



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

WP3 - Programa de formação conjunta para os setores social, cultural e da saúde

Módulo 1

DOCUMENTO PRODUZIDO POR: SOCIEDADE ROMENA DE ALZHEIMER



FINANCIADO PELA UNIÃO EUROPEIA. OS PONTOS DE VISTA E OPINIÕES EXPRESSOS SÃO DA EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO(S) AUTOR(ES) E NÃO REFLETEM NECESSARIAMENTE OS PONTOS DE VISTA E OPINIÕES DA UNIÃO EUROPEIA OU DA AGÊNCIA NACIONAL PARA OS PROGRAMAS COMUNITÁRIOS NO DOMÍNIO DA EDUCAÇÃO E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL (ANPCDFP). NEM A UNIÃO EUROPEIA NEM A ANPCDFP PODEM SER RESPONSABILIZADAS PELOS MESMOS.



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Conteúdo

Visão geral do módulo.....	4
Introdução à saúde mental na terceira idade	7
1. Declínio cognitivo	9
1.1. Envelhecimento „normal“ vs. „anormal“	9
1.2. Introdução ao défice cognitivo ligeiro	10
1.3. Fases do declínio cognitivo.....	12
2. Perturbações neurocognitivas	16
2.1. Tipos de demência	16
2.1.1. Doença de Alzheimer (DA).....	18
2.1.2. Demência vascular	19
2.1.3. Demência de corpos de Lewy (LBD).....	20
2.1.4. Demência frontotemporal (DFT).....	21
2.1.5. Demência mista.....	22
2.1.6. Causas potencialmente reversíveis da demência.....	23
2.2. Diagnóstico e avaliação	24
2.2.1. Testes de rastreio cognitivo (MMSE, MoCA, etc.)	25
2.2.2. Neuroimagem e biomarcadores	26
2.3. Tratamentos farmacológicos	26
2.4. Prevenção e redução de riscos.....	27
3. Doenças neurológicas	30
3.1. Esclerose múltipla (EM)	30



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

3.1.1. Introdução.....	30
3.1.2. Sinais de alerta	30
3.1.3. Sintomas	30
3.1.4. Progressão da doença	31
3.2. Doença de Parkinson (DP)	31
3.2.1. Introdução	31
3.2.3. Sintomas	32
3.2.4. Evolução da doença.....	33
Referências	34



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Visão geral do módulo

Módulo 1	As principais perturbações de saúde mental na terceira idade (declínio cognitivo, demência e doença de Alzheimer, outras perturbações neurológicas – por exemplo, esclerose múltipla, doença de Parkinson): sintomas, sinais de alerta, etapas
Resumo do módulo / principais conteúdos	Este módulo de formação fornece uma visão geral dos perturbações de saúde mental que afetam os adultos mais velhos, concentrando-se no declínio cognitivo, demência (incluindo a doença de Alzheimer) e condições neurológicas, como a esclerose múltipla e a doença de Parkinson. Abrange áreas-chave, incluindo os primeiros sinais, a progressão dos sintomas e as diferentes fases de cada doença, bem como estratégias de prevenção destinadas a reduzir o risco de deficiência cognitiva. Além disso, o módulo aprofunda o processo de diagnóstico, dando ênfase a ferramentas de avaliação acessíveis, e analisa as opções de tratamento farmacológico e não farmacológico. Concebido para assistentes sociais, cuidadores e prestadores de cuidados de saúde, este módulo visa melhorar a compreensão e o apoio às populações envelhecidas através da detecção precoce, de cuidados informados e de intervenções práticas que melhoram o bem-estar e a qualidade de vida.
Horário e calendário	55 horas no total



(55 min): Apresentação oral (apresentação PPT – 30 diapositivos)

- Introdução (10 min)
- Capítulo I: Identificar o declínio cognitivo (15 min)
- Capítulo II: Doenças neurodegenerativas (20 min)
- Capítulo III: Doenças neurológicas (10 min)

(40 min): Recursos multimédia

- 2 Vídeos e debate guiado (10 min. cada)
- 4 recursos multimédia h5p (5 min. cada)

(45 min): Atividade 1 – Tabuleiro de jogo: Navegar na Saúde Cognitiva – Uma Viagem pelos Riscos e pela Prevenção

(45 min): Atividade 2 – Tópico do debate: "Os doentes com demência devem ser autorizados a viver sozinhos nas fases iniciais?"

