


## DEMÊNCIA E SEUS PREJUÍZOS FUNCIONAIS E COGNITIVOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.037-156>

**Vinicius Fabel Urbinati**

Graduado em Medicina  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)  
vinicius.fabel@gmail.com  
0009-0008-7451-8669  
7856390586004845

**Jhonata Marcos Ferreira**

Graduado em Medicina  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)  
jhonatamf@gmail.com  
0009-0006-2991-5636  
6834819165589029

**Maysa Alahmar Bianchin**

Professora, Doutora e Terapeuta Ocupacional  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)  
maysa@famerp.br  
0000-0002-8313-8675  
7946429676296074

---

### RESUMO

**Introdução:** O diagnóstico de demência tem aumentado nas últimas décadas sendo causa relevante de prejuízos cognitivos e funcionais da população. Entretanto, a literatura nacional acerca dessa relação é extremamente escassa. **Objetivo:** Analisar de modo quantitativo e qualitativo as associações que existem entre as variáveis demência e prejuízos cognitivos e funcionais. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática de estudos sobre o tema buscados nas bases eletrônicas Pubmed/Medline, Science Direct, Scielo e Goole Scholar em 2024. Por fim, a síntese do estudo foi por meio da comparação de grandezas qualitativas e quantitativas determinando as características de maior frequência, **Resultados:** A demência constitui-se de uma síndrome de grande variabilidade clínica, porém sempre culminando em declínio cognitivo, nas mais abrangentes áreas, o que leva, na progressão da doença, ao prejuízo da funcionalidade do paciente nas atividades diárias de vida, e, conseqüentemente, em sua autonomia, afetando a qualidade de vida. É de extrema importância o diagnóstico precoce e a prevenção para a manutenção da autonomia, como também a atenção com o cuidador. **Conclusão:** A demência afeta de maneira significativa a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores, na medida em que causa declínio importante da funcionalidade e autonomia do indivíduo.

**Palavras-chave:** Demência. Prejuízos cognitivos. Prejuízos funcionais.

## 1 INTRODUÇÃO

A demência pode ser definida como um distúrbio adquirido e irreversível caracterizado pelo declínio, de modo significativo e, portanto, afetando a independência, de um ou mais domínios cognitivos, em comparação ao nível anterior de função, sendo estes a aprendizagem e memória, linguagem, função executiva, atenção complexa, cognição perceptivo-motor e social [1,2,3]. Vale ressaltar que, para o diagnóstico, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) exige apenas um declínio substancial em uma única área cognitiva [1,3], mesmo que, muitas vezes, na prática clínica seja exigido um declínio em pelo menos dois domínios cognitivos para tal [3], sendo o declínio da memória como prioritário. Demência é o tipo mais comum e mais grave de comprometimento da função cognitiva.

A maior parte da demência é causada por uma doença neurodegenerativa, sendo a doença de Alzheimer (DA), a forma mais comum de demência em idosos, responsável por 60 a 80 por cento dos casos [3,4]. Outras condições são: Demência com corpos de Lewy (DLB), Demência frontotemporal (DFT), Demência da doença de Parkinson (TID) (neurodegenerativas) [3,5,6,7] e Demência vascular (não neurodegenerativa), sendo que esta última pode ter sua progressão retardada ou interrompida, se a causa subjacente for identificada e tratada [3,8].

Na medida que a população mundial envelhece é previsível que a prevalência da demência aumente de modo significativo, especialmente em países de baixa e média renda. Espera-se que, aproximadamente em 2050, por volta de 152 milhões de pessoas terão demência [9,10]. Esse impacto é notável em nosso país, sendo que até 2025, espera-se que o Brasil será o sexto país em número de idosos [11,12], e em 2015, no Brasil, já se estimava, aproximadamente, 800.000 pessoas vivendo com demência [9,13].

A demência é uma das principais causas de incapacidade em idosos, com impactos significativos na autonomia e qualidade de vida (QV) das pessoas com demência e suas famílias [9]. Para além da queda na QV, nas Estimativas de Saúde Global de 2016, da Organização Mundial da Saúde (OMS), as mortes devido às demências mais que dobraram entre 2000 e 2016, elevando a doença à posição de quinta causa de mortes no mundo em 2016 [11,14]. No Brasil, a DA esteve entre as 10 principais causas de morte em 2019 [9,15].

Para além da própria demência em si, doenças médicas e comorbidades que exacerbam a cognição são comuns em pacientes idosos, como insuficiência cardíaca e renal [3], dificultando ainda mais a abordagem terapêutica nesses pacientes.

