

MAL DE ALZHEIMER: CONSIDERAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO

Gilvan Sales do Nascimento¹

RESUMO: No trabalho é apresentada abordagem referente a suplementação e prevenção do mal de Alzheimer. As demências englobam uma grande classe de distúrbios cerebrais e muitas delas são irreversíveis. A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência, representando cerca de 50 a 70% de todos os casos, sendo classificada como um transtorno mental e comportamental. Fundamenta-se o tema buscando esclarecer o assunto de forma analítica, expondo ideias e pesquisas de autores que abordam sobre a doença de Alzheimer e o embasa a cultura médica tradicional e enfatiza a cultura médica resgate o das ciências naturais utilizando-se de alimentos e seus nutrientes para a prevenção e tratamento. Tema também contextualizado tratou sobre o fator genético e agravante hereditário, possíveis possibilidades de prevenção e influências da saúde para retardar os efeitos do mal de Alzheimer Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica qualitativa, que tem por objetivo principal apresentar uma nova ótica terapêutica que se encontra em curso no tratamento da DA e os principais nutrientes e suplementos que podem auxiliar na prevenção desta doença, bem como uma infinidade de constituintes promotores de saúde (antioxidantes, vitaminas, minerais, flavonóides, lipídios, entre outros) que agregam fatores de ação, corroborando com a saúde, a regeneração celular e a qualidade de vida do paciente. As pesquisas apresentam resultados dos principais nutrientes e suplementos associados à prevenção da DA: antioxidantes, ácidos gordurosos de ômega 3, vitaminas do complexo B, triglicérides de cadeia média (axona e óleo de coco), combinações alimentar que geram mecanismos de proteção à demência e ao retardo do declínio neurodegenerativo.

Palavras chave: Alzheimer. Alimentação. Prevenção. Cultura médica.

ABSTRACT: The work presents an approach regarding the supplementation and prevention of Alzheimer's disease. Dementias encompass a large class of brain disorders and many of them are irreversible. Alzheimer's disease is the most common form of dementia, representing about 50 to 70% of all cases, being classified as a mental and behavioral disorder. The theme is based on seeking to clarify the subject in an analytical way, exposing ideas and research by authors

¹ Mestre em Ciências da Educação: Com Orientação e Educação Permanente pela Universidad del Salvador – USAL-Buenos Aires-Argentina Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO Salvador-Bahia, Licenciado em Biologia pelo Centro de Ensino Superior de Arcoverde AESA/ CESA-Arcoverde Pernambuco. Licenciado em Pedagogia Faculdade Entre Rios do Piauí-Piauí, Pós-Graduado em Ciências da Educação pela Faculdade do Sertão Baiano Monte Santo Bahia Pós-Graduado em Gestão Escola: Coordenação Pedagógica pela Faculdade de Educação, Tecnologia e Administração de Caarapó Caarapó Mato Grosso Pós-Graduado em Gestão em Saúde Pública: Estratégia de Saúde da Família pela Faculdade João Calvino - FJC, Barreiras Bahia Pós-Graduado em Psicopedagogia Institucional pela Faculdade João Calvino - FJC Barreiras Bahia Pós-Graduado em Ciências Biológicas pela Faculdade do Noroeste de Minas - FINON, Paracatu-Minas Gerais Pós-Graduado em Enfermagem Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade Integrada Rio de Janeiro Pós-Graduado em Saúde Mental pela Faculdade Integrada. Rio de Janeiro. Professor da Faculdade Santa Cruz da Bahia. Diretor do Centro de Formação Técnica em Saúde Bioética - BIOÉTICA, Professor Concursado da Rede Municipal de Ensino de Itaberaba (Bahia), Concursado pela Prefeitura Municipal de Itaberaba (Bahia). Tem experiência na área de Educação e Saúde.

who approach Alzheimer's disease and underpins traditional medical culture and emphasizes medical culture rescue the natural sciences using food and its nutrients for prevention and treatment. Theme also contextualized dealt with the genetic and hereditary aggravating factor, possible prevention possibilities and health influences to delay the effects of Alzheimer's disease This is a qualitative bibliographic review research, whose main objective is to present a new therapeutic perspective that is underway in the treatment of AD and the main nutrients and supplements that can help in the prevention of this disease, as well as a multitude of health promoting constituents (antioxidants, vitamins, minerals, flavonoids, lipids, among others) that add action factors, corroborating the patient's health, cell regeneration and quality of life. The research shows results of the main nutrients and supplements associated with AD prevention: antioxidants, omega 3 fatty acids, B complex vitamins, medium chain triglycerides (axon and coconut oil), food combinations that generate mechanisms to protect against dementia and delaying neurodegenerative decline.

Keywords: Alzheimer's. Food. Prevention. Medical culture.

