

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

ALINE RAMOS DE FREITAS
EDUARDO PRETTI MORAES MARSCHALL
FLORENÇA PRETTI CARNEIRO DA CUNHA

**SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES IDOSOS
PORTADORES DE DEMÊNCIA:
Uma Revisão Narrativa**

VITÓRIA
2024

ALINE RAMOS DE FREITAS
EDUARDO PRETTI MORAES MARSCHALL
FLORENÇA PRETTI CARNEIRO DA CUNHA

**SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES IDOSOS
PORTADORES DE DEMÊNCIA:
Uma Revisão Narrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador(a): Prof. Dr. Renato Lírio Morelato

VITÓRIA
2024

ALINE RAMOS DE FREITAS
EDUARDO PRETTI MORAES MARSCHALL
FLORENÇA PRETTI CARNEIRO DA CUNHA

SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES IDOSOS
PORTADORES DE DEMÊNCIA:
Uma Revisão Narrativa.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Aprovada em 24 de maio de 2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **RENATO LIRIO MORELATO**
Data: 26/05/2024 16:54:21-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Renato Lirio Morelato
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador(a)

Documento assinado digitalmente
 **INGRID ARDISSON COLODETE**
Data: 25/05/2024 17:13:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ingrid Ardisson Colodete
Filiação
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES

CAROLINE DELBONI NASCIMENTO

Assinado digitalmente por:
CAROLINE DELBONI NASCIMENTO
Data: 26/05/2024 - 15:21:22h

VALID IDENTITY AS A SERVICE

Caroline Delboni Nascimento
Filiação
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES

Agradecemos aos nossos pais, entes queridos, ao nosso Orientador, colegas de turma e a todos aqueles que de alguma forma fizeram parte da construção e desenvolvimento desse trabalho.

RESUMO

Introdução: Os distúrbios neuropsiquiátricos em pacientes idosos portadores de demência fazem parte de um espectro de doenças cuja prevalência está aumentando no decorrer dos anos, atrelado a uma série de eventos que prejudicam potencialmente a qualidade de vida desses indivíduos. Entender suas características clínicas, bem como seus diagnósticos e condutas é de extrema importância para o melhor manejo, sobretudo a longo prazo e qualidade de vida. **Objetivos:** Estudar os principais sintomas neuropsiquiátricos (SNP) relacionados aos transtornos neurocognitivos (TNC'S) que acometem a população idosa portadora de demência; Entender as características clínicas dos principais TNC'S e os SNP relacionados; Estabelecer critérios diagnósticos e linhas de tratamento para os principais distúrbios neuropsiquiátricos; Refletir sobre a importância do estudo da demência no contexto atual; Analisar o impacto dos SNP em pacientes idosos portadores de demência para os familiares, a equipe assistencial, o sistema de saúde e a sociedade. **Métodos:** Este trabalho foi dividido em dois momentos. No primeiro momento foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando artigos atualizados pesquisados nas bases de dados PubMed e UpToDate, utilizando como estratégia de busca os descritores booleanos (“distúrbios neuropsiquiátricos” AND “idosos” AND “demência”). No segundo momento, foi realizada a inclusão dos artigos seguindo os critérios selecionados, e após foi realizado um estudo analítico dos artigos, com amostral de 714, dos quais após a exclusão segundo os critérios selecionados, restaram apenas 06 relevantes ao estudo. **Conclusão:** Ao analisar a distribuição dos transtornos neurocognitivos na população idosa, e respeitando as suas particularidades, podemos perceber que dentre todos, a demência é o de maior impacto para os pacientes idosos e para os seus relativos, tanto em relação ao desgaste pessoal causado pela própria doença, quanto pelo prejuízo nas relações interpessoais dentro do círculo social de cada paciente, além de maiores gastos com saúde. Com isso, é de suma importância que as organizações de saúde saibam identificar, compreender e manejar, de forma individualizada, os principais quadros associados à demência, principalmente aqueles que envolvem sintomas neuropsiquiátricos, buscando melhorar a qualidade de vida do paciente e daqueles responsáveis pelo seu cuidado.

Palavras-chave: Demência; Distúrbios Neuropsiquiátricos; Transtornos Neurocognitivos; pacientes idosos.

ABSTRACT

Introduction: Neuropsychiatric disorders in elderly patients with dementia are part of a spectrum of diseases whose prevalence is increasing over the years, linked to a series of events that potentially impair the quality of life of these individuals. Understanding its clinical characteristics, as well as its diagnoses and management is extremely important for better management, long-term survival, and quality of life.

Objectives: To study the main neuropsychiatric symptoms (NPS) related to neurocognitive disorders (NCD) that affect the elderly population with dementia; Understand the clinical characteristics of the main NCD and related NPS; Establish diagnostic criteria and treatment lines for the main neuropsychiatric disorders; Reflect on the importance of studying dementia in the current context; Analyze the impact of SNP on elderly patients with dementia for family members, the care team, the health system and society.

Methods: This work was divided into two moments. Initially, a bibliographical review was carried out using updated articles searched in the PubMed and UpToDate databases, using Boolean descriptors as a search strategy (“neuropsychiatric disorders” AND “elderly” AND “dementia”). In the second moment, the articles were included following the selected criteria, and then an analytical study of the articles was carried out, with a sample of 714, of which after exclusion according to the selected criteria, only 06 were relevant to the study remained.

Conclusion: When analyzing the distribution of neurocognitive disorders in the elderly population, and respecting their particularities, we can see that among them all, dementia has the greatest impact on elderly patients and their relatives, both in relation to the personal strain caused by the disease itself, as well as the damage to interpersonal relationships within each patient's social circle, in addition to higher health costs. Therefore, it is extremely important that healthcare organizations know how to identify, understand, and manage, on an individualized basis, the main conditions associated with dementia, especially those involving neuropsychiatric symptoms, seeking to improve the patient's quality of life and those responsible for their care.

Keywords: Dementia; Neuropsychiatric Disorders; Neurocognitive Disorders; elderly patients.

LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
bvFTD	Variante Comportamental das Demências Frontotemporais
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Demência com Corpos de Lewy
DFT	Demências Frontotemporais
DP	Doença de Parkinson
DSM	Manual de Diagnóstico e Classificação dos Transtornos Mentais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
MeSH	Medical Subject Headings
PPA	Afasia Progressiva Primária
REM	Rapid Eye Movement (Movimento Rápido dos Olhos)
SNP	Sintomas Neuropsiquiátricos
TNC	Transtornos Neurocognitivos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	13
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	13
3. METODOLOGIA	14
4. DISCUSSÃO	15
4.1 CONCEITO E SUBDIVISÃO DOS TNC'S.....	15
4.2 FATORES DE RISCO	16
4.3 PRINCIPAIS TNC'S	17
4.3.1 Doença de Alzheimer	17
4.3.2 Demência Vascular (Transtorno Neurocognitivo Vascular)	19
4.3.3 Degeneração Lobar Frontotemporal (Demência Frontotemporal)	20
4.3.4 TNC com Corpos de Lewy (DCL)	21
4.3.5 Doença de Parkinson	22
4.4 SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS AOS TNC'S.....	23
4.4.1 O papel do cuidador e o impacto na institucionalização precoce	23
4.5 PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS DOS TNC'S.	25
4.5.1 Sintomas Neuropsiquiátricos na Doença de Alzheimer	25
4.5.2 Sintomas Neuropsiquiátricos na Demência por Corpos de Lewy	25
4.5.3 Sintomas neuropsiquiátricos na Demência Frontotemporal	26
4.5.4 Sintomas neuropsiquiátricos na Demência Vascular	26
4.5.5 Sintomas neuropsiquiátricos na Doença de Parkinson	27
4.6 MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS	29
4.6.1 Agitação e Agressão	29
4.6.2 Depressão	30
4.6.3 Apatia	30
4.6.4 Distúrbios do Sono	30
5 CONCLUSÃO	31
6 REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Em um primeiro momento, é preciso visualizar o atual panorama de transição demográfica presente no Brasil, sendo o envelhecimento populacional uma característica predominante, com aumento da expectativa de vida e queda da natalidade. Tendo em vista esse cenário, faz-se necessário um olhar mais atento frente às mudanças na estrutura etária, no crescimento populacional e nas dinâmicas socioeconômicas. Ademais, é inerente a esse processo o impacto na sustentabilidade dos sistemas de saúde, a julgar pela maior proporção de idosos, que tem como consequência o aumento de doenças crônicas e maior prevalência de comorbidades próprias da população em questão.