Fica claro, portanto, que a atenção primária em saúde é fundamental para o cuidado da pessoa idosa com demência. Sendo necessário uma abordagem multidisciplinar, a fim de atuar de maneira preventiva, diagnosticar estágios precoces e melhorar a qualidade de vida em estágios avançados, já que é uma doença com terapia modificadora de seu curso muito limitada (o sucesso do tratamento é

frequentemente medido pela melhoria da qualidade de vida do indivíduo) [16,17,18]. Para que essa atuação seja eficaz, é preciso que esses profissionais possam reconhecer e atuar nos prejuízos funcionais e cognitivos da demência, motivando, portanto, a Revisão Bibliográfica deste trabalho.

## **2 METODOLOGIA**

A revisão sistemática em questão se baseia nos termos do PRISMA, Itens de Relatório Preferenciais para Revisões Sistemáticas e Meta-Análises. E, teve como questão a estratégia a determinação da demência e os prejuízos funcionais e cognitivos acarretados.

As buscas foram realizadas nas bases eletrônicas Pubmed/Medline, Science Direct, Scielo e Google Scholar em 2024. Foram utilizados “functional impairment from dementia” e “cognitive impairment from dementia” assim como os mesmos termos traduzidos para o português, serão aplicados nas buscas eletrônicas. Outros descritores utilizados serão “demência”, “funcionalidade”, “cognição”, “prognóstico”, “evolução” e “qualidade de vida”. Os artigos foram selecionados por meio da leitura do título e do resumo realizado por dois autores independentes, sendo duplicatas excluídas posteriormente. Após a seleção, os artigos foram lidos na íntegra, embasando nos critérios de inclusão.

Serão incluídos na amostra estudos observacionais que apresentarem dados acerca dos prejuízos funcionais e cognitivos da patologia em questão em pacientes de todo o mundo. Os participantes dos estudos serão os pacientes adultos, preferencialmente acima de 50 anos, que possuem comprovadamente a demência ou quadro pré-demencial. Estudos publicados em português, espanhol ou inglês, de ocorrência em território nacional. Estudos, artigos, capítulos de livros e conferências que não atenderam aos critérios foram excluídos.

Por fim, houve uma a síntese do estudo comparando-se grandezas qualitativas e quantitativas determinando as características de maior frequência.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O envelhecimento populacional se associa à inúmeras patologias que tem sua importância centrada na incapacidade física ou mental que geram, causando grande impacto individual, social e econômico [19,20]. Geralmente o aumento da idade é associado a alterações cognitivas que podem ou não fazer parte da evolução natural da senescência, podendo variar de alterações leves à demência grave [21].

A cognição, por sua vez, engloba todo o funcionamento intelectual humano, desde a percepção sensorial do ambiente, o processamento de informações, envolvendo memórias, experiências, raciocínio, atenção e formação de estruturas complexas e interligadas de conhecimento, gerando tomada de decisões e solução de problemas [22].

A demência pode ser definida como uma síndrome clínica que abrange várias doenças, geralmente progressivas e neurodegenerativas, que afetam diversas funções cognitivas, como a memória, atenção, linguagem, praxia, reconhecimento, compreensão, capacidade de aprendizagem, cálculo, julgamento, linguagem, função executiva e visuoespacial, personalidade, comportamento e agnosias, interferindo de maneira significativa na capacidade de uma pessoa manter suas atividades da vida diária (básicas e/ou instrumentais) e autonomia, causando-lhe prejuízo e perda funcional [19,21,22,23,24,25]. Geralmente é causa significativa de incapacidade e dependência, majoritariamente entre idosos, causando impactos que abrangem, não apenas o indivíduo, mas também sua carreira, parceiros, cuidadores, família, comunidade e sociedade [21].

As mais variadas funções podem estar afetadas em uma síndrome demencial, variando em quantidade, intensidade e progressão, causando uma variedade tão grande quanto de prejuízos funcionais ao indivíduo, afetando seu desempenho social e profissional. Podem ocorrer diminuição da velocidade de raciocínio, prejuízo do sono, manifestação de episódios intermitentes ou sustentados de confusão e alterações psicológicas que refletem em alterações nas tarefas diárias de higiene, alimentação, vestimentas e de necessidades fisiológicas, associadas a descontrole emocional e alteração do comportamento social e motivação [22].

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-5), define demência como uma síndrome que inclui a perda de funções cognitivas com funcionalidade comprometida, ou seja, levando a perda de capacidade para realização de atividades diárias para o trabalho, funcionamento social e familiar, abrangendo, também, sintomas psicológicos e comportamentais, que podem ser manifestações iniciais ou precoces da síndrome. [26, 27, 28, 29]. Historicamente a definição era baseada em déficits na memória (como observada na doença de Alzheimer) [30,31], porém revisões mais recentes, como a definição revisada em 2011, traz mais importância a grande variedade de mudanças cognitivas e comportamentais presentes na síndrome que podem causar declínio dos níveis basais de funcionamento [30,32]. A definição mais recente revisada requer deficiências em pelo menos dois domínios neuropsiquiátricos ou cognitivos, não melhor explicados por transtornos psiquiátricos primários ou condições sistêmicas como Delirium [30].