(40 min): Atividade 3 – Estudo de caso: Reforçar a empatia para ultrapassar as barreiras de comunicação e apoiar a expressão emocional em doentes com doenças neurológicas como a doença de Parkinson e a esclerose múltipla

(15 min): Teste – 8 perguntas (arrastar e largar, resposta única, respostas múltiplas, verdadeiro/falso)



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Resultados de aprendizagem do módulo

No final deste módulo, os participantes serão capazes de:

- **Identificar o declínio cognitivo:** Reconhecer as características que distinguem o envelhecimento normal do declínio cognitivo e compreender os indicadores precoces de deficiência cognitiva em adultos mais velhos.
- **Compreender as doenças neurodegenerativas:** Descrever as principais doenças neurodegenerativas, incluindo a demência, a doença de Alzheimer e outros tipos de demência.
- Os participantes identificarão **sinais de alerta, sintomas e fases de progressão**, melhorando a sua capacidade de detetar e responder a estas condições.
- **Reconhecer outros distúrbios neurológicos:** Distinguir entre doenças neurodegenerativas e outras doenças neurológicas, como a esclerose múltipla e a doença de Parkinson. Os participantes identificarão **sinais de alerta, sintomas e fases** específicos, melhorando a sua capacidade de apoiar os indivíduos afetados por estas doenças.

Estes resultados garantem que os participantes adquirem conhecimentos práticos para apoiar eficazmente os indivíduos idosos que enfrentam desafios de saúde cognitivos e neurológicos.



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Introdução à saúde mental na terceira idade

Até 2050, prevê-se que a população idosa mundial aumente de 12% para 22%, atingindo 2 mil milhões de pessoas. Nos países de baixo e médio rendimento, um maior número de pessoas poderá atingir os 60 anos de idade devido a uma menor mortalidade entre os jovens, enquanto nos países de elevado rendimento a esperança de vida aumenta devido a uma menor mortalidade entre os idosos [1]. Mais de 20% dos adultos com mais de 60 anos sofrem de perturbações mentais ou neurológicas (excluindo cefaleias), contribuindo para 6,6% da incapacidade neste grupo etário, o que dificulta o envelhecimento ativo [2].

Existem várias diferenças importantes na forma como os problemas de saúde mental se manifestam e são vividos pelos adultos mais velhos em comparação com as populações mais jovens [3,4]:

Prevalência das perturbações: Os adultos mais jovens (16–29) têm maior probabilidade de sofrer de ansiedade e depressão do que os adultos mais velhos. Este facto tem sido parcialmente atribuído a transições de vida, instabilidade financeira e pressões sociais. Em contrapartida, os adultos mais velhos enfrentam uma maior prevalência de doenças como a demência e as deficiências cognitivas, que podem influenciar a sua saúde mental numa fase posterior da vida.

Sintomas e apresentação: A depressão nos adultos mais jovens manifesta-se frequentemente com sentimentos de tristeza, desespero e irritabilidade,





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

enquanto os adultos mais velhos podem apresentar mais queixas físicas, como fadiga ou problemas somáticos, o que complica o diagnóstico. Além disso, os adultos mais velhos podem sofrer de depressão associada a doenças físicas crônicas.

Suicídio: Embora as taxas de suicídio entre os jovens adultos sejam alarmantes, particularmente entre os homens jovens, os adultos mais velhos, especialmente os homens idosos, têm as taxas de suicídio mais elevadas. A solidão, a perda de entes queridos e a má saúde física contribuem para este risco elevado nos adultos mais velhos.

Declínio cognitivo e ansiedade: Nos adultos mais velhos, as perturbações de ansiedade podem sobrepor-se ao declínio cognitivo, tornando o diagnóstico e o tratamento mais complexos. Os adultos mais velhos podem também sentir uma ansiedade acrescida devido a preocupações com a saúde, a morte e a perda de independência.

Estas diferenças realçam a necessidade de ferramentas de diagnóstico e tratamentos específicos para cada idade, de modo a ter em conta os desafios únicos que cada grupo etário enfrenta.

A investigação associou o isolamento social e a solidão a riscos mais elevados de uma série de doenças físicas e mentais: hipertensão arterial, doenças cardíacas, obesidade, um sistema imunitário enfraquecido, ansiedade, depressão, declínio cognitivo, doença de Alzheimer e mesmo a morte [5].

As pessoas que se encontram inesperadamente sozinhas devido à morte de um cônjuge ou parceiro, à separação de amigos ou familiares, à reforma, à perda de mobilidade e à falta de transporte correm um risco especial.

Por outro lado, as pessoas que se envolvem em atividades significativas e produtivas com outras pessoas tendem a viver mais tempo, a melhorar o seu humor e a ter um sentido de propósito. Estas atividades parecem ajudar a





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

manter o seu bem-estar e podem melhorar a sua função cognitiva, segundo os estudos.

1. Declínio cognitivo

1.1. Envelhecimento „normal“ vs. „anormal“

O processo natural de envelhecimento conduz a declínios graduais em funções cognitivas específicas, como a [6]:

A velocidade de processamento diminui: As tarefas podem demorar mais tempo a concluir.

Memória: Dificuldade em recordar nomes ou palavras específicas.

A língua: As dificuldades em encontrar as palavras certas podem aumentar com a idade.

