(2): 352-356.
7. Macedo YB, Andrade MEA. Principais técnicas diagnósticas para doença de Alzheimer: uma revisão de literatura. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Biomedicina). Faculdade Integrada de Pernambuco, FACIPE; 2016.
8. Fransen NL, Holz M, Pereira A, Fonseca RP, Kochhann R. Acurácia do desempenho funcional em idosos saudáveis, com comprometimento cognitivo leve e Doença de Alzheimer. *Trends Psychol*. 2018; 26(4): 1907-1919.
9. Madureira BG, Pereira MG, Avelino PR, Costa HS, Menezes KKP. Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com Doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Colet*. 2018; 26(2): 222-232.
10. Bernardo LD, Raymundo TM. Ambiente físico e social no processo de intervenção terapêutico ocupacional para idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018; 26(2): 463-477.
11. Carvalho PDP, Magalhães CMC, Pedroso JS. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com Doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65(4): 334-9.
12. Almeida-Brasil CC, Costa JO, Aguiar VCFS, et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da Doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016 jul; 32(7): e00060615.
13. Ferreira S, Massano J. Terapêutica farmacológica na Doença de Alzheimer: progressos e esperanças futuras. *Arq Med*. 2013; 27(2): 65-86.
14. Rang HP, Dale MM, Silva P, Araújo CLC. *Farmacologia*. 2. ed.: Guanabara Koogan, 2012.

15. Cardoso SA, Paiva I. Nutrição e alimentação na prevenção e terapêutica da demência. *Acta Port Nutr.* 2017; 11: 30-34.
16. Gregório ARC. A influência da dieta mediterrânica na Doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. 2019. Dissertação (Medicina). Covilhã, Universidade da Beira Interior, 2019.