A demência pode ser causada por um grupo heterogêneo de distúrbios, dificultando o diagnóstico etiológico, sendo os mais comuns a doença de Alzheimer e a demência vascular [21].

Muitas vezes o atendimento médico é buscado quando familiares ou pessoas próximas percebem pequenas alterações cognitivas, mais comumente relacionadas a problemas de memória de curto prazo, como esquecer locais onde guardou coisas de uso habitual em casa ou esquecer conversas recentes, começando a interferir na capacidade de funcionamento adequado na vida cotidiana. Também é comum busca de atendimento inicialmente por alterações psicológicas ou comportamentais, como afastamento de hobbies ou eventos sociais, ansiedade ou depressão. Outra manifestação comum no

começo do quadro é alteração de função executiva levando a dificuldade para realização de tarefas diárias como dirigir [25]. Fica claro a importância de considerar o declínio do indivíduo em relação ao seu nível de funcionamento pré-mórbido [21,33].

Adentrando por um ponto de vista mais biofisiológico a demência pode ser entendida como um processo que envolve várias vias moleculares específicas, que interagem entre si, culminando em perda de conexões sinápticas, inflamação, morte celular, gliose [30,34] e interrupção de redes funcionais que orientam a cognição, personalidade, comportamento e funções sensoriais e motoras, resultando, progressivamente, em perda de autonomia do indivíduo [30,35].

O diagnóstico clínico nem sempre é fácil, dado a grande variabilidade da função cognitiva entre os idosos, sendo desafiador quantificar limites normativos nessa população [21,33]. Denota-se assim a importância da diferenciação entre alterações normais relacionadas à idade e condições patológicas.

Dentre as mudanças cognitivas ao longo da vida, esperadas do envelhecimento normal, podemos destacar o declínio da inteligência fluida e a preservação e aumento da inteligência cristalizada [36]. A inteligência fluida compõe a velocidade de processamento mental, a memória de trabalho, a recordação e retenção de informações verbais e visuais, relacionadas à aprendizagem e a memória, e o raciocínio, que começa a declinar por volta dos 20 e 30 anos de idade. [36,37,38]. Essas mudanças podem afetar a criatividade, raciocínio abstrato e aprendizado de novas habilidades de resolução de problemas, resultando em menor velocidade e eficiência na aquisição e memorização de novas informações, o que se traduz em menor taxa de aprendizado e recuperação mais lenta de informações e memórias [36].

Por outro lado, a inteligência cristalizada, que é a capacidade para aplicar conhecimento e procedimentos aprendidos durante a vida, aumenta, dado o acúmulo de maior experiência. Seu melhor desempenho pode se manifestar em testes específicos, conhecimento semântico, leitura e vocabulário por volta dos 50 aos 70 anos [36,37,38].

Essas habilidades cognitivas dependem de uma recuperação adequada de informações armazenadas, sendo que a perda desse armazenamento de informação não é considerada uma parte normal do envelhecimento [36].

Na prática médica, ao avaliar um paciente com queixas cognitivas, sejam elas autorrelatadas ou referidas por um acompanhante, é comum vir como hipótese diagnóstica (HD) uma síndrome demencial. Porém, como foi abordado, para este diagnóstico é necessário um declínio cognitivo e/ou comportamental que interfira nas atividades de vida diária causando prejuízo funcional em relação a níveis prévios, não explicáveis por delírium ou transtorno psiquiátrico maior [39,40]. Anteriormente a este quadro se pode realizar o diagnóstico de dois quadros, que podem ou não serem precedentes de uma síndrome demencial, que são o declínio cognitivo subjetivo (DCS) e o comprometimento cognitivo leve (CCL).

O DCS é a condição no qual o indivíduo apresenta queixas cognitivas autopercebidas (principalmente de memória), mas com desempenho normal em testes neuropsicológicos e sem prejuízo de sua autonomia em exercer as AVDs, de maneira similar, o denomina-se CCL a condição em que o indivíduo apresenta transtorno cognitivo, mas sem prejuízo de sua autonomia em exercer as AVDs, porém já ocorrendo alterações em testes neuropsicológicos, podendo haver problemas leves para executar tarefas complexas anteriormente habituais, no entanto, é importante frisar que ele ainda é capaz de manter sua independência [39,41,42,43,44,45].

