SAÚDE MENTAL
Edição 17
Desafios da prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na sociedade moderna

Capítulo 13

DEMÊNCIA E DELIRIUM: PERSPECTIVAS ATUAIS SOBRE DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

MIGUEL OLIVER MENEZES DE MORAIS TELES[1]
BEATRIZ VASCONCELOS SILVEIRA[1]
LUCIANO BARROSO DE ALBUQUERQUE FILHO[1]
FAIRANE SOUSA DUARTE[1]
LUIZ EDUARDO LIMA FREIRE[1]
CAIO LEVI PIRES DOS SANTOS[1]
LETÍCIA TORQUATO PEDROSA[1]
NAHIANA BEZERRA DE MENEZES CRUZ[1]
PEDRO PAULO VIEIRA GUERRA MENEZES CIRINO[1]
ISADORA PINHEIRO COUTINHO[1]
MARIA REGINA DAMASCENO DIAS[1]
CARLOS ROBERTO ALBUQUERQUE FONSECA[1]
MARCELA ALINA JEREISSATI DE CASTRO[1]
MARINA MARQUES MAIA[1]
JOSÉ MARIA SANTIAGO DA SILVA JUNIOR[2]

1. *Discente - Medicina do Centro Universitário Unichristus Fortaleza-CE.*
2. *Docente – Médico pela Universidade Federal do Ceará (UFC).*

Palavras Chave *Demência; Delirium; Alzheimer; Corpos de Lewy; Demência Frontotemporal; Demência Vascular.*

doi 10.59290/978-65-6029-117-1.13

INTRODUÇÃO

Demência, também chamada de transtorno neurocognitivo maior, é caracterizada por uma perda da função cognitiva e pela ausência de flutuação no nível de consciência. A ausência na flutuação do nível de consciência corrobora com a diferenciação com outros estados, como o coma, delirium e outros transtornos confusionais. Visto que na demência o nível de consciência permanece preservado. Representa uma das grandes síndromes, principalmente na área geriátrica, porém, apesar de estar correlacionada a um aumento na incidência conforme o aumento da idade não se caracteriza como uma consequência invariável do envelhecimento há fatores de risco e de proteção que podem alterar as probabilidades de desenvolvimento da Demência. Apesar da crescente de diagnóstico nos últimos anos, ainda se caracteriza como insuficiente uma amostragem científica que corrobora com a realização de testes de triagem universal. Porém, é notória a necessidade de uma atenção a sinais clínicos.

Diversos tipos de demência cursam de maneiras diferentes, com suas respectivas especificidades. Porém, há fatores que se mostram presentes na síndrome demencial na totalidade. Um deles é a maior correlação com a ocorrência de estados confusionais agudos, caracterizando-se como um fator predisponente que aumenta a probabilidade de ocorrer Delirium em meio a uma hospitalização. Assim também, a ocorrência de delirium tem mostrado uma assiduidade maior com o diagnóstico posterior de demência.

Delirium consiste em uma condição caracterizada por uma rápida e variável deterioração das funções cognitivas e de atenção, sendo evidenciada em pessoas com mais de 65 anos, embora não seja exclusiva do referido grupo, podendo ocorrer como resultado de doenças agudas, piora de condições crônicas, cirurgias, início ou mudança de medicamentos, ou hospitalização. A aludida condição resulta de uma série de mudanças metabólicas e orgânicas, sendo também denominada de síndrome confusional aguda. Do ponto de vista fisiopatológico, ocorre uma interrupção no funcionamento do sistema ativador reticular ascendente (SARA), afetando especialmente o córtex frontal não dominante, responsável por processos de pensamento além do eu, e o córtex superior, onde estão localizadas funções relacionadas ao entendimento e julgamento (SANABRIA *et al*., 2022).

A relevância clínica do delirium está na sua alta prevalência: estima-se que dois terços dos pacientes com mais de 70 anos já tenham experimentado delirium, sendo que metade deles desenvolve durante a internação hospitalar, enquanto a outra metade já o teve anteriormente. No entanto, apesar da alta frequência, estima-se que cerca de 60% dos casos não são diagnosticados. Além da idade avançada, ou-tros fatores de risco incluem cirurgias comple-xas, sexo masculino, demência, e também limitações funcionais pré-existentes, como problemas de visão ou audição, e dependência de medicamentos. O delirium não só é comum, mas também traz consequências graves para aqueles que o experimentam: aumenta a morbidade, a dependência funcional, o risco de serem colocados em instituições de cuidados de longo prazo e a probabilidade de internações prolongadas, dobrando o risco de morte a cada ano (GUAL; GARCíA-SALMONES; PÉREZ, 2019; SANABRIA, 2022).