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) tem desafiado as comunidades médicas científicas em busca de sua prevenção, paralização ou cura. É uma das demências mais comum no mundo que ronda a humanidade chegando a um alto índice de acometimentos. Foram observados que as causas ambientais modificáveis da DA incluem possíveis desordens metabólicas causadas por deficiência alimentar.

O Alzheimer é caracterizado como uma síndrome neurodegenerativa que causa à perda das funções cognitivas como memória, pensamento, sensopercepção e linguagem, implicando os indivíduos em um comprometimento progressivo das atividades e vida diária (AVD) Dados epidemiológicos demonstram que a nutrição, o estilo de vida, e o meio ambiente podem influenciar no desenvolvimento e na progressão dessa demência.

Com o passar do tempo a doença muda de fases havendo uma progressão degenerativa, fazendo com que os pacientes percam sua capacidade laboral e afetiva. A boa notícia é que as literaturas científicas nos trazem uma nova abordagem nutricional agregada ao uso de suplementos, que dependendo da fase em que - se encontra o indivíduo a DA poderá ser revertida ou paralisada na medida do possível.

O objetivo dessa abordagem é apresentar uma nova ótica terapêutica que se encontra em curso no tratamento da DA e os principais nutrientes e suplementos que podem auxiliar na prevenção desta doença, bem como uma infinidade de constituintes promotores de saúde

(antioxidantes, vitaminas, minerais, flavonóides, lipídios, entre outros) que agregam fatores de ação, corroborando com a saúde, a regeneração celular e a qualidade de vida do paciente.

As pesquisas apresentam resultados dos principais nutrientes e suplementos associados à prevenção da DA: antioxidantes, ácidos gordurosos de ômega 3, vitaminas do complexo B, triglicérides de cadeia média (axona e óleo de coco), combinações alimentar que geram mecanismos de proteção à demência e ao retardo do declínio neurodegenerativo.

Este trabalho trata de um relevante assunto discutido entre a sociedade e no meio da saúde, haja visto que profissionais da saúde tem buscado conhecer melhor a importância nutricional e suplementar; neste trabalho a pesquisa especifica o público de pessoas idosas e ou pessoas que já necessitam de uma mudança bem como abordar que um estilo de vida com hábitos saudáveis propicia melhorias no padrão de saúde das pessoas.

Este trabalho apresenta conceitos, definições e ferramentas necessárias as decisões que podem ser tomadas face uma eminente escolha de modelo médico intervencionista na terapia contra A doença de Alzheimer e outras, em especial para quem pretende uma abordagem terapêutica mais eficaz e não agressiva, do que o modelo tradicional alopata.

Em pleno ano 2020 no Brasil, sabe-se que existem aproximadamente 15 milhões de pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade, sendo que 6% delas sofrem do Mal de Alzheimer, conforme informações da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). No mundo todo, atualmente são 15 milhões de pessoas que possuem Alzheimer, sendo essa uma doença incurável e, geralmente, acompanhada de graves transtornos às vítimas. Desse modo, compreende-se que o Mal de Alzheimer se configura como um tema de extrema relevância e importância nos tempos atuais, devendo ser debatido da maneira mais ampla possível, trazendo esclarecimentos à população.

O que fazer para prevenir o Alzheimer, ou caso a doença já esteja instalada, como fazer uso de suplementos para melhorar a qualidade de vida do paciente?

O objetivo principal da pesquisa foi demonstrar a importância da suplementação para a prevenção e ou tratamento da doença de Alzheimer, visando a qualidade de vida do paciente. E os objetivos específicos foram: descrever sobre a doença mal de Alzheimer e a possibilidades de prevenção; relatar o ressurgimento terapia conhecida popularmente como medicina natural ou alternativa e discutir sobre o uso de suplementação para melhorar a qualidade de vida da pessoa com a doença do mal de Alzheimer.

2 O MAL OU DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer acontece inicialmente de forma artilosa e com uma deterioração lenta. Por esta razão, é extremamente importante diferenciar esta doença de outras situações de declínio normal das funções cognitivas relacionadas com a idade. O declínio normal das funções cognitivas pela idade acontece de forma mais gradual e leva à formação de deficiências mais leves.

As opções de tratamento e estilos de vida podem retardar significativamente a progressão da doença. Os sintomas, a ordem pela qual estes aparecem e a duração de cada fase da doença pode variar de pessoa para pessoa. Na maioria dos casos, a doença progride lentamente, e os sintomas de cada etapa podem sobrepor-se, muitas vezes, passando de um estágio para outro de forma bastante subtil. A duração da doença é geralmente de sete a dez anos, mas pode ser mais longa, dependendo dos casos (BOTTINO, et al; 2012).

Prevalência Segundo o relatório de 2015, da Alzheimer's Disease International estima-se que a prevalência da demência em pessoas com 60 e mais anos varia de 4,6% na Europa Central a 8,7% no Norte de África e no Médio Oriente, noutras regiões os dados variam entre 5,6 e 7,6%. Estima-se também que em 2015, vivam 46,8 milhões de pessoas com demência em todo o mundo. Os mais recentes dados da Alzheimer Europe, referem que em Portugal existem mais de 182.000 pessoas com demência, o que representa 1,71% da população portuguesa. Este valor supera a média europeia que ronda os 1,55%, dos quais 130.000 com doença de Alzheimer.

