



SAÚDE MENTAL: UM ENFOQUE VOLTADO À PREVENÇÃO DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Mental Health: an approach prevention of Alzheimer Dementia

Clarice Teixeira da Silva Peixoto¹

¹Mestranda em Psicologia Clínica e da Saúde - Fundação Universitária Iberoamericana (FUNIBER); Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental – Faculdade Unyleya; Especialista em Urgência e Emergência pelo Instituto de Estudos Avançados e Pós-Graduação/ESAP; Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário da Grande Dourados UNIGRAN.

Resumo

a doença de Alzheimer é conhecida como demência, ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem), causada pela morte de células cerebrais. O objetivo deste estudo é descrever os cuidados terapêuticos preventivos à saúde mental, que podem ser orientados a fim de evitar, minimizar ou retardar o desenvolvimento ou a evolução da demência de Alzheimer. A metodologia empregada foi a pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa em formato de revisão integrativa. Os resultados apontam que a prevenção da doença de Alzheimer deve ser focada na mudança de estilo de vida, principalmente no desenvolvimento de exercícios físicos, disponibilidade para atividades de lazer, estímulos cognitivos, alimentação saudável, incluindo alimentos bioativos e que possuam altas taxas de vitamina D. Assim como outros exemplos de biomarcadores e testes de intervenção que podem favorecer o diagnóstico precoce da doença. Ainda, o tratamento precoce de doenças cardiovasculares pode prevenir as doenças cognitivas de demências e Alzheimer. Concluiu-se que, embora a doença de Alzheimer seja degenerativa e não possua uma etiologia definida, pode ser evitada quando a pessoa foca em manter uma vida saudável para o cérebro.

Palavras Chaves: Saúde Mental. Alzheimer. Prevenção.

Introdução

A fisiopatologia da doença de Alzheimer, ainda é indefinida, os sintomas da demência pioram gradualmente ao longo dos anos. Porém, alguns fatores de risco podem ser evitados, minimizados ou retardados, possibilitando ao indivíduo uma melhor qualidade de vida. Fatores biológicos, socioeconômicos, ambientais e estilo de vida, interferem no processo de envelhecimento de forma positiva ou negativa.

A doença de Alzheimer (DA) em seus estágios iniciais provoca perda de memória leve, que pode ser confundida como esquecimento comum, no entanto, quando não tratado, esses sintomas iniciais progridem e alcançam o estágio intermediário e avançado, que é quando os indivíduos perdem a capacidade de manter uma conversa normal e responder as comunicações ambientais.

Biologicamente todas as células ao envelhecerem vão perdendo suas capacidades, com o cérebro ocorre de forma semelhante, à medida que se envelhece. A maioria das pessoas acabam percebendo alguns pensamentos mais lentos e problemas ocasionais como a lembrança de certos acontecimentos. No entanto, graves perdas de memória, confusão e outras mudanças importantes na



maneira como a mente funciona podem ser um sinal de que as células cerebrais estão falhando, nesse momento torna-se necessário a procura imediata por tratamento.

Pessoas conscientes de que o cérebro carece de atividade constante para não perder suas funções, começam a excitá-lo desde cedo, não deixando que as demências se apoderem de suas funções, sendo este o motivo pelo qual optou-se pela escolha do tema do presente trabalho. O problema de estudo desta pesquisa partiu do seguinte questionamento: Quais os cuidados terapêuticos preventivos à saúde mental capazes de evitar, minimizar ou retardar a demência de Alzheimer?

Objetivo

Descrever os cuidados terapêuticos preventivos à saúde mental.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada em bibliotecas físicas e virtuais (Lilacs, Scielo, BDNF e Medline), tendo como amostra livros, artigos científicos, dissertações, teses e outros documentos de conteúdo científico que tratavam do tema. Sendo ainda, efetuada por meio de Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), dentro dos seguintes termos: Saúde Mental; Alzheimer; Prevenção. Os quais foram submetidos nas bases de dados, selecionando os documentos pertinentes aos objetivos da pesquisa.

Revisão Integrativa

1 Saúde Mental e os fatores de risco no desencadeamento das demências

A saúde mental tem fortes influências do estilo de vida e, sabe-se que existe uma interação entre comportamento, meio ambiente e perfil genético. Muitas pessoas levam um estilo de vida que promove sofrimento emocional, desencadeando uma série de componentes, tais como ansiedade, insônia, disfunção social, estresse mental, desequilíbrio nutricional, entre outros. Boas práticas de saúde podem estar associadas individualmente a um melhor estado de saúde mental das pessoas (MORIMOTO, 1994).

De acordo com Andrews *et al.* (2004) a promoção e prevenção da saúde física é significativamente relevante para evitar as doenças mentais, pois o indivíduo que mantém o nível de saúde física de forma ideal é capaz de reduzir o desenvolvimento de doença mental em até 28%.

O estudo de Thomas *et al.* (2016) apresenta recomendações para prevenir e manter a saúde mental das pessoas a partir do atendimento da medicina familiar e comunitária que promove e previne a saúde mental, isto quer dizer que existem inúmeras razões para implementar a promoção e prevenção da saúde mental, mas principalmente, porque proporciona resiliência em todas as áreas da vida, precipuamente no ambiente de trabalho, social e familiar. Esse autor, ainda esclarece que a saúde mental está ligada às boas práticas biopsicossociais, ou seja cuidar do que se pensa, cuidar das relações sociais e cuidar do próprio corpo.

Portanto, as demências que não são genéticas podem ser circunstanciais, sobretudo com avanço da idade, que é o maior fator de risco, em especial àqueles indivíduos que não tiveram cuidados preventivos e contraíram doenças como: diabetes, hipertensão e Parkinson. Tais patologias podem estar associadas ao sedentarismo, tabagismo, etilismo e ambiente que provoca altos índices de estresse. A fragilidade emocional também é condição considerável para o desenvolvimento de demência.



Schneider *et al.* (2009) explica que a maioria dos indivíduos mais velhos, com demência, tem patologia mista em seu cérebro. Pois, como menciona Jeste *et al.* (2006), a demência é um declínio adquirido, persistente e tipicamente progressivo que afeta as habilidades cognitivas, comprometendo o aprendizado e a memória, a linguagem e /ou o raciocínio, tornando-se grave o suficiente para interferir na independência das pessoas para praticar as atividades cotidianas. Ainda, além do comprometimento cognitivo, a demência costuma estar associada a sintomas neuropsiquiátricos debilitantes, como agitação, psicose, distúrbios do sono, depressão, ansiedade e apatia.

Em outro trabalho, Schneider *et al.* (2009) diz que a demência pode surgir de várias condições físicas e psíquicas, agindo de forma isolada ou em combinação. E Winblad *et al.* (2016) menciona que isso ocorre devido ao processo neurodegenerativo, diante de uma série de condições debilitantes que resultam na degeneração progressiva e/ou morte de neurônios.

A doença de Alzheimer, por exemplo, é uma progressão neurodegenerativa mais comum de demência, sendo, até o momento, incurável. De acordo com Hachinski e Sposato (2013), a demência é uma complexidade de doenças cerebrais, as pessoas com Alzheimer, por exemplo, apresentam outras doenças cerebrovasculares. A demência é geralmente uma doença lenta e progressiva, que só se consegue fazer o diagnóstico após o processo estar presente há anos no cérebro do indivíduo, daí a importância da prevenção.

Fatores de Riscos para Demências

As patologias cardíacas, além de serem a principal causa de morte e invalidez no mundo, afetando principalmente a população idosa, tornou-se um importante elemento no desenvolvimento de declínio e demência de Alzheimer, provocando a hipoperfusão cerebral crônica induzida por uma variedade de déficits cardiovasculares no desenvolvimento de comprometimento cognitivo anterior à demência.

De acordo com Lane (1991) existe uma forte associação entre as patologias cardíacas e disfunção cognitiva, sendo descritas como demência cardiogênica, baseado na alta incidência de arritmias cardíacas vistas em pacientes com demência apenas devido a causas vasculares. Nesse sentido, Torre (2012) destaca que o bloqueio cardíaco crônico e disritmias diminuem o débito cardíaco, podendo levar o paciente a processos cognitivos persistentes.