Em pacientes com demência, a presença de delirium também está associada a um declínio mais acelerado na função cognitiva, em internações hospitalares mais longas, taxas mais altas de readmissão e maior risco de morte. Apesar dessas consequências graves, o diagnóstico precoce do delirium oferece a oportu-

nidade de identificar e tratar os fatores desencadeantes, potencialmente revertendo o quadro e evitando ou reduzindo suas consequências negativas. No entanto, o diagnóstico e tratamento do delirium continuam sendo desafios, especialmente em pacientes com demência, onde é difícil distinguir entre as alterações cognitivas e comportamentais típicas da demência e o estado de confusão do delirium (GUAL; GARCíA-SALMONES; Pérez, 2019).

Embora seja mais comum em indivíduos com mais de 65 anos, não é exclusivo desse grupo etário. Fisiologicamente, envolve uma interrupção no funcionamento do sistema ativador reticular ascendente (SARA), afetando particularmente o córtex frontal não dominante, que é responsável por funções relacionadas à consciência do ambiente e ao julgamento. As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2008). A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades (SOUSA, 2019; SILVA *et al.*, 2020; FERREIRA & ALCANTARA, 2018).

Observa-se então, que a demência e o delirium são problemas de saúde pública, e cada vez mais estão presentes no cotidiano brasileiro. Acrescentando a isso, busca diagnosticá-los e tratá-los de forma ideal. E ainda se aborda outra patologia, o delirium, que está associado a essas demências, visto que possui suas particularidades. Com isso, o objetivo do capítulo é relatar essas diferenças entre essas patologias, e apresentar outras formas de demências presentes no meio.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de Março de 2024 até Abril de 2024, por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e Embase. Foram utilizados os descritores: “Dementia”, “Delirium”, “Alzheimer's Disease” e “Neurocognitive Disorder”. Desta busca foram encontrados 95 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em inglês; publicados no período de 2019 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos originais, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, que não abordavam diretamente a proposta estudada sendo excluídos pelo título do artigo e por seu resumo, que não atendiam a proposta da pesquisa e que não atendiam aos demais critérios de inclusão, sendo eles: língua publicada e data de publicação.

Após os critérios de seleção restaram 12 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em no tabelas, quadros ou, de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: doença de alzheimer, delirium, demência X delirium e demência frontotemporal, com base na âncora teórica o Tratado de Psiquiatria e a Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Doença de Alzheimer

É notório que com o envelhecimento populacional, novas patologias vêm aparecendo, sendo de grande importância destacar os Transtornos Neurocognitivos Maiores(TNM), sendo cerca de 50 milhões de pessoas no planeta com o diagnóstico e no Brasil o número chega a 1.2 milhão de pessoas que vivem com quadros de TNM, entre os transtornos neurocognitivos maiores, a Doença de Alzheimer é a principal causa de demência na população mundial, sendo cada vez mais uma preocupação para o Ministério da Saúde (BVSMS,2011).

A Doença de Alzheimer é a demência mais comum, sendo responsável por 50-75% de todos os casos registrados. Mediante estimativas, em 2013 projetava-se que, em 2040 mais de 80 milhões de indivíduos possuíam algum quadro demencial, tornando necessário condutas de prevenção, a fim de reduzir os custos do tratamento (PRINCE,2013).

Estudos atualizados revelam que o processo fisiopatológico começa décadas antes do aparecimento do quadro clínico inicial, sendo possível vislumbrar, por meio de exames de neuroimagem molecular com marcadores para Beta-amiloide ou P-tau , os sinais de aparecimento fisiopatológico da Doença de Alzheimer nos indivíduos assintomáticos ou com comprometimento cognitivo leve, o qual é considerado um estado prodrômico da Doença de Alzheimer.(SPERLING, 2011).