Competências visuoespaciais: Dificuldade em tarefas espaciais, como navegar ou avaliar distâncias.

Função executiva:

- **Multitarefa:** É necessário um maior esforço para gerir várias tarefas em simultâneo (por exemplo, necessitar de silêncio para se concentrar na montagem de uma caixa de comprimidos).
- **Planeamento e organização:** As tarefas mais complexas, como o planeamento ou a organização, podem tornar-se mais difíceis.
- **Flexibilidade mental:** Redução da capacidade de alternar entre tarefas ou de se adaptar a mudanças de planos.

Alterações sensoriais: A diminuição da visão ou da audição pode amplificar as dificuldades cognitivas. Algumas competências, como o vocabulário e o raciocínio verbal, permanecem inalteradas ou podem mesmo melhorar durante o processo de envelhecimento. Embora as causas destas alterações



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

não sejam totalmente conhecidas, a investigação sugere que podem estar relacionadas com reduções no volume da substância cinzenta e branca, alterações na substância branca e diminuição dos níveis de neurotransmissores. Embora estas alterações cognitivas sejam normalmente ligeiras e não causem prejuízos significativos na vida quotidiana, podem afetar atividades como a condução. A deteção precoce de problemas de segurança é importante [7].

O declínio cognitivo normal com a idade é subtil, afetando principalmente a velocidade de processamento e a atenção. No envelhecimento anormal, os declínios cognitivos são mais avançados, afetando frequentemente a memória, a resolução de problemas, a navegação e a comunicação. Além disso, o envelhecimento anormal pode afetar as funções motoras, levando a quedas ou tremores frequentes. Pode ser difícil determinar quando é que as alterações cognitivas se tornam preocupantes, uma vez que os sintomas variam de pessoa para pessoa.

Os sinais de envelhecimento anormal incluem perder-se em locais familiares, perguntas repetitivas, comportamento involgar, esquecimento, perda de equilíbrio, alterações de personalidade e aumento da apatia. Muitas vezes, o declínio cognitivo acelera quando os fatores de stress ou as doenças levam o cérebro a ultrapassar a sua capacidade de compensação, o que realça a importância dos exames médicos regulares [8].

1.2. Introdução ao défice cognitivo ligeiro

Défice Cognitiva Ligeira (DCL) vs. Demência: O DCL envolve um declínio cognitivo sem afetar as atividades diárias, enquanto a demência se refere a declínios que prejudicam as tarefas diárias. Ambos os termos descrevem a gravidade, mas não a causa subjacente, que pode incluir a doença de Alzheimer, doença vascular ou outras doenças neurodegenerativas [9,10].





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Sintomas de défice cognitivo ligeiro

O cérebro, tal como o resto do corpo, muda com a idade. Muitas pessoas notam que se tornam mais esquecidas à medida que envelhecem. Pode demorar mais tempo a pensar numa palavra ou a recordar o nome de uma pessoa. Se as preocupações com a função mental forem além do esperado, os sintomas podem dever-se a um défice cognitivo ligeiro. O DCL pode ser a causa de alterações no pensamento se:

- Esquece-se das coisas com mais frequência.
- Falta a compromissos ou eventos sociais.
- Perde-se a linha de pensamento. Ou não consegue seguir o enredo de um livro ou filme.
- Tem dificuldade em acompanhar uma conversa.
- Tem dificuldade em tomar decisões, terminar uma tarefa ou seguir instruções.
- Começa a ter dificuldade em orientar-se nos locais que conhece bem.
- Começa-se a ter um mau julgamento.
- A sua família e amigos apercebem-se de qualquer uma destas alterações.

Se sofre de DCL, também pode sofrer de:

- Depressão.
- Ansiedade.
- Temperamento difícil e agressividade.
- Falta de interesse

Fatores de risco para o declínio cognitivo: Doenças como a diabetes tipo 2, a hipertensão, a obesidade na meia-idade, o tabagismo, a depressão, a falta de atividade mental e a inatividade física estão associadas a um maior risco de Alzheimer e demência. Muitos destes fatores de risco são modificáveis, podendo prevenir até 50% dos casos de Alzheimer.





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

O diagnóstico do DCL requer a recolha de informações através de vários testes e observações, uma vez que nenhum teste isolado pode confirmar a doença. Os prestadores de cuidados de saúde seguem geralmente critérios definidos por especialistas na matéria para determinar se um doente está a sofrer de DCL.

1.3. Fases do declínio cognitivo

Monitorização A Escala de Deterioração Global (GDS), ou Escala de Reisberg, classifica o declínio cognitivo em sete fases (quadro 1.1.). Esta escala é utilizada principalmente para a doença de Alzheimer, uma vez que pode não refletir com precisão outras demências, como a demência frontotemporal [11]. As fases 1–3 refletem um declínio cognitivo ligeiro que normalmente não conduz a um diagnóstico de demência. Na fase 4 ("demência precoce"), os sintomas tornam-se suficientemente significativos para um diagnóstico. As fases 5 e 6 são consideradas "demência intermédia", enquanto a fase 7 é designada por "demência tardia", com um défice cognitivo mais avançado de progressão do CCL para demência ou doença de Alzheimer [11].

