

## COMPROMETIMENTO COGNITIVO DE INDIVÍDUOS IDOSOS PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO DE LITERATURA

Maria Eduarda Teodoro Ramos <sup>1</sup>  
Luiz Henrique Soares Machado<sup>2</sup>

**RESUMO:** **Introdução:** A doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por uma doença neurodegenerativa, apresenta uma degeneração a nível do córtex cerebral. Possui etiologia pouco definida e até o momento não existe cura para a doença. **Objetivo:** Conhecer, através de uma revisão de literatura, os comprometimentos cognitivos de indivíduos idosos portadores da DA. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library), LILACS e ProQuest utilizando como descritores: 'doença de alzheimer' AND 'cognição' AND 'idoso'. Para elaborar a pesquisa foi utilizado a seguinte questão norteadora: 'Quais os comprometimentos cognitivos nos idosos portadores da DA?' e os seguintes critérios de inclusão: artigos redigidos em português e inglês, que apresentassem textos completos publicados entre os anos de 2013 a 2023. Os critérios de exclusão foram textos fora da íntegra que não respondessem à questão norteadora, publicados antes de 2013, textos incompletos e em outros idiomas. **Resultados:** Foram encontrados cento e sessenta artigos nas bases de dados, sendo quatro incluídos com base nos critérios estabelecidos. **Conclusão:** Os comprometimentos cognitivos de idosos portadores da DA são memória, percepção, raciocínio, praxia, abstração, atenção, pensamento e memória episódica. Faz-se necessário maior atenção na cognição desses idosos para melhor prevenção e retardar a progressão da doença.

273

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer. Cognição e idoso.

**ABSTRACT:** **Introduction:** Alzheimer's disease (AD) is characterized by a neurodegenerative disorder that involves degeneration at the level of the cerebral cortex. It has a poorly defined etiology, and currently, there is no cure for the disease. **Objective:** To understand, through a literature review, the cognitive impairments of elderly individuals with AD. **Methods:** A literature review was conducted using the Scielo (Scientific Electronic Library), LILACS, and ProQuest databases, with the descriptors 'Alzheimer's disease' AND 'cognition' AND 'elderly.' The guiding question for the research was: 'What are the cognitive impairments in elderly individuals with AD?' The inclusion criteria were articles written in Portuguese and English, with complete texts published between 2013 and 2023. Exclusion criteria included texts not fully addressing the guiding question, those published before 2013, incomplete texts, and texts in other languages. **Results:** One hundred and sixty articles were found in the databases, with four meeting the established criteria for inclusion. **Conclusion:** Cognitive impairments in elderly individuals with AD include memory, perception, reasoning, praxis, abstraction, attention, thinking, and episodic memory. Greater attention to the cognition of these elderly individuals is necessary for better prevention and to slow down the progression of the disease.

**Keywords:** Alzheimer disease. Cognition and aged.

<sup>1</sup>Graduação em fisioterapia - Faculdade Marechal Rondon - FMR (2023).

<sup>2</sup>Fisioterapeuta - Docente do Curso de fisioterapia- Faculdade Marechal Rondon -FMR.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva que afeta todos os seres vivos variando de indivíduo para indivíduo com velocidade e gravidade diferente conforme o nível ou idade biológico, social e psicológico que são dissemelhantes à idade cronológica. Desse modo os indivíduos envelhecem de formas diversas e são classificados como terceira idade ou quarta idade na qual são termos incorretos pois o envelhecimento não se trata de um estado. (FONTAINE, 2000).

Com o avanço das ciências na área da saúde houve a redução da taxa de mortalidade e a expectativa de vida aumentou, dando a oportunidade de mais pessoas chegarem a velhice. Também, a redução da taxa de natalidade, principalmente em países desenvolvidos, levando a alteração da estrutura etária de uma nação (BRASIL, 2006; ALVES, 2008; CHAIMOWICZ et al., 2015).

O principal fator do processo de envelhecimento é a redução da taxa de fecundidade. A redução do número de nascimento de crianças em um país ou região leva ao aumento de adultos e depois idosos, movendo assim uma população envelhecida (CHAIMOWICZ et al., 2015).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo natural, de redução progressiva da reserva funcional dos indivíduos, ou seja, a senescência. Porém as doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que necessita assistência, em outros termos senilidade (BRASIL, 2006).

A qualidade de vida não é definida por mais anos de vida e menos de morte, as políticas socioeconômicas de cada país possuem o poder de determinar a qualidade de vida de um povo. Os indícios de que os idosos de hoje apresentam melhor qualidade de vida que seus antepassados são poucas (OMS, 2015).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a população do Brasil está cada vez mais velha. O número de pessoas com idade abaixo dos 30 anos caiu para 5,4% e o número de pessoas com mais de 30 anos representam 56,1% da população brasileira.