Seguindo esse raciocínio, ao se analisar o trabalho "Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment in a Large and Diverse Nationally Representative Sample: The ELSI-Brazil Study", pode-se observar que cerca de 1,76 milhão de brasileiros com mais de 60 anos vivem com algum tipo de transtorno neurocognitivo (TNC). Além disso, de acordo com a pesquisa, há uma estimativa que o total de casos nesta população chegue a 5,5 milhões em 2050. Sendo assim, os TNCs devem ser considerados como um importante grupo de doenças que se enquadram nos desafios a serem enfrentados no Brasil.

Dessa forma, ao se observar o contexto do paciente com transtorno neurocognitivo, torna-se essencial a análise dos sintomas neuropsiquiátricos, levando em consideração o fato de que estes estão presentes em todos os tipos de TNCs, variando conforme o distúrbio, a gravidade e a progressão da doença. Além disso, eles estão associados a piores índices de morbidade do doente e a maior desgaste por parte dos cuidadores. Ademais, também se relacionam com aumento do risco de institucionalização precoce e crescimento dos custos com medicamentos e cuidado.

Outrossim, é necessário que se compreenda que os distúrbios neurocognitivos possuem desfechos graves. Sendo o TNC uma das principais causas de incapacitação dos idosos, com impacto físico, psicológico, social e econômico. Sob outra perspectiva, sabe-se que os cuidadores e a família também se envolvem no processo de adoecimento, com o desenvolvimento de problemas de saúde como ansiedade e depressão. Ademais, os custos dos serviços de saúde e os custos informais da prestação de cuidados são elevados e aumentam conforme a doença

progride. Assim como, há impacto na sociedade, na economia e no Sistema de Saúde, que acabam sendo sobrecarregados.

Por fim, ao se analisar uma retrospectiva histórica, pode-se perceber que, até mesmo no tempo atual, os distúrbios neurocognitivos além de serem constituídos por uma natureza complexa, infelizmente, trazem consigo uma carga depreciativa por parte da população leiga e dos profissionais de saúde. O que dificulta o combate à doença, tendo em vista a presença de uma barreira ideológica para o alcance do diagnóstico e do tratamento. Assim sendo, é essencial o estudo dos transtornos neurocognitivos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Estudar os principais sintomas neuropsiquiátricos (SNP) relacionados ao transtornos neurocognitivos (TNC'S) que acometem a população idosa portadora de demência.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a. Entender as características clínicas dos principais TNC'S e os SNP relacionados;
- b. Estabelecer os critérios diagnósticos e linhas de tratamento para os principais distúrbios neuropsiquiátricos;
- c. Refletir sobre a importância do estudo da demência no contexto atual;
- d. Analisar o impacto dos SNP em pacientes idosos portadores de demência para os familiares, a equipe assistencial, o sistema de saúde e a sociedade.

3 MÉTODO

No presente estudo foi conduzido e desenvolvido com o devido rigor metodológico, sendo realizada análise de cunho qualitativo para elaboração de revisão bibliográfica. Foram utilizadas na elaboração do presente estudo, como fontes teóricas, bibliografias científicas e acadêmicas com disponibilidade on-line gratuita, e as bases de dados PubMed, seguindo critérios estabelecidos pelo Medical Subject Headings (MeSH), e UpToDate.

Para complementação de dados científicos a respeito do tema em questão, foram utilizados artigos de realização e importância nacional de alto impacto como o "Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in a Large and Diverse Nationally Representative Sample: The ELSI-Brazil Study".

Os critérios de inclusão foram definidos para selecionar artigos que abordam a presença de transtornos neuropsiquiátricos em pacientes idosos com demência.

Foram utilizados como escopo da pesquisa os termos "Neuropsychiatric Disorders", "Elderly Patients" e "Dementias", os quais foram encontrados 714 artigos. Estes foram reduzidos a 528 artigos quando restritos aos publicados há menos de 5 anos. Após este passo, foram selecionados artigos nos idiomas português, inglês, francês e espanhol, resultando em 521 artigos. Foram incluídos aqueles com pacientes com idade +65 anos e +80 anos, resultando em 389 resultados.

Foram incluídos também aqueles com classificação de Revisão e Revisão Sistemática. Ao fim, foi adicionado filtro "full text" e "free full text", resultando em 20 artigos.

Após este processo, os títulos e os resumos dos artigos foram analisados para determinar a relevância em relação ao objetivo do presente estudo. Após este passo, foram selecionados 06 artigos, cujos temas se demonstraram relevantes. Em seguida, estes foram submetidos à análise na íntegra para uma análise mais aprofundada.

4 DISCUSSÃO

4.1 CONCEITO E SUBDIVISÃO DOS TNC'S

Segundo o DSM-V, "a categoria transtornos neurocognitivos (TNC) abrange o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos em vez de transtornos do desenvolvimento. Os TNC's são aqueles em que a cognição prejudicada não estava presente ao nascimento ou muito no início da vida, representando, assim, um declínio a partir de um nível de funcionamento alcançado anteriormente".

Ainda de acordo com o DSM-V, "os TNC's, são delirium, seguido por síndromes de TNC maior, TNC leve e seus subtipos etiológicos. Os subtipos maiores ou leves de TNC incluem TNC devido à doença de Alzheimer; TNC vascular; TNC com corpos de Lewy; TNC devido à doença de Parkinson; TNC frontotemporal; TNC devido a lesão cerebral traumática; TNC devido a infecção por HIV; TNC induzido por substância/medicamento; TNC devido à doença de Huntington; TNC devido à doença do príon; TNC devido a outra condição médica; TNC devido a múltiplas etiologias; e TNC não especificado".

"A demência está incorporada à entidade recém-nomeada transtorno neurocognitivo maior, embora não esteja excluído o uso do termo demência em subtipos etiológicos nos quais é um termo-padrão. Além disso, o DSM-5 reconhece um nível menos grave de prejuízo cognitivo, o transtorno neurocognitivo leve, que pode também ser foco de cuidado, e que, no DSM-IV, era parte de "Transtorno Cognitivo Sem Outra Especificação"...Vários TNC's costumam coexistir, e suas relações podem ser ainda mais bem caracterizadas sob diferentes subtítulos".