Nota-se, pelo exposto, que o diagnóstico de DCS e CCL, são clínicos, envolvendo a anamnese, idealmente incluindo um familiar ou informante próximo, já que é comum a presença de anosognosia, devendo identificar se existe impacto na funcionalidade do paciente, o exame cognitivo, geralmente se utilizando de testes de rastreio cognitivo, que são instrumentos estruturados de aplicação breve que permitem uma avaliação global da cognição, sendo o Miniexame do Estado Mental (MEEM) o mais conhecido e utilizado, o qual avalia orientação temporal e espacial, memória, atenção, cálculo, linguagem e habilidades construtivas em cerca de 5 a 7 minutos, e a avaliação funcional [39,46].

Na continuação da abordagem do paciente com HD de demência, além das avaliações explicitadas, é necessário se atentar as alterações somáticas e neurológicas, tais como alterações de marcha, motricidade ocular e dos reflexos primitivos (mais observados em quadros demenciais graves) [39].

A chave da avaliação de um quadro de declínio cognitivo, porém, é a funcionalidade, auxiliando na determinação do diagnóstico sindrômico, como demonstrado acima. Para uma avaliação mais objetiva deste tópico, podem ser utilizados instrumentos validados que são preenchidos a partir de respostas do informante [39,47]. O mais utilizado, no Brasil, é o Questionário de Atividades Funcionais (QAF) de Pfeffer, simples de ser utilizado e de rápida aplicação (aproximadamente 7 minutos) [39,48]. Para as atividades básicas da vida diária (ABVDs), pode ser utilizada a escala de Kartz [39,49].

Muitas vezes o DCS, o CCL e as síndromes demenciais podem estar relacionados, podendo existir um continuum da doença. Porém muitas pessoas com DCS podem permanecer estáveis ou até mesmo reverter o quadro. Isto se deve que não apenas fases iniciais de doenças neurodegenerativas estão dentre as causas de DCS, outras condições associadas são o próprio envelhecimento normal, traços de personalidade e transtornos psiquiátricos por exemplo. [39,50].

Já o CCL é reconhecido como uma entidade mais heterogênea e abrangente em relação à apresentação clínica, etiologia e ao prognóstico [39,50], passando a ser dividido em 4 subtipos, mencionados a seguir: CCL amnésico – único domínio, CCL amnésico – múltiplos domínios, CCL não-amnésico – único domínio, e CCL não-amnésico – múltiplos domínios. Além dos subtipos, também tem diferentes etiologias possíveis: degenerativa, vascular, metabólica, psiquiátrica, entre

outras [39,51]. Dado suas características, em 2013, o DSM-5 passou a reconhecê-lo como um transtorno neurocognitivo leve [39].

Vale lembrar que no CCL os déficits cognitivos não interferem na capacidade de ser independente nas AVDs, ou seja, as atividades diárias instrumentais complexas estão preservadas, como pagar contas e controlar medicamentos, porém pode exigir mais esforços ou necessitar de estratégias compensatórias. Além disso é necessário individualizar a funcionalidade e alteração cognitiva para o paciente no contexto das suas circunstâncias particulares e do nível pré-mórbido de função e desempenho [36,52]. No entanto, comparado aos controles, tem desempenho significativamente menor e pode corresponder, em muitos casos, a um estágio incipiente de alguma forma de demência [39,53,54].

Por fim, ainda no tópico de investigação de queixas cognitivas, ressalta-se que as avaliações de cognição, função e comportamento devem ser personalizadas e interpretadas dentro do contexto do histórico psicossocial do indivíduo, nível de educação ou inteligência, função e realização, idioma primário, etnia e cultura [36].

Os profissionais de saúde devem estar atentos para queixas que remetem à algum declínio cognitivo, principalmente em idosos, já que muitas vezes, em atendimentos motivado por outras condições, o paciente ou seu acompanhante podem sugerir alterações nas atividades instrumentais diárias de vida, como dificuldade em tomar os medicamentos e perder consultas ou comparecer no horário ou dia incorreto, ou mudanças de comportamento e humor, como nova depressão ou ansiedade [55].

Juntamente com o declínio cognitivo, 90% dos pacientes com demência apresentam sintomas comportamentais e psicológicos, dentre agressão, agitação, ansiedade, depressão e psicose. Sendo que a psicose relacionada à demência (PRD) traz grandes prejuízos à funcionalidade do indivíduo e qualidade de vida do mesmo e de seus cuidadores, contemplando sintomas como delírios e alucinações e aumentando a gravidade da doença [56,57].