Nesse bordo Patterson *et al.* (2008) explica que para prevenir certas demências como a doença de Alzheimer, é necessário desde muito cedo controlar os fatores de risco vascular, especialmente hipertensão, assim como os fatores que envolvem estilo de vida. Fatores genéticos também devem ser observados, pois um histórico familiar com informações de demências, pode favorecer o desenvolvimento de demência e aumentam a certeza do diagnóstico.

Segundo Santos (2020) existem estudos que associam a demência a deficiência de vitamina D, os autores mostraram que: [...] uma metanálise mostrou que pessoas dementadas possuem menor nível de vitamina D (25-hidroxivitamina D (25 (OH) D)) comparadas com grupo controle de pessoas saudáveis pareadas por idade. A baixa de 25 (OH) D pode ser apenas um marcador ou potencial fator de risco de se desenvolver demência como apontam estudos recentes (SANTOS, 2020, p. 604).

Percebe-se que na prevenção de demências é importante que as políticas de saúde pública fortaleçam as mudanças de hábitos das pessoas, principalmente que procurem desenvolver atividades físicas em ambientes abertos, para aproveitar a exposição solar, fortalecendo a imunidade e adquirindo vitamina D ao natural, a fim de evitar a hipovitaminose D impedindo, assim, maiores problemas de saúde.



2 Cuidados preventivos de saúde

Para lidar com os crescentes custos de saúde, as pessoas estão cada vez mais procurando cuidados preventivos antes de atingir a idade do envelhecimento. À vista disto, o monitoramento de estilos de vida está cada vez mais em destaque. Já existem sistemas de triagem de saúde que envolvem o uso de testes para identificar pessoas aparentemente saudáveis com doença em estágio inicial, que, até então, não têm, ou não reconheceram que têm, sintomas ou sinais da doença que está sendo rastreada (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Thombs *et al.* (2017) apresentou um estudo sobre triagem de prevenção de doenças listados pela Força-Tarefa Canadense em Cuidados de Saúde Preventivos, do Comitê Nacional de Triagem do Reino Unido e da Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos a partir de 5 de setembro de 2016. A triagem tem como proposta a identificação precoce de doença pré-clínica assintomática que pode aumentar a probabilidade de uma intervenção eficaz e, desta maneira, melhorar a saúde futura.

Além do objetivo de reduzir o risco de doenças futuras por meio da detecção de indicadores pré-clínicos da doença, a proposta da triagem tem sido cada vez mais aplicada por meio de uso de questionários de auto-relato que evidenciam problemas de saúde existentes, por exemplo, uso indevido de álcool, ou síndromes baseadas em sintomas de depressão, que muitas vezes não são perceptíveis para a pessoas e seus familiares, que reiteradamente são vivenciados pelos pacientes, mas não relatados como problemas de saúde ou observados pelos profissionais de saúde.

É o que mostra, por exemplo, a recomendação de cuidados preventivos da Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos de 2003, que fez um rastreamento de depressão entre adultos em cuidados primários.

A Força-Tarefa Canadense sobre Cuidados de Saúde Preventivos de 2005 que apresenta a triagem baseada em questionários foi avaliada para outros problemas de saúde atualmente experimentados e síndromes baseadas em sintomas, incluindo abuso de álcool, uso de substâncias ilícitas, violência por parceiro íntimo e atrasos no desenvolvimento de crianças pequenas (MENDES, 2011).

Um dos motivos que tem preocupado a medicina preventiva é a saúde mental das pessoas, pois os determinantes de saúde mental são problemas sociais que afetam grandes segmentos da população (indivíduos, famílias, comunidades e, indiretamente, toda a população) e que provoca grandes gastos públicos.

Alguns fatores aumentam o risco de doenças mentais, tais como o uso de substâncias psicoativas, as quais são responsáveis pelas disparidades e iniquidades de saúde mental que existem entre os grupos populacionais. Algumas condições são determinantes para afetação da saúde mental, entre elas incluem-se as experiências adversas no início da vida, discriminação e exclusão social, exposição à violência, guerra, migração forçada, envolvimento com ambiente criminal, desigualdades educacionais, falta de emprego, escasses financeiras, pobreza, acesso precário a habitação estável, falta de alimentação adequada, transporte precário, falta de assistência médica ou seguro-saúde de qualidade, assim como outros fatores ambientais (COMPTON; SHIN, 2020).

Para os autores Compton e Shin (2020) todas as manifestações de injustiças sociais, interferem na saúde e aumentam o risco de doenças, tanto físicas quanto psíquicas. No nível individual, elas afetam adversamente, por meio de pelo menos três circunstâncias. A primeira envolve a pobreza de forma geral, pois o indivíduo que não tem acesso ou recursos para comprar alimentos saudáveis,



acaba dependente de uma dieta mais barata, que sempre é rica em calorias e pobre em micronutrientes, assim, por meio dessas opções os indivíduos acabam tendo hábitos alimentares que desencadeiam comorbidades como obesidade, diabetes, hipertensão e depressão. A segunda é que pessoas com escassez financeira, desenvolvem estresse substancial e persistente, provocando respostas de estresse psicológico e fisiológico que aumentam o risco de patologias. O terceiro, diz respeito a constituição genética por meio de mecanismos como interações gene por ambiente e epigenética. Embora os determinantes sociais sejam relevantes para o trabalho de prevenção terciária da atenção clínica, eles são centrais para as disparidades e iniquidades de saúde e fornecem percepções sobre a melhor forma de prevenir doenças mentais e transtornos por uso de substâncias, promovendo a saúde mental.

Por isso, a atenção da saúde tem sido priorizada por meio das intervenções destinadas na prevenção do desenvolvimento de transtornos mentais, principalmente trabalhando a saúde mental desde muito cedo com crianças e jovens (IORFINO *et al.*, 2019). Prevenção e a intervenção precoce são reconhecidas como elementos-chave para minimizar os impactos psicossociais e econômicos de qualquer condição de saúde, evitando que ocorram agravamentos potenciais na idade adulta (FOX *et al.*, 2015).

Algumas pesquisas apontam a eficácia de intervenções preventivas em doenças mentais com jovens, por exemplo, o estudo de Muñoz *et al.* (2010) destacou que nos últimos 30 anos, vários trabalhos relataram sucesso na redução da incidência (o número de novos casos) de episódios depressivos maiores, quando os indivíduos receberam estratégias preventivas de saúde mental na infância e adolescência.

Por meio de estudos clínicos randomizados, os autores verificaram que as práticas de tratamento e prevenção na infância e adolescência é de suma importância para identificar grupos de alto risco para episódios depressivos maiores.

Gulliver *et al.* (2010) explicam que pessoas que trabalham com crianças, principalmente professores, pedagogos ou psicólogos, precisam estar atentos aos possíveis indícios de possibilidades de desenvolver doenças mentais, pois na adolescência, infelizmente os jovens enfrentam fortes barreiras para demonstrarem seus reais sentimentos, o que dificulta, muitas vezes, a constatação para prevenir as doenças mentais. Nesse sentido, cabe a quem trabalha com os jovens estar atento aos seus movimentos, estigmas e constrangimentos, que são barreiras que dificultam a busca de ajuda. Porém, quando o jovem já teve uma educação preventiva quando criança no sentido de encarar de forma positiva os episódios depressivos, ele tem mais facilidade em procurar ajuda, principalmente, dos familiares ou amigos próximos.

Ainda sobre as barreiras enfrentadas pelos jovens para pedir ajuda precoce para o tratamento de doenças, Calex *et al.* (2020) destaca que são atitudes negativas internalizadas por eles em relação à busca de ajuda, por exemplo a vergonha, ou preocupações práticas, como por exemplo, custos e transporte, ainda de acreditar que eles têm que gerenciar o problema por conta própria, minimizando seus problemas, dúvidas em relação à eficácia do tratamento, a indisponibilidade de ajuda e o estigma de saúde mental pública percebido.

Segundo Doorn *et al.* (2021), quando a pessoa já passou da idade da adolescência, e, apresentam problemas mentais mais desenvolvidos e graves, se não foi prevenido na infância dificilmente terá uma reversão, provocando consequências funcionais e sociais graves, pois como se sabe a doença mental atinge um período crítico de desenvolvimento que envolve fatores sociais, vocacionais e educacionais.



Embora existam tratamentos eficazes para transtornos psiquiátricos na vida adulta, quando são tratados podem não responder de forma adequada ao tratamento, ou ainda o tratamento pode falhar, se os indivíduos não receberam o tratamento preventivo adequado (STAGNARO *et al.* (2019).