O quadro da Doença de Alzheimer é descrito em estágios, sendo revelado pela **Tabela 13.1**, no entanto podemos listar de forma geral os sintomas mais comuns:Memória de curto e cur-tíssimo prazo afetada;repetição de falas; inabili-dade de resolver problemas ou criar soluções; dificuldade de achar palavras ou frases que ex-primem seus sentimentos; mudança de humor: raiva, agressividade e desconfiança; alterações no padrão do sono: insônia ou sonolência; inca-pacidade de realizar as Atividades básicas de vi da diária e as Atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 13.1 Estágios da Doença de Alzheimer

ESTÁGIO 1(INICIAL)	⬇ NA MEMÓRIA,ALTERAÇÃO NA PERSONALIDADE E ⬇HABILIDADES VISUOESPACIAIS.
ESTÁGIO 2(MODERADO)	⬇FALA,⬇REALIZAÇÃO DE AVDS,⬇COORDENAÇÃO MOTORA,AGITAÇÃO E INSÔNIA.
ESTÁGIO 3(GRAVE)	⬇REALIZAÇÃO DE AVDS,INCONTINÊNCIA FECAL E URINÁRIA,⬇NEUROMOTOR PROGRESSIVO.
ESTÁGIO 4(TERMINAL)	RESTRIÇÃO AO LEITO,DISFAGIA E INFECÇÕES RECORRENTES.

Legenda: avds atividades de vida diária

Fonte adaptado associação brasileira de alzheimer

Delirium

O Delirium se caracteriza como uma alteração transitória e reversível da cognição e atenção secundária a algum evento orgânico e/ou induzido por um acontecimento.Apesar do Delirium ter sido descrito inicialmente a mais de 2500 anos atrás, continua sendo dificilmente reconhecido pelos profissionais da saúde.O Delirium é visto como um dos problemas mais fatais, quando se fala da população idosa, acometendo cerca de 50% dos idosos hospitalizados. Por ser uma condição reversível na maioria dos casos,o Delirium tornou-se um importante marcador de qualidade em saúde por muitos

países da Europa e Estados Unidos (SHARON, 2013).

O delirium pode ser caracterizado por dois subtipos, o Delirium Hipoativo e o Delirium Hiperativo. O Delirium Hipoativo tende a ser mais difícil de avaliar e dar o diagnóstico pelo o fato do paciente estar muitas vezes em estado de sonolência excessiva e desorientação, o que não chama tanta atenção quanto o Delirium hiperativo, que por sua vez caracteriza-se pelo aumento da agitação e flutuação da consciência (WACKER,2005).

O Delirium está atrelado muitas vezes a pacientes em internamentos, contudo pode aparecer em quadros de desidratação, infecções, polifarmácia ou uso de medicações psicotrópi cas. Entre as principais etiologias estão:

Medicamentos: anticolinérgicos, opióides, benzodiazepínicos e drogas psicoativas;

Desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos;

Infecções;

Uso de sondas, cateteres, paciente submetido a hemodiálise ou outros procedimentos;

Mudança do ambiente: casa para hospital;

Alteração do ciclo sono-vigília.

Demência X Delirium

A necessidade de identificar qual etiologia, deve-se muitas vezes à inabilidade por muitos profissionais da saúde em realizar um diagnóstico precoce, desse modo causando um entrave na prevenção e reversibilidade de inúmeros casos de Delirium. É evidente a dificuldade de diferenciar o que é Delirium ou Demência, a **Tabela 13.2** transparece as possíveis diferenças entre elas.

Mesmo com avanços na compreensão da fisiopatologia do delirium, ainda há muito a ser investigado sobre a relação entre delirium e demência. Com o número de pessoas afetadas por demência ultrapassando 5 milhões globalmente e previsto para atingir 152 milhões até 2050 (FONG; INOUYE, 2022), a inter-relação entre a demência e o delirium representam desafios futuros significativos para os sistemas de saúde. Essa crescente carga destaca a necessidade de pesquisas adicionais, direcionando esses esforços para a diferenciação e a interseção entre delirium e demência. Um estudo anterior (FONG; INOUYE, 2022) demonstrou associação entre episódios de delirium e um aumento na taxa de declínio cognitivo em pessoas com demência, ressaltando a necessidade de avaliar diretamente os benefícios da prevenção do delirium na trajetória cognitiva.