A doença Alzheimer é uma doença crônica que atinge, principalmente, a população idosa. Trata-se de uma forma de demência que afeta a memória, as funções cognitivas e capacidades de realizações de tarefas dos seus portadores. Caracteriza-se por uma perda de neurônios colinérgicos, o que reduz o número de conexões cerebrais. Estimativas dizem que cerca de 1,2 milhões de pacientes no Brasil possuam a doença, com o aparecimento de 100 mil novos casos por ano.

Os indivíduos mais afetados são idosos, entretanto há uma forma que atinge pessoas com idade inferior a 60 anos, conhecida como Alzheimer precoce ou familiar. Apesar da causa ser desconhecida, sendo a diminuição da acetilcolina que é um neurotransmissor que está envolvido no processamento correto de informações no tocante ao pensamento, a proteína beta-amiloide que é um componente necessário no desenvolvimento da doença de Alzheimer e pode desencadear a degeneração das células do cérebro, fatores genéticos que tem estado ligados a

crise precoce da Doença de Alzheimer e infecção viral são uns dos fatores que estão sob investigação (SMITH, 1999).

Deve ser salientado que a Doença de Alzheimer é comum e que o risco geral para qualquer indivíduo desenvolver demência é de aproximadamente 10% -12%. Aconselhamento genético para as pessoas com não-familiar de Doença de Alzheimer e seus familiares é empírica e relativamente inespecífica.

Conforme Almeida (2008), o Mal de Alzheimer, Doença de Alzheimer (DA) ou simplesmente Alzheimer diz respeito a uma doença degenerativa que, na atualidade, é configurada como incurável, mas possui possibilidades de tratamento. O tratamento permite melhorias na saúde do paciente, retardamento no declínio cognitivo, cuidados com os sintomas, controle das alterações de comportamento, além de conforto e qualidade de vida aos idosos e familiares.

A doença foi descrita, pela primeira vez, no ano de 1906, pelo psiquiatra alemão Alois Alzheimer, de quem herdou o nome. Trata-se da principal causa de demência em indivíduos com mais de 60 anos, tanto no Brasil como em Portugal, sendo mais de duas vezes mais comum que a demência vascular. Porém, em 15% dos casos, ambas acontecem simultaneamente. Sabe-se que cada um dos pacientes de Alzheimer passa pela doença de modo único, mas há determinados pontos em comum. Um exemplo é o sintoma primário mais comum, que se configura como a perda de memória. Por vezes, os primeiros sintomas se confundem com problemas de idade ou relacionados ao estresse. Se a suspeita recai sobre o Alzheimer, submete-se o paciente a uma série de testes cognitivos e radiológicos (BERTOLUCCI et al., 2014).

Conforme a doença avança, sabe-se que surgem novos sintomas, tais como a confusão mental, a irritabilidade e a agressividade, além de alterações de humor, determinadas falhas na linguagem, a perda de memória de longo prazo e o desligamento da realidade (GORENSTEIN et al., 2010).

Segundo Almeida (2008), antes que se torne completamente aparente, o Mal de Alzheimer desenvolve durante um período indeterminado de tempo, podendo se manter não diagnosticado e assintomático ao longo de anos. Deve ser salientado que a Doença de Alzheimer é comum e que o risco geral para qualquer indivíduo desenvolver demência é de aproximadamente 10% -12%. Aconselhamento genético para as pessoas com não-familiar de Doença de Alzheimer e seus familiares é empírica e relativamente inespecífica. Segundo Almeida (2008), o Mal de Alzheimer chega a atingir 1% dos idosos entre 65 e 70 anos, mas sua

prevalência tende a aumentar de maneira exponencial com o passar dos anos, sendo de 6% aos 70, 30% aos 80 e mais de 60% após os 90 anos.

Costa (2008) afirma que, em termos mundiais, tem-se a informação de que o número de portadores de Alzheimer corresponde a aproximadamente 25 milhões, com cerca de 1 milhão de casos no Brasil e 100 mil em Portugal. As áreas mais afetadas são as associadas à memória, aprendizagem e coordenação motora. Por vezes, os primeiros sintomas se confundem com problemas de idade ou relacionados a estresse. Se a suspeita recai sobre o Alzheimer, submete-se o paciente a uma série de testes cognitivos e radiológicos (BERTOLUCCI et al., 2014).