Tabela 1.1: Escala de Reisberg/ Escala de Deterioração Global (CGS)

Diagnóstico	Estágio	Sinais e sintomas	Duração prevista da fase
0	Fase 1: Sem declínio cognitivo	Função normal Sem perda de memória As pessoas que não sofrem de demência são consideradas na Fase 1	N/A



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Sem demência	Fase 2: Declínio cognitivo muito ligeiro	Esquece-se dos nomes Perde objetos familiares Sintomas que não são evidentes para os entes queridos ou para os médicos	Desconheci do
	Fase 3: Declínio cognitivo ligeiro	Aumento do esquecimento Ligeira dificuldade de concentração Diminuição do desempenho profissional Perde-se com mais frequência Dificuldade em encontrar as palavras certas Os entes queridos começam a notar	A duração média desta fase situa-se entre 2 e 7 anos.
Fase inicial	Fase 4: Declínio cognitivo moderado	Dificuldade de concentração Esquece os acontecimentos recentes Não consegue gerir as finanças Não consegue viajar sozinho para sítios novos Dificuldade em completar tarefas Em negação dos sintomas Problemas de socialização: Afastamento dos amigos ou da família	A duração média desta fase é de 2 anos.





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

		Os médicos podem detetar problemas cognitivos	
Fase intermédia	Etapa 5: Declínio cognitivo moderadamente avançada	Deficiências avançadas de memória Necessita de assistência nas atividades de vida diária (vestir-se, tomar banho, etc.) Esquecer pormenores como a morada ou o número de telefone Não sabe a hora nem a data Não sabe onde estão	A duração média desta fase é de 1,5 anos.
	Fase 6: Declínio Cognitivo Avançado (Demência Média)	Não consegue realizar as atividades de vida diária sem ajuda Esquece os nomes dos membros da família Esquece os acontecimentos recentes Esquecer acontecimentos importantes do passado Dificuldade em contar de 10 para baixo Incontinência (perda de controlo da bexiga) Dificuldade em falar Alterações de personalidade e emocionais	A duração média desta fase é de 2,5 anos.





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

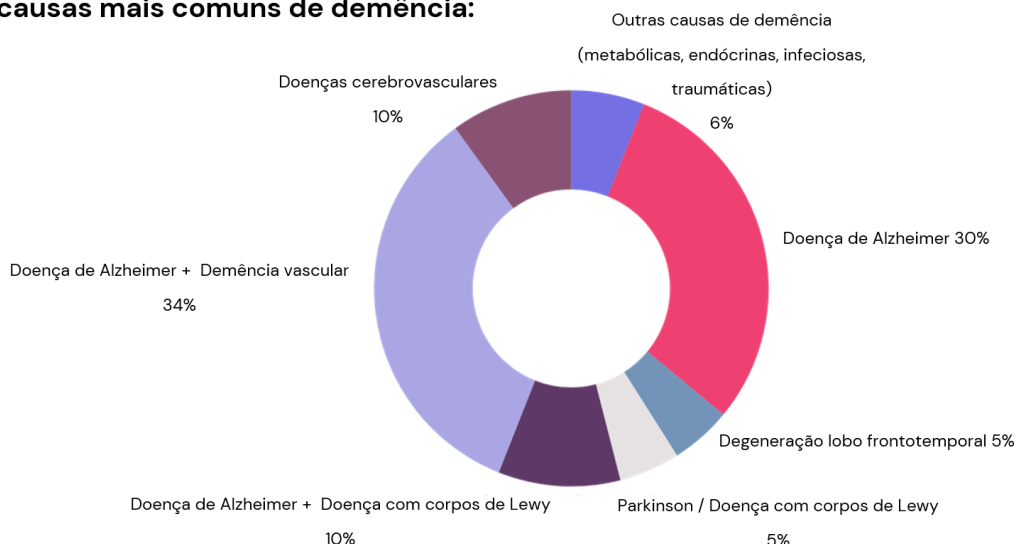
		Delírios Compulsões Ansiedade	
Fase tardia	Etapa 7: Declínio cognitivo muito avançado	Não consegue falar ou comunicar Necessitar de ajuda para a maioria das atividades Perda de capacidades motoras Não pode andar	A duração média desta fase é de 1,5 a 2,5 anos.

2. Perturbações neurocognitivas

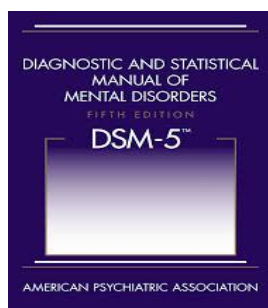
Sabia que?

