



## **DEMÊNCIA**

**SANTOS**, Letícia Bianca dos<sup>1</sup>.

**GENARO**, Fernanda de Carvalho<sup>2</sup>.

**MULLER**, Lucila Helena<sup>3</sup>

Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva- FAIT<sup>12</sup>

Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva- FAIT<sup>3</sup>

### **RESUMO**

Demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global de memória e outras funções cognitivas. O presente trabalho é uma revisão bibliográfica que tem como objetivo apresentar informações sobre a síndrome e uma melhora do quadro com a intervenção de tratamentos fisioterapêuticos. O levantamento bibliográfico foi nas Bases de Dados da Biblioteca Virtual de Saúde – BIREME e Scielo. Conclui-se que não tem a cura das demências, mas que com uma equipe multidisciplinar presente há um bom prognóstico.

### **ABSTRACT**

Dementia can be defined as a syndrome characterized by the progressive and global decline of memory and other cognitive functions. This study is a literature review that aims to present information about the syndrome and a clinical improvement with the use of physical therapy treatments. The literature was the Database of Virtual Health Library - BIREME and SciELO. We conclude that there is still no cure of dementia but a multidisciplinary team present there is a good prognosis.

### **1. INTRODUÇÃO**

Demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo ou crônico de uma ou mais funções cognitivas que afeta a memória, o

**FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS DE ITAPEVA – FAIT**  
Rodovia Francisco Alves Negrão, km 285 – Bairro Pilão D'Água  
Itapeva – SP – Brasil CEP 18412-000

pensamento, o comportamento, a linguagem, a capacidade de cálculo, a aprendizagem e a emoção, não devendo nunca ser associada a um processo normal de envelhecimento. De acordo com o relatório DEMENTIA- A Public Health Priority, no mundo inteiro em 2010, era de 35,6 milhões. Anualmente calcula-se que o número de novos caso de pessoas com demência seja de cerca de 7,7 milhões, um novo caso a 4 segundos. As previsões são que em 2050 o número de pessoas que sofrem demência no mundo inteiro triplique, chegando à 115,4 milhões de pessoas, como observamos no gráfico (ALMEIDA,2010):



**Gráfico 1** - Estimativa do número de pessoas afetadas por Demência entre 2010 e 2050 no mundo inteiro. [Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em (World Health Organization, 2012).

Os custos das demências dizem respeito à assistência médica, mas também aos cuidados prestados. Nos países de elevado rendimento, nos quais, segundo dados do Banco Mundial, os custos médicos diretos (consultas médicas, exames médicos, medicamentos, entre outros) constituem a menor parte de todos os custos associados às demências. Em primeiro lugar, encontram-se os custos associados aos cuidados informais (cuidados não diretamente pagos e prestados maioritariamente pela família mas também por amigos ou membros da comunidade), seguidos pelos custos dos cuidados formais (lares especializados, serviço

domiciliário, transporte de doentes, entre outros), como é possível observar pelo seguinte gráfico (ALMEIDA,2010):



**Gráfico 2** - Distribuição dos custos associados às demências em países de elevado rendimento [Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em (World Health Organization, 2012)]

## 2. CLASSIFICAÇÃO

As demências podem ser divididas em duas classes: primárias e secundárias.

**Lesões primárias ou irreversíveis:** Configuram-se as demências degenerativas, em que o evento principal que leva a deterioração cognitiva é a degeneração e morte dos neurônios do SNC. As lesões causam danos progressivos ao cérebro que não podem ser revertidos ou interrompidos (GALLUCCI,2005).

- ) Doença de Alzheimer
- ) Demência com corpos de Lewy
- ) Demência vascular, resultante de uma série de pequenos acidentes vasculares cerebrais (AVC)
- ) Demência frontotemporal



**Lesões secundárias ou reversíveis:** são aquelas que apesar de causarem danos ao cérebro, podem ter seus sintomas revertidos (BAZARELLA,2010).

- J Tumores cerebrais
- J Demências de causa metabólica, em que há alterações nos níveis de açúcar, sódio e cálcio no sangue
- J Baixos níveis de vitamina B12
- J Hidrocefalia normotensiva
- J Uso de determinados medicamentos, principalmente alguns para tratar colesterol

Existem ainda outros tipos de demências:

- J Traumatismo craniano
- J Doença de Parkinson
- J Esclerose múltipla
- J Doença de Huntington
- J Doença de Pick
- J Paralisia supranuclear progressiva
- J Infecções que podem afetar o cérebro, como HIV/AIDS e doença de Lyme
- J Doença de Creutzfeldt-Jakob.