Conforme a doença avança, sabe-se que surgem novos sintomas, tais como a confusão mental, a irritabilidade e a agressividade, além de alterações de humor, determinadas falhas na linguagem, a perda de memória de longo prazo e o desligamento da realidade (GORENSTEIN et al., 2010). Caracterizada como perda leve inicialmente e podendo ser acentuada com o desenvolver da doença se a mesma não for percebida precocemente pode progredir para também a perda de cognitivas motoras. Essa queixa enfatiza a necessidade de estar sempre atento ao idoso, como de grande importância para o comportamento e fase inicial do Alzheimer. Portanto, se torna relevante ouvir sobre como o idoso percebeu a perda cognitiva e também o porquê.

Na fase mais grave da doença os indivíduos não conseguem comunicar e são completamente dependentes de terceiros para a realização dos seus cuidados e das suas atividades de vida diárias. Os sintomas são geralmente: incapacidade em comunicar; perda de peso; convulsões; lesões cutâneas; dificuldade em engolir; aumento da sonolência e incapacidade no controle do intestino e da bexiga. (BOTTINO, et al, 2012).

Os indivíduos com Alzheimer, sofrem perda das competências usualmente, com o desenvolvimento da doença, sofrem uma deterioração natural ao nível das competências da vida, que podem ser divididas em quatro áreas, segundo Corres et al (2015): Capacidades Cognitivas: aprendizagem, compreensão, memória, atenção, criatividade e orientação; Comunicação: falar com os outros, compreensão, competências verbais e não verbais; Atividades: quotidianas básicas, ir às compras, higiene pessoal e vestuário e atividades domésticas; Comportamento Social: linguagem corporal, atenção para com os outros, personalidade, afetos, reações e interação.

Pode-se citar a exemplo, a história do livro e filme em que a autora Lisa Gênova, em seu livro para sempre Alice, conta a história e a trajetória de uma senhora de 50 anos, que foi

diagnosticada com o Mal de Alzheimer, precocemente; era uma mulher ativa, profissional em psicologia que se especializara em psicolinguística, que de forma leve começou a perceber sintomas de esquecimentos, a princípio coisas pequenas, como ela mesma relata nas páginas do livro: Iniciou-se com a perda dos óculos, por esquecimento de onde os havia deixado. Ela esqueceu-se uma importante viagem profissional a qual iria palestrar sobre psicolinguística em uma universidade a qual havia se preparado muito para o acontecimento, simplesmente esqueceu de pegar voo. “Voo? Que voo?”. Uma pessoa que sempre lidou com palavras, esquecia-se das palavras, as quais “ficavam na ponta da língua”; E até mesmo da receita de pudim a qual havia feito em todo o decorrer de sua vida, ela não o fez, por não lembrar dos ingredientes; em outra situação em Harvard, não tinha a menor ideia de como voltar para casa”. Assim ao buscar por ajuda médica, ficou constatado que o resultado do exame a qual foi submetida revelou que foi positivo para a mutação do gene PS1. Alice sofria (por fator hereditário) do mal de Alzheimer. Passando então a lidar com a doença e os inconvenientes de esquecer que do outro lado da linha telefônica estava uma de suas filhas, a qual ouvia, sem ter a mínima ideia de quem era.

Por vezes, os primeiros sintomas se confundem com problemas de idade ou relacionados a estresse. Uma vez que se tenha a suspeita de Alzheimer, o paciente passa por uma série de testes cognitivos e radiológicos. Conforme a doença avança, sabe-se que surgem novos sintomas, tais como a confusão mental, a irritabilidade e a agressividade, além de alterações de humor, determinadas falhas na linguagem, a perda de memória de longo prazo e o desligamento da realidade.

A importância de um diagnóstico precoce está na possibilidade de incluir tratamentos que retardem o avanço dos sintomas e deem mais qualidade de vida ao paciente. Um dos instrumentos mais usados na prática clínica para se avaliar cognitivamente as demências se chama miniexame do estado mental (minimental), por conta de sua fácil e rápida aplicação. Trata-se de um teste que investiga diversas funções cognitivas, a exemplo de cálculo, orientação, linguagem, memória, praxia e habilidade visuoespacial.

Há outras baterias neuropsicológicas que são utilizadas para avaliar pacientes com Mal de Alzheimer, incluindo: Alzheimer’s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog) e Mattis Dementia Rating Scale, Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease (CERAD). Ambas compreendem os domínios mais afetados ao longo do curso da

doença, entre eles, orientação, memória, funções executivas, atenção e habilidades visuoespaciais.

A avaliação desses pacientes necessita, assim, incluir exames para observar as comorbidades, a cognição, o desempenho das atividades cotidianas, certos desordens do comportamento e de humor, bem como o exame de neuroimagem. A avaliação cognitiva se precede de uma entrevista detalhada do paciente junto a um terceiro, chamado de informante, o que necessita ocorrer em separado, uma vez que o declínio cognitivo na Doença de Alzheimer se faz heterogêneo.

Compreende-se que, nas chamadas fases precoces da doença, a dificuldade cognitiva essencial diz respeito à memória explícita, ao passo que a memória de procedimento se mantém geralmente preservada. Nesse caso, a prioridade de grande parte das intervenções propostas está no estabelecimento de uma utilização mais eficaz da memória.