Uma pesquisa realizada com 2.116 pessoas, as quais passaram pela avaliação World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (Entrevista Diagnóstico pelo Método Internacional de Saúde Mental), com intuito de avaliar o estado mental. Esse estudo foi realizado na Argentina. Os pesquisadores observaram que à proporção que as pessoas responderam o questionário dizendo que procuraram tratamento precoce os resultados foram mais eficazes. Também quando os fatores que provocaram transtornos mentais foram ambientais e não intrínsecos os resultados foram maiores, por exemplo, nos tratamentos de pessoas com transtornos mentais devido ao abuso de álcool a recuperação foi mais rápida do que os tratamentos realizados com pessoas com transtorno de pânico ou de humor, isso mostrou que a saúde mental do indivíduo que usava álcool estava dependente de uma substância psicoativa ambiental, assim ao limpar seu organismo dessa substância o tratamento mental foi eficiente. Já a pessoa com transtorno do pânico ou de humor, tinham paradigmas intrínsecos arraigados desde a infância, isso dificultou o tratamento, pois como não receberam uma educação preventiva, suas mentes estavam impregnadas de medos e outros sentimentos negativos (STAGNARO *et al.* (2019).

Entre os tratamentos preventivos da atualidade estão as terapias cognitivo-comportamental presencial e computadorizada, para crianças e jovens. O estudo de Rossi (2015) explica que a psicoterapia para crianças e jovens mediada por programa de computador é eficiente, pois a intervenção com a máquina deixa o paciente mais à vontade, tornando-o mais colaborativo e motivado, facilitando a aproximação e o relacionamento com o terapeuta. Rossi (2015) criou um protocolo computadorizado para tratamento psicoterápico de crianças denominado Projeto Transformador, os resultados da aplicação do protocolo realizado com 10 crianças com transtornos de ansiedade, mostrou eficiência na escala de avaliação. Assim como a aplicação do protocolo por 12 terapeutas em suas práticas clínicas identificaram que a pragmática realizada por meio do programa computadorizado, denominado de Projeto Transformador foi eficiente no auxílio do tratamento de ansiedade em crianças.

Nesse eito, pode-se dizer que todas as intervenções preventivas para indivíduos que apresentam sinais de necessidades de cuidados mentais, tanto crianças como jovens com queixas emergentes, ou que apresentam sintomas subclínicos são promissores. Por isso os médicos psicanalíticos utilizam de diagnósticos que possam identificar se existem estadiamento clínico ou subclínicos, assim como para detectar o início de síndromes ou entidades clínicas mais discretas. A eficácia das intervenções preventivas de saúde mental por meio de terapias cognitivo-comportamental computadorizada ou por meio da internet para jovens vem sendo estudada com grande rigor pelos psicanalistas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza atenção psicossocial às crianças e adolescentes, assim como para adultos, no entanto, não possui um programa preventivo de doenças, como destaca Bernardo e Garbin (2011, p.105): “as ações de prevenção e promoção de saúde parecem longe de ser os aspectos mais relevantes da agenda da saúde mental no SUS na atualidade”. Estudando o caderno humaniza SUS, volume da saúde mental, não se encontra nenhum programa voltado para a prevenção, apenas na intervenção da doença já estabelecida.

Algumas iniciativas estão sendo publicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com diretrizes da assistência preventiva da saúde mental, por meio da medicina preventiva.



As ações preventivas consistem em “intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”. Tendo como base os conhecimentos epidemiológicos de doenças e de outros agravos específicos. Nesse sentido, a “prevenção promove ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la” (ANS, 2011, p.18).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011 p. 25) destaca que “a implementação de estratégias e Programas para Promoção da Saúde e Prevenção e Controle de Riscos e Doenças já é prática no setor suplementar de saúde brasileiro”, mesmo que ainda aconteça de forma “fragmentada e desarticulada, devido a não adesão por algumas das operadoras de planos privados de saúde, como também pela falta de interesse dos prestadores de serviço.

Dessa forma, percebe-se que falta ações afirmativas, que venham promover de forma definitiva a medicina preventiva para a saúde mental da população, que o SUS tome a iniciativa de criar uma rede de medicina preventiva, incluindo pessoas e todas as idades, principalmente prevenindo que doenças mentais se instalem na população desde tenra idade.

É importante destacar as diferentes instituições que já atuam com a medicina preventiva, que são Associação Brasileira de Alimentação e Nutrição, a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar, a Associação Brasileira de Promoção da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde, Carta de Ottawa, Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs), Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, Ministério da Saúde – Alimentação e Nutrição, Organização Pan-Americana de Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde e Organização Mundial de Saúde (ANS, 2011, p.20).

Por conseguinte, percebe-se que é momento do SUS apresentar propostas que vão além do atendimento curativo feito por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e criar programas que venham de encontro ao novo fundamento da medicina preventiva, auxiliando as pessoas a evitarem a desenvolver transtornos mentais.

No conceito de saúde pública, a prevenção de doenças está inclusa nas atividades estratégicas primária, secundária ou terciária, cada estágio depende da gravidade da doença ou da deficiência associada. E este sistema funciona bem para distúrbios médicos de etiologia conhecida.

No caso das demências, as estratégias preventivas são geralmente direcionadas contra os fatores de risco, que precisam ser implementadas em períodos específicos antes do início do distúrbio, a fim de ser o mais eficaz possível. Contudo, uma vez que o distúrbio se desenvolveu, ainda é possível reduzir sua gravidade, curso, duração e deficiência associada ao tomar medidas preventivas ao longo do curso da doença.

Segundo McQueen (2001, p. 263) a partir de 1990 foram desenvolvidos conceitos preventivos da saúde mental com “prática baseada em evidências, prevenção baseada em evidências e promoção baseada em evidências”, seguindo a tendência geral do guia de serviços preventivos.

O cuidado terapêutico às pessoas idosas é de fundamental importância para evitar que doenças mentais se instalem. As pessoas com mais de 65 anos, embora continuem tendo uma vida independente e saudável, começam a apresentar algumas mudanças cognitivas, apresentando declínio leve na memória visual e verbal, nas habilidades visuoespaciais, memória imediata, ou a capacidade de nomear objetos, audição e visão, força corporal, apetite e nível de energia. Nesse sentido o profissional de saúde, principalmente os da enfermagem, podem auxiliá-los, a reduzir o impacto desses problemas, promovendo esclarecimentos educativos de melhora de qualidade de vida,



prevenindo ansiedade e estresse que são os preditores para as demências crônicas, principalmente o Alzheimer.

A avaliação multidimensional do idoso é muito importante, nesse tipo de avaliação é feito uma “investigação de vários aspectos da saúde tais como: físico, mental, funcional, social, ambiental e outros específicos” (KUSUMOTA *et al.*, 2015, p. 4). No caso da avaliação mental, são feitos testes para avaliar a cognição e identificar sinais e ou sintomas de depressão. Segundo Kusumota *et al.* (2015), geralmente, a depressão em idoso não é levada a sério, sendo sempre diagnosticada como processo normal do envelhecimento, no entanto é o gatilho para desencadear alterações mentais que vão provocar demência futuras.

3 Conhecendo e prevenindo a doença de Alzheimer

Segundo Hippicus e Neundörfer (2003), em 1911, médico Alois Alzheimer publicou em um contexto amplo os estudos realizados no cérebro de sobre Auguste D., comparando com o estudo realizado no cérebro de Johann F., que morreu após 3 anos de hospitalização em Munique em 1910. Assim o primeiro livro didático que diagnosticou a doença de Alzheimer foi publicado. O material de ambos os casos (Auguste D. e Johann F.) foi reinvestigado com técnicas neuro-histoquímicas modernas e os resultados da investigação e a análise de todos os achados, juntamente com um resumo da literatura e interpretações conceituais, foram publicados por H-J. Moller e MB Graeber, que concluíram que os casos de placa e casos com placas e emaranhados neurofibrilares são simplesmente estágios diferentes no desenvolvimento do mesmo processo de doença. O que significa que além de descoberta pioneira do caso de Auguste D. em 1906, alguns anos depois, Alzheimer foi a primeira pessoa a descrever um importante estágio de desenvolvimento da doença associada ao seu nome.