... A demência é geralmente causada por doenças que afetam regiões generalizadas do cérebro ou áreas estrategicamente importantes. As primeiras incluem as neuro degenerações, bem como as doenças metabólicas, endócrinas e infecciosas [12]. A segunda inclui as doenças cerebrovasculares e os traumatismos cranianos (fig. 2.1.).

As causas mais comuns de demência:



2.1. Tipos de demência



O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição (DSM-5) (fig.2.2.), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, fornece critérios de diagnóstico e classificações para várias perturbações mentais, incluindo a demência [13]. O DSM-5 utiliza o termo **perturbação neurocognitiva major** para descrever o que anteriormente

era referido como demência. Esta terminologia reflete uma compreensão mais ampla das deficiências cognitivas e das diferentes condições que podem levar a um declínio cognitivo significativo.

Perturbação neurocognitiva major (demência)

Critérios de diagnóstico [13] (fig.2.3.):

1. Evidência de declínio cognitivo significativo:

Deve haver um declínio perceptível da função cognitiva (por exemplo, memória, raciocínio, linguagem) em relação a um nível de desempenho anterior.

Este declínio pode ser documentado através de: preocupações do indivíduo ou de um informador conhecedor;

testes neuropsicológicos padronizados ou outras avaliações que demonstrem um declínio.

2. Dificuldades na vida quotidiana:

O declínio deve ser suficientemente significativo para interferir com a independência nas atividades quotidianas (por exemplo, gestão das finanças, medicação, cuidados pessoais).

3. Exclusão de outras perturbações:

O défice cognitivo não pode ser explicado por outras perturbações mentais (por exemplo, delírio, depressão) ou pelos efeitos de uma condição médica.





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

2.1.1. Doença de Alzheimer (DA)

Patologia [14,15,16]:

Placas amilóides: São aglomerados de fragmentos de proteínas (beta-amiloide) que se acumulam entre os neurónios e perturbam a função celular.

Emaranhados neurofibrilares: Compostos pela proteína tau hiperfosforilada, estes emaranhados perturbam o sistema de transporte dentro dos neurónios.

Neurodegeneração: A acumulação de placas e emaranhados leva à inflamação, morte celular e atrofia cerebral, particularmente no hipocampo e no córtex cerebral.

Sintomas [14,15,16]:

Fase inicial:

- Perda de memória (nomeadamente a curto prazo)
- Dificuldade na resolução de problemas e no planeamento
- Dificuldades linguísticas (por exemplo, dificuldade em encontrar as palavras certas)
- Desorientação no tempo e no espaço

Fase intermédia:

- Aumento da confusão e do esquecimento
- Alterações comportamentais (por exemplo, agressão, ansiedade, depressão)
- Dificuldade em reconhecer amigos e familiares
- Dificuldades nas tarefas de rotina (por exemplo, vestir-se, cozinhar)

Fase tardia:

- Declínio cognitivo avançado e incapacidade de comunicar
- Perda de mobilidade e da capacidade de realizar atividades diárias
- Aumento da dependência dos prestadores de cuidados





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Progressão:

Fases: A doença de Alzheimer evolui através de três fases gerais: ligeira (precoce), moderada (média) e avançada (tardia). A duração média desde o diagnóstico até à morte pode variar entre 4 e 20 anos.

Fatores de risco: A idade, a história familiar, a genética (por exemplo, o alelo APOE-e4) e os fatores de estilo de vida (por exemplo, a saúde cardiovascular) aumentam o risco.

2.1.2. Demência vascular

Patologia [14,15,16]:

Problemas cerebrovasculares: Causadas pela falta de fluxo sanguíneo para o cérebro devido a acidentes vasculares cerebrais, doença dos pequenos vasos ou condições que impedem a circulação (por exemplo, aterosclerose).

Eventos isquémicos: Estes podem resultar em lesões cerebrais localizadas, levando a um défice cognitivo.

Infartos múltiplos: Os doentes podem sofrer vários pequenos enfartes ao longo do tempo, resultando em danos cerebrais cumulativos.

Sintomas [14,15,16]:

Fase inicial:

- Confusão e dificuldade de concentração
- Velocidade de processamento mais lenta e diminuição da capacidade de resolução de problemas
- Alterações súbitas da cognição ou da funcionalidade após um AVC

Fase intermédia:

- Flutuações na função cognitiva (“dias bons e dias maus”)





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

- Problemas de organização e planeamento
- Dificuldade acrescida com a linguagem e a atenção

Fase tardia:

- Problemas graves de memória
- Dificuldade nas atividades da vida diária
- Alterações emocionais (depressão, apatia)

Progressão:

Declínio gradual: Ao contrário da doença de Alzheimer, que é gradual, a demência vascular tem frequentemente um declínio gradual em que as capacidades cognitivas diminuem subitamente após um AVC.