Inclusão da família: auxilia a família a lidar melhor com a sobrecarga gerada pelo cuidado intensivo ao indivíduo e oferecer subsídios para os familiares ajudarem o paciente com suas limitações. Já que a qualidade de vida de pacientes com demência depende, essencialmente, dos indivíduos responsáveis por seu cuidado.

Lemos; Gazzola, Ramos (2008) veio descrever certos aspectos básicos a se abordar junto aos familiares: dados sobre a doença e recursos disponíveis na comunidade, aconselhamento acerca de como lidar com situações cotidianas e a possibilidade de trocar experiências e falar abertamente de seus sentimentos com pessoas que vivenciem situações semelhantes. Podem se observar resultados positivos nos familiares, tais como a diminuição do sentimento de incerteza e culpa, uma melhor aceitação da doença e das modificações do paciente, além da redução da solidão e da angústia de se considerar "o único com aquele problema".

Alguns estudos mostram que a família ou o cuidador, normalmente, se cansa e/ou perde a paciência com a pessoa doente, já que é preciso responder muitas vezes as mesmas perguntas e, às vezes, ainda ser acusado de mentiroso. Lemos; Gazzola, Ramos (2008, p. 8): "... Às vezes ela acabou de almoçar e ela diz que ninguém deu comida pra ela", reclama um familiar. Um dos aspectos da perda de memória que é abordado no filme diário de uma paixão, é o triste e comum fato de a pessoa doente não reconhecer os familiares próximos. Na história, ao não reconhecer os filhos, eles se sentem embaraçados com a situação, muitas vezes se magoam ou se chocam. É real o sofrimento dos familiares. "Ela não se lembra de nada, de nada, de nada,

só do passado. Se você conversar com ela agora, nem dois minutos ela já esqueceu, ela não lembra do dia anterior, então para que tal dedicação? Ela não sabe de nada e seque” (LEMOS; GAZZOLA, RAMOS, 2008).

A reação da família à doença é sempre importante, e deve ser compreendida. Mas sabemos que o amor é a força que pode ser doada à pessoa doente para que esta tenha uma vida melhor. Talvez seja o amor, a atenção e a dedicação o melhor tratamento para o mal de Alzheimer.

O fator genético: agravante hereditário

O fator genético na fase inicial da doença, a pessoa afetada mostra-se um pouco confusa, esquecida e parece não encontrar palavras para se comunicar em determinados momentos; às vezes, apresenta descuido na aparência pessoal, perda da iniciativa e alguma perda da autonomia para as atividades da vida diária (SMITH, 1999).

Estudos diversos apontam que a influência genética pode chegar a representar de 1 a 5% dos casos da DA, é classificada de duas formas: início tardio e início precoce. A Doença de Alzheimer de início tardio refere-se àqueles casos em que as pessoas manifestam os sintomas com 60 anos ou mais e que são os casos mais frequentes. Os riscos da Doença de Alzheimer aparentam ser maiores quando a pessoa tem parentes de primeiro grau como pai ou mãe que teve a doença, porém, muitos não desenvolvem mesmo assim.

Poucas famílias parecem ter um gene que provoca a doença e que aumenta as chances de passá-la de pais para filhos como é o caso da DA de início precoce que caracteriza aqueles casos de pessoas que manifestam os primeiros sinais da doença antes dos 60 anos, estando diretamente relacionados a genes que sofreram mutações e que causam alterações em proteínas por eles produzidas, levando as pessoas a apresentarem os sintomas mais cedo. Esta é uma forma menos comum, porém mais grave, pois sua evolução é mais acelerada (SMITH, 1999).

Como a Doença de Alzheimer é geneticamente heterogênea, o aconselhamento genético de pessoas com Doença de Alzheimer e seus familiares devem ser adaptados com as informações disponíveis para aquela família (SMITH, 1999). Compreende-se que a questão relacionada à perda de memória diz respeito a uma das queixas mais comuns em meio à população idosa, sendo que suas causas têm a possibilidade de ser orgânicas ou funcionais. As causas orgânicas podem incluir danos cerebrais provocados por determinada doença ou trauma, por uso abusivo de certos medicamentos, entre outros. As causas funcionais, por sua vez,

referem-se aos fatores psicológicos e emocionais que surgem a partir de conflitos pessoais, familiares e profissionais do indivíduo etc.