Na atualidade, a etiologia e a patogênese da doença de Alzheimer (DA) são consideradas altamente complexas, sem uma definição específica (PARIHAR; HEMNANI, 2004). O processo patogênico que causa a doença de Alzheimer não está totalmente delineado, mesmo que esteja comprovado a neuropatologia caracterizada por placas neuríticas, emaranhados neurofibrilares e perda de neurônios colinérgicos no núcleo basal de Meynert (CUMMINGS *et al.*, 1998).

Fatores genéticos, incluindo mutações na proteína precursora da amiloide e nos dois genes da presenilina, parecem importantes no desenvolvimento da doença de Alzheimer de início precoce, enquanto o genótipo da Apolipoproteína (apo A-I) influencia o início da doença após os 65 anos (FARLOW, 1998). Causas genéticas podem promover ou acelerar a deposição de beta-proteína amilóide para formar placas, bem como fosforilação anormal da proteína tau para formar emaranhados neurofibrilares. Várias condições bioquímicas, como inflamação, estresse oxidativo, deficiência hormonal (estrogênio), e outros fatores de risco não modificáveis, também desempenham um papel no processo patogênico (DE-PAULA *et al.*, 2012).

A doença de Alzheimer é a principal causa de demência em idosos, afetando aproximadamente 15 milhões de pessoas em todo o mundo. O primeiro sintoma é geralmente um comprometimento insidioso da memória. À medida que a doença vai evoluindo, passa a comprometer de forma crescente a linguagem e outras funções cognitivas. Os sintomas vão se aprofundando e a pessoa passa sentir dificuldades para se comunicar, com o agravamento da doença, não tem mais compreensão e expressão verbal e escrita (HONIG; MAYEUX, 2014).

De acordo com Gunn *et al.* (2010) uma das hipóteses do desenvolvimento da doença de Alzheimer está no acúmulo de peptídeos beta-amilóide (A β) um contribuinte central para a neurodegeneração, que tipicamente é observada no cérebro com DA. A β extraído de cérebros de



pessoas com Alzheimer mostraram truncamentos extensos, produzindo peptídeos de diferentes composições N- e C- terminais. Embora A β seja frequentemente abundante nos cérebros de idosos cognitivamente normais, os cérebros de pacientes com DA estão altamente contagiados por peptídeos beta-amilóide truncados no terminal N com a modificação do piroglutamato.

O estudo realizado por Tanzi (2013) aponta a doença de Alzheimer com possibilidade genética, destacando que fatores genéticos desempenham um papel em pelo menos 80% dos casos de DA em um padrão dicotômico. Estudos experimentais como de Lucatelli *et al.* (2009) observarão que em mutações raras em APP, PSEN1 e PSEN2 familiar foram observados indícios de DA em início precoce, em pessoas com menos de 60 anos, representando 5% dos casos de DA. Por outro lado, com mesmo achado o trabalho de Bendlin *et al.* (2010) mostrou que polimorfismos de genes comuns, como variantes $\epsilon 4$ e $\epsilon 2$ do gene APOE, influenciam a suscetibilidade para DA comum em aproximadamente 95% dos casos de ocorrência tardia. Sendo esses genes responsáveis entre 30 e 50% da herdabilidade da doença de Alzheimer. O autor destaca que vários estudos realizados fazendo associação de todo o genoma levaram a identificação genética do desencadeamento da DA.

A doença de Alzheimer afeta de forma generalizada as habilidades de raciocínio visuoespacial, analítico e abstrato. Os dementes com Alzheimer passam a ter mudanças comportamentais preocupantes, tais como delírios, alucinações, irritabilidade, agitação, agressão verbal ou física, errância e desinibição. No estágio final da doença perdem a condição do autocuidado, alimentação, vestimenta e capacidade de locomoção, além de incontinência e disfunção motora (WAGNER *et al.*, 2010).

Antes do diagnóstico de DA, os indivíduos podem ter queixas de memória, que representam um período de comprometimento cognitivo leve. Antes do comprometimento cognitivo leve, ocorre um período pré-sintomático mal definido e prodrômico. Depois a doença para o estágio intermediário e vai alcançando estágios mais avançados (NITZSCHE *et al.*, 2014). Nesse sentido é importante entender os fatores que podem influenciar o curso da doença. Compreender a história natural da DA permite um melhor direcionamento dos tratamentos modificadores da doença, assim como de medidas preventivas.

Estágios da Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer está dividida em quatro estágios, que são pré-demência, estágio inicial ou leve, estágio intermediário e estágio avançado ou terminal. Existem conceitos convergente de que os tratamentos modificadores da doença devem se concentrar na pré-demência e no estágio inicial da doença, ou seja, quando o comprometimento cognitivo ainda é leve, ou seja no estágio pré-clínicos. Nesse estágio inicial, já existem exames que podem diagnosticar a DA, tais como imagens multimodais, imagens de ressonância magnética, fluorodeoxiglicose - topografia de emissão de pósitrons, amilóide-PET e recentemente introduzido tau-PET, que fornece informações diferentes, mas complementares (LIU *et al.*, 2018).

No estágio pré-demência e estágio inicial é raramente percebido. Nessa fase os familiares, amigos e até alguns profissionais de saúde vêem o processo como sintomas do envelhecimento, pois o início da doença ocorre de forma gradual, por isso é difícil ter a certeza exata de quando a doença inicia. Os primeiros sintomas perceptíveis são problemas de comunicação, a pessoa tem dificuldade para articular palavras ou frases; passa a ter perda significativa de memória – particularmente das coisas que acabam de acontecer; ficam alheias aos dias da semana, horário e espaço; ficam perdida em locais familiares; têm dificuldades na tomada de decisões; ficam inativa ou desmotivadas



facilmente; apresentam mudanças de humor, depressão ou ansiedade; reagem com raiva incomum ou agressivamente em determinadas ocasiões; apresentam perda de interesse por hobbies e outras atividades (BORN, 2008).

Quando o tempo passa, a doença progride e entre no estágio intermediário, é quando os sintomas de limitações ficam mais claros e graves. A pessoa no estágio intermediário da DA passa a ter dificuldade no dia a dia e pode perder a memória, principalmente de eventos recentes, esquece o nome das pessoas, até as mais chegadas como filhos e cônjuge; pode não gerenciar mais a própria vida, tendo dificuldade para viver sozinha; passa a não ter mais capacidade para cozinhar, limpar ou fazer compras; pode ficar extremamente dependente de um membro familiar ou do cuidador; necessita de ajuda para a higiene pessoal, isto é, lavar-se e vestir-se; a dificuldade com a fala avança; apresenta problemas como perder-se e de ordem comportamental, tais como repetição de perguntas, de repente começa a gritar, tem distúrbios de sono entre outros tipos de disfunção comportamental; perde-se com facilidade, até dentro de casa; pode ter alucinações (vendo ou ouvindo coisas que não existem) (SOUZA, 2017).

E a partir daí a pessoa passa para o estágio avançado que é o mais próximo da total dependência e da inatividade. Distúrbios de memória são muito sérios e o lado físico da doença torna-se mais óbvio. A pessoa pode ter dificuldades para comer; fica incapacitada para comunicar-se; não reconhece parentes, amigos e objetos familiares; tem dificuldade de entender o que acontece ao seu redor; é incapaz de encontrar o seu caminho de volta para a casa; tem dificuldade para caminhar; tem dificuldade na deglutição; tem incontinência urinária e fecal; manifesta comportamento inapropriado em público; fica confinada a uma cadeira de rodas ou cama (BORN, 2008).

Alzheimer é a causa mais comum de demência, responsável por 60-80% dos casos de demência. O principal fator de risco é a idade, a maioria das pessoas com Alzheimer tem 65 anos ou mais. Mas o Alzheimer não é apenas uma doença da velhice, pessoas com menos de 65 podem desenvolver a doença de Alzheimer precocemente (RIBEIRO, 2010).

Alzheimer é uma doença progressiva, em que os sintomas da demência pioram gradualmente ao longo dos anos. Em seus estágios iniciais, a perda de memória é leve, mas em estágio avançado, os indivíduos perdem a capacidade de manter comunicação e responder ao ambiente. Em média, uma pessoa com Alzheimer vive de quatro a oito anos após o diagnóstico, mas pode viver até 20 anos, dependendo fatores preventivos (ABREU *et al.*, 2005).

Embora ainda não exista cura para o Alzheimer, existem tratamentos para os sintomas, mesmo não impedindo a progressão da doença, os recursos terapêuticos podem retardar temporariamente os agravamentos sintomáticos da demência e melhorar a qualidade de vida das pessoas com Alzheimer e de seus cuidadores.