### **3. ETIOLOGIA**

As demências podem ter as mais variadas etiologias, podendo ser metabólicas, degenerativas, endocrinológicas, nutricionais, infecciosas, cardiovasculares, tóxicas e sensoriais. O comprometimento intelectual nas demências se desenvolve ao longo do tempo, com perda das funções mentais anteriormente adquiridas, de forma progressiva e irreversível na maioria das vezes. As causas de demência incluem lesões e tumores cerebrais, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), álcool, medicamentos, infecções, doenças pulmonares crônicas e doenças inflamatórias (BAZARELLA,2010).



Na maioria das vezes as demências são causadas por doenças degenerativas primárias do sistema nervoso central (SNC) e por doença vascular. Cerca de 10 a 15% dos pacientes com sintomas de demência apresentam condições tratáveis como doenças sistêmicas (doenças cardíacas, renais, endócrinas), deficiências vitamínicas, uso de medicamentos e outras doenças psiquiátricas (depressão). A causa mais comum das demências em idosos continua sendo a Doença de Alzheimer (DA), responsável por mais de 50% dos casos de demências na maior parte dos países (DOURADO,2011).

#### **4. INCIDÊNCIA**

A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, a partir dos 60 anos de idade. Após os 65 anos de idade, a prevalência é de cerca de 5 a 10%, e a incidência anual é de cerca de 1 a 2%, passando, após os 75 anos de idade, para 15 a 20% e 2 a 4%, respectivamente (DOURADO,2011).

#### **5. TIPOS**

##### **5.1. Demência da Doença de Alzheimer**

A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais frequente de demência, responsável por mais de 50% dos casos na faixa etária igual ou superior a 65 anos. A doença se caracteriza por processo degenerativo que acomete inicialmente a formação hipocampal, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários. Essa distribuição do processo patológico faz com que o quadro clínico da DA seja caracterizado por alterações cognitivas e comportamentais, com preservação do funcionamento motor e sensorial até as fases mais avançadas da doença (DOURADO,2011).



O primeiro sintoma da DA é usualmente o declínio da memória, sobretudo para fatos recentes (memória episódica), e desorientação espacial, aspectos cognitivos em grande parte dependentes da formação hipocampal. Esses sintomas se instalam de forma insidiosa, com piora lentamente progressiva, embora períodos de relativa estabilidade clínica possam ocorrer (GAZARELLA,2010).

Alterações de linguagem (principalmente anomia), distúrbios de planejamento (funções executivas) e de habilidades visuoespaciais surgem com a evolução do quadro. Na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), os distúrbios de linguagem podem ser a manifestação predominante do processo demencial, enquanto sintomatologia psicótica (como ideias delirantes, sobretudo de caráter persecutório, e alucinações) é habitualmente mais comum nos pacientes mais idosos (GAZARELLA,2010).

## **5.2 Demência vascular**

O termo demência vascular (DV) tem conotações amplas, referindo-se aos quadros demenciais causados pela presença de DCV. É mais comumente utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos infartos), mas inclui também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo, giro angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (doença de Binswanger), angiopatia amilóide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos (GALLUCCI,2005).

A DV é a segunda causa mais frequente de demência em países ocidentais, correspondendo a cerca de 10% dos casos, com dados de prevalência encontrados entre 1,2% a 4,2% em indivíduos acima de 60 anos. Além disso, a associação DCV com DA ocorre em cerca de 15% dos casos de demência

a (GALLUCCI,2005).



### **5.3 Demência com corpos de Lewy**

A demência com corpos de Lewy (DCL) corresponde à terceira causa mais frequente de demência em estudos de autópsias realizados em vários centros de pesquisa. Caracteriza-se clinicamente por um quadro de demência em que ocorrem: flutuação dos déficits cognitivos em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígidoacinéuticos, de distribuição simétrica (DOURADO,2011).

### **5.4 Demência na Doença de Parkinson**

Cerca de 40% dos pacientes com Doença de Parkinson podem evoluir para quadros demenciais. Também é causada pela presença de corpos de Lewy, mas estão presentes em locais diferentes do cérebro. Para esse diagnóstico, é necessário que o quadro demencial ocorra após um ano do início do quadro da Doença de Parkinson. Se a demência ocorrer em menos de um ano após o início dos sinais de Parkinson, a hipótese clínica principal passa a ser de demência por corpos de Lewy. A atenção é uma das funções mais prejudicadas. A memória também pode estar afetada, mas em um grau menos intenso do que é observado na Doença de Alzheimer. Outra capacidade muito comprometida é a de planejar, organizar e regular um comportamento motor (função executiva). Também são comuns os quadros de depressão e de alucinações visuais (ver animais, pessoas) (GALLUCCI,2005).