Prevalência: É o segundo tipo mais comum de demência e coexiste frequentemente com outras demências, nomeadamente a doença de Alzheimer.

2.1.3. Demência de corpos de Lewy (LBD)

Patologia [14,15,16]::

Corpos de Lewy: Aglomerados anormais da proteína alfa-sinucleína acumulam-se no cérebro, perturbando a função cerebral normal. Afetam áreas que controlam o movimento, a cognição e o comportamento.

Neurodegeneração: A presença de corpos de Lewy leva à morte das células cerebrais e pode afetar as funções cognitivas e motoras.

Sintomas [14,15,16]:

Sintomas cognitivos:

- Perda de memória e dificuldades com a atenção e as funções executivas.
- Cognição flutuante (períodos de confusão e de clareza).





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Sintomas motores:

- Bradicinesia (lentidão de movimentos)
- Rigidez e tremores (semelhantes aos da doença de Parkinson)

Sintomas psiquiátricos:

- Alucinações visuais e delírios
- Alterações do humor, incluindo depressão e ansiedade

Distúrbios do sono: Distúrbio comportamental do sono REM – em que os indivíduos encenam sonhos.

Progressão:

Progressão rápida: A LBD progride mais rapidamente do que a doença de Alzheimer, com um tempo médio de vida após o diagnóstico de 5 a 8 anos.

Sobreposição com a doença de Parkinson: Alguns doentes podem desenvolver mais tarde sintomas característicos da doença de Parkinson.

2.1.4. Demência frontotemporal (DFT)

Patologia [14,15,16]:

Neurodegeneração: Afeta principalmente os lobos frontal e temporal do cérebro. Pode envolver anomalias da proteína tau ou da proteína TDP-43.

Atrofia: Resulta numa atrofia significativa destas regiões cerebrais, levando a alterações na personalidade, comportamento e linguagem.

Sintomas [14,15,16]:

Variante comportamental da DFT:

- Alterações significativas na personalidade e no comportamento social (por exemplo, impulsividade, perda de empatia).
- Apatia, desinteresse pela higiene pessoal e falta de preocupação com as





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

normas sociais.

Variante da linguagem (Afasia Progressiva Primária):

- Dificuldades em falar, compreender a linguagem e encontrar as palavras certas.
- Eventualmente, leva à perda da capacidade de comunicar eficazmente.

Sintomas físicos: Nas fases mais avançadas, a função motora pode diminuir, com sintomas semelhantes aos da doença de Parkinson.

Progressão:

Idade de início: Geralmente ocorre entre os 45 e os 65 anos, o que a torna numa das demências de início mais precoce.

Duração: A progressão da doença é variável, mas os doentes sobrevivem normalmente 3 a 10 anos após o diagnóstico.

2.1.5. Demência mista

Patologia [14,15,16]:

Combinação de tipos: A maioria das vezes inclui uma mistura de patologia da doença de Alzheimer e da demência vascular, levando a uma combinação de sintomas de ambos os tipos.

Neurodegeneração: Presença de placas amilóides, emaranhados de tau e danos cerebrovasculares no cérebro.

Sintomas [14,15,16]:

Deficiências cognitivas: Os sintomas podem incluir perda de memória, confusão, dificuldade de planeamento e alterações de comportamento.

Sintomas variáveis: A combinação de tipos de demência leva a uma maior





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

variedade de sintomas e a um quadro clínico mais complexo.

Progressão:

Evolução imprevisível: A progressão da demência mista pode ser menos previsível devido à interação de diferentes processos patológicos e sintomas.

Diagnóstico: Frequentemente difícil de diagnosticar até que a autópsia ou os exames imagiológicos revelem a presença de múltiplos tipos de demência.

2.1.6. Causas potencialmente reversíveis da demência

Apenas um pequeno número de casos de demência (menos de 2%) é potencialmente reversível, principalmente os ligados a condições específicas [17]:

Hidrocefalia de pressão normal: A acumulação de fluido nos ventrículos cerebrais provoca pressão, levando a sintomas como declínio cognitivo, incontinência urinária e problemas de mobilidade.

Problemas da tiroide e paratiróides: Uma função da tiroide deficiente pode levar a um declínio cognitivo ao longo da vida.

Demência alcoólica: O consumo excessivo e prolongado de álcool pode causar um declínio significativo da memória e da função cognitiva.

Deficiências de vitamina B12 e ácido fólico: As carências destes nutrientes podem causar ou agravar problemas cognitivos; em casos graves, podem levar a demência reversível.

Depressão: A depressão tem sido associada à demência.