A PRD pode ocorrer em todos os tipos de demência, porém estudos relatam as seguintes taxas de prevalência: Demência com corpos de Lewy (75%); Doença de Parkinson (50%); Doença de Alzheimer (30%); Demência Vascular (15%) e Demência Frontotemporal (10%) [56,58]. Os sintomas psicóticos nessa população frequentemente aumentam o sentimento de angústia do paciente, o número de internação e sobrecarga do cuidador.

A alucinação e delírio em pacientes com demência não são facilmente explicados, geralmente envolvendo fatores psicológicos, sociais, biológicos, neuroquímicos, neuropatológicos e genéticos [56,59]. Situações que podem motivar e contribuir esse quadro são mudanças no ambiente do paciente, comportamento do cuidador, necessidades não atendidas, fatores pessoais, como a personalidade,

experiências passadas, sentimentos negativos, e o próprio quadro demencial que leva a problemas de memória e desorientação [56].

Na abordagem desses pacientes é importante desmistificar os estigmas associados, explicando que esses sintomas fazem parte da doença e que não estão “loucos”, como, também, salientar que não é útil discutir com o paciente ou tentar convencê-los de que seus pensamentos ou impressões sensoriais não são reais, mas sim, ao invés disso, tentar entender e reconhecer a reação emocional do paciente e direcioná-la para outros aspectos ou ideias [56].

Abordar o tema de cuidadores é muito importante dentro das síndromes demenciais, dado a mudança de vida e sobrecarga sobre os mesmos, afetando não apenas a qualidade de vida do paciente, mas extrapolando, também, ao cuidador familiar. Grande parte do fardo da doença recai sobre os cuidadores familiares. Nesse aspecto, compaixão, paciência e falta de condescendência são essenciais para estabelecer harmonia, confiança e expectativas. Muitos pacientes com demência têm uma perda profunda de percepção sobre seus próprios déficits e limitações, recaindo mais ainda o peso do diagnóstico sobre a família [60].

O estresse relacionado ao diagnóstico pode ser mais dramático quando o paciente tem menos de 65 anos ou tinha filhos dependentes [61], demonstrando a importância, também, de cuidar do cuidador para que exista o cuidado com o paciente. Dentre os fatores que afetam a qualidade de vida de ambos, pode-se mencionar a presença de outras comorbidades, limitações físicas, limitações auditivas, limitações visuais, transtornos de humor, transtornos de dor e transtornos do sono. Ainda, no âmbito social, interferem na qualidade de vida fatores culturais e ambientais, como a composição da unidade familiar, os desafios do local de residência, a situação financeira da família ou a saúde dos outros membros da família [60].

Não menos importante, é necessário discutir e auxiliar nas decisões de fim de vida que terão que ser enfrentadas. Os profissionais de saúde podem tornar essas passagens pela saga da demência muito menos dolorosas, sendo honestos e oferecendo empatia, conhecimento e validação da tomada de decisão do cuidador [60].

As doenças que compõem a síndrome demencial são irreversíveis e, muitas, neurodegenerativas, possuindo uma sobrevida após o diagnóstico, variável, que varia de meses a décadas. Na evolução da demência, conforme ela progride, as funções vegetativas acabam, também, sendo afetadas, com a morte frequentemente decorrente de dificuldades de deglutição, quedas e infecções [30]. Portanto, se faz necessário atuação em prevenção e diagnóstico precoce da demência. A promoção da saúde ao longo da vida, como um estilo de vida fisicamente ativo, cessação do tabagismo e uma dieta saudável e equilibrada demonstra, além dos benefícios comumente conhecidos sobre hipertensão e diabetes, também prevenir ou retardar o surgimento de síndromes demenciais, na medida em que atua em mecanismos biológicos que envolvem as principais vias implicadas no desenvolvimento e progressão



da demência como a neurodegeneração, resiliência cerebral, dano vascular, neuroinflamação e estresse oxidativo [62]. A aterosclerose sistêmica, prevenível pelos mesmos meios, também tem papel na deterioração cognitiva no processo de envelhecimento [62].

Os próprios fatores comumente preveníveis com mudanças no estilo de vida, ou seja, fatores de risco cardiovascular, também são fatores de risco para demência. Podemos mencionar a hipertensão, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, fibrilação atrial e tabagismo. Além do já mencionado outro fator de risco significativo e modificável é a educação, sendo que uma melhor qualidade da educação e ensino significa melhor proteção contra a demência [21].