### **5.5 Demências frontotemporais**

As demências frontotemporais (DFT) apresentam quadro clínico característico, com alterações precoces de personalidade e de comportamento, além de alterações de linguagem (redução da fluência verbal, estereotípias e ecolalia), de início insidioso e caráter progressivo. A memória e as habilidades visuo espaciais



encontram-se relativamente preservadas. As alterações de comportamento podem se apresentar como isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiperoralidade e descuido da higiene pessoal (GALLUCCI,2005).

Sintomas depressivos, preocupações somáticas bizarras e estereotípias motoras também podem ocorrer. Esses sintomas podem preceder as alterações intelectuais, e alguns testes neuropsicológicos de rastreio, como o mini-exame do estado mental, podem estar normais no início, alterando-se com a evolução da doença (BAZARELLA,2012).

Desse grupo de demências fazem parte a doença de Pick, a degeneração dos lobos frontais e a demência associada à doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica). Pode também ser incluída a demência semântica, também denominada como variante temporal das DFTs. Esse grupo de condições ocorre mais frequentemente na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), com presença de história familiar em parentes de primeiro grau em cerca de 30% dos casos, com padrão de herança sugestivo de transmissão autossômica dominante (BAZARELLA,2012).

Os pacientes com DFT apresentam reflexos primitivos, em especial sinais de frontalização (reflexos de preensão palmar, de sucção e de projeção tônica dos lábios), ao exame neurológico. Sinais de descordenação motora e comportamentos de utilização (exploração incontrolável de objetos no ambiente) também são frequentes (DOURADO,2011).

Eventualmente podem apresentar sinais parkinsonianos, particularmente evidentes em alguns casos de ocorrência familiar. Com relação à apresentação clínica, as já referidas alterações da afetividade e do comportamento social decorrem do predomínio frontal da atrofia cerebral. No caso da demência semântica, no entanto, como o processo degenerativo afeta principalmente os lobos temporais (sobretudo à esquerda), o quadro clínico se caracteriza por déficit de memória semântica. Com a evolução, podem ocorrer extensão das alterações





neuropatológicas para os lobos frontais e consequente aparecimento das alterações de comportamento descritas (DOURADO,2011).

## 6. SINTOMAS

- ) Dificuldade para se comunicar
- ) Perda da memória
- ) Dificuldade com tarefas complexas
- ) Dificuldade com planejamento e organização
- ) Dificuldade com funções de coordenação e motoras
- ) Problemas com desorientação
- ) Alterações de personalidade
- ) Incapacidade de estabelecer razão
- ) Comportamento inadequado
- ) Paranoia
- ) Agitação (BAZARELLA,2012)
- ) Alucinações

## 7. FATORES DE RISCO

- ) Idade avançada
- ) Histórico Familiar
- ) Dislipidemia
- ) Tabagismo
- ) Doenças Cardiovasculares
- ) Aterosclerose
- ) Hipertensão Arterial
- ) Colesterol elevado
- ) Depressão
- ) Diabetes Mellitus
- ) Obesidade



- ) Níveis alterados de um aminoácido presente no sangue chamado de homocisteína (BAZARELLA,2012).

## 8. DIAGNÓSTICO

Os critérios para o diagnóstico incluem o comprometimento da memória e, ao menos, outro distúrbio cognitivo como: apraxia, agnosia, e afasia, que interferem diretamente na autonomia do indivíduo. O diagnóstico diferencial de demência exige a constatação da deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo, se baseia ainda na história clínica, nos exames laboratoriais e de imagem, no exame neurológico, na diferenciação do perfil característico à avaliação neuropsicológica (CARAMELLI,2010).

O diagnóstico das demências é pautado em bases clínicas, devendo os profissionais atentar para os critérios de uma classificação da doença, podendo estar estes dentro dos seguintes parâmetros: POSSÍVEL - de curso atípico ou associado a outros fatores causais para demência. PROVÁVEL - com distúrbio de memória associado a uma ou mais funções cognitivas afetadas. DEFINIDA - cujos achados clínicos são confirmados com o exame anatomopatológico, conforme a topografia da demência( DOURADO,2011).

## 9. TRATAMENTO

O principal objetivo do tratamento é controlar os sintomas da demência. O tratamento costuma variar de acordo com a causa subjacente dos sintomas. Algumas pessoas necessitam ser internadas por um curto período para realizar o tratamento. É necessário tomar medicamentos para controlar os problemas comportamentais causados pela perda da capacidade de julgamento, maior impulsividade e confusão. Algumas drogas podem ser usadas para evitar a piora rápida dos sintomas, principalmente em casos de demência degenerativa. No



entanto, o benefício trazido por essas drogas é pequeno e os pacientes e suas famílias podem não perceber muita diferença (GALLUCCI,2005).