A doença de Alzheimer diz respeito a uma das espécies de demência que tende a afetar a população idosa, e um dos seus primeiros sintomas se caracteriza como a perda de memória. Contudo, há outras demências que também chegam a provocar sintomas cognitivos que afetam, de um modo ou de outro, o cotidiano diário dos idosos. É fundamental recordar que, para que se faça um diagnóstico correto, torna-se necessário procurar uma avaliação médica. Cabe ressaltar que a psicoterapia também tem a possibilidade de se tornar uma grande aliada aos idosos com demência. Muitas pessoas acreditam que o idoso não chega a perceber os sintomas que o acometem por conta da doença, o que não é verdade. Acima de tudo nos estágios iniciais, existe uma percepção clara dos déficits cognitivos, gerando sentimentos de incerteza, bem como o medo de perder as habilidades essenciais à conservação da integridade pessoal do futuro do indivíduo.

Em geral, os idosos que são acometidos por demência advinda de Alzheimer têm a possibilidade de apresentar reações de raiva, desconfiança, frustração, tristeza e medo, uma vez que a perda da memória se dá de maneira progressiva, tanto de si próprio como do mundo ao redor, isto é, ocorre o desaparecimento das referências, que fazem dos humanos seres únicos e singulares. Nesse sentido, o psicólogo da saúde irá ajudar o idoso a lidar com sua doença, seja no que diz respeito ao impacto em seu cotidiano, como também no que tange às consequências sociais do diagnóstico. Além disso, a psicoterapia possibilita a expressão de sentimentos, o que abre condições para que se atribuam significados a essas experiências, além de viabilizar a ressignificação de demais vivências (SOUZA, et al, 2020).

A oportunidade de nomear o medo de enlouquecer, de expressar a frustração que é tentar lembrar e não conseguir, de falar acerca do desamparo sentido ao acordar e não saber onde está, são possibilidades que restauram no indivíduo a plena sensação de ser. Desse modo, conclui-se que o psicólogo da saúde trabalhará os sentimentos e a realidade emocional do paciente, de maneira a buscar o melhor método possível de possibilidades e potencialidades que o indivíduo possível para lidar com suas próprias limitações.

POSSÍVEIS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO

Na atualidade, todas as pesquisas que envolvem medidas de prevenção ou atraso dos efeitos do Alzheimer se mostram, com frequência, infrutíferos. Não parecem existir provas para crer que as medidas preventivas se fazem definitivamente bem sucedidas contra a doença (MALLOY-DINIZ e CARVALHO, 2011).

Porém, há estudos que indicam relações entre fatores de mudança – tais como dietas, riscos cardiovasculares, utilização de produtos farmacêuticos ou atividades intelectuais – e a probabilidade de desenvolvimento de Alzheimer por parte da população (GORENSTEIN et al., 2010).

Contudo, apenas maiores pesquisas, incluindo testes clínicos, poderão revelar se, de fato, tais aspectos têm a possibilidade de auxiliar a prevenir o Alzheimer. Conforme Almeida (2008), a inclusão de fruta e vegetais, pão, trigo e demais cereais, azeite, peixe, e vinho tinto, também podem vir a reduzir o risco de Alzheimer. Certas vitaminas, como a B12, B3, C ou a B9 foram relacionadas em pesquisas a um menor risco de Alzheimer, ainda que outros estudos indiquem que não há efeito significativo dessas vitaminas no início ou desenvolvimento da doença, podendo ter efeitos secundários.

Certas especiarias, como a curcumina e o açafrão, demonstraram sucesso em prevenir a degeneração cerebral em experiências com ratos de laboratório (MALLOY-DINIZ e CARVALHO, 2011).

Já o risco cardiovascular, por sua vez, que é derivado de colesterol alto, hipertensão, diabetes e tabaco, associa-se ao maior risco de desenvolvimento da doença, e as estatinas não tiveram sucesso na prevenção e na melhoria das condições dos pacientes ao longo do desenvolvimento da doença (GORENSTEIN et al., 2010).

Para Almeida (2008), contudo, o uso a longo prazo de anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) também se associa à menor probabilidade de alguns indivíduos desenvolverem Alzheimer.

Já não se crê que demais tratamentos farmacêuticos, como a substituição de hormônios femininos, previnam esse mal. No ano de 2007, uma pesquisa aprofundada veio concluir que existiam provas inconsistentes de que o ginkgo apresente efeitos positivos na redução da probabilidade de ocorrência de Alzheimer (MALLOY-DINIZ e CARVALHO, 2011).

Certas atividades intelectuais, como por exemplo, a leitura, a escrita com a mão esquerda, a disputa de jogos de tabuleiro, palavras-cruzadas e sudokus, bem como a

socialização regular também têm a possibilidade de retardar a gravidade do Alzheimer (BERTOLUCCI et al., 2014).

Costa (2008) afirma que atitudes simples do cotidiano reduzem, também, as chances de se desenvolver a doença, como reduzir ao máximo o contato de alimentos com o alumínio, pois há pesquisas que demonstraram que uma grande exposição a campos magnéticos e trabalho com metais, principalmente o alumínio, tende a ampliar o risco da doença.

A prevenção por meio da alimentação como fator protetor e a sua influência na doença de Alzheimer possa advir da melhoria dos estilos de vida, entre os quais se encontra a alimentação (MI, et al; 2013).