Devido as transições demográficas atuais, a área da saúde é extremamente afetada. Com o envelhecimento temos o avanço e desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) destacando as patologias neuropsiquiátricas (OMS, 2015)

As principais doenças crônicas que acompanham o envelhecimento são as doenças cardiovasculares, destacando o acidente vascular cerebral (AVC), a doença pulmonar obstrutiva

crônica (DPOC), o diabetes e as demências (SUZMAN et al., 2015).

A síndrome demencial é caracterizada por uma doença crônica e progressiva, afeta a massa cinzenta do córtex cerebral e prejudica o indivíduo na utilização normal de suas funções cognitivas, como memorização, atenção, capacidade de aprender e se orientar, linguagem, pensamento, tomada de decisão e julgamento. Com esse comprometimento cognitivo o indivíduo passa a apresenta descontrole emocional e do comportamento social (BRASIL, 2006; OMS, 2013).

No Brasil, existem poucos estudos que estimam a prevalência de demência na população brasileira. De acordo com Grandi (2004), a prevalência pode chegar a 25% nos idosos com até 85 anos e a 30% nos idosos com mais de 85 anos. As prevalências também variam entre tipos de demências, que pode variar de 24% a 59,6% na Doença de Alzheimer (DA), de 3,3% a 5,1% na Demência Frontotemporal, e de 13,4% a 25% na Demência Vascular (VALE, MIRANDA & OLIVEIRA, 2000; SILVA & DAMASCENO, 2002; TAKADA et al., 2003; GRANDI, 2004).

As Demências podem ser classificadas em duas categorias, as reversíveis (não degenerativas), e as irreversíveis, (degenerativas). Cuidado e detecção precoce são essenciais para as demências reversíveis, pois sem a atenção adequada, eles podem se tornar irreversíveis. Dentre as causas de demência reversível as mais comuns são por uso de medicamentos, distúrbios hidroeletrólíticos, desordens neurológicas, distúrbios hormonais, deficiências nutricionais, alcoolismo crônico e patologias cardiorrespiratórias (BRASIL, 2006).

As demências irreversíveis são classificadas em quatro tipos principais: DA, a Demência Vascular, a Demência por Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal (BRASIL, 2006).

Com o aumento do número de idosos, a DA se classifica como a mais prevalente entre as demências. Ela representa a cerca de 60 a 80% dos casos de demências (FORNARI et al., 2010, REITZ, BRAYNE, & MAYEUX, 2011).

A DA foi descoberta em 1901 pelo neuropatologista Dr. Alois Alzheimer, que observou e descreveu as modificações no tecido cerebral de uma mulher com 51 anos, de quem a cuidou por cinco anos até a morte. Em 1906 Alois Alzheimer observou a patologia como uma doença neurodegenerativa, através dos achados na anatomia patológica que

seriam as placas de senis, e os novos neurofibrilares foram identificados anos depois (ABRAZ,2006).

A DA é uma patologia neurodegenerativa cortical primária, apresenta uma degeneração a nível do córtex cerebral, caracterizada pelo acúmulo de beta-amiloide nas placas senis e

fosforização da proteína tau em emaranhados neurofibrilares, tem sua etiologia pouco definida, ela apresenta aspectos neurológicos característicos, como início insidioso, perda da capacidade de memorização de acontecimentos recentes e rebaixamento da cognição de forma lenta e progressiva (BRASIL, 2006; DELABY et al., 2015).

Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2015), os sinais e sintomas da DA são variados. Na sua fase inicial a doença é negligenciada pelos familiares considerada como um processo normal do envelhecimento, o idoso apresenta dificuldades na linguagem, desorientação sobre o tempo e espaço, sinais de depressão, dificuldades para lembrar de fatos recentes, perda da iniciativa e motivação, perda de interesse nos hobbies e dificuldade para tomar decisões. Com o avanço da doença os sinais e sintomas vão agravando e se tornam mais evidentes.

A DA pode ser dividida em estágio inicial, moderado, grave e terminal. Esses estágios são previsíveis e vão se agravando até o paciente adquirir dependência total e incapacidade de auto cuidado (ROACH, 2003).

No estágio inicial é onde se percebe evidente, os sintomas relacionados à perda de memória, principalmente da memória recente. Inicia-se também a desorientação progressiva da localização de tempo e espaço, podem surgir sintomas psicossociais, como desinteresse pelo convívio social, oscilações de humor, abandono de atividades que antes traziam prazer (BRASIL, 2011).

No estágio moderado percebe-se o declínio cognitivo, como distúrbios da linguagem e distúrbios que podem ocasionar sintomas de afasia e agnosia. O indivíduo começa a perder sua habilidade de planejamento, organização, resolução de problemas e realização de cálculos. É nesse estágio que ocorre a “síndrome do entardecer”, onde se caracteriza por confusões mentais e modificações comportamentais próximas ao horário que o sol se põe (BRASIL, 2011).