2.2. Diagnóstico e avaliação

O diagnóstico de demência é um processo faseado. Este processo começa normalmente não no consultório médico ou no hospital, mas na vida quotidiana, quando alguém nota uma alteração no desempenho ou no comportamento de uma pessoa [18,19]. Pode ser a própria pessoa, um membro da família, um amigo ou um colega de trabalho. Pode utilizar a infografia abaixo como um lembrete rápido dos primeiros sinais de demência (fig.2.4.).



Figura 2.4: Sinais precoces de demência

As alterações suspeitas devem então ser verificadas por um médico ou psicólogo através de testes e questionários. Se as alterações forem confirmadas, devem ser identificadas as causas e os fatores que contribuem

para as mesmas (condições comórbidas) [18]. As ferramentas utilizadas nesta etapa incluem o exame físico, o exame laboratorial, a imagiologia cerebral (para a ressonância magnética da estrutura cerebral, MRI; para a tomografia por emissão de positrões do metabolismo cerebral, PET); biomarcadores em casos selecionados (concentrações de proteínas no líquido cefalorraquidiano) e, raramente, testes genéticos. Graças aos avanços na imagiologia cerebral e nos biomarcadores, a doença subjacente (especialmente a doença de Alzheimer) pode ser identificada antes do desenvolvimento de sintomas típicos [20]. Este progresso científico suscita preocupações éticas. A seguir, apresenta-se uma panorâmica das ferramentas de diagnóstico no decurso da doença de Alzheimer (fig.2.5.).

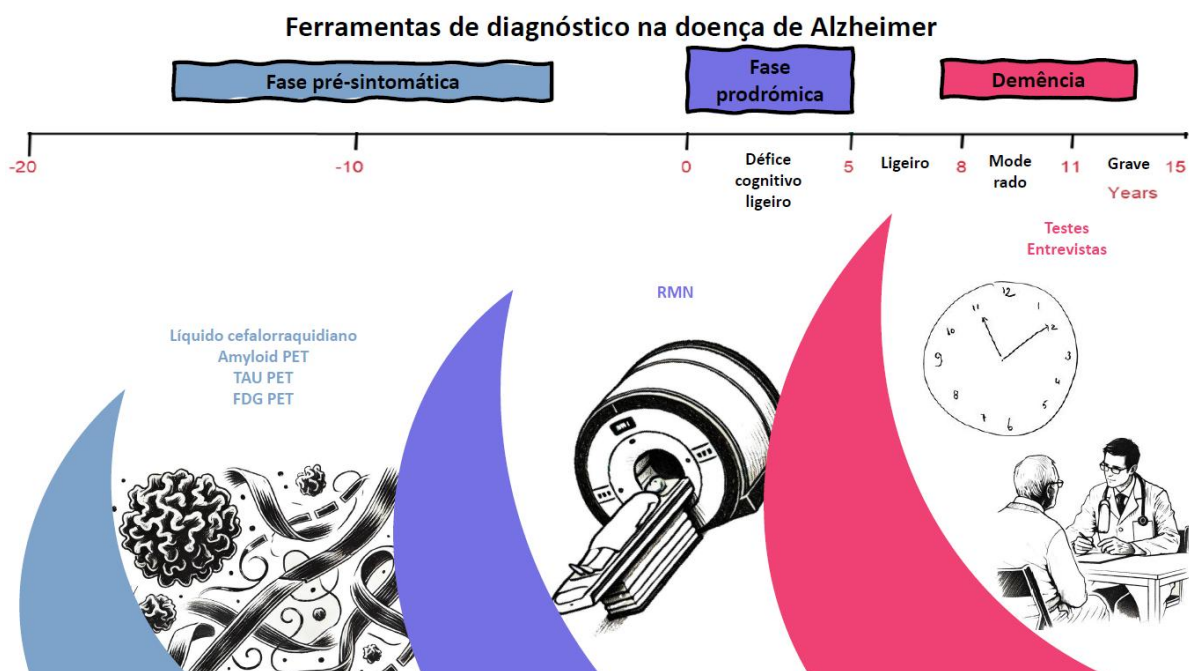


Figura 2.5: Visão geral das ferramentas de diagnóstico no decurso da doença de Alzheimer

2.2.1. Testes de rastreio cognitivo (MMSE, MoCA, etc.)



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Os testes de rastreio cognitivo são ferramentas utilizadas para avaliar as capacidades cognitivas de um indivíduo, ajudando a identificar um potencial declínio cognitivo ou demência. Estes testes são frequentemente avaliações rápidas e padronizadas que avaliam vários domínios cognitivos, incluindo a memória, a atenção, a linguagem e a função executiva [21,22].

2.2.2. Neuroimagem e biomarcadores

A neuroimagem e os biomarcadores desempenham um papel crucial no diagnóstico e na gestão da demência. Fornecem informações valiosas sobre a estrutura e a função do cérebro, ajudando a diferenciar os vários tipos de demência e a avaliar a progressão da doença [20].