Tabela 13.2 Diferenças entre Delirium e Demência

	DELIRIUM	DEMÊNCIA
INÍCIO	SÚBITO	CRÔNICO
CURSO NAS 24H	FLUTUANTE COM PIORA NOTURNA	ESTÁVEL
CONSCIÊNCIA	DIMINUÍDA	CLARA

ATENÇÃO	ALTERADA	NORMAL
COGNIÇÃO	PREJUDICADA GLOBALMENTE	PREJUDICADA GLOBALMENTE
ORIENTAÇÃO	FREQUENTEMENTE ALTERADA	FREQUENTEMENTE ALTERADA
ALUCINAÇÕES	VISUAIS	AUSENTES
LINGUAGEM	INCOERENTE	DIFICULDADE PARA ENCONTRAR PALAVRAS
HUMOR	SEM ALTERAÇÃO	FLUTUANTE
DIAGNÓSTICO	AVALIAÇÃO CLÍNICA	MEEM

Legenda MEEM: Mini Exame do Estado Mental
Fonte adaptada The inter-relationship between delirium and dementia: The importance of delirium prevention

Tratamento farmacológico e não farmacológico

Do ponto de vista farmacológico, é necessário a cautela no uso de medicamentos sedativos, como antipsicóticos, devido aos potenciais efeitos colaterais e riscos associados, especialmente em populações idosas. Recomenda-se restringir o uso desses quando as abordagens não farmacológicas são ineficientes ou quando o delirium coloca o paciente ou outros em risco imediato.

Por outro lado, abordagens não farmacológicas focadas em fatores de risco como declínio cognitivo, deficiência auditiva ou visual, imobilidade, privação de sono e desidratação são eficazes na prevenção e no tratamento tanto do delirium quanto da demência. Por exemplo, a dieta cetogênica e a prática de atividade física, se mostraram auxiliares na aprimoração da função cognitiva e na prevenção de problemas neuropsiquiátricos graves, como depressão e apatia. Além disso, o exercício físico contribui para a melhoria do desempenho executivo em pacientes com demência, promovendo maior independência nas atividades diárias (AVDs) e diminuindo o risco de quedas. (EGIDIO; GERALDO; JOÃO QUEVEDO (ORG, 2021)

Demência Vascular

Classicamente a patologia apresenta uma evolução em "degraus" ou seja piora aguda com períodos de estabilização até que volte a ocorrer outro evento vascular **.** Compõe um grupo heterogêneo de síndromes. Podem apresentar diversas clínicas a depender da região acometida pelo evento vascular , podendo ser , Infarto único acometendo somente área cortical; não acomete a memória , Múltiplos infartos apresentando infartos corticais e subcorticais com prejuízo na memória e cognição , Infarto estratégico acomete área do hipocampo não responde a medicamento e recuperação não é completa (**Tabela 13.3**).

Tabela 13.3 Escala Isquêmica de Hatinsky utilizada para diagnóstico de demência vascular por contagem de score

início súbito	1
antecedentes de AVC	2
sintomas neurológicos focais	2
sinais neurológicos focais	2
únicas áreas hipodensas na neuroimagem	2
múltiplas áreas hipodensas na neuroimagem	3
SCORE	
sugestivo de demência vascular	≥ 5
sugestivo de demência de alzheimer	≤ 2

Fonte adaptado Cognitive Impairment and Dementia in Parkinson Disease. Clinical Geriatrics Med., 2020

Sua apresentação Clínica foi determinada pela área afetada apresentado alterações cognitivas específicas , área cortical cursa com déficit de memória, afasia ,apraxia, agnosia, enquanto alterações na área subcorticais cursa com Disfunção executiva, memória pouco comprometida, alterações de humor e comportamento. Pode ainda apresentar outros sintomas como alterações de marcha, incontinência, paralisia pseudobulbar.

Consiste em fatores de risco gerais para eventos vasculares: aterosclerose, Hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes, doença arterial coronariana, fibrilação atrial.

Tratamento

Baseia-se no controle dos fatores de risco supracitados e profilaxia para novos eventos vasculares. Sendo necessária a investigação médica para propedêutica mais adequada é comum o uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes ,estatinas e antiagregantes plaquetários.

Demência corpúsculos de Lewy

Apresenta uma prevalência maior em idosos, sendo incomum antes da 5ª década de vida. Homens são entre 1,5 a 3 vezes mais acometidos

Possui um apresenta clássica que consiste na tríade: demência, parkinsonismo e alucinações visuais, tendo as alucinações visuais uma característica muito importante para diagnóstico diferencial de outros quadros de demência.