Na abordagem buscando o diagnóstico precoce deve manter alta suspeição em adultos de idade avançada que apresentam sintomas neuropsiquiátricos com história natural atípica ou com sintomas psiquiátricos de primeiro episódio na vida adulta [55]. Pacientes já diagnosticados com DCS, CCL ou doença de Parkinson, também devem ser acompanhados de perto, pelo risco de desenvolvimento de uma síndrome demencial, sendo que presença de parkinsonismo pode aumentar em três vezes as chances de desenvolver demência [55]. O sono, também, deve ser sempre avaliado com um histórico cuidadoso, incluindo avaliação do tempo de sono, insônia, sonolência diurna e cochilos, podendo facilitar a identificação de demência pré-clínica ou alto risco de desenvolver demência [55]. A velocidade de marcha mais lenta pode ser associada a demência futura, estudos populacionais demonstraram que a velocidade de marcha lentificada (abaixo de 0,8 m/s) pode ser associada ao comprometimento cognitivo, subjetivo ou objetivo [55]. Estudos observacionais, também, demonstraram que a deficiência auditiva está associada ao desenvolvimento de demência [55].

Comumente na progressão da doença e declínio cognitivo, levando ao prejuízo funcional, ocorre a limitação da autonomia. A perda de autonomia pessoal é relevante na medida em que é uma construção importante da dignidade humana. O poder de tomar decisões e tê-las respeitadas faz parte do reconhecimento de um indivíduo como pessoa dentro da sociedade e na medida que esse direito é cerceado, o indivíduo pode ser anulado como pessoa em relação à sociedade. Mesmo que a demência afete as habilidades de tomada de decisão, ela não pode ser considerada a razão imediata para determinar que uma pessoa é incapaz de tomar decisões [63,64].

Ser designado como incapaz de tomar decisões traz diversas consequências negativas para o paciente. Reduz a autoestima, a confiança, o desejo de viver e o envolvimento com os cuidados de saúde [63,65]. Deve-se valorizar a vontade, relacionamentos e a autonomia dos idosos com demências.

Infelizmente como está sendo demonstrado, a demência possui diversos fatores a serem abordados na sua prevenção, diagnóstico e tratamento que são negligenciados, o que impacta na progressão da doença e conseqüentemente na funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes e cuidadores. A demência é subdiagnosticada em todo o mundo, levando a um diagnóstico em um estágio tardio no processo da doença, além disso os caminhos de cuidados de longo prazo (do diagnóstico até



o fim da vida) para pessoas com demência são frequentemente fragmentados, se não totalmente ausentes [21]. Comumente os direitos das pessoas com demência são violados ou negados na comunidade, um exemplo disto é a comum exclusão do paciente na tomada de decisão, não levando em conta seus desejos e preferências quanto aos cuidados prestados. Parte desse problema se deve ao diagnóstico tardio, quando os indivíduos não conseguem mais participar desse processo devido à progressão da doença [21].

A atuação e diagnóstico precoce com uma continuidade do tratamento possibilita que os pacientes com demência recebam os cuidados e o apoio de que precisam para enfrentar essa condição com dignidade, respeito, autonomia e equidade. O objetivo final é melhorar a qualidade de vida das pessoas com demência e suas famílias, ao mesmo tempo em que se tenta diminuir o impacto da doença sobre o paciente, bem como sobre as comunidades [21].

#### **4 CONCLUSÃO**

As principais conclusões desta pesquisa revelam que, predominantemente, a demência afeta de maneira significativa a qualidade de vida dos pacientes e cuidadores, na medida em que causa declínio importante da funcionalidade e autonomia do indivíduo. Conclui-se, sintetizando esta revisão, com a frase de Tedros Adhanom Ghebreyesus (2021), diretor-geral da OMS: “A demência rouba a memória, independência e dignidade de milhões de pessoas, mas também rouba do resto de nós as pessoas que conhecemos e amamos”.



## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. São Paulo: Associação Psiquiátrica, 2013. v. 21, p. 591-643.

McKHANN, G. M. et al. O diagnóstico de demência devido à doença de Alzheimer: recomendações dos grupos de trabalho do Instituto Nacional de Envelhecimento-Associação de Alzheimer sobre diretrizes diagnósticas para a doença de Alzheimer. *Alzheimer e Demência*, v. 7, n. 3, p. 263-269, maio 2011.

LARSON, E. B. Evaluation of cognitive impairment and dementia. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate, 2016.

GUSTAVSSON, A. et al. Estimativas globais sobre o número de pessoas no continuum da doença de Alzheimer. *Alzheimer e Demência*, v. 19, n. 2, p. 658-670, fev. 2023.

CASELLI, R. J. Current issues in the diagnosis and management of dementia. In: *Seminars in neurology*, 2003, v. 23, n. 3, p. 231-240. New York: Thieme Medical Publishers, 2003.

KNOPMAN, D. S.; BOEVE, B. F.; PETERSEN, R. C. Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. In: *Mayo Clinic Proceedings*, 2003, v. 78, n. 10, p. 1290-1308. Elsevier.