Prevenção do Alzheimer

A prevenção da doença de Alzheimer deve ser uma das maiores preocupações que as pessoas devem ter à medida que envelhecem. Pesquisas promissoras mostram que existem etapas que podem ser seguidas a fim de reduzir o risco de desenvolver sintomas de Alzheimer e outras demências, ou retardar o processo de deterioração, caso já tenha sido diagnosticado (FUJII, 2021).

Identificando e controlando os fatores de risco pessoais do Alzheimer e fazendo mudanças simples no estilo de vida, é possível maximizar as chances de saúde cerebral para o resto da vida e preservar as habilidades cognitivas por mais tempo (ABREU *et al.*, 2005). Pois, embora Alzheimer seja uma doença complexa com múltiplos fatores de risco, existem sete pilares para manter vida saudável para



o cérebro, que são exercícios físicos regulares, compromissos sociais, uma dieta saudável, estímulo mental por meio de leituras, jogos e outros aspectos de manter a mente ativa, um sono de qualidade, um bom gerenciamento contra o estresse, manter a saúde vascular (CARMO, 2021).

A ideia de desenvolver a doença de Alzheimer pode ser uma perspectiva assustadora, pois, ainda, não existe cura farmacológica, no entanto, é possível reduzir o risco de desenvolver sintomas de Alzheimer e outras demências, ou retardar o processo de deterioração, caso já tenha sido diagnosticado (SERENIKII; VITAL, 2008).

Assim, cabe ao profissional de saúde, orientar as pessoas no sentido de identificar e controlar os fatores de risco pessoais, fazendo mudanças de estilo de vida simples, mas eficazes, que pode maximizar as chances da saúde cerebral por toda a vida e preservar as habilidades cognitivas por mais tempo.

O risco da doença de Alzheimer não se limita à velhice ou genética, pode estar envolvida com o ambiente, daí a importância do cuidado geral com a saúde do cérebro. Pois, quanto mais se fortalece cada um dos pilares da vida diária, mais tempo e mais forte o cérebro continuará funcionando. Além de prevenir a DA, também pode reduzir o risco de desenvolver qualquer tipo de demência (ABREU *et al.*, 2005).

Esses pilares já destacados anteriormente inclui atividades físicas regulares, pois de acordo com a Fundação de Prevenção e Pesquisa de Alzheimer, o exercício físico regular pode reduzir o risco de desenvolver a doença de Alzheimer em até 50%. De acordo com Coelho e Burini (2009), os exercícios também podem retardar a deterioração ainda maior em pessoas que já começaram a desenvolver problemas cognitivos. As práticas físicas protegem contra o Alzheimer e outros tipos de demência, estimulando a capacidade do cérebro de manter conexões antigas e de fazer novas. O aconselhamento é que seja realizado pelo menos 150 minutos de exercícios de intensidade moderada por semana. O plano ideal envolve uma combinação de exercícios cardiovasculares e treinamento de força. Boas atividades para iniciantes incluem caminhadas e natação, podendo ser incluído outras modalidades conforme o preparo de cada indivíduo.

No segundo pilar de prevenção da doença de Alzheimer está o engajamento social, pois sendo criaturas altamente sociais, os seres humanos não prosperam isoladamente. Manter-se socialmente engajado quer dizer ter relacionamento com uma rede de amigos, familiares, as pessoas precisam se conectar com outras pessoas regularmente, com alguém que se preocupa e faz com o se sintam ouvidos (GIEHL *et al.*, 2015).

Embora muitas pessoas tem a tendência de ficar isoladas à medida que envelhecem, nunca é tarde para conhecer outras pessoas e desenvolver novas amizades de forma voluntária, juntar-se a um clube ou grupo social, visitar centros comunitários local ou centro para idosos, fazer aulas em grupo, como academia de ginástica ou uma faculdade de idosos comunitária, conhecer os vizinhos, é importante manter contato com amigos, sair e visitar parques, museus e outros locais públicos (ALMEIDA; MAIA, 2010).

O terceiro pilar para prevenir o Alzheimer consiste em uma dieta saudável. Pois, na doença de Alzheimer, a inflamação e a resistência à insulina danificam os neurônios e inibem a comunicação entre as células cerebrais. Muitas vezes Alzheimer é descrito como “diabetes do cérebro”, e um crescente corpo de pesquisas sugere uma forte ligação entre distúrbios metabólicos e os sistemas de processamento de sinais. Nesse sentido, ao ajustar os seus hábitos alimentares, é possível ajudar a reduzir a inflamação e proteger o cérebro. Por isso é importante o controle do peso, reduzir o açúcar, desfrutar de uma dieta equilibrada, consumir ômega-3, alguns estudos apontam o ômega-3 como forte



auxiliar na prevenção da doença de Alzheimer e outras demência, reduzindo as placas de beta-amilóide (FALCO *et al.*, 2016).

No quarto pilar para prevenir o Alzheimer é imprescindível fortalecer o estado mental. É importante continuar aprendendo coisas novas e desafiando o cérebro ao longo da vida. A chave do estímulo ao cérebro é usá-lo constantemente. Para Soccodato (2015), adultos mais velhos que recebem sessões de treinamento mental, melhoram o funcionamento cognitivo nas atividades diárias nos meses após o treinamento. Atividades que envolvem múltiplas tarefas ou que requerem comunicação, interação e organização oferecem os maiores benefícios. É importante reservar um tempo todos os dias para estimular o cérebro, aprendendo algo novo, realizando jogos de memorização, de estratégias, quebra-cabeças e charadas.

Quebra-cabeças e jogos de estratégia fornecem um ótimo treino mental e aumentam a capacidade de formar e reter associações cognitivas. Escolher um novo caminho ou comer ou escrever com a mão não dominante é um ótimo exercício para o cérebro. Variar os hábitos regularmente para criar novos caminhos cerebrais.

O quinto pilar para prevenir o Alzheimer é a qualidade de sono. De acordo com Falco *et al.* (2016) existem várias ligações entre os padrões de sono insatisfatórios e o desenvolvimento de Alzheimer e demência. O estudo de Geib *et al.* (2003) enfatiza a importância de um sono de qualidade para eliminar as toxinas do cérebro. Nesse estudo os autores associaram a falta de sono a níveis mais elevados de beta-amilóide no cérebro, uma proteína pegajosa que pode perturbar ainda mais o sono profundo necessário para a formação da memória. É importante estabelecer um horário regular de descanso noturno. Não assistir televisão ou ficar no computador ou celular no quarto, pois esses aparelhos podem dificultar o repouso. É importante criar um ritual relaxante na hora de dormir, tomar um banho quente, fazer alongamentos leves, ouvir música relaxante ou meditação antes de dormir contribui para uma noite tranquila, com sono restaurador profundo.

O sexto pilar para prevenir o Alzheimer é o gerenciamento de estresse. O estresse crônico ou persistente pode afetar o cérebro, levando ao encolhimento de área-chave da memória, dificultando o crescimento das células nervosas e aumentando o risco de doença de Alzheimer e demência (LEITE, 2013).

De acordo com Willhelm *et al.* (2015) para gerenciar o estresse é importante o relaxar a mente por meio de respiração profunda e restauradora. Existem várias técnica relaxamento, como meditação, relaxamento muscular progressivo ou ioga, que podem ajudar no relaxamento e reverter os efeitos prejudiciais do estresse. Alimentar a paz interior por meio da meditação regular, a oração, a reflexão e a prática religiosa podem imunizar as pessoas contra os efeitos prejudiciais do estresse. Reservar sempre um tempo para atividades de lazer que proporcionem alegria, seja observar as estrelas, tocar piano ou andar de bicicleta. Mantenha o senso de humor, que inclui a capacidade de rir de si mesmo, combate o estresse.

E no sétimo pilar para prevenir o Alzheimer está o cuidado com a saúde vascular. Pois existem evidências que o que é bom para o coração também é bom para o cérebro. Manter a saúde cardiovascular pode ser crucial para proteger o cérebro e reduzir o risco de diferentes tipos de demência, incluindo a doença de Alzheimer e a demência vascular. É importante o controle da pressão arterial, pois a hipertensão ou pressão alta está fortemente associada ao risco de demência. A pressão arterial elevada pode danificar os vasos sanguíneos minúsculos nas partes do cérebro responsáveis pela cognição e memória (ALZ, 2021).