"O termo demência é mantido no DSM-5 para continuidade, podendo ser usado em contextos em que médicos e pacientes estejam acostumados a ele. Embora demência seja o termo habitual para transtornos como as demências degenerativas, que costumam afetar adultos com mais idade, o termo transtorno neurocognitivo é amplamente empregado, sendo, em geral, o termo preferido para condições que afetam pessoas mais jovens, como o prejuízo secundário a lesão cerebral traumática ou a infecção pelo HIV".

4.2 FATORES DE RISCO

A Comissão Lancet estima que aproximadamente 35 por cento dos casos de demência são atribuíveis ao conjunto de nove fatores de risco potencialmente modificáveis. Sendo eles: Baixo nível de escolaridade; Hipertensão de meia-idade; Obesidade de meia-idade; Perda de audição; Depressão tardia; Diabetes; Sedentarismo; Tabagismo; Isolamento social.

Sabe-se que conforme o aumento da idade, há mais risco do desenvolvimento de distúrbio neurocognitivo, em que a idade é considerada o fator de risco mais forte para o transtorno neurocognitivo. Sendo que durante a meia-idade, a hipertensão, o colesterol elevado, o índice de massa corporal elevado e a diabetes mellitus estão associados ao risco aumentado de demência na idade avançada. Ademais, a prevalência é mais elevada entre as mulheres, já a incidência é mais elevada entre os homens. Por outro lado, ao se comparar níveis educacionais, há maior prevalência entre aqueles de mais baixo nível.

Além disso, o transtorno depressivo possui uma relação bidirecional com a demência, ou seja, ele pode ser fator de risco ou consequência dela. Já dentre as causas neurológicas, o acidente vascular encefálico também é tido como fator de risco.

Ademais, fatores ambientais também são destaque como risco para o desenvolvimento dos TNC's. Hábitos viciosos, como tabagismo e o consumo pesado de álcool, são associados. E também fatores ocupacionais, como a exposição a pesticidas, podem ser correlacionados com o risco de desenvolvimento da doença de Parkinson.

Sob outra perspectiva, as doenças do aparelho cardiovascular, como por exemplo a Insuficiência Cardíaca e a Fibrilação Atrial, podem ser causa ou fator de piora da hipoperfusão cerebral. Sendo elas fator de risco para o desenvolvimento da demência vascular e das demências degenerativas, particularmente a Doença de Alzheimer.

Adicionalmente, entre as causas acidentais, o traumatismo crânio-encefálico possui risco aumentado para o desenvolvimento de distúrbios neurocognitivos, com ocorrência imediata após trauma ou após recuperação, tendo como destaque a DA.

4.3 PRINCIPAIS TNC'S

4.3.1 Doença de Alzheimer (DA)

Doença neurodegenerativa mais prevalente e causa mais comum de demência, sendo caracterizada pela perda progressiva de sinapses e neurônios, com consequente acúmulo de placas amilóides, emaranhados neurofibrilares e déficits colinérgicos proeminentes. A perda neuronal nos núcleos fonte do sistema transmissor leva a déficits neuroquímicos que contribuem para sintomas cognitivos e comportamentais. (A WOLK et al, 2021)

A característica clínica precoce mais comum dessa patologia é o comprometimento seletivo da memória. Os SNP são comuns na DA, principalmente nas fases intermediárias e tardias da doença, como por exemplo a apatia e o distanciamento social. (A WOLK et al, 2021)

O diagnóstico da DA deve ser feito por meio de uma avaliação clínica minuciosa, de forma a avaliar um quadro clínico compatível e excluir outras causas de demência. Dessa forma, precisa ser realizada uma anamnese direcionada para possíveis alterações neuropsiquiátricas, como apatia, depressão e ansiedade, além de avaliar dificuldades cognitivas nos domínios de memória episódica, funções executivas, habilidades visuais- espaciais e linguagem. Os critérios clínicos incluem: história de início insidioso e curso progressivo de declínio cognitivo, exclusão de outras etiologias e documentação de comprometimentos cognitivos em um ou mais domínios. Os critérios diagnósticos de um provável quadro de demência na DA foram estabelecidos pelo Instituto Nacional do Envelhecimento e pela Associação de Alzheimer (NIA-AA). Segundo os critérios do DSM-V, além da síndrome de TNC, deve-se incluir início insidioso e progressão gradual dos sintomas cognitivos e comportamentais, sendo a apresentação amnésica característica da patologia, já a cognição social tende a ficar preservada até mais tarde no curso da doença.

Seguindo o raciocínio, também se faz necessário solicitar exames laboratoriais para excluir outras patologias, como dosagem de hormônios tireoidianos, dosagem da vitamina B12, VDRL e etc. Ademais, é preciso solicitar uma Tomografia Computadorizada de Crânio ou uma Ressonância Magnética de Crânio, as quais podem estar sem alterações ou demonstrarem atrofia cerebral, com predomínio em lobos parietal, temporal e hipocampo. Por outro lado, a Tomografia Computadorizada

com emissão de pósitrons, que é um exame não obrigatório, pode mostrar redução da atividade em algumas áreas cerebrais mais afetadas. (A WOLK et al, 2021)

Primeiramente é necessário compreender que a DA é uma doença incurável, ou seja, o tratamento preconizado é realizado com o uso de agentes que são responsáveis por melhorar os sintomas cognitivos e comportamentais sem alterar o curso natural da doença. A maioria dos medicamentos disponíveis hoje, no mercado, visam prevenir ou retardar o início ou retardar a progressão da DA. Apesar de nenhuma nova terapia ter sido aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) dos EUA desde 2003, o desenvolvimento desses agentes é fundamental na melhoria da cognição, além de impactar positivamente a vida dos pacientes, dos seus cuidadores e do avanço da institucionalização. (CUMMINGS, 2021)

As terapias atuais baseiam-se em quatro inibidores da colinesterase (ChE-Is) e um antagonista do receptor N-metil-D-aspartato (NMDA). Os ChE-Is são a Tacrina, não mais disponível no mercado, Donepezil, Rivastigmina e Galantamina. O NMDA é a Memantina, que é um antagonista do receptor do glutamato, neurotransmissor neurotóxico, sendo ela principalmente utilizada em associação com ChE-Is, para estágios moderados a severos, ou em monoterapia em caso de intolerância de anticolinesterásicos. Essas medicações possuem efeitos semelhantes, de forma que aumentam a acetilcolina cerebral, com melhora importante na cognição, função global e estabilização temporária das atividades da vida diária, além de melhorar os SNP, prevenindo o surgimento de novos sintomas. Sendo que o Donepezil, devido ao fato de evitar a toxicidade hepática e pela forma de administração facilitada (uma vez ao dia), possui maior vantagem terapêutica atualmente. Por outro lado, como opção alternativa, existem outras drogas como a classe de antioxidante, representados pela vitamina E e Selegilina (inibidor da monoamina oxidase), que possibilitam diminuição da institucionalização e melhora da sobrevida. Outro medicamento é o anticorpo monoclonal, Aducanumabe, que teria possibilidade de ser utilizado em estágio leve da doença, com redução dos níveis cerebrais de beta-amiloide. E, em casos de pacientes com depressão, recomenda-se o uso da classe de inibidores seletivos da recaptção da serotonina, tendo como grande exemplo o Citalopram e a Sertralina (CUMMINGS, 2021)