MORRIS, J. C. Dementia update 2003. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, v. 17, n. 4, p. 245-258, out. 2003.

CLARFIELD, A. M. The reversible dementias: do they reverse?. *Annals of Internal Medicine*, v. 109, n. 6, p. 476-486, 15 set. 1988.

CARAMELLI, P. et al. Tratamento da demência: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 16, p. 88-100, 28 nov. 2022.

MUKADAM, N. et al. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 5, p. e596-e603, 1 mai. 2019.

MALTA, E. M.; ARAÚJO, D. D.; BRITO, M. F.; PINHO, L. D. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 24, p. e190449, 14 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Washington, D.C., 2005.

NAKAMURA, A. E.; OPALYE, D.; TANI, G.; FERRI, C. P. Dementia underdiagnosis in Brazil. *The Lancet*, v. 385, n. 9966, p. 418-419, 31 jan. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics 2020. Geneva: World Health Organization, 2020.

NITRINI, R. et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, v. 21, n. 4, p. 622-630, ago. 2009.



BURKS, H. B. et al. Quality of life assessment in older adults with dementia: a systematic review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, v. 50, n. 2, p. 103-110, 24 jun. 2021.

TELENIUS, E. W.; ENGEDAL, K.; BERGLAND, A. Physical performance and quality of life of nursing-home residents with mild and moderate dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 10, n. 12, p. 6672-6686, dez. 2013.

MOYLE, W. et al. Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach. *BMC Geriatrics*, v. 15, p. 1-10, dez. 2015.

SANTACRUZ-ORTEGA, M. D.; COBO-CHARRY, M. F.; MEJÍA-ARANGO, S. Relación entre la depresión y la demencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, v. 31, n. 1, p. 96-104, jul. 2022.

ARIAS, C.; SOLIVEREZ, C.; BOZZI, N. El envejecimiento poblacional en América Latina: Aportes para el delineamiento de políticas públicas. *Revista Euro Latinoamericana de Análisis Social y Político (RELASP)*, v. 1, n. 2, p. 11-23, 1 dez. 2020.

MOROVIC, S.; BUDINCEVIC, H.; GOVORI, V.; DEMARIN, V. Possibilities of dementia prevention - it is never too early to start. *Journal of Medicine and Life*, v. 12, n. 4, p. 332, out. 2019.

REIS, R. S.; SILVA, N. R.; BARBOSA, L. N. Fluência verbal e memória na demência: um estudo de caso.

WELLER, J.; BUDSON, A. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Research*, v. 7, p. 1-12, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 22 maio.

ARVANITAKIS, Z.; BENNETT, D. A. What is dementia?. *Jama*, v. 322, n. 17, p. 1728-, 5 nov. 2019.

LICEA, Y. O.; AGUILAR, M. R. La demencia un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina*, v. 63, p. 1-8, 21 mar. 2024.

MARTÍNEZ, D. B.; SOLDEVILLA, M. G.; SANTIAGO, A. P.; MARTÍNEZ, J. T. Enfermedad de Alzheimer. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, v. 12, n. 74, p. 4338-4346, 1 mar. 2019.

CUSTODIO, N.; MONTESINOS, R.; ALARCÓN, J. O. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, v. 81, n. 4, p. 235-249, out. 2018.

CUSTODIO, N.; MONTESINOS, R.; ALARCÓN, J. O. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, v. 81, n. 4, p. 235-249, out. 2018.

ELAHI, F. M.; MILLER, B. L. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. *Nature Reviews Neurology*, v. 13, n. 8, p. 457-476, ago. 2017.

RINGMAN, J. M. Update on Alzheimer's and the Dementias: Introduction. *Neurologic Clinics*, v. 35, n. 2, p. 171-174, 1 mai. 2017.



McKHANN, G. M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, v. 7, n. 3, p. 263-269, 1 mai. 2011.

GORELICK, P. B. et al. Defining optimal brain health in adults: a presidential advisory from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, v. 48, n. 10, p. e284-e303, out. 2017.

BRUN, A.; LIU, X.; ERIKSON, C. Synapse loss and gliosis in the molecular layer of the cerebral cortex in Alzheimer's disease and in frontal lobe degeneration. *Neurodegeneration*, v. 4, n. 2, p. 171-177, jun. 1995.

MILLER, B. L. et al. Neuroanatomy of the self: evidence from patients with frontotemporal dementia. *Neurology*, v. 57, n. 5, p. 817-821, 11 set. 2001.

ATRI, A. The Alzheimer's disease clinical spectrum: diagnosis and management. *Medical Clinics*, v. 103, n. 2, p. 263-293, 1 mar. 2019.

SALTHOUSE, T. A. When does age-related cognitive decline begin?. *Neurobiology of Aging*, v. 30, n. 4, p. 507-514, 1 abr. 2009.