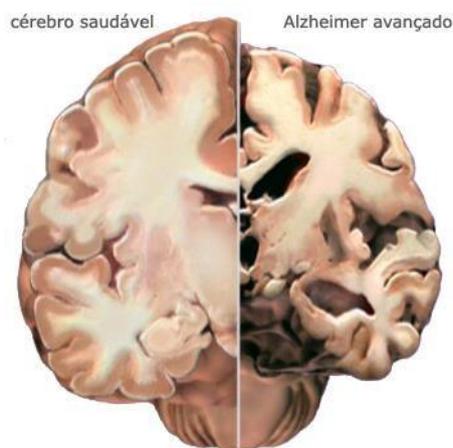
No estágio grave a cognição apresenta total comprometimento. Os idosos se tornam completamente vulneráveis e necessitam de ajuda para executarem suas atividades de vida diária (AVD). As funções de linguagem e a memória já falham quase que por completo, onde se torna difícil o processo de comunicação e reconhecimento de parentes e pessoas próximas do convívio. No estágio terminal, a doença causa incontinência urinária e fecal, imobilidade, infecções intercorrentes e leva o idoso ao óbito devido a complicações destas situações (BRASIL, 2011).

O diagnóstico da DA é somente confirmado após a morte do paciente. As alterações

histopatológicas abrangem perda neuronal nas camadas piramidais do córtex cerebral e degeneração sináptica intensas, tanto a nível de hipocampo e neocórtex (KUMAR et al., 2004)

No cérebro com DA ocorre uma enorme perda de células. O córtex encolhe afetando as regiões do pensamento, planos e lembranças, esse encolhimento afeta também a região do hipocampo, lugar onde ocorre a formação de novas memórias, e os ventrículos ficam maiores, podendo ser observado pela imagem da figura 1 (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2023)

Figura 1- Cérebro saudável e cérebro com Alzheimer avançado



Fonte: Alzheimer's Association (2023)

Em 2011, pesquisadores do National Institute on Aging-Alzheimer publicaram recomendações para o diagnóstico da doença, através de três possíveis hipóteses: DA possível (DP), DA provável (DAP) e DA definitiva (DAD). Na DP, temos o início da doença ou quadro atípico demencial, os sinais e sintomas podem ser comparados com outras doenças que causam demências. Na DAP, já se observa perda cognitiva em testes neuropsicológicos, com comprometimento de duas ou mais funções cognitivas e não possui outras evidências clínicas de outras doenças que causam demências. Já na DAD, a demência já apresenta evidência histopatológica de Alzheimer com alteração genética e biomarcadores (MCKHANN et al., 2011).

Um dos principais comprometimentos da DA é o comprometimento cognitivo. Ele se subdivide em dois tipos, o comprometimento cognitivo leve (CCL) e o comprometimento cognitivo grave (CCG). O CCL é a transição do cognitivo normal à demência, é uma fase sintomática onde o diagnóstico é realizado por meio de queixas da diminuição do cognitivo principalmente a memória, porém não afeta a realização das AVD e alterações nas avaliações

neuropsicológicas e apresenta funcionalidade preservada. Nesse caso não é caracterizado por uma demência (NITRINI, 2013).

A importância da investigação do CCL aumenta à medida com que a população de idosos vai ampliando, aumentando também as queixas e os problemas de memória. A Associação Americana de Psicologia (APA) e a Acadêmica Americana de Neurologia (AAN), recomendam que pessoas com CCL devem ser observadas quanto à progressão para desenvolver DA (APA, 1998; Petersen et al., 2001)

O CCG possui do declínio da cognição acentuada, possui os sintomas da CCL, porém mais avançados. O idoso não possui mais memória recente, não consegue praticar as AVD, necessita de cuidados e as avaliações neuropsicológicas não estão mais preservadas. (LANDI, 2021)

A DA caracteriza por apresentar diversos déficits cognitivos, principalmente déficit de memória, devido a problemas orgânicos, tóxicos ou por múltiplas etiologias. Comprometendo o funcionamento ocupacional, social e educacional do indivíduo (APA, 1995).

A avaliação do estado mental é feita por meio da escala Mini Exame do Estado Mental (MEEM), foi desenvolvido por Folstein et al., (1975), composto por categorias para avaliar 8 orientações, dentre elas memória, atenção e habilidades como nomear e compreender. A pontuação máxima é de 30 pontos, quando é de 27 acima, não tem alteração na função cognitiva, 21 a 24 apresenta uma perda cognitiva leve, 20 a 10 apresenta uma perda cognitiva moderada, 9 pontos ou menos apresenta uma perda cognitiva grave. Para avaliar a funcionalidade e velocidade é realizado teste Timed Up and Go (TUG) desenvolvido em 1991, o idoso é orientado a levantar-se de uma cadeira com encosto, andar por três metros, dar à volta e retornar a cadeira. O tempo é cronometrado e com até 10 segundos de execução é considerado indivíduo independente, sem riscos de quedas, 11 a 20 segundos, independência parcial e com baixo risco de quedas, acima de 20 segundos, déficit de mobilidade e riscos de quedas (DIAS, 2020).