Outro medicamento desenvolvido recentemente foi o GV-971, um oligossacarídeo que tem supostos efeitos no microbioma intestinal para reduzir a

inflamação sistêmica e a neuroinflamação, aspectos chaves na patogênese da DA. Esse agente é o primeiro tratamento medicamentoso para a DA aprovado em qualquer lugar do mundo desde 2003. Outros agentes estão sendo diariamente estudando, mas até agora nenhum deles forneceu dados suficientes para serem de fato utilizados (CUMMINGS, 2021)

No que se refere aos SNP na DA, atualmente não existem tratamentos aprovados. O desconhecimento das bases neurobiológicas das alterações comportamentais na DA e a melhora robusta no grupo placebo em ensaios clínicos de tratamentos para síndromes neuropsiquiátricas são alguns dos desafios que alimentam essa realidade. (CUMMINGS, 2021)

4.3.2 Demência Vascular (Transtorno Neurocognitivo Vascular)

A demência vascular é considerada uma síndrome, e não uma doença, e é definida por qualquer tipo de demência que têm como fator primário a ocorrência de um doença cerebrovascular ou a redução do fluxo sanguíneo cerebral. Ela faz parte do espectro do prejuízo cognitivo de origem vascular, um termo usado para definir “prejuízo cognitivo que é causado ou associado a fatores de risco vasculares”, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Doenças Neurológicas e AVC do Canadá e pela American Heart Association (SMITH, 2023).

Apesar de ser uma das formas mais discutidas, a demência vascular isolada é incomum (10%), estando na maioria das vezes associadas a outras causas de demência (30 a 40%), sendo a Doença de Alzheimer a associação mais encontrada em associação.

As doenças vasculares são responsáveis por 25 a 50% dos casos de demência. Em termos de prevalência, a demência vascular é encontrada em 1,6% dos idosos com mais de 65 anos, percentual que cresce com o aumento da idade, sendo colocada atrás apenas da Doença de Alzheimer.

Pelo fato de AVC causar demência vascular, os fatores de risco para ambas as condições são os mesmos, dentre eles idade avançada, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e fibrilação atrial (SMITH, 2023).

No espectro clínico, a demência vascular pode se apresentar de 2 formas: associada à AVC prévio, ou sem história de AVC prévio.

Os pacientes com demência após um quadro de AVC manifestam declínio cognitivo progressivo logo após o quadro agudo, e esta relação na maioria das vezes

é bem estabelecida. Este declínio cognitivo é marcado por prejuízo das funções motoras, e em alguns casos com preservação relativa da memória, podendo estar acompanhado de déficits focais gerados pelo AVC como afasia e apraxia. Além disso, após a recuperação do quadro agudo, o prejuízo cognitivo tende a estabilidade caso os fatores de risco forem reduzidos e novos eventos não ocorram.

Por outro lado, os pacientes com demência vascular sem relação com AVC prévio também apresentam um declínio cognitivo progressivo, mas com evidência clínica ou de imagem de doença cerebrovascular subjacente. As principais funções comprometidas nesta forma são as motoras e a velocidade de pensamento.

Possui uma extensa variabilidade, tendo em vista a possibilidade de diferentes tamanhos das lesões e localizações, o que pode alterar a progressão do declínio neurocognitivo e os sintomas apresentados.

O seu diagnóstico não é completo até que as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares subjacentes tenham sido identificadas. A avaliação do paciente com essa patologia foca no perfil do declínio cognitivo e na gravidade da doença, envolvendo também outros parâmetros para complementação da história clínica (SMITH, 2023).

4.3.3 Degeneração Lobar Frontotemporal (Demência Frontotemporal [DFT])

Considerada uma das causas mais comuns de demência de início precoce, ela engloba um grupo de distúrbios neurodegenerativos e neuropatologicamente heterogêneos, caracterizados por alterações proeminentes no comportamento social e na personalidade ou afasia acompanhada por degeneração dos lobos frontal e/ou temporal. O termo "DFT" serve como um termo genérico para três apresentações clínicas: variante comportamental da DFT (bvFTD) e duas formas de afasia progressiva primária (PPA), as variantes não fluentes e semânticas. (LEE, 2024)

Enquanto a Variante Comportamental da DFT, subtipo clínico mais comum, envolve principalmente mudanças progressivas na personalidade e no comportamento no início do curso da doença cujo diagnóstico é feito basicamente por avaliação clínica e neuroimagem, a Afasia Progressiva Primária é uma síndrome clínica caracterizada por déficits isolados de linguagem durante os estágios iniciais da doença, que evoluem progressivamente, levando ao comprometimento funcional com relativa preservação da memória episódica e de outros domínios cognitivos.

Atualmente, são conhecidas três variantes com base no tipo de comprometimento da linguagem: não fluente, semântica e logopênica. (LEE, 2024)

O diagnóstico é essencialmente clínico através de uma história detalhada atrelado a um exame físico neurológico minucioso em um paciente que se encaixa nas características clínicas citadas. (LEE, 2024)

4.3.4 TNC com Corpos de Lewy (DCL)

É uma das causas mais comuns de demência degenerativa, atrás apenas da Doença de Alzheimer e da demência vascular. As características clínicas que a diferem das outras compõem alucinações visuais, parkinsonismo, flutuações cognitivas, disautonomia, distúrbios do sono e sensibilidade neuroléptica. Apesar disso, ainda hoje, representa um desafio no que diz respeito ao diagnóstico, dado a sua heterogeneidade clínica e sobreposição com outras doenças neurodegenerativas. A marca patológica da DCL é a presença de inclusões intracitoplasmáticas eosinofílicas chamadas corpos de Lewy, que contêm alfa-sinucleína agregada, localizados em todo o neocórtex, bem como nos núcleos do tronco cerebral e nas estruturas límbicas. (LATIMER et al 2021)

O diagnóstico de DCL é organizado em uma categoria de características diagnósticas essenciais e de suporte, além da presença de biomarcadores que apoiam o seu diagnóstico, apesar de não estarem disponíveis clinicamente. Nesse caso, demência entra como critério essencial. Além dele, é necessário a presença de pelo menos duas "características clínicas principais" de DCL: flutuações cognitivas, alucinações visuais, distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos (REM) e parkinsonismo ou ainda, a presença de duas ou mais "características sugestivas" na ausência de uma característica clínica principal. No entanto, por causa do seu baixo índice de suspeição, até hoje, um diagnóstico positivo baseia-se principalmente na presença de características clínicas essenciais por história e exame físico. (TAYLOR et al, 2021)

4.3.5 Doença de Parkinson

Doença neurodegenerativa crônica e progressiva caracterizada por bradicinesia e hipocinesia combinada com tremor de repouso e/ou rigidez. Além das características motoras típicas da doença, a disfunção cognitiva é comum nesta patologia e sua prevalência aumenta com a progressão dela, de modo que em alguns casos, pode até ultrapassar as características motoras como uma das principais causas de incapacidade e mortalidade. (RODNITZKY, 2022)

Apesar dessa entidade poder coexistir com outras causas comuns de demência, é cada vez mais frequente que a demência e o comprometimento cognitivo leve façam parte de características comuns da DP. Além disso, a incidência de demência na DP parece aumentar se associado a certos fatores de risco conhecidos, como idade avançada e maior duração da doença. No que diz respeito ao comprometimento cognitivo na DP, sabe-se que este possui um padrão geral de disfunção executiva e função visuoespacial prejudicada, com déficits de memória menos proeminentes e função de linguagem relativamente preservada, além de existir em um continuum de gravidade. (CHAHINE, 2023) (LYONS et al, 2011)