Apresenta uma evolução caracteristicamente mais rápida que doença de Alzheimer tendo como apresentações clínicas mais marcantes o comprometimento visuo-espacial, atenção e função executiva proeminentes.

Apresenta achados anátomo-patológicos comuns a doença Alzheimer e doença de parkinson tornando muito importante uma anamnese bem elaborada para diferenciação das causas mais prevalentes de demência e observação da melhora após iniciação de anticolinesterásicos pois apresenta uma resposta melhor que até a própria doença de alzheimer .

Tratamento

Anticolinesterásicos, neurolépticos e estabilizadores de humor (quetiapina, clozapina, trazodona, carbamazepina), levodopa.

Demência Frontotemporal

A demência frontotemporal (DFT) é uma doença que promove a degeneração das regiões corticais anteriores (áreas pré-frontais, área temporal anterior, insula), a qual apresenta três manifestações clínicas principais e sete padrões patológicos diferentes.

As três apresentações clínicas mais comuns são:

Variante comportamental ou déficit comportamental;

Variante semântica/déficit de linguagem;

Déficit de funções executivas.

Os subtipos clínicos de DLFT incluem a demência frontotemporal variante comportamental (DFTvc), afasia progressiva primária variante não fluente (APPnf) e afasia progressiva primária variante semântica (APPs) e a DFLT associada à doença do neurônio motor superior (síndrome corticobasal e paralisia supranuclear progressiva) (HUMES *et al*., 2016 & NARDI *et al*., 2021.)

A DFT é considerada a terceira forma mais comum de demência,possui um início precoce (com pacientes entre os 45 e os 60 anos de idade), o que a diferencia da doença do Alzheimer (NARDI *et al*., 202).

A maior parte dos pacientes com DFT descritos são brancos, com uma pouca quantidade de pacientes asiáticos ou hispânicos. Foram descritos uma baixa quantidade de pacientes com DFT de ascendência africana.Além disso, não observa-se nenhuma predileção sexual relevante. As taxas de incidência variam de 1 por 100.000 pessoas-ano a 8 por 100.000 pessoas-ano, e as taxas de prevalência variam de 2 por 100.000 a 20 por 100.000. (Boeve *et al*., 2022.)

Os sintomas cursam como depressão, ansiedade, oscilação de humor,apatia,sintomas psicóticos, comportamentos repetitivos (gestos motores ou frases), alteração nos hábitos alimentares, perda do interesse pela manutenção de hábitos de higiene, dificuldade de atenção. Alguns pacientes podem apresentar impulsividade, hipersexualidade, desinibição social, enquanto outros apresentam sintomas como embotamento social, inércia e apatia (NARDI *et al*., 2021. & HUMES *et al*., 2016.)

Na DLFT ocorre degeneração focal nas regiões frontais, temporais e ínsula, devido a deposição de proteína tau, TDP-43 (transactive response DNA binding protein 43 kDa) ou FUS (fused in sarcoma, FUS protein). Na DFTvc, 50% dos casos são de deposição da proteína tau positivos, e no resto ocorre a deposição de T-DP-43. Quase todos os pacientes com APPs são TDP-43 positivos; na APPnf pode haver inclusões de tau ou TDP-43.(Humes *et al*., 2016.)

O diagnóstico de possível DFTvc baseia-se principalmente nos sintomas clínicos e tem como objetivo identificar pacientes nos estágios leves da doença. Esta classificação baseia-se na combinação de três de seis características discriminantes: desinibição, apatia/inércia, perda de simpatia/empatia, comportamentos perseverativos/compulsivos, hiperoralidade e um perfil neuropsicológico disexecutivo (RASCOVSKY *et al*.,2011).