A etiologia da DA ainda não é conhecida. Os fatores genéticos são bem relevantes, um histórico familiar positivo para DA é o único fator sistêmico associado à doença, tirando a idade. (GALLUCCI NETO, 2005)

Os fatores de risco para desenvolver DA são idade avançada e histórico familiar. Os fatores genéticos relacionados à DA incluem as mutações nos genes da proteína precursora do amiloide (apolipoproteína E - APOE) e mutações nos genes das presenilina 01 e 02 localizados nos cromossomos 21, 14 e 1; todos de origem autossômica dominante (LAUTENSCHLAGER,

2002).

São também fatores de risco o baixo nível de escolaridade, inteligência pré-mórbida, histórico de trauma craniano, doenças cerebrovasculares, a hipertensão, os acidentes vasculares cerebrais, a diabetes mellitus, as doenças vasculares periféricas, a arteroesclerose e os altos níveis de homocisteína (LAUTENSCHALAGER, 2002; FERRO & MADUREIRA, 2002; DAVIS, MASSAN & DOODY, 2003; PRINS et al., 2002)

Cientistas da Universidade de Fudan, na China, concluíram que para a prevenção da DA deve conter os fatores que levam a hipertensão arterial, colesterol e diabetes tipo 2, praticar exercícios físicos e mentais, boa alimentação, não fumar e tomar vitamina C (JIM — TAI YU et al., 2020)

Na Inglaterra, estudos da Universidade de Keele, observaram que exposição humana ao alumínio está ligada à causa da DA. A pesquisa verificou alto teor de alumínio no tecido cerebral nos indivíduos com DA, o qual pode ser absorvido pelo organismo através da pele, respiração e por alimentação. Para prevenção é necessário evitar alimentos enlatados, cozinhar em panela de inox ou porcelana e beber água filtrada. (MODAL et al., 2020)

Estudo da Universidade de Varsóvia, relata a importância da saúde intestinal. As alterações na composição da microbiota intestinal podem desencadear o aparecimento da DA. Alimentação rica em gordura, uso de antibióticos de forma excessiva, falta de probióticos e/ou prebióticos na alimentação e constipação intestinal são fatores que aumentam as chances de desenvolver DA. Portanto uma alimentação saudável e equilibrada junto com a prática de exercícios físicos são um modo de prevenção (SZABLEWSKI, 2018).

No momento presente não existe cura para a DA, porém os sintomas podem ser tratados por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Uma das medidas não farmacológicas são os exercícios físicos. O tratamento farmacológico consiste no uso de inibidores da acetilcolinesterase com objetivo de atardar a evolução da doença ou estabilizar os comprometimentos comportamentais e cognitivos (BRASIL, 2013; ABRAZ, 2015).

Existem possibilidades que ajudam a retardar o avanço da doença. Assim, ressaltamos as intervenções não farmacológicas como a reabilitação cognitiva, terapias ocupacionais, fisioterapia, atividade física, musicoterapia, terapia artística, exercícios aeróbicos ou anaeróbicos com o intuito de amenizar os déficits cognitivos, funcionais e as alterações comportamentais existentes, com objetivo de melhorar a qualidade de vida, tanto do paciente quanto da família e diminuir o uso de fármacos (MADUREIRA et al., 2018; MARQUES; et al.,

2019)

A fisioterapia tem como objetivo promover a independência do indivíduo e orientar a família do paciente sobre os cuidados de acordo com a fase a qual o idoso se apresenta, através de exercícios físicos que visam à independência física, redução do risco de quedas e estimulação motora e cognitiva. Esses objetivos devem ser feitos de acordo com a fase da DA em que o paciente se encontra (FERRETTI et al., 2014; SANTOS; BORGES, 2015)

A intervenção da fisioterapia em pacientes com DA apresenta melhora significativa no desempenho funcional do indivíduo, tendo grande importância na tanto na prevenção quanto no tratamento, executando exercícios para mobilidade e equilíbrio, exercícios respiratórios, caminhadas, circuitos funcionais, fortalecimento muscular, treino de coordenação motora e exercícios lúdicos para treino cognitivo do paciente (FAJERSZTAJN et al., 2008; LIMA et al., 2016; RAMOS & RUA, 2017)

Glisoi et al., (2021), fez um estudo sobre as variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com DA e concluiu que compreender a perda de funções cognitivas, funcionais e motoras e a relação existente entre elas é essencial no tratamento, ou seja, quanto mais propor independência a esse indivíduo melhor e a perda da função cognitiva pode ser explicada pela neurodegeneração global e a desconexão das redes cerebrais

280

Devido à alta da incidência de indivíduos idosos portadores da DA com comprometimento cognitivo, faz se necessário compreender sobre quais são os comprometimentos cognitivos desses indivíduos, o que pode promover o tratamento eficaz para retardar o avanço da doença, trazendo uma melhora da qualidade de vida do paciente.