Dependendo do grau de interferências nas atividades da vida cotidiana, o comprometimento pode ser dividido em duas categorias distintas: comprometimento cognitivo leve (CCL) e demência de DP, patologias que devem ser suspeitadas nos pacientes com habilidade cognitiva prejudicada em atividades diárias. No entanto, ambos dependem do parkinsonismo estabelecido há pelo menos 1 ano e da exclusão de outros diagnósticos. (RODNITZKY, 2022)

O tratamento da demência na DP é feito apenas com o uso de sintomáticos, já que estudos e ensaios clínicos demonstraram que outras formas de terapia não obtiveram o mesmo sucesso no curso clínico da doença e na resolução dos sintomas. (RODNITZKY, 2022)

4.4 SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS RELACIONADOS AOS TNC'S

Entender os SNP em pacientes idosos com demência é de extrema relevância nos dias atuais, primeiro porque reflete a importância da saúde mental e da psiquiatria geriátrica, segundo porque fornece não só aos familiares e cuidadores, mas também aos profissionais de saúde recursos e informações úteis a respeito das atualizações e controvérsias envolvendo o reconhecimento e tratamento desses sintomas. (LABONI et al, 2017)

Cerca de 98% das pessoas com demência desenvolvem pelo menos um sintoma neuropsiquiátrico ao longo do curso da doença. Os SNP incluem depressão, ansiedade, agitação/agressão, apatia/indiferença, disforia, euforia/euforia, desinibição, irritabilidade/labilidade, alucinações e delírios, sendo os mais comuns depressão, apatia, psicose, agitação e sono perturbações. (VERNON et al, 2018)

Sabe-se que os SNP, mesmo em indivíduos com nenhuma ou pouca alteração cognitiva, podem anunciar um distúrbio neurocognitivo. Alterações patológicas no cérebro antecedem em uma ou mais décadas o início do quadro demencial. (LABONI et al, 2017)

Além disso, é imprescindível considerar se os sintomas psiquiátricos de início tardio indicam a presença de um distúrbio neurocognitivo. Reconhece-se que a taxa de conversão de um comprometimento cognitivo leve (CCL) para a demência seja de 5% ao ano, no entanto, naqueles com SNP, esse valor sobe para 25% ao ano. Apesar disso, nem toda doença psiquiátrica primária deve ser rotulada como demência. Nesse sentido há a importância de um diagnóstico precoce. O diagnóstico precoce auxilia no reconhecimento e possível intervenção para retardar o avanço natural da doença, além de oferecer tratamentos eficientes para melhorar as intervenções psicossociais e a qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. (LABONI et al, 2017)

4.4.1 O papel do cuidador e o impacto na institucionalização precoce

A partir de diversos estudos, tornou-se reconhecido que os SNP, em pacientes idosos portadores de demência são mais preditivos de sobrecarga e depressão do cuidador, além de um maior isolamento social, atrelado à deterioração da saúde física e a distúrbios psicológicos. Além, é claro, da crescente dificuldade financeira. (CHENG, 2017)

Por estarmos tratando de uma doença cujo curso é prolongado, torna-se óbvio que os cuidadores estão mais sujeitos a cargas extensas de trabalho, culminando em

diversos problemas sociais como: conflitos familiares, deterioração da relação paciente-cuidador, abuso de pacientes e suicídios. Além disso, verificou-se que muitos cuidadores estão mais propensos a desenvolver doenças cardiovasculares, especialmente hipertensão, assim como o desenvolvimento de síndromes depressivas e transtornos de ansiedade. À medida que os quadros demenciais se tornam mais intensos, a carga sobre o sistema de saúde e assistência social aumentará. Isso demonstra a necessidade do maior incentivo, atenção e cuidado para com os cuidadores. (CHENG, 2017)

Por esse motivo, muitos cuidadores sobrecarregados podem optar pela institucionalização precoce desses indivíduos, como "válvula de escape" para evitar piora de sua qualidade de vida. Todavia, nem sempre esse caminho trará consequências positivas, visto que em muitos casos podem acabar aumentando os sentimentos de sobrecarga e depressão. É essencial sempre envolver os cuidadores e seus familiares durante o processo de aconselhamento diagnóstico muito antes dos pacientes serem hospitalizados com demência avançada. (PASSMORE, 2013)

Fica claro que a institucionalização precoce pode ser atrasada ou ainda revertida com o apoio do Sistema de Saúde e o desenvolvimento de medidas que preservem a vida dos cuidadores. Além disso, melhorias da relação entre o cuidador e paciente também devem ser preconizadas. A proximidade na relação cuidador e paciente tem sido associada a melhores resultados cognitivos e funcionais para o destinatário do cuidado. Relações mais estreitas oferecem diversos benefícios: melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico, aumento da capacidade de resolução de problemas, custos informais mais baixos, taxas mais lentas de declínio cognitivo e funcional e melhor ajuste aos lares de idosos. (VERNON et al, 2018).

Desse modo, o aprimoramento dessa relação pode impactar de maneira cada vez mais positiva, culminando até em menor gravidade no desenvolvimento dos SNP.

4.5 PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS DOS TNC'S

4.5.1 Sintomas Neuropsiquiátricos na Doença de Alzheimer

Dentre os sinais e sintomas da Doença de Alzheimer, a apatia é o sintoma neuropsiquiátrico mais comum, sendo ela correlacionada principalmente com alterações na estrutura e função do córtex frontal medial e córtex cingulado anterior. Ademais, sintomas depressivos estão associados principalmente a lesões cerebrais da DA na região frontal-subcortical dos circuitos límbicos. Sendo relacionados com aceleração da taxa de declínio cognitivo.

Por outro lado, os delírios e as alucinações estão presentes do meio para final dos estágios da DA, e alucinações podem ser mais comuns na demência grave. Sendo que a neuropatologia dos delírios é característica no lobo frontotemporal, já nas alucinações ocorre principalmente na rede neural anteroposterior e na região anterior da ínsula. Além disso, comportamentos de desinibição e irritabilidade, também estão presentes na DA, tendo o processo patológico presente no circuito orbitofrontal-subcortical.