Existe evidência que o stresse oxidativo, as vitaminas relacionadas com o metabolismo da homocisteína, as gorduras e o álcool têm um papel na patogénese da doença de Alzheimer. Um dos fatores com importância evidente para a saúde dos neurónios é o fornecimento de nutrientes necessários à manutenção do normal funcionamento do cérebro. (MOHAJERI, TROESCH, WEBER, 2015).

Diferentes tipos de estudos epidemiológicos têm permitido acumular informação sobre os efeitos positivos dos ácidos gordos ómega 3 e micronutrientes como as vitaminas do complexo B, vitaminas E, C e D sobre os neurónios, sobretudo no decorrer do processo de envelhecimento.16 17 Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Nutrição e Doença de Alzheimer, 2015 A síntese de alguns compostos do Sistema Nervoso Central (SNC), como a dopamina e noradrenalina, são dependentes de nutrientes essenciais, nomeadamente das vitaminas B2 (riboflavina), B6 (piridoxina), B12, nicotinamida, ácido fólico e vitamina C. (MOHAJERI, TROESCH, WEBER, 2015). De acordo com os autores da Triage Theory, a deficiência de micronutrientes acelera o envelhecimento, cancro e deterioração dos neurónios, causando potencialmente o declínio da função do cérebro com o avançar da idade.

Para além de as pessoas com doença de Alzheimer serem doentes com maior risco de desnutrição proteico-energética, também os seus níveis e aporte de micronutrientes e ácidos gordos essenciais podem estar comprometidos ao longo da progressão da doença. De um modo geral, os doentes com Alzheimer apresentam deficiências em vários nutrientes, incluindo selénio, fibra, ferro e vitaminas do complexo B, C, K e E.24-28 Por exemplo, foi observado num estudo que analisou 63 participantes com doença de Alzheimer, que estes apresentavam níveis plasmáticos inferiores de vitaminas A, C, E, ácido fólico, luteína, zeaxantina e α -caroteno(SHAH, 2013).

Em relação a pessoas idosas com doença de Alzheimer, uma recente meta-análise mostrou que estas tinham níveis plasmáticos significativamente menores de vitaminas A, C, E, ácido fólico e B12 comparativamente com os que não tinham problemas cognitivos.²⁵ Noutros estudos, foram encontrados baixos níveis plasmáticos de ácidos gordos ómega 3 e selénio em indivíduos com doença de Alzheimer comparativamente com indivíduos saudáveis da mesma idade (MOHAJERI, TROESCH, WEBER, 2015). No entanto, estudos de intervenção, em que foram fornecidos suplementos de vitaminas do complexo B ou ácidos gordos ómega3, demonstraram até agora poucas melhorias cognitivas, sendo por isso ainda controverso a recomendação de suplementação de nutrientes a estes doentes, sendo necessária para tal mais investigação por parte da comunidade científica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho apresentou apontamentos na pesquisa, uma nova ótica terapêutica que se encontra em curso no tratamento da DA. O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Nutrição e Doença de Alzheimer, sintetiza sobre alguns compostos do Sistema Nervoso Central (SNC), como a dopamina e noradrenalina, são dependentes de nutrientes essenciais, nomeadamente das vitaminas B2 (riboflavina), B6 (piridoxina), B12 (metilcobalamina) B9 (ácido fólico) e vitamina C.

Existem evidências que o estresse oxidativo, as vitaminas relacionadas com o metabolismo da homocisteína, as gorduras saturadas e o álcool têm um papel na patogênese da doença de Alzheimer. Um dos fatores com importância evidente para a saúde dos neurónios é o fornecimento de nutrientes necessários à manutenção do normal funcionamento do cérebro. A adoção de um padrão alimentar saudável com um consumo diário de frutas e hortícolas ricos em antioxidantes, a diminuição do consumo de gorduras saturadas e aumento das gorduras insaturadas (como por exemplo através da diminuição do consumo de carnes vermelhas e processadas), o aumento do consumo semanal de peixe (no qual deverão estar incluídos os peixes gordos), de frutos oleaginosos e óleos vegetais como azeite de oliva extravirgem, óleo de coco, Manteiga, banha de porco bem como a inclusão de leguminosas, cereais e a moderação do consumo de álcool parecem ser a melhor estratégia para a prevenção da Doença de Alzheimer.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P. NITRINI, R. **Demência**. São Paulo: Fundação Byk, 2008.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. **Manual de publicação da American Psychological Association**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4º. ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 880 p.

AVILA, Renata. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 30, n. 4, 2003.

BADDELEY, A.; WILSON, B.A. When implicit learning fails: amnesia and the problem of error elimination. **Neuropsychologia**, 1994.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D; CAMPACCI, R; JULIANO, Y. O Mini Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria**, 2014.