## OBJETIVO

Conhecer, através de uma revisão de literatura, os comprometimentos cognitivos de indivíduos idosos portadores da DA.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa de forma narrativa por meio de uma revisão de literatura. A revisão de literatura é a busca de dados por fonte de informações bibliográficas e eletrônicas, para obter e analisar resultados, com intuito de explicar um determinado objetivo (ROTHER, 2007)

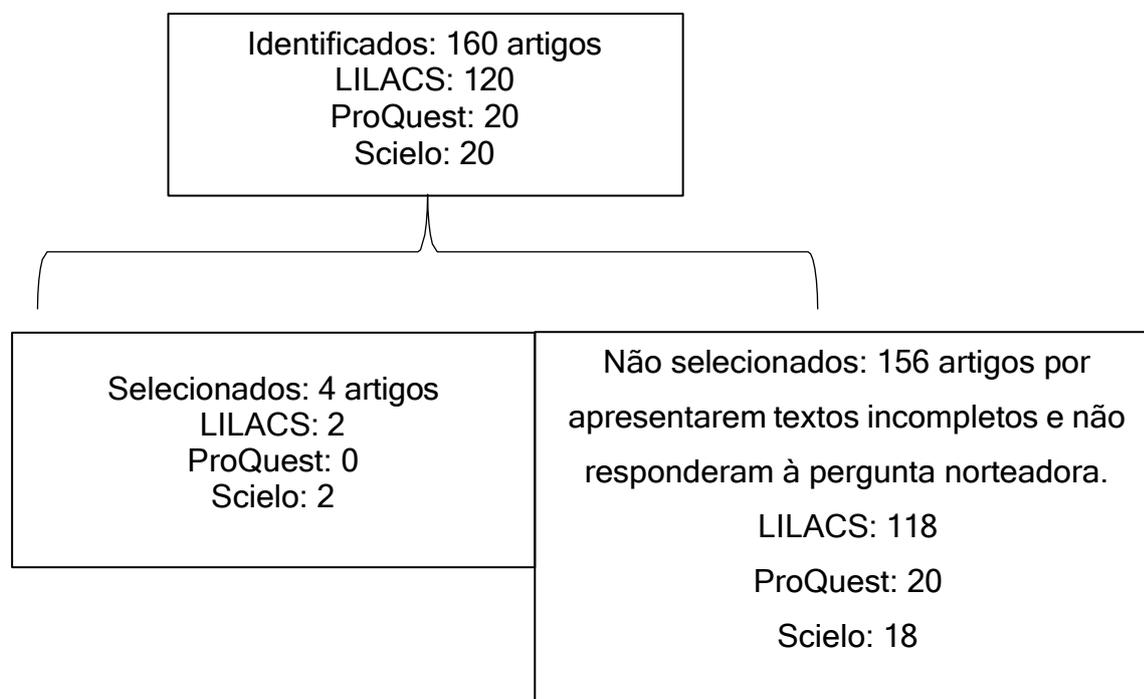
Para elaborar a pesquisa foi utilizado a seguinte questão norteadora: *‘Quais os comprometimentos cognitivos nos idosos portadores da DA?’*

A busca de artigos se deu o período de agosto a novembro de 2023. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo (Scientific Eletronic Library), LILACS e ProQuest utilizando como descritores: ‘doença de alzheimer’ AND ‘cognição’ AND ‘idoso’.

Foram analisados artigos que respondessem à questão norteadora por meio dos seguintes critérios de inclusão: artigos redigidos em português e inglês, que apresentassem textos completos publicados entre os anos de 2013 a 2023. Os critérios de exclusão foram textos fora da íntegra que não respondessem à questão norteadora, publicados antes de 2013, textos incompletos e em outros idiomas.

Para melhor visualização do número de artigos encontrados, artigos selecionados e artigos não selecionados foi elaborado um fluxograma abaixo.

**Fluxograma 1.** Artigos encontrados, artigos selecionados e artigos não selecionados.



## RESULTADOS

Para elaboração dos resultados foi desenvolvido as tabelas 1 e 2

**Tabela 1.** A tabela a seguir contém os detalhes dos artigos obtidos com os autores, ano da publicação, título e objetivo.