Outros fatores são aconselhados para evitar o desenvolvimento da doença de Alzheimer, por exemplo, as mulheres têm duas vezes mais probabilidade do que os homens de desenvolver a doença de Alzheimer (CARVALHO, 2005). Segundo a ALZ (2021) os pesquisadores acreditam que risco mais alto pode estar relacionado a uma diminuição da fertilidade e ao início da menopausa na meia-idade. Também a queda no estrogênio não apenas desencadeia sintomas como ondas de calor e suores noturnos, mas também pode afetar o cérebro.

É importante ressaltar que melhorar a qualidade de vida dos idosos com comprometimento da saúde mental é de suma importância, principalmente com inclusão de atividades físicas, alimentação balanceada e lazer. Nesse sentido, atenção psicossocial realizada em grupo pelos familiares e paciente podem estimular a socialização, dentro de uma clínica ampliada, promovendo ao paciente maior funcionalidade e autonomia.

A Terapia Comunitária (TC) para idosos preconizada na Portaria nº 399/2006, que divulga o pacto pela saúde 2006, iniciativa consolidada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que aprovou as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, veio contribuir na melhoria da qualidade de vida da população idosa que em geral apresenta doenças crônico-degenerativas e comorbidades.

A TC tem como fundamento a prevenção do agravamento dos transtornos mentais, sendo uma das estratégias de integralidade dentro da clínica ampliada, a troca de experiência e vivências dos idosos e familiares dentro da TC promove autonomia dessas pessoas.

A partir do acolhimento os idosos e seus familiares passam a fazer parte do projeto da Saúde Mental, que a partir de então determinam os temas que serão orientados, tais como práticas de atividades físicas, socialização e alimentação balanceada. Em seguida são realizadas a contextualização dos indivíduos, ou seja, suas limitações e habilidades para então os enfermeiros e terapeutas traçarem as estratégias de aplicação de atividades coletivas e individualizadas dependendo de cada caso. Essas atividades devem ser acompanhadas, identificando as melhorias na qualidade de vida, assim os problemas enfrentados pelos idosos com problemas mentais e seus familiares. As atividades devem ser focadas como rituais de agregação de conhecimentos e orientação para os idosos e seus familiares, na busca de uma vida plena e saudável.

Discussão

A partir dos resultados quantitativos de artigos e outros trabalhos publicados e encontrados nas bases de dados Lilacs, Scielo, BDNF e Medline, fez-se uma seleção de 10 artigos que discutem o tema, atendendo aos objetivos propostos, com a delimitação temporal de publicações dos últimos 7 (sete) anos, no idioma português e inglês.

Verifica-se diante dos resultados encontrados por Leandro-França *et al* (2014) que é necessário um planejamento político e de pesquisa que priorize o idoso, investindo em intervenções eficazes e efetivas de prevenção e promoção à saúde mental dessa população.

Nesse sentido, o trabalho de Sindi *et al*. (2015) aponta que as intervenções relacionadas ao estilo de vida fornecem esperança na prevenção ou adiamento da DA na população em geral. Os especialistas estudados pelos autores concordaram que existem evidências suficientes disponíveis para justificar a ação imediata, incluindo prevenção e gerenciamento de fatores de risco vasculares relacionados ao estilo de vida (tabagismo, hipertensão, obesidade, diabetes mellitus e sedentarismo), que são fatores que podem provocar aumento de doenças que desencadeiam demências, principalmente a doença de Alzheimer no futuro, daí a importância de prevenir os fatores de risco.



Assim, o estilo de vida pode proteger contra doenças cardiovasculares, confirmando o velho ditado “o que é bom para o coração, é bom para o cérebro”.

O estudo de Gangwar *et al.* (2015) teve como proposta identificar o efeito da vitamina D na função cognitiva em idosos, e, observaram que nem todos os indivíduos com deficiência de vitamina D apresentavam deficiência cognitiva, porém todos os indivíduos com comprometimento cognitivo tinham deficiência de vitamina D. A cognição foi avaliada após 3 (três) meses de suplementação de vitamina D, ocorrendo significativa associação entre a ingestão semanal de vitamina D na dieta e a pontuação do status mental portátil curto, no grupo que foi testado com uma dieta semanal inadequada de vitamina D observaram prejuízo cognitivo.

E como observa o estudo de Mendiola-Precoma *et al.* (2016) as opções terapêuticas para a doença de Alzheimer têm se concentrado na melhora dos sintomas, bem como na redução da taxa de progressão dos danos, embora essa estratégia não tenha revertido significativamente a doença, os achados evidenciados pelos autores mostraram que a melhora da condição de saúde do paciente, podem bloquear as tóxicas de $A\beta$ que propaga a doença no cérebro, assim o bloqueio da geração destes péptidos pode ser uma forma de prevenção ou tratamento da doença de Alzheimer.

Por isso, os tratamentos atuais da doença são baseados em inibidores da colinesterase, antagonista do glutamato, proporcionando apenas alívio sintomático, enquanto a evidência para a complexidade e multicausalidade desta demência é reconhecida em estudos básicos e clínicos. E os autores destacam que os esforços no tratamento com base na etiologia estão em andamento em ensaios clínicos, sendo recomendado os tratamentos preventivos complementares, como atividade física, dieta adequada, estimulação cognitiva e gerenciamento de comorbidades.

De acordo com o estudo de Galvin (2017) os principais fatores patológicos que podem aumentar os riscos da DA são o diabetes, a hipertensão e os distúrbios renais. Assim a modificação do estilo de vida continua sendo um dos principais pontos da prevenção da DA, pois diante da doença que aceleram o declínio cognitivo, que contribuem para neurodegeneração, incluindo disfunção e perda celular, disfunção sináptica e perda de conectividade, os riscos para desenvolver a doença de Alzheimer aumenta. Assim, um programa de prevenção personalizado direcionado às causas básicas da deficiência, pode evitar a conversão do declínio cognitivo em demência.

Os resultados da pesquisa sistemática de Matyas *et al.* (2019) identificaram 459 citações que relataram consistentemente uma associação positiva entre a participação em atividades de lazer estimulantes da cognição e a redução da incidência de demência e melhora do desempenho no teste cognitivo.

De La Rosa *et al.* (2020) identificaram que o exercício físico provoca mudanças no cérebro nos níveis anatômico, celular e molecular, induzindo uma cascata de processos celulares e moleculares que promovem diferentes fenômenos fisiológicos, incluindo angiogênese, neurogênese, sinaptogênese e estimulação de fatores neurotróficos que aumentam o aprendizado, a memória e a plasticidade do cérebro. Sendo que a disponibilidade de modelos que simulam as principais características neuropatológicas da doença de Alzheimer possibilitaram o estudo dos principais mecanismos protetores do exercício físico sobre o envelhecimento cerebral. Entre esses mecanismos está o aumento do fluxo sanguíneo cerebral em várias áreas corticais e subcorticais, juntamente com a diminuição da formação de $A\beta$ e da fosforilação da proteína tau.

O estudo experimental de Grodzicki e Dziendzikowska (2020) indica que os compostos bioativos nos alimentos influenciam na melhora dos processos patológicos subjacentes característicos da DA, dessa forma melhorando as funções cognitivas. Seus mecanismos de ação são diversos, mas



os principais efeitos benéficos incluem os seguintes: redução dos níveis de A β e taxa de fosforilação de tau, prevenção de agregação de A β e tau, defesa contra o estresse oxidativo, atividade antiinflamatória e proteção de estruturas celulares e inibição da apoptose neuronal. Diante disso, os autores concluíram que os efeitos benéficos dos compostos alimentares bioativos podem constituir uma parte importante da prevenção e tratamento da DA.