4.5.2 Sintomas Neuropsiquiátricos na Demência por Corpos de Lewy

Uma variedade de SNP podem fazer parte do espectro da demência por Corpos de Lewy, incluindo alucinações visuais, característica central da doença, e alucinações em outras modalidades sensoriais, delírios sistematizados, apatia, agressão, ansiedade e depressão, sendo que as duas últimas são constantemente encontradas. Distúrbio comportamental do sono REM e sonolência diurna excessiva também merecem destaque. É essencial o fornecimento de informações adicionais a respeito do quadro do paciente por um cuidador ou outro informante, porque nem sempre o paciente percebe a extensão ou consequências dos SNP. (WEINTRAUB, 2016)

Com início insidioso e progressão gradual, os déficits cognitivos são mais proeminentes nos domínios da atenção, funcionamento visuoespacial e funcionamento executivo. Características principais adicionais incluem cognição flutuante, alucinações visuais recorrentes, e parkinsonismo. Também se reconhece que os distúrbios visuoperceptuais são comuns, podendo até diferenciá-lo da Doença de Alzheimer. (WEINTRAUB, 2016)

Características sugestivas de DCL incluem distúrbio comportamental do sono REM e sensibilidade neuroléptica grave. O distúrbio comportamental do sono REM,

podem persistir durante toda a doença, mas muitas vezes diminuem de gravidade ou "esgotam" com o tempo. Baixa captação do transportador de dopamina (DaT) no basal gânglios mostrados por tomografia computadorizada com emissão de fóton único (SPECT) ou imagens PET foram propostos como uma característica sugestiva. As características clínicas de suporte incluem quedas repetidas e síncope, perda de consciência transitória e inexplicável, disfunção autonômica grave, alucinações em outras modalidades, delírios sistematizados e depressão. (WEINTRAUB, 2016)

4.5.3 Sintomas neuropsiquiátricos na Demência Frontotemporal

Na variante comportamental, as mudanças na personalidade e no comportamento são mais proeminentes, com perda de interesse em assuntos e responsabilidades pessoais, isolamento social, perda de consciência de higiene pessoal e comportamento socialmente desinibido. Perseverante ou comportamentos motores compulsivos, bem como hiperoralidade e mudanças na dieta, podem também ser evidentes. (LEE, 2024)

Esses pacientes são frequentemente atendidos inicialmente em ambientes psiquiátricos e podem ser diagnosticados erroneamente como tendo transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar. Em adição a variante comportamental, existem 3 variantes linguísticas: (1) o tipo semântico, que envolve uma afasia fluente com conteúdo empobrecido e erros parafásicos, com sintaxe intacta e prosódia e, às vezes, embotamento emocional, perda de empatia e comportamentos rígidos; (2) afasia progressiva não fluente; e (3) o subtipo logopênico. (LEE, 2024)

4.5.4. Sintomas neuropsiquiátricos na Demência Vascular

Além do declínio cognitivo como entidade de maior importância, os quadros de demência vascular podem ser acompanhados de sinais neuropsiquiátricos e alterações comportamentais, que são muito comuns nos quadros de demência vascular, principalmente naqueles pacientes com déficit cognitivo moderado e grave.

Dentre as manifestações mais frequentes estão quadros de ansiedade (94%) depressão (19%), apatia, abulia, agnosia, e psicose com delírios e alucinações, além de alterações comportamentais como transtorno opositor e isolamento social.

Outra condição de descrição antiga na história da medicina, que também pode estar presente nos casos de demência vascular é a síndrome pseudobulbar, conhecida por ser uma desordem neurológica de expressão emocional incongruente

ao estado emocional momentâneo do indivíduo. Ela pode ser encontrada em alguns pacientes com demência vascular, os quais podem ter sofrido com lesões do neurônio motor superior. Se caracteriza por emoções inapropriadas, desconectadas do humor normal do indivíduo, com episódios de choro e risadas espasmódicas.

4.5.5 Sintomas neuropsiquiátricos na Doença de Parkinson

Os SNP na Doença de Parkinson são comuns, principalmente nos estágios iniciais, e podem tornar-se incapacitantes ao longo do curso da doença, se não foram precocemente diagnosticados e tratados da maneira correta. Além disso, sabe-se que tais sintomas podem diminuir a qualidade de vida do paciente, aumentando a carga de trabalho do cuidador e conseqüentemente a internação dos idosos em lares de cuidado integral. (AARSLAND et al, 2010)

A depressão e a ansiedade são os sintomas mais frequentes, sendo que a depressão aumenta sua prevalência mais rapidamente do que a ansiedade com o desenvolver da patologia. Esses sintomas podem anteceder os sintomas motores da DP em vários anos e pertencer às características não motoras que podem revelar o desenvolvimento dela. Apesar de se mostrarem presentes no início do quadro da DP, esses sintomas podem surgir em qualquer fase da doença. A depressão manifesta-se, majoritariamente, por mau humor e anedonia, enquanto a ansiedade está vinculada ao Transtornos de Ansiedade Generalizada (TAG), ataques de pânico, fobias simples e sociais, sendo que a ansiedade pode fazer parte de um transtorno depressivo subjacente. (AARSLAND et al, 2010)

A apatia e a fadiga podem fazer parte de características clínicas de outras condições ou ainda estarem presentes como sintomas independentes. Enquanto a fadiga é vista no início da DP, podendo até anteceder os sintomas motores da doença, a apatia tende a acontecer em estágios mais tardios. A fadiga é o sintoma mais incapacitante relatado em pelo menos $\frac{1}{3}$ dos pacientes com DP e uma vez presente, pode ser crônica ou intermitente, mas a prevalência ao longo da vida aumenta com o tempo. Está associada a taxas mais altas de sintomas depressivos, distúrbios do sono e distúrbios cognitivos, mas também é altamente prevalente em pacientes não deprimidos. A apatia tem sido menos estudada ao longo dos anos como parte do espectro de SNP da DP. Mesmo assim, sabe-se que seu impacto é importante, sendo que o paciente geralmente fica inativo e essa passividade leva a um maior declínio funcional e maior debilidade. Outro fator clínico essencial da apatia é o seu

comprometimento cognitivo que também é uma característica geral da DP. (MACÍAS-GARCIA et al, 2022) (WEINTRAUB et al, 2022)

Os sintomas psicóticos ocorrem de maneira frequente na DP, sendo que as alucinações visuais são o tipo mais comum. Mesmo assim, as alucinações podem abranger todos os domínios sensoriais (auditivas, olfativas, entre outras). Além disso, os delírios também são relativamente comuns. A presença da psicose aumenta ao longo do curso da doença, estando mais presente em estágios tardios. Sabe-se que esse sintoma está fortemente relacionado ao comprometimento cognitivo, idade, duração da doença (aumentando em gravidade com a duração da doença), sonolência diurna excessiva, distúrbios do sono REM, depressão e discinesias. O impacto da psicose é substancial porque está associada à demência, depressão, mortalidade precoce, maior tensão do cuidador e colocação em lares de idosos. É importante avaliar inicialmente o paciente para outras causas potenciais de alucinações, como trato urinário ou outras infecções e desidratação, bem como medicamentos não-DP conhecidos por causar SNP, como psicotrópicos e anticolinérgicos. (MACÍAS-GARCIA et al, 2022) (WEINTRAUB et al, 2022)

4.6 MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

A abordagem dos sintomas, de maneira geral, é feita rotineiramente durante cada consulta, e inicialmente se faz com perguntas diretas para os próprios pacientes, para seus familiares e/ou cuidadores, envolvendo tais sintomas. Esta medida é necessária pelo fato de na maioria das vezes, os sintomas são subnotificados e desvalorizados.

Os sintomas neuropsiquiátricos mais comumente investigados são ansiedade, depressão, alucinações, agressividade, paranoia e apatia, utilizando-se de perguntas como “O paciente apresenta algum comportamento que te preocupa?” “Ele dorme bem a noite?”, “Ele tem alucinações, vê coisas ou ouve vozes que não são reais?”, “Qual hora do dia ele costuma ficar mais agitado?”. As respostas dadas a estas perguntas iniciais norteiam os próximos passos a serem tomados.

Ao avaliar estes sintomas, o ponto chave para o manejo adequado destes pacientes é a identificação da causa base ou “fator de gatilho” para que ele comece a manifestá-los. Estes gatilhos podem ser representados por causas orgânicas, como infecções, intoxicações por medicamentos e dor; e por causas não orgânicas como medo, confusão, má qualidade do sono e baixa exposição à luz. Além disso, estes fatores devem ser avaliados sempre que um novo sintoma se manifeste.