Artigo	Autores/Ano	Título	Objetivo
1 <sup>o</sup>	Renata Valle Pedroso, Danilla Icassatti Corazza, Carla Andreza de Almeida Andreatto, Thays Martins Vital da Silva, José Luiz Riani Costa, Ruth Ferreira Santos-Galduróz, 2018	Comprometimento cognitivo, funcional e de nível de atividade física de idosos com Doença de Alzheimer: Prejuízos na Doença de Alzheimer	Equiparar a cognição, nível de atividade física e capacidade funcional de idosos com doença de Alzheimer e de idosos sem demência.
2 <sup>o</sup>	Soraia Fernandes das Neves Glisoi, Thays Martins Vital da Silva, Ruth Ferreira Galduróz, 2021	Variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosos saudáveis e com doença de Alzheimer	Analisar e relatar aspectos psicomotores, cognitivos e quedas, explorando a relação de sujeição entre essas variáveis de acordo com a teoria da retrogênese.
3 <sup>o</sup>	Narahyana Bom de Araujo, Helena Sales Moraes, Heitor Silveira, Cynthia Arcoverdeó, Paulo Eduardo Vasques, Maria Lage Barca, Anne Brita Knapskog, Knut Engedal, Evandro Silva Freire Coutinho, Andrea Camaz Deslandes, Jerson Laks, 2014	Alterações cognitivas na depressão e na doença de Alzheimer: um gradiente da depressão até a doença de Alzheimer	Analisar a cognição em idosos com depressão Maior (DM), doença de Alzheimer (DA) e Depressão na DA
4 <sup>o</sup>	Maila Rossato Holz, Renata Kochhann, Patrícia Ferreira, Marina Tarrasconi, Márcia Lorena Fagundes Chaves, Rochele Paz Fonseca, 2017	Desempenho cognitivo em pacientes com comprometimento cognitivo leve e Doença de Alzheimer	Relatar a relação entre desempenho cognitivo em pacientes com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) e doença de Alzheimer (DA)

**Tabela 2.** A seguir, contém na tabela os resultados e conclusão dos artigos da tabela.

Artigo	Resultado	Conclusão
1 <sup>o</sup>	Foram identificadas diferenças significativas entre os grupos avaliados para o nível de atividade física e cognição especificamente na memória, percepção e raciocínio.	Idosos com doença de Alzheimer desenvolvem alterações cognitivas globais, funcionais e de nível de atividade física quando comparados com idosos sem demência.
2 <sup>o</sup>	Foi analisado uma perda nas funções psicomotoras, funcionais e cognitiva. As funções cognitivas com maior assimetria foram praxia, funções executivas, memória e abstração.	Ocorre uma ligação entre funcionalidade e cognição, equilíbrio e cognição, e risco de queda e desempenho cognitivo.
3 <sup>o</sup>	Observou-se que portadores da DA e depressão na DA apresentam déficit cognitivo superior ao DM, notadamente na atenção, memória, raciocínio, fluência verbal e velocidade de processamento.	Constatou-se um grande decrescente na cognição entre DA e depressão na DA, DM apresenta desempenho moderado.
4 <sup>o</sup>	Observou-se um desempenho cognitivo baixo em pacientes com CCL e DA principalmente em relação a memória episódica.	O estudo relatou que pacientes com CCL e DA, ambos possuem o perfil cognitivo mais grave da memória episódica.

## DISCUSSÃO

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura, realizada no período de agosto a novembro de 2023, apresentando os principais comprometimentos cognitivos nos idosos portadores da DA. Foram analisados quatro artigos os quais publicados nos últimos dez anos e que responderam à pergunta norteadora do trabalho.

A DA é uma doença neurodegenerativa que resulta em perdas sinápticas e neurais com alteração das funções cognitivas dos pacientes acometidos por ela, levando a modificações na memória, atenção e raciocínio. Porém esses idosos não apresentam somente disfunção

cognitiva, mas sim alterações motoras e funcionais (GLISOI et al., 2021)

Ainda não se tem uma cura para a doença, no entanto medidas podem ser tomadas para prevenção, como por exemplo a prática de atividade física, boa alimentação, exercícios para memória, atividades de lazer, fisioterapia e acompanhamento médico (PEDROSO et al., 2018)

Idosos portadores da DA apresentam alterações cognitivas globais quando comparados com idosos sem DA, destacando a perda cognitiva da memória, percepção e raciocínio. Pedroso et al., (2018) comprovou através de seu estudo com 24 idosos no estágio leve da DA com aproximadamente 76 anos e 30 idosos sem diagnóstico de demência com aproximadamente 74 anos. Onde foi analisado o comprometimento cognitivo, funcional e de nível de atividade física de idosos com DA e sem a demência, utilizando escalas e questionários.

Além da memória, percepção e raciocínio outras funções cognitivas são comprometidas no idoso com DA. Glisoi et al., (2021) avaliou em seu estudo as variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com DA. Foram analisadas

45 idosas dentre elas 27 sem DA e 18 com DA, através de avaliações motoras e psicológicas. Obtiveram o resultado de que as funções cognitivas com assimetria foram praxia, funções executivas, memória e abstração, observa-se no estudo que a cognição está ligada com a funcionalidade, equilíbrio e risco de queda do paciente.