DFTvc possível: pelo menos três dos seguintes sintomas devem estar presentes de forma persistente ou recorrente

A. Alteração comportamental precoce (um dos seguintes sintomas deve estar presente): · comportamento social inapropriado,perda do decoro, ações impulsivas

B. Apatia ou inércia precoces (um dos sintomas deve estar presente): apatia ou inércia

C. Perda precoce da compaixão ou empatia (um dos seguintes sintomas deve estar presente): resposta diminuída às necessidades e aos sentimentos de outras pessoas ,interesse social, interatividade interpessoal diminuídos

D. Comportamentos perseverativos, estereotipados ou ritualísticos/obsessivos precoces (um dos seguintes sintomas deve estar presente): movimentos simples repetitivos ,comportamentos compulsivos ou ritualísticos , estereotipias na fala

E. Hiperoralidade e alterações alimentares (um dos seguintes sintomas deve estar presente): alteração da preferência alimentar compulsão alimentar, aumento do consumo de álcool ou cigarros · exploração oral ou consumo de objetos inapropriados

F. Perfil neuropsicológico (todos os seguintes sintomas devem estar presentes): dé-

ficits em tarefas executivas, preservação relativa da memória episódica, preservação relativa das funções visuoespaciais.

DFT provável: todos os sintomas abaixo devem estar presentes:

A. Preenche critérios para DFT possível

B. Apresenta declínio funcional significativo (relatado por cuidador ou documentado por meio da Clinical Dementia Rating (CDR) ou Questionário de Atividades Funcionais

C. Exames de neuroimagem consistentes com DFTvc (um dos seguintes achados deve estar presente): atrofia frontal e/ou temporal anterior em TC ou RM ,hipoperfusão ou hipometabolismo frontal e/ou temporal anterior em SPECT ou PET (RASCOVSKY *et al*., 2011).

Demência na Doença de Parkinson

O diagnóstico de Doença de Parkinson é relevante no contexto das demências, tendo em vista que aumenta em 2 a 6 vezes o risco de desenvolver tal condição. Assim, por ano, até 14% dos pacientes com Doença de Parkinson acima de 70 anos desenvolvem demência leve (NARDI; SILVA; QUEVEDO, 2022).

A DP é caracterizada por 4 sintomas motores, que são tremor de repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural, e sintomas não motores, que incluem manifestações neuropsiquiátricas, comprometimento cognitivo, distúrbios do sono e disfunção autonômica. Os sintomas neurocognitivos decorrentes do Parkinson podem se manifestar, por convenção, pelo menos um ano após o surgimento da DP, os quais apresentam um padrão de gravidade e complexidade crescentes à medida que a doença progride. As características iniciais incluem alucinações de presença e alucinações de passagem. Ilusões visuais e alucinações formadas também podem ocorrer, com percepção preservada desde o início. Com o decorrer da doença, o insight é perdido e outras modalidades sensoriais podem ser envolvidas, com a presença de alucinações auditivas, táteis e olfativas. (KWOK *et al*, 2019; PENNINGTON, DUNCAN, RITCHIE,2020).

Em relação à fisiopatologia, ocorre uma depleção de dopamina nas vias nigroestriatais que implicam no comprometimento da memória de trabalho, planejamento/sequenciamento, troca de tarefas, inibição de resposta, recuperação de memória, fluência verbal e velocidade psicomotora. No entanto, deficiências na memória amnéstica, linguagem e deficiência visuoespacial são afetadas por outros sistemas de neurotransmissores, como acetilcolina, noradrenalina e serotonina (GOLDMAN, SIEG; 2020).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, resta evidente a alta prevalência global das doenças neuropsiquiátricas, sendo primordial uma especial atenção às que cursam com demência, destacando-se a Doença de Alzheimer, o Delirium, Demência Vascular, a Demência com Corpúsculos de Lewy e a Demência Frontotemporal. As referidas doenças apresentam impacto direto na qualidade e expectativa de vida dos pacientes acometidos, além de possuírem sintomas inespecíficos entre si, levando a desafios no diagnóstico e manejo clínico, exigindo uma abordagem individualizada e multidisciplinar.

Salienta-se, ainda, a Doença de Alzheimer, como a forma mais prevalente de demência e, por conseguinte, destaca-se a importância dos avanços na compreensão do processo fisiopatológico, permitindo a identificação precoce dos sinais da doença, bem como o desenvolvimento e implementação de tratamento farmacológico que impacte em uma melhora no seu prognóstico.

Nesse sentido, são necessárias investigações cada vez mais apuradas quanto ao desenvolvimento e evolução de doenças neurodege-

nerativas, enfatizando a importância da identificação precoce, diferenciação diagnóstica adequada e abordagens terapêuticas específicas para cada condição, a fim de proporcionar o melhor cuidado aos pacientes afetados e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, B. / O. / O.-M. Doença de Alzheimer | Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/doenca-de-alzheimer-3/>.