BOTTINO C, Carvalho I, Alvarez A, Avila R, Zukauskas P, Bustamante S, Andrade F, Hototian S, Saffi F, Camargo C. **Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de alzheimer**: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arq Neuropsiquiatr**. 2012; 60(1): 70-79.

BRUCKI, S. M. D. [et al.]. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatria**, v. 61, p. 777-781, 2003.

CALDAS, P. **Saúde do idoso**: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência. 2004; 221a-4. 154. Floriani A, Schramm R. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerável. **Cad Saúde Pública**. 2006; 22: 527-34. 155.

CARDOSO BR, Ong TP, Jacob-Filho W, Jaluul O, Freitas MID, Cozzolino SMF. **Nutritional status of selenium in Alzheimer’s disease patients**. **Br J Nutr** .2010;103:803–6. CEOLIN, Jamile. Thais da Luz Fontoura Pinheiro. **Sensibilidade gustativa em idosos**: uma revisão narrativa. **Pajar** 2017 volume 5 number 2 pages 78-84

COSTA, L.V.A. Política nacional do idoso: perspectiva governamental. **Anais do I Seminário Internacional do Envelhecimento Populacional**: Uma agenda para o fim do século. MPAS, Brasília, 2008.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. - Instrumentos para avaliação de pacientes com Demência. (Ed.1) **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2010.

JICHA GA & CARR, SA. Evolução conceitual na doença de Alzheimer: implicações para a compreensão do fenótipo clínico da doença neurodegenerativa progressiva. **Jornal da doença de Alzheimer**, vl.19 (1), 253-272. 2010.

JICHA, A Gregory; SWAMINATHAN, Arun. **FRONTIERS**. Nutrição e Prevenção da Doença de Alzheimer. 2014. Disponível

em:<<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2014.00282/full>> Acesso em Junho de 2020.

KASHIWAYA, Y., Bergman, C., Lee, J. H., Wan, R., King, M. T., Mughal, M. R., et al. (2013). **A ketone ester diet exhibits anxiolytic and cognition-sparing properties, and lessens amyloid and tau pathologies in a mouse model of Alzheimer's disease.** *Neurobiol. Aging* 34, 1530–1539. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2012.11.023.

LEMOS, Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, dez. 2006.

LLEWELLYN D, Iain A, Lang DR, Kenneth M, et al. (2010). **Vitamina D e Risco de Declínio Cognitivo em Pessoas Idosas.** *Arch Intern. Med*, 170 (13), 1135-1141.

MALLOY-DINIZ, L.F.; CARVALHO, A.M. O exame neuropsicológico e suas contribuições à psiquiatria. **Psiquiatria Biológica**, 2011.

MARTIN, Antunes Cleiton; DE ALMEIDA Vivian Vanessa; RUIZ, Roberto Marcos; VISENTAINER, Laguila Eliete Geane; MATSHUSHITA, Macoto; DE SOUZA, Evelázio Nilson, VISENTAINER, Vergilio Jesuí. SCIELO. REVISTA DE NUTRIÇÃO. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000600011> Acesso em Junho de 2020.

MI W, van Wijk N, Cansev M, Sijben JWC, Kamphuis PJGH. **Nutritional approaches in the risk reduction and management of Alzheimer's disease.** *Nutrition*. 2013;29(9):1080–9. 23.

MOHAJERI MH, Troesch B, Weber P. **Inadequate supply of vitamins and DHA in the elderly:** Implications for brain aging and Alzheimer-type dementia. *Nutrition*.2015;31(2):261–75.

PETERSEN. Ronald C.**How early can we diagnose Alzheimer disease (and is it sufficient)?** The 2017 Wartenberg lecture PhD, MD Neurology® 2018;91:395-402

RAMOS T. **Avaliação e diagnóstico do paciente ansioso.** In: Florenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. 2000; 423-33.

SANTOS C, Lunet N, Azevedo A, de Mendonça A, Ritchie K, Barros H. **Caffeine intake is associated with a lower risk of cognitive decline:** a cohort study from Portugal. *J Alzheimers Dis*. 2010;20 Suppl 1:S175-85.

SHAH R. **The role of nutrition and diet in Alzheimer disease:** A systematic review. *J Am Med DirAssoc*.2013;14(6):398–402

SOUSA, Thayanne Gabryelle Visgueira de; Diana Stefany Cardoso de Araújo Loanne Rocha dos Santos; Stéfany Rodrigues de Sousa Melo. **Relação entre deficiência de vitamina D,**

doença de alzheimer e disfunção cognitiva em idosos: Uma Revisão Sistemática. 2019. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2014.00282/full>. Acesso em 09 de set de 2020.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. Doença de Alzheimer. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.21 s.2 São Paulo, Out. 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000600003>. Acesso em: 02 de junho de 2015.

TORRES S, Se G, Queiroz C. **Fragilidade, dependência e cuidado:** desafios ao bem estar dos idosos e de suas famílias. Saúde e qualidade de vida na velhice. 2004; 87-106. 153.