284

Em um estudo que as alterações cognitivas na DA foram comparadas com as alterações cognitivas em pacientes com depressão e DA e em pacientes com somente DM foi observado que portadores da DA e depressão na DA apresentam déficit cognitivo superior ao DM, com destaque na atenção, memória, raciocínio, fluência verbal e velocidade de processamento. Essa informação foi demonstrada no estudo de Araujo et al., (2014) onde foi analisado 212 idosos, dentre eles 46 com DA, 43 com DA e depressão, 61 com DM e 62 saudáveis. Esse estudo comprova que pacientes com DM possuem déficits cognitivos porém não superiores a portadores de DA e DA com depressão, no entanto sendo necessário que todos os grupos estudados precisam de tratamento para suas respectivas doenças.

Holz et al., (2017) foram os únicos autores que observaram o desempenho cognitivo em pacientes com CCL e DA onde analisou 40 idosos sendo 18 idosos com CCL e 22 idosos com DA ambos os grupos com média de idade de 65 anos. Foi avaliado através de escalas psicológicas e funcionais, o estudo obteve como resultado desempenho cognitivo baixo em pacientes com CCL e DA principalmente em relação a memória episódica, concluindo que ambos os grupos

apresentam alteração cognitiva grave em relação a memória episódica.

A pesquisa apresentou limitações na busca de artigos onde somente quatro artigos foram incluídos os quais responderam a pergunta norteadora, dirigidos em português e inglês e publicados nos últimos dez anos, portanto faz-se necessário mais pesquisa e estudos nesta área pois é de extrema necessidade para a prevenção e tratamento saber quais são os comprometimentos cognitivo dos pacientes portadores da DA. Em sumo todos os artigos encontrados durante a pesquisa observaram a memória como um dos principais comprometimento cognitivo, entende-se que é a mais prejudicada nesta doença.

## CONCLUSÃO

Os comprometimentos cognitivos de idosos portadores da DA são memória, percepção, raciocínio, praxia, abstração, atenção, pensamento e memória episódica. Faz-se necessário maior atenção na cognição desses idosos para melhor prevenção e retardar a progressão da doença.

## REFERÊNCIAS

ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. **Diagnóstico**. São Paulo, 2006

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA. (1998). **Presidential task force on the assessment of age-consistent memory decline and dementia: Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive decline**. American Psychological, 53, 1298-1303.

ARAÚJO, N.B et al., **Impaired cognition in depression and Alzheimer (AD): a gradient from depression to depression in AD**. Arq Neuropsiquiatr 2014;72(9):671-679

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Demência**. São Paulo: ABRAZ; 2015.

Available from: <http://www.abraz.org.br/sobre-alzheimer/demencia>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 novembro de 2013: **aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer**. Diário Oficial da União. 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2006

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Souvenaid® para melhora de memória em pacientes com doença de Alzheimer na fase leve**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014

CHAIMOWICZ, F. Saúde do Idoso. Com colaboração de BARCELOS, E. M., MADUREIRA, M. D. S., RIBEIRO, M. T. F. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, n,2, 182p., 2013.

DAVIS, R. N., Massman, P. J., & Doody, R. S. (2003). **Effects of blood pressure on neuropsychological functioning in Alzheimer's disease.** Archives of Clinical Neuropsychology, 18, 19-32.

DELABY C, Gabelle A, Blum D, Schraen-Maschke S, Moulinier A, Boulanghien J, et al. **Central nervous system and peripheral inflammatory processes in Alzheimer's disease: biomarker profiling approach.** Front Neurol. 2015; 6:181. doi: 10.3389/fneur.2015.00181

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento da Pessoa Idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAJERSZTAIN L et al. **Effects of functional physical activity on the maintenance of motor function in Alzheimer's disease.** Dement Neuropsychol, São Paulo, v. 2, n.3, p. 233-240, set. 2008.

FERRETTI F, Silva MR, Barbosa AC, Müller A. **Efeitos de um programa de exercícios na mobilidade, equilíbrio e cognição de idosos com doença de Alzheimer.** Fisioter Bras. 2014;15(2):119-25.

FERRO, J. M., & Madureira, S. (2002). **Aged-related white matter changes and cognitive impairment.** Journal of the Neurological Sciences, 203(204), 221-223.

FONTAINE, R. (2000). **Psicologia do Envelhecimento.** Lisboa: Climepsi  
[chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://psicologia.pt/artigos/textos/TLoo97.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://psicologia.pt/artigos/textos/TLoo97.pdf)

FORNARI, L. H. T., GARCIA, L. P., HILBIG, A., FERNANDEZ, L. L. **As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente?** Scientia Medica, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-193, 2010.