## **10. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

Na assistência ao paciente com demência a fisioterapia pode contribuir muito com a melhora da qualidade de vida do paciente e da família. A intervenção fisioterapêutica envolve a facilitação dos movimentos e planejamento motor e o desenvolvimento ou refinamento de pistas ambientais e cognitivas para ajudar a realizar tarefas complexas. O fisioterapeuta é parte chave da avaliação, tratamento e assistência contínua ao paciente com demência. Porém, é importante que todo o planejamento de assistência seja elaborado como parte em uma equipe multidisciplinar, onde o paciente, a família, os cuidadores, o médico, a enfermagem, a fonoaudiologia e a fisioterapia participem de modo a garantir a consistência do tratamento (GORZONI, 2013).

### **10.1 Objetivos da reabilitação fisioterápica**

- ) Diminuir a progressão e efeitos dos sintomas da doença;
- ) Evitar ou diminuir complicações e deformidades;
- ) Manter as capacidades funcionais do paciente (sistema cardiorrespiratório);
- ) Manter ou devolver a amplitude de movimento funcional das articulações;
- ) Evitar contraturas e encurtamento musculares (imobilização no leito);
- ) Evitar a atrofia por desuso e fraqueza muscular;
- ) Incentivar e promover o funcionamento motor e mobilidade;
- ) Orientação sobre as posturas corretas;
- ) Treino do padrão da marcha;
- ) Trabalhar os padrões do funcionamento sistema respiratório (fala, respiração, expansão e mobilidade torácica);
- ) Manter ou recuperar a independência funcional nas atividades de vida diária;



- ) Ensinar aos familiares e/ou cuidadores habilidades específicas relacionadas com o ato de mudar o paciente de decúbito (como protegê-lo ou vesti-lo de maneira correta) (ABREU,2010).

## 10.2 Conduta fisioterápica

Consiste basicamente na fisioterapia motora, que engloba desde exercícios ativos, passivos, auto-assistidos, contra-resistência, isométricos, metabólicos, isotônicos, nesse caso qualquer tipo de movimento é bem vindo no tratamento (O'SULLIVAN, 2003).

Quando chega a uma segunda fase esta patologia, deve-se estimular atividades para que o paciente não fique o tempo inteiro na cama, evitando assim escaras de decúbito, comumente relatadas. Alongamentos e atividades de relaxamento podem ser realizados. A parte de exercícios para o condicionamento aeróbico, como estimular o paciente a realizar caminhadas, tanto por percursos diferentes, ou dependendo pelo mesmo percurso, estimulando assim concomitantemente a memória do paciente. Bicicletas estacionárias também são de grande valia, assim como se possíveis trabalhos de hidroterapia (O'SULLIVAN, 2003).

Exercícios para propriocepção e equilíbrio são fundamentais para a desenvoltura do paciente, como exercícios com bastões, bola, descarga de peso gradual, andadores, percursos (O'SULLIVAN, 2003).

Pode-se realizar atividades em que se estimule o raciocínio do paciente, como atividades de escrever, decorar palavras, nomear objetos, que levam a um estímulo da memória (O'SULLIVAN, 2003).

Porém a principal atitude a ser tomada é a companhia que este paciente precisa, nunca deixá-lo no abandono, por isso a conversa com familiares sobre o assunto é importante, para que assim este paciente possa conviver normalmente num meio familiar, eliminando o risco de passar o resto de sua vida num asilo (O'SULLIVAN, 2003).



## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, I.D., Forlenza, O.V. & Barros, H.L. (2010, junho). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. psiquiatr. clín.**, **32(3): 131-6.**

Almeida OP. Queixa de problemas com a memoria e o diagnostico de demencia. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. **56(3-A):412-418, 2010.**

**Alzheimer's Association. (2013).** 2013 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, pp. 208-245.

Bazzarella, M.C.S. (2012). Critério diagnóstico provisório para depressão na Doença de Alzheimer. **Rev. psiquiatr. clín.**, **30(3): 102-3.**

Caramelli, P. & Barbosa, M.T. (2010, abril). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, **24(1): 7-10.**

Dourado, M. et al. (2011). Consciência da doença na demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, **33(6): 313-21.**

Gallucci Neto, J., Tamelini, M.G.G. & Forlenza, O.V. (2005, junho). Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.**, **32(3): 119-30.**

Gorzoni, M.L. & Pires, S.L. (2013). Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. **Rev. psiquiatr. clín.**, **33(1): 18-23.**

O'sullivan S.B., Schimitz T.J., **Fisioterapia: Avaliação e Tratamentos.** 3 Ed. São Paulo. Manole, 2003.

**World Health Organization (2012).** Dementia: A Public Health Priority. Reino Unido: [s.e].