ARAÚJO, P. T. DE B.; UCHÔA, S. A. C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. suppl 1, p. 1107–1114, 2011. DOI:10.1007/s10935-021-00654

Axsome ADVANCE-2 Alzheimers - Research Study. Disponível em: <https://alzheimers-researchstudy.com/>. Acesso em: 2 abr. 2024.

BONATO, V. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente Health quality management: improving support to client Gestión de calidad en salud: mejorando asistencia al cliente. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>.

DAVIS, J. J.; FOURNAKIS, N.; ELLISON, J. Ketogenic Diet for the Treatment and Prevention of Dementia: A Review. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, v. 34, n. 1, p. 3–10, 30 jan. 2020. DOI:10.1007/s10935-021-00654

FONG, T. G. *et al*. Delirium accelerates cognitive decline in Alzheimer disease. Neurology, v. 72, n. 18, p. 1570–1575, 5 maio 2009. DOI:10.1007/s10935-021-00654

FONG, T. G.; INOUYE, S. K. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. Nature Reviews Neurology, v. 18, n. 18, 26 ago. 2022. DOI:10.1007/s10935-021-00654

FRANK, M.H. & RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, L. *et al*. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GOLDMAN, Jennifer G; SIEG, Erica. Cognitive Impairment and Dementia in Parkinson Disease. Clinics in Geriatric Medicine, [s. l.], v. 36, 2020 DOI:10.1007/s10935-021-00654

INOUYE, S. K.; WESTENDORP, R. G.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. The Lancet, v. 383, n. 9920, p. 911–922, mar. 2014. DOI:10.1007/s10935-021-00654

INTERNATIONAL, A. D.; PATTERSON, C. World Alzheimer Report 2018: The state of the art of dementia research: New frontiers. www.alzint.org, 21 set. 2018.

KOULOUTBANI, K.; KARTEROLIOTIS, K.; POLITIS, A. The effect of physical activity on dementia. Psychiatrike = Psychiatriki, v. 30, n. 2, p. 142–155, 1 abr. 2019. DOI:10.1007/s10935-021-00654

KWOK, J. Y. Y. *et al*. Effects of Mindfulness Yoga vs Stretching and Resistance Training Exercises on Anxiety and Depression for People With Parkinson Disease. JAMA Neurology, v. 76, n. 7, 8 abr. 2019. DOI:10.1007/s10935-021-00654

NARDI, A.E.; SILVA, A.G.; QUEVEDO, J. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2022.

PENNINGTON, C.; DUNCAN, G.; RITCHIE, C. Altered awareness of cognitive and neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease and Dementia with Lewy Bodies: A systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, v. 36, n. 1, p. 15–30, 14 set. 2020. DOI:10.1007/s10935-021-00654

PETERSEN, R. C. Mild Cognitive Impairment. CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, v. 22, n. 2, Dementia, p. 404–418, abr. 2016. DOI:10.1007/s10935-021-00654

PRINCE, M. *et al*. The Global Prevalence of dementia: a Systematic Review and Metaanalysis. Alzheimer's & Dementia, v. 9, n. 1, p. 63-75.e2, jan. 2013. DOI:10.1007/s10935-021-00654

RUSEK, M. *et al*. Ketogenic Diet in Alzheimer's Disease. International Journal of Molecular Sciences, v. 20, n. 16, p. 3892, 9 ago. 2019. DOI:10.1007/s10935-021-00654

SHARON K., Rudi G. J., Jane S. Delirium in elderly people. 2013,Aug 28.

SPERLING RA, Aisen PS, Beckett LA , Bennett DA, Craft S, Fagan AM, *et al*. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimer's Dement. 2011;(7):280-292

TOLLESFSBOLL TO, editor. Biological aging. Methods and protocols. New Jersey: Humana Press; 2007.

WACKER P. DELIRIUM: uma perspectiva histórica.SÃO PAULO, jun,2005

WACKER, P.; NUNES, P. V.; FORLENZA, O. V. Delirium: uma perspectiva histórica. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 32, n. 3, p. 97–103, jun. 2005. DOI:10.1007/s10935-021-00654