GALLUCCI, J N. University of São Paulo | USP · Departamento de Psiquiatria (FM) São Paulo, 2005

GLISOI, S.F., SILVA, T.M.V, GALDORÓZ, R.F. **Variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com doença de Alzheimer.** Universidade Federal do ABC (UFABC), Fisioter Pesqui. 2021;28(1):39-48

GLISOI, Soraia Fernandes das Neves; SILVA, Thays Martins Vital da; GALDUROZ, Ruth Ferreira. **Variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com doença de Alzheimer.** Fisioter Pesqui. v.8, n.1, p.39- 48, 2021.

GRANDI, I. - **Entendendo o que é demência.** In: Caldas, C.P.; Saldanha, A.L. *Saúde do idoso: a arte de cuidar.* 2ª ed. Interciência, Rio de Janeiro, 2004.

HOLZ, M.R et al., **Cognitive performance in patients with Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease with white matter hyperintensities.** *Dement Neuropsychol* 2017 December;11(4):426-433.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas sociais.** Uberlândia, 2022.

JIN-TAI YU et al. **Prevenção da doença de Alzheimer baseada em evidências: revisão sistemática e meta-análise de 243 estudos prospectivos observacionais e 153 ensaios clínicos randomizados.** *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2020.

LANDI, A. **COMPROMETIMENTO COGNITIVO GRAVE (DEMÊNCIAS)** I. São Paulo, 2021

LAUTENSCHLAGER, N. T. (2002). **É possível prevenir o desenvolvimento da demência?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 22-27.

MADUREIRA, Bruna. Guimarães; et al. **Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.** *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, n.26, v.2, p. 222-232, 2018.

MARQUES, Carlos Leonardo Sacomani et al. **Physical therapy in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled clinical trials.** *Fisioter Pesqui.* n.26, v.3, p. 311-321, 2019.

MODAL, M., Linhartb, C., Gomez-Ram, L., Villegas-Lanau. **Aluminum and Amyloid- in Familial Alzheimer's Disease .** *Journal of Alzheimer's Disease*,v. 73, p. 1627-1635, 220. DOI: 10.3233/jad-191140, 2020

287

NITRINI, R. *Clínica Neurológica Nitrini e Associados.* São Paulo, 2013

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Genebra, Suíça, 2015.

OMS. Organización Mundial de la Salud/OPS. Organización Panamericana de la Salud. **Demencia: una prioridad de salud pública.** Washington, DC: OPS, 2013.

PEDROSO, V. R et al., **Cognitive, functional and physical activity impairment in elderly with Alzheimer's disease.** *Dement Neuropsychol* 2018 March;12(1):28-34

PETERSEN, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C, Morris, J. C., & Rabins, P. V. et al. (2001). **Current concepts in mild cognitive impairment.** *Archives of Neurology*, 58, 1985-1992.

PRINS, N. D., Den Heijer, T., Hofman, A., Koudstaal, P. J., Jolles, J., & Clarke, R. (2002). **Homocysteine and cognitive function in the elderly: the rotterdam scan study.** *Neurology*, 59(9), 1375-1380.

REITZ, C., BRAYNE, C., MAYEUX, R. **Epidemiology of Alzheimer disease.** *Nature Reviews Neurology*, v. 7, n. 3, p. 137-152, 2011.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROTHER, E. T. (2007). **Systematic literature review x narrative review**. Acta Paulista de Enfermagem, 20(2), v-vi.

SILVA, D. W., DAMASCENO, B. P. **Demência na população de pacientes do hospital das clínicas da UNICAMP**. Arquivos de Neuro-psiquiatria; v. 60, n. 4, p. 996-999, 2002.

SUZMAN, R., BEARD, J. R., BOERMA, T., CHATTERJI, S. **Health in an ageing world—what do we know?** The Lancet, London, UK, 2015.

SZABLEWSKI, L. **Microbiota intestinal humana na saúde e na doença de Alzheimer**. Journal of Alzheimer`s Disease, v. 62, n2, p. 549- 560, 2018. DOI: 10.3233/JAD-170908.

TAKADA, L. T., CARAMELLI, P., RADANOVIC, M., ANGHINAH, R., HARTMANN, A.B. J., GUARIGLIA, C. C., BAHIA, V. S., NITRINI, R. **Prevalence of potentially reversible dementias in a dementia outpatient clinic of a tertiary university-affiliated hospital in Brazil**. Arquivos de Neuro-psiquiatria, v. 61, n. 4-A, p. 925-929, 2003.

VALE, F. A. C., MIRANDA, S. C., OLIVEIRA, M. F. **Perfil clinicodemográfico de pacientes com demência atendidos em um ambulatório de neurologia comportamental**. Arquivos de Neuro-psiquiatria, (Supl 2):12, 2000.