Um gatilho de grande importância pela sua grande presença na vida dos idosos são os medicamentos, devendo-se atentar àqueles com potencial anticolinérgico (anti-histamínicos, antiparkinsonianos, antimuscarínicos, antieméticos, relaxantes musculares, antipsicóticos e antidepressivos tricíclicos), os quais devem ser evitados ao máximo no paciente idoso.

4.6.1 Agitação e Agressão

A estratégia de manejo da agitação deve ser feita inicialmente com a identificação da causa, como dito anteriormente. Deve ser feita também a garantia da segurança do paciente, identificando potenciais fatores de risco à vida dele e daqueles à sua volta.

Dentre as estratégias de segurança estão incluídos apoio prático à família e cuidadores, maior supervisão, hospitalização, e, se necessário, farmacoterapias.

As terapias farmacológicas comprovadamente reduzem a ansiedade e agitação de pacientes com demência (PRESS, 2022). Estas são sempre preferíveis às terapias farmacológicas quando condizentes. Outras terapias não farmacológicas que

demonstraram algum benefício em estudos pequenos foram a estruturação de rotinas, distração, redirecionamento e respostas calmas, aromaterapia, treinamento físico, musicoterapia, e massagem podem reduzir a agitação.

4.6.2 Depressão

O tratamento dos transtornos depressivos nos idosos com demência é feito com terapia farmacológica. Apesar disso, atualmente existem poucos estudos para orientar a escolha de um medicamento específico, mas na prática médica é comum a prescrição de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (sertralina e citalopram), pelos efeitos anticolinérgicos dos antidepressivos tricíclicos, sendo escolhidos de forma individualizada de acordo com as possíveis interações e efeitos colaterais.

4.6.2 Apatia

Dentre os sintomas discutidos, talvez a apatia seja o mais desafiador, podendo surgir precocemente e persistir ao longo do tempo.

Como não existem estudos suficientes para avaliar os benefícios das terapias não farmacológicas, o uso de medicamentos como inibidores de colinesterase são os mais preconizados, seguindo uma abordagem gradual. Caso a apatia persista, podem ser usados antidepressivos e metilfenidato em doses baixas.

4.6.4 Distúrbios do Sono

Para os sintomas relacionados ao sono, as estratégias não farmacológicas são preferidas. Dentre elas, podemos implementar programas de atividade/exercícios, aumentar a exposição à luz solar durante a manhã e limitar as bebidas à noite.

5 CONCLUSÃO

Ao analisar a distribuição dos transtornos neurocognitivos na população idosa, e respeitando as suas particularidades, podemos perceber que dentre todos a demência, independente da etiologia, é o de maior impacto para os pacientes idosos e para os seus relativos.

O impacto gerado pela demência e pelo desenvolvimento de sintomas cognitivos/comportamentais agudos, se traduz com desgaste físico e emocional pela própria doença, tanto para o paciente quanto para seus familiares, Com isso, o resultado gerado é um prejuízo nas relações interpessoais dentro do círculo social de cada paciente, além de muitas vezes haver o abandono dos cuidados para com o paciente, tanto pela família quanto pelos cuidadores, os quais muitas vezes não compreendem a necessidade do entendimento da doença e como influencia no cuidado.

Com isso, é de suma importância que as organizações de saúde saibam identificar, compreender, manejar e transmitir o conhecimento acerca dos sintomas para a família, para que possam contribuir com os cuidados de forma individualizada, principalmente daqueles com sintomas neuropsiquiátricos agudos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e daqueles responsáveis pelo seu cuidado.

REFERÊNCIAS

AARSLAND, D.; MARSH, L.; SCHRAG, A. **Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease.** 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787875/>. Acesso em: 06 maio 2024.

A WOLK, David; DICKERSON, Bradford C. **Clinical features and diagnosis of Alzheimer disease.** 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-alzheimer-disease?search=Caracter%C3%ADsticas%20cl%C3%ADnicas%20e%20diag%C3%B3stico%20da%20doen%C3%A7a%20de%20Alzheimer&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

ANTTILA T, HELKALA EL, VIITANEN M, et al. **Consumo de álcool na meia-idade aumenta risco de demência entre idosos.** 2004. Disponível em: https://www.bibliomed.com.br/clipping/index.cfm?news_id=5762&mode=browse&titulo=consumo-de-alcool-na-meia-idade-aumenta-risco-de-demencia-entre-idosos.html. Acesso em: 25 abr. 2024.

ASSOCIATION, American Psychiatric. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª edição. DSM-V.** 2013. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2024

AYTULUN, Aslı; AKI, Şahinde Özlem Erden. **Mild Behavioral Impairment: A New Prodromal Syndrome for Dementia.** 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36592107/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

BERTOLA, Laiss; SUEMOTO, Claudia Kimie; ALIBERTI, Márlon Juliano Romero; GONÇALVES, Natalia Gomes; PINHO, Pedro José de Moraes Rebello; CASTRO-COSTA, Erico; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FERRI, Cleusa P. **Prevalence of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in a Large and Diverse Nationally Representative Sample: The ELSI-Brazil Study.** 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36682021/>. Acesso em: 18 mar. 2024.

BUTTERS MA, YOUNG JB, LOPEZ O, et al. **Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia.** 2088. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18979948/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

BROWN RC, LOCKWOOD AH, SONAWANE BR. **Neurodegenerative Diseases: An Overview of Environmental Risk Factors.** 2005. Disponível em: <https://ehp.niehs.nih.gov/doi/10.1289/ehp.7567>. Acesso em: 25 abr. 2024.

CHAHINE, Lana. **Management of nonmotor symptoms in Parkinson disease.** 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-nonmotor-symptoms-in-parkinson-disease?search=Manejo%20dos%20sintomas%20n%C3%A3o%20motores%20n>

a%20doen%C3%A7a%20de%20Parkinson&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

CHANG, Chung-Chou H.; ZHAO, Yongyun; LEE, Ching-Wen; GANGULI, Mary. **Smoking, death, and Alzheimer's disease: A case of competing risks.** 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3321062/>. Acesso em: 20 mar. 2024.

CHEN, Yaojing; DANG, Mingxi; ZHANG, Zhanjun. **Brain mechanisms underlying neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review of symptom-general and -specific lesion patterns.** 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34099005/>. Acesso em: 04 maio 2024.

CHENG, Sheung-Tak. **Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis.** 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28795386/>. Acesso em: 19 maio 2024.

CUMMINGS, Jeffrey. **New approaches to symptomatic treatments for Alzheimer's disease.** 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33441154/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

DALPUBEL, Daniela; GESUALDO, Gabriela D.; SOUZA, Érica N.; OLIVEIRA, Nathalia A.; OLIVEIRA, Keila F. N.; VALE, Francisco A. C.. **Sintomas depressivos no comprometimento cognitivo leve: revisão sistemática.** 2015. Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015;14(1):20-27 doi: 10.12957/rhupe.2016.22358. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/viewFile/22358/23201>. Acesso em: 18 mar. 2024.

FLEMINGER, S; et al. **Head injury as a risk factor for Alzheimer's disease: the evidence 10 years on; a partial replication.** 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1738550/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

GAVETT, Brandon e; et al. **Mild traumatic brain injury: a risk factor for neurodegeneration.** 2010. Disponível em: <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/alzrt42>. Acesso em: 25 abr. 2024.