WEINTRAUB, S. et al. Cognition assessment using the NIH Toolbox. *Neurology*, v. 80, n. 11, p. S54-S64, 12 mar. 2013.

SMID, J. et al. Declínio cognitivo subjetivo, comprometimento cognitivo leve e demência - diagnóstico sintromico: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 16, p. 1-24, 28 nov. 2022.

McKHANN, G. M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, v. 7, n. 3, p. 263-269, 1 maio 2011.

PETERSEN, R. C. Clinical practice. Mild cognitive impairment. *The New England Journal of Medicine*, v. 364, n. 23, p. 2227-2234, 1 jun. 2011.

JESSEN, F. et al. A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, v. 10, n. 6, p. 844-852, 1 nov. 2014.

JESSEN, F. et al. The characterisation of subjective cognitive decline. *The Lancet Neurology*, v. 19, n. 3, p. 271-278, 1 mar. 2020.

RABIN, L. A.; SMART, C. M.; AMARIGLIO, R. E. Subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 13, n. 1, p. 369-396, 8 mai. 2017.

SANTACRUZ-ORTEGA, M. D.; COBO-CHARRY, M. F.; MEJÍA-ARANGO, S. Relación entre la depresión y la demencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, v. 31, n. 1, p. 96-104, jul. 2022.

BRUCKI, S. M. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 61, p. 777-781, 2003.

CHAVES, M. L. et al. Avaliação cognitiva, comportamental e funcional: doença de Alzheimer. *Dementia & Neuropsychologia*, v. 5, p. 153-166, jul. 2011.



- ASSIS, L. D. et al. Psychometric properties of the Brazilian version of Pfeffer's Functional Activities Questionnaire. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 6, p. 255, 25 set. 2014.
- LINO, V. T. et al. Cross-cultural adaptation of the independence in activities of daily living index (Katz Index). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 103-112, 2008.
- MOLINUEVO, J. L. et al. Implementation of subjective cognitive decline criteria in research studies. *Alzheimer's & Dementia*, v. 13, n. 3, p. 296-311, 1 mar. 2017.
- WINBLAD, B. et al. Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, v. 256, n. 3, p. 240-246, set. 2004.
- McKHANN, G. M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, v. 7, n. 3, p. 263-269, 1 maio 2011.
- GOLD, D. A. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, v. 34, n. 1, p. 11-34, 1 jan. 2012.
- HAONAT, G. A. et al. Demência e transtornos cognitivos em idosos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 5, p. 648-656, 8 mai. 2024.
- ISMAIL, Z. et al. Recommendations of the 5th Canadian Consensus Conference on the diagnosis and treatment of dementia. *Alzheimer's & Dementia*, v. 16, n. 8, p. 1182-1195, ago. 2020.
- AARSLAND, D. Epidemiology and pathophysiology of dementia-related psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, v. 81, n. 5, p. 27625, 15 set. 2020.
- MARCINKOWSKA, M. et al. Management of dementia-related psychosis, agitation and aggression: a review of the pharmacology and clinical effects of potential drug candidates. *CNS Drugs*, v. 34, n. 3, p. 243-268, mar. 2020.
- MCKEITH, I. G. et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, v. 89, n. 1, p. 88-100, 4 jul. 2017.
- CEREJEIRA, J.; LAGARTO, L.; MUKAETOVA-LADINSKA, E. B. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, v. 3, p. 73, 7 mai. 2012.
- KNOPMAN, D. S. et al. Alzheimer Disease. *Nat Rev Dis Primers*, v. 7, p. 33, 2021.
- BANNON, S. et al. In it together: A qualitative meta-synthesis of common and unique psychosocial stressors and adaptive coping strategies of persons with young-onset dementia and their caregivers. *The Gerontologist*, v. 62, n. 2, p. e123-e139, 1 mar. 2022.
- GRANDE, G.; QIU, C.; FRATIGLIONI, L. Prevention of dementia in an ageing world: Evidence and biological rationale. *Ageing Research Reviews*, v. 64, p. 101045, 1 dez. 2020.
- CUNHA, I. L.; GARRAFA, V. Tomada de decisão apoiada para pessoas idosas que vivem com demência: contribuições da bioética. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 11, p. 3149-3158, 10 nov. 2023.



DE SABBATA, K. Dementia, treatment decisions, and the UN convention on the rights of persons with disabilities. A new framework for old problems. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 571722, 9 nov. 2020.

PARANHOS, D. G. Análise da capacidade jurídica dos pacientes idosos no Brasil a partir do referencial dos Direitos Humanos. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 9, n. 4, p. 156-170, 16 dez. 2020.