De acordo com o estudo de Kivilpeto *et al.* (2020) WW-FINGERS é uma rede global de testes de intervenção de estilo de vida de vários domínios para redução e prevenção do risco de demência. Essa rede está alinhada as diretrizes da Organização Mundial de Saúde para redução do risco de declínio cognitivo e demência. Sendo que os resultados do WW-FINGERS podem ser usados para potencialmente atualizar as recomendações da OMS especificamente relacionadas a intervenções em vários domínios. O WW-FINGERS oferece inúmeras oportunidades para o teste de hipóteses, além daquelas que avaliam a eficácia das intervenções de múltiplos domínios para retardar o declínio cognitivo. Reunindo várias equipes de pesquisa multidisciplinares, o WW-FINGERS fornece um fórum para estabelecer a harmonização e encorajar a adaptação da intervenção de estilo de vida de múltiplos domínios em vários países e configurações, facilitando o compartilhamento responsável de dados e análise entre os estudos, estabelecendo oportunidades para iniciativas conjuntas além das fronteiras dos países, e fortalecer a base de evidências potencial para intervenções de estilo de vida de múltiplos domínios para prevenir declínio cognitivo e demência. Fornecendo novos conhecimentos importantes que facilitam o desenvolvimento de intervenções eficazes e contribuem para a identificação de estratégias aplicáveis globalmente para prevenir ou retardar o início e a progressão do comprometimento cognitivo na velhice, como doença de Alzheimer e outras demências.

O estudo de Insel *et al.* (2020) apontou que quando ordenados os participantes em uma escala de tempo contínuo de doença, estimada a partir de biomarcador, imagem e dados cognitivos, facilitou a inspeção dos primeiros sinais da patologia Ab e tau nos participantes mais saudáveis, informando a conceitualização dos processos fisiopatológicos subjacentes à doença. Identificando a sequência de regiões do cérebro onde a deposição é iniciada ajudando na projeção de compostos Ab e tau otimizados para detectar e monitorar a progressão da doença, facilitando o desenho de estudos de prevenção viáveis na DA.

Diante da discussão dos autores sobre a prevenção da doença de Alzheimer, observou-se que todos apontam a mudança de estilo de vida como favorável, principalmente no desenvolvimento de exercícios físicos, disponibilidade para atividades de lazer, estímulos cognitivos, dieta equilibrada, preferencialmente com alimentos bioativos e que possuam altas taxas de vitamina D. Assim como outros exemplos de biomarcadores e testes de intervenção que podem favorecer o diagnóstico precoce da doença. Ainda, o tratamento precoce de doenças cardiovasculares, podem prevenir as doenças cognitivas de demências e Alzheimer.

Conclusão

Constatou-se no decorrer deste trabalho que a doença de Alzheimer é conhecida como demência, e, apesar de ser uma doença neurodegenerativa que não possui uma etiologia definida pode ser evitada, quando a pessoa foca sua vida em sete pilares para manter uma vida saudável para o cérebro, que são exercícios físicos regulares, compromissos sociais, uma dieta saudável, estímulo mental por meio de leituras, jogos e outros aspectos de manter a mente ativa, um sono de qualidade, um bom gerenciamento contra o estresse, e a manutenção da saúde cárdio vascular.



Embora o SUS não apresente um programa consistente de prevenção de demências e outras doenças mentais, focando apenas no tratamento, quando implantou a Terapia Comunitária (TC) para idosos por meio da Portaria nº 399/2006, veio contribuir na melhoria da qualidade de vida da população idosa já apresentam doenças crônico-degenerativas e comorbidades.

Nos 10 artigos selecionados para discussão, verificou-se que os autores apontaram a mudança de estilo de vida como favorável à prevenção do Alzheimer. E, embora, mesmo que ainda não exista a cura, a detecção precoce e as atitudes comportamentais, são fundamentais para a manutenção de uma melhor qualidade de vida durante a evolução da doença.

Referências

- ABREU, I.D.; FORLENZA, O.V.; BARROS, H.L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Arch. Clin. Psychiatry*, São Paulo, v. 32, n. 3, Jun 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300005>>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- ALMEIDA, A.K.; MAIA, E. M. C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicol. Estud.**, v.5, n.4, p. 1-12, dez. 2010.
- ALZ. **Alzheimer e demência no Brasil**. Disponível em: <<https://www.alz.org/br/demencia-alzheimer-brasil.asp>>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- ANDREWS, G.; ISSAKIDIS, C.; SANDERSON, K. et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. **Br. J. Psychiatry**, v. 184, p. 526–533, 2004.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro : ANS, 2011. 244 p
- BERNARDO, M. H.; GARBIN, A.C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *O Mundo Contemporâneo do Trabalho e a Saúde Mental do Trabalhador. Rev. bras. saúde ocup.*, v. 36, n.123, p. 103-117, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100010>>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- BORN, T. (Org.) **Cuidar melhor e evitar a violência** - manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.
- CALEAR, A.L.; BATTERHAM, P.J.; TOROK, M.; MCCALLUM, S. Help-seeking attitudes and intentions for generalized anxiety disorder in adolescents: the role of anxiety literacy and stigma. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v.30, p.243-251, 2020.
- CARMO, W.R. **Como reduzir o risco do Alzheimer**. Disponível em: <<https://www.willianrezende.com.br/para-reduzir-o-risco-de-alzheimer/>>. Acesso em: 20 jun. 2021.
- CARVALHO, V.F.H.Z. **Doença de Alzheimer**: implicações sociais e psicológicas na relação entre o portador e seu cuidador familiar. Monografia. Fundação Oswaldo Cruz Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2005.
- COMPTON, M.T.; SHIM, R.S. Prevention of mental illness and promotion of mental health: when, who and how. **American Psychiatric Association (APA)**, 1 de setembro de 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900374>>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- CUMMINGS, J.L.; VINTER, H.V.; COLE, G.M.; KHACHATURIAN, Z.S. Doença de Alzheimer: etiologias, fisiopatologia, reserva cognitiva e oportunidades de tratamento. **Neurologia**, v. 51, supl. 1, p. S2-S17, julho de 1998.



- DE LA ROSA, A.; OLASO-GONZALEZ, G.; ARC-CHAGNAUD, C. et al. Physical exercise in the prevention and treatment of Alzheimer's disease. **J Sport Health Sci**, v.9, n. 5, p. 304-404, 2020.
- DE-PAULA, V.J.; RADANOVIC, M.; DINIZ, B.S.; FORLENZA, O.V. Doença de Alzheimer. **Subcell Biochem**, v. 65, p. 329-352, 2012.
- DOORN, M.V.; NIJHUIS, L. A.; EGELER, M. D.; DAAMS, J. G.; POPMA, A.; AMELSVOORT, T. V.; et al. Online Appointed Preventive Mental Health Interventions for Young People: A Scope Analysis. **REVIEW article, Psychiatry**, April 29, 2021.
- FALCO, A.; CUKIERMAN, D.S.; HAUSER-DAVIS, R. A.; REY, N.A. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Revista Quím. Nova**, v. 39, n.1, p.1-13, jan. 2016.
- FOX, S.; SOUTHWELL, A.; STAFFORD, N.; GOODHUE, R.; JACKSON, D.; SMITH, C. **Better systems, better chances: a review of research and practice for prevention and early intervention**. Canberra, ACT: Australian Research Alliance for Children and Youth (ARACY), 2015. Disponível em: <https://www.aracy.org.au/publicationsresources/command/download_file/id/274/filename/Better-systems-better-chances.pdf>. Acesso em: 23 jun.2021.
- FUJII, C. **É possível prevenir Alzheimer?** Disponível em: <<https://christianefujii.com.br/e-possivel-prevenir-o-alzheimer/>>. Acesso em 20 jun. 2021.
- GALVIN, J.E. Prevention of Alzheimer's Disease: Lessons Learned and Applied. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, Issue 10, p. 2128-2133, 2017.
- GANGWAR, A. K.; RAWAT, A.; TIWARI, S. et al. Role of Vitamin-D in the prevention and treatment of Alzheimer's disease. **Indian Journal Physiol Pharmacol**, v. 59, n. 1, p. 94-99, 2015.
- GEIB, L.T.C.; CATALDO NETO, A.; WAINBERGY, R.; NUNES, M.L. Sono e envelhecimento. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, v. 25, p.3, p. 1-10, dez 2003.
- GIEHL, V.M.; ROHDE, J.; AREOSA, S.V.C.; BULLA, L. C. Quando se fala em doença de Alzheimer: o papel do familiar cuidador de idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 3, p. 77-89, 2015.
- GRODZICKI, W.; DZIENDZIKOWSKA, K. The Role of Selected Bioactive Compounds in the Prevention of Alzheimer's Disease. **Antioxidants**, v. 9, n. 3, p. 1-18, 2020.
- GULLIVER, A.; GRIFFITHS, K.M.; CHRISTENSEN, H. Perceived barriers and enablers for seeking help in mental health among young people: a systematic review. **BMC Psychiatry**, v. 10, p.113-142, 2010.
- GUNN, A.P.; MASTERS, C.L.; CHERNY, R. A. Piroglutamato-A β : Papel na história natural da doença de Alzheimer. **The International Journal of Biochemistry & Cell Biology**, v.41, Issue, 12, p. 1915-1918, 2010.
- HACHINSKI, V.; SPOSATO, L.A. Demência: de diagnósticos confusos a mecanismos tratáveis. **Brain**, v. 136, p. 2652-2654, 2013.
- HIPPIUS, H.; NEUNDÖRFER, G. The discovery of Alzheimer's disease. **Dialogues Clin Neurosci.**, v. 5, n. 1, p.101-108, mar., 2003.
- HONIG, L.S.; MAYEUX, R. Natural history of Alzheimer's disease. **Aging Clin Exp Res**, v.13, p. 171-182, 2014.
- INSEL, P.S.; MORMINO, E.C.; AISEN, P.; THOMPSON, W.K.; DONOHUE, M.C. Neuroanatomical spread of amyloid β and tau in Alzheimer's disease: implications for primary