GAO, S; HENDRIE, H C; HALL, K s; HUI, S. **The relationships between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis.** 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9736007/>. Acesso em: 18 mar. 2024.

GUO, Z; et al. **Head injury and the risk of AD in the MIRAGE study.** 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10746604/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

LATIMER, Caitlin s; MONTINE, Thomas J. **Epidemiology, pathology, and pathogenesis of dementia with Lewy bodies.** 2024. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-dementia-with-lewy-bodies?search=Epidemiologia%2C%20patologia%20e%20patog%C3%AAnese%20da%20dem%C3%AAncia%20com%20corpos%20de%20Lewy&source=search_result&selectedTitle=1%7E120&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

LEE, Suzee. **Frontotemporal dementia: Clinical features and diagnosis**. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/frontotemporal-dementia-clinical-features-and-diagnosis?search=Dem%C3%AAncia%20frontotemporal%3A%20caracter%C3%ADsticas%20cl%C3%ADnicas%20e%20diagn%C3%B3stico&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

LYONS, Kelly E.; PAHWA, Rajesh. **The Impact and Management of Nonmotor Symptoms of Parkinson's Disease**. 2011. Disponível em: https://www.ajmc.com/view/ace001_11oct_lyons_s308. Acesso em: 06 maio 2024.

MACÍAS-GARCÍA, Paloma; RASHID-LÓPEZ, Raúl; CRUZ-GÓMEZ, Álvaro J; et al. **Neuropsychiatric Symptoms in Clinically Defined Parkinson's Disease: An Updated Review of Literature**. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9110237/>. Acesso em: 06 maio 2024.

MARTIN, Evangelia; VELAYUDHAN, Latha. **Neuropsychiatric Symptoms in Mild Cognitive Impairment: A Literature Review**. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32289790/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

MCCOLLUM, Lauren; KARLAWISH, Jason. **Cognitive Impairment Evaluation and Management**. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7416715/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

MCFARLAND, Nikolaus. **Clinical features and diagnosis of dementia with Lewy bodies**. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-dementia-with-lewy-bodies?search=Caracter%C3%ADsticas%20cl%C3%ADnicas%20e%20diagn%C3%B3stico%20de%20dem%C3%AAncia%20com%20corpos%20de%20Lewy&source=search_result&selectedTitle=1%7E120&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

MUKAMAL, Kenneth J; KULLER, Lewis H; FITZPATRICK, Annette L; LONGSTRETH JUNIOR, W T; A MITTLEMAN, Murray; SISCOVICK, David s. **Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults**. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12636463/>. Acesso em: 20 mar. 2024.

PANZA F, FRISARDI V, CAPURSO C, et al. **Depressão tardia, comprometimento cognitivo leve e demência: possível continuidade?**. 2010.

PASSMORE, Michael J. **Neuropsychiatric Symptoms of Dementia: Consent, Quality of Life, and Dignity.** 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3705839/>. Acesso em: 19 maio 2024.

PENDLEBURY, Sarah T; ROTHWELL, Peter M. **Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis.** 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19782001/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PELAK, Victoria s. **Approach to the patient with visual hallucinations.** 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-visual-hallucinations?search=dem%C3%A4ncia%20por%20corpos%20de%20lewy&source=search_result&selectedTitle=4%7E120&usage_type=default&display_rank=4. Acesso em: 07 maio 2024.

PLASSMAN, B L; HAVLIK, R J; STEFFENS, D C. **Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias.** 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11071494/>. Acesso em: 05 abr. 2024.

PRESS, Daniel; DEKOSKY, Steven T; SCHMADER, Kenneth e; MENDEZ, Mario F; WILTERDINK, Janet L. **Manejo dos sintomas neuropsiquiátricos da demência.** 2024. Disponível em: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/uptodate>. Acesso em: 30 abr. 2024

QIU, Chengxuan; WINBLAD, Bengt; MARENGONI, Alessandra; KLARIN, Inga; FASTBOM, Johan; FRATIGLIONI, Laura. **Heart failure and risk of dementia and Alzheimer disease: a population-based cohort study.** 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16682574/>. Acesso em: 20 mar. 2024.

RODNITZKY, Robert L. **Cognitive impairment and dementia in Parkinson disease.** 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cognitive-impairment-and-dementia-in-parkinson-disease?search=Comprometimento%20cognitivo%20e%20dem%C3%A4ncia%20na%20doen%C3%A7a%20de%20Parkinson&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

SANTANGELI, Pasquale; BIASE, Luigi di; BAI, Rong; MOHANTY, Sanghamitra; et al. **Atrial fibrillation and the risk of incident dementia: a meta-analysis.** 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22863685/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

SMITH, Eric e; WRIGHT, Clinton B. **Etiology, clinical manifestations, and diagnosis of vascular dementia.** 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-vascular-dementia?search=Etiologia%20e%20manifesta%C3%A7%C3%B5es%20cl%C3%>

ADnिकास%20e%20diagn%C3%B3stico%20de%20dem%C3%AAncia%20vascular &source=search_result&selectedTitle=1%7E64&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 24 abr. 2024.

TAYLOR, John-Paul; MCKEITH, Ian G; BURN, David J; et al. **New evidence on the management of Lewy body dementia.** 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7017451/>. Acesso em: 03 maio 2024.

VAN KOOTEN F, KOUDSTAAL PJ. **Epidemiology of post-stroke dementia.** 1988. Disponível em: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-0032463938&origin=inward>. Acesso em: 25 abr. 2024

VERNON, Elizabeth K; et al. **Caregiver-Care Recipient Relationship Closeness is Associated with Neuropsychiatric Symptoms in Dementia.** 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6812501/>. Acesso em: 19 maio 2024.

VUIC, Barbara; MILOS, Tina; TUDOR, Lucija; PERKOVIC, Matea Nikolac; KONJEVOD, Marcela; ERJAVEC, Gordana Nedic; FARKAS, Vladimir; UZUN, Suzana; MIMICA, Ninoslav; STRAC, Dubravka Svob. **Pharmacogenomics of Dementia: Personalizing the Treatment of Cognitive and Neuropsychiatric Symptoms.** 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38002991/>. Acesso em: 25 abr. 2024.

WEINTRAUB, Daniel. **Neuropsychiatric Symptoms in Parkinson Disease and Dementia with Lewy Bodies: What Geriatric Psychiatry Can Learn.** 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4820015/>. Acesso em: 03 maio 2024.

WEINTRAUB, Daniel; AARSLAND, Dag; CHAUDHURI, Kallol Ray; DOBKIN, Roseanne D; et al. **The neuropsychiatry of Parkinson's disease: advances and challenges.** 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8800169/>. Acesso em: 06 maio 2024.

ZHONG, Guochao; et al. **Smoking Is Associated with an Increased Risk of Dementia: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies with Investigation of Potential Effect Modifiers.** 2015. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357455/#:~:text=Methods%20and%20Findings&text=Thirty%2Dseven%20studies%20were%20included,%25%20CI%201.15%E2%80%931.66\)..](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357455/#:~:text=Methods%20and%20Findings&text=Thirty%2Dseven%20studies%20were%20included,%25%20CI%201.15%E2%80%931.66)..) Acesso em: 25 abr. 2024.