- prevention. Spread of Ab and tau in Alzheimer's disease. **Brain Communications**, v.2, Issue 1, p.1-11, 2020.
- IORFINO, F.; SCOTT, E.M.; CARPENTER, J.S. et al. Clinical stage transitions in 12- to 25-year-olds presenting to early intervention mental health services with anxiety, mood, and psychotic disorders. **JAMA Psychiatry**, v.76, p.1167-1175, 2019.
- KIVIPELTO, M.; MANGIALASCHE, F.; SNYDER, H.M.; ALLEGRI, R. et al. Rede Mundial FINGERS: Uma abordagem global para redução de risco e prevenção da demência. **Alzheimer & Dementia**, v. 16, p. 1078-1094, 2020.
- KUSUMOTA, L.; RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. **Avaliação multidimensional do idoso**. In: FONSECA, L. M. M.; RODRIGUES, R. A. P.; MISHIMA, S. M. Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem . Ribeirão Preto: USP/EERP, 2015.
- LANE, R. J. M. Cardiogenic dementia revisited. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 84, n. 10, p. 577–579, 1991.
- LEITE, A. **Como prevenir a doença de Alzheimer?** Conheça os 4 pilares da prevenção. 15 de outubro de 2013. Disponível em: <<https://www.reab.me/10757/>>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- LIU, X.; CHEN, K.; WU, T. WEIDMAN, D.; LURE, F.; LI, J. Use of multimodal imaging and artificial intelligence for diagnosis and prognosis of early stages of Alzheimer's disease. **Translational Research**, v. 194, p. 56-67, Abril, 2018.
- MATYAS, N.; ASCHENBERGER, F.K.; WAGNER, G.; TEUFER, B. et al. Continuing education for the prevention of mild cognitive impairment and Alzheimer's-type dementia: a systematic review and overview of systematic reviews. **BMJ Open**, v. 9.n. e027719, p. 1-10, 2019.
- MCQUEEN David V. Strengthening the evidence base for health promotion. **Health Promotion International**, v. 16, p. 261-268, 2001.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MENDIOLA-PRECOMA, J.; BERUMEN, L. C.; PADILLA, K.; GARCIA-ALCOCER, G. Therapies for Prevention and Treatment of Alzheimer's Disease. **BioMed Research International**, v. 10, n. 1, p.1-17, 2016.
- MORIMOTO, E. S. K. Behavioral lifestyle and mental health status of Japanese factory workers. **Preventive Medicine**, v. 23, Issue 1, p. 98-105, January 1994.
- MUNOZ, R.F.; CUIJPERS, P.; SMIT, F.; BARRERA, A.Z.; LEYKIN, Y. Prevention of major depression. **Ann Rev Clin Psychol**, v.6, p. 181-212, 2010.
- NITZSCHE, B.O.; MORAES,H.P.; TAVARES JÚNIOR, A.R. Doença de Alzheimer: novas diretrizes para o diagnóstico. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.25, n.2, p. 1-13, nov. 2014.
- PARIHAR, M.S.; HEMNANI, T. Patogênese da doença de Alzheimer e intervenções terapêuticas. **J Clin Neurosci.**, v.11, n.5, p. 456-467. Junho de 2004.
- PATTERSON, C.; FEIGHTNER, J. W.; GARCIA, A. et al. Diagnosis and treatment of dementia: risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. Canadian Medical Association or its licensors. **CMAJ**, v. 178, n. 5, p. 548-556, 2008.
- RIBEIRO, C.F. **Doença de Alzheimer: a principal causa de demência no idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores**. Monografia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2010.



- ROSSI, M. L. **Jogo terapêutico computadorizado na terapia com crianças. Dissertação de Mestrado.** Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Psicologia. São Paulo, 2015.
- SANTOS, C. S. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 603-611, 2020.
- SCHNEIDER, J. A.; AGGARWAL, N. T.; BARNES, L.; BOYLE, P.; BENNETT, D. A. A Neuropatologia de Pessoas Idosas com e Sem Demência da Comunidade versus Coortes Clínicas. **J Alzheimers Dis**, v.18, p. 691–701, 2009.
- SCHNEIDER, J.A.; ARVANITAKIS, Z.; LEURGANS, S.E.; BENNETT, D.A. A neuropatologia da provável doença de Alzheimer e comprometimento cognitivo leve. **Ann Neurol**, v. 66, p. 200–208, 2009a.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T.Q. Envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos Psicológicos**, Campinas, v. 25, n.4, p. 1-18, dez, 2008.
- SERENIKII, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev Psiquiatr RS**, v. 30, 1 supl, p. 1-17, 2008.
- SINDI, S.; MANGIALASCHE, F.; KIVIPELTO, M. Advances in Alzheimer's Disease Prevention. **F1000Prime Reports**, v. 7, n. 50, p. 1-12, 2015.
- SOCCODATO, J. **As contribuições e os benefícios das atividades de estimulação cognitiva e motora (ECM) em idosos.** Monografia. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2015.
- SOUZA, R.P. **Projeto Alois: suporte adaptado para auxiliar a realização das necessidades fisiológicas em idosos portadores da doença de Alzheimer.** Monografia. Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Caruaru PE, 2017.
- STAGNARO, J.C.; CIA, A.H.; VOMMARO, H. et al. Delays in initial treatment contact after the first onset of mental disorders in the Argentine Study of Mental Health Epidemiology. **Epidemiol Psychiatr Sci**, v.28, p. 240-250, 2019.
- TANZI, R. E. A brief history of the discovery of the Alzheimer's disease gene. Alzheimer's disease: advances for a new century. Genetics and Aging Research Unit, Department of Neurology, MassGeneral Institute of Neurodegenerative Diseases, Massachusetts General Hospital, Harvard School of Medicine, Boston, MA, USA. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 33, s1, p. S5-S13, 2013.
- THOMAS, S.; JENKINS, R.; BURCH, T. et al. Promoting Mental Health and Preventing Mental Illness in General Practice. **London J Prim Care (Abingdon)**, v.8, n. 1, p. 3-9, 2016.
- THOMBS, B.D.; SAADAT, N.; RIENM, K.E. et al. Consistency and sources of divergence in screening recommendations with questionnaires for currently experienced health problems or symptoms: a comparison of recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care, UK National Screening Committee, and the United Kingdom's Preventive Services Task Force. USA. **BMC Medicine**, v.15, n. 150, p. 1-15, 2017.
- TORRE, J. C. Cardiovascular risk factors promote brain hypoperfusion leading to cognitive decline and dementia. Hindawi Publishing Corporation. **Cardiovascular Psychiatry and Neurology**, v. 10, p. 1-15, 2012.
- WAGNER, G. P.; IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Habilidades intelectuais em pacientes com doença de Alzheimer: Contribuições da Escala Wechsler de Inteligência Abreviada (WASI). **Neuropsicologia Latinoamericana**, Calle, v. 2, n. 3, p. 28-36, 2010.



WILLHELM, A.R.; ANDRETTA, I.; UNGARETTI, M. S. Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 8, n. 1, p. 79-86, jun. 2015.

WINBLAD, B.; AMOUYEL, P.; ANDRIEU, S. et al. Vencer a doença de Alzheimer e outras demências: uma prioridade para a ciência e a sociedade europeias. **Lancet Neurol**, v. 15, p. 455–534, 2016.