2.3. Tratamentos farmacológicos

Uma vez confirmado o diagnóstico, os cuidados a longo prazo para a pessoa com demência devem começar por ligá-la e aos seus prestadores de cuidados a serviços de apoio. Idealmente, uma equipa dedicada de cuidados de saúde ou sociais coordenará os cuidados, centrando-se nas suas necessidades específicas [23]. Este coordenador deve orientar a pessoa e a sua família para os serviços disponíveis, ajudar a identificar um cuidador principal, sugerir um plano de cuidados e assegurar uma boa comunicação no seio da equipa de cuidados. Após o diagnóstico, é importante que a pessoa discuta os seus desejos relativamente aos cuidados futuros através de um plano de cuidados avançados.

Mesmo que não seja médico, é útil ter conhecimentos básicos sobre os medicamentos para a demência. É essencial compreender o modo como estes medicamentos atuam, os seus riscos e a forma como podem contribuir para a qualidade de vida. No entanto, os medicamentos por si só têm efeitos limitados e funcionam melhor em conjunto com outros tratamentos de apoio.



Apenas dois tipos de medicamentos para a demência estão aprovados para ajudar nos sintomas cognitivos e nas atividades diárias: os inibidores da acetilcolinesterase e a memantina (fig.2.6.).

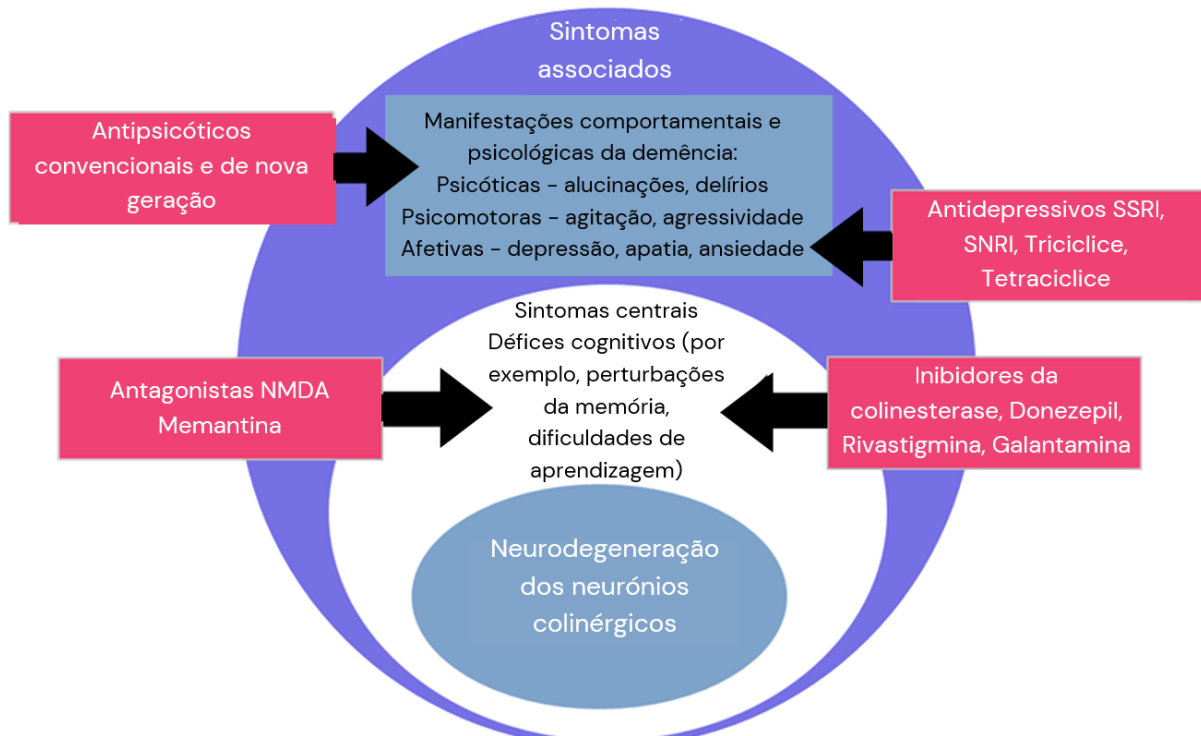


Figura 2.6: As principais classes de medicamentos utilizados na demência de Alzheimer.

2.4. Prevenção e redução de riscos

Vários fatores podem aumentar o risco de desenvolver demência ao longo da vida. Alguns são genéticos e não podem ser alterados, desde mutações genéticas raras e com impacto até variantes mais comuns como a APOE4, que tem um efeito menor. Cerca de 25% das pessoas com 55 anos têm uma história familiar de demência, muitas vezes devido a uma mistura de fatores genéticos que aumentam ligeiramente o risco. Os indivíduos com uma história



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

familiar têm 20% de hipóteses de desenvolver demência, em comparação com 10% na população em geral [24].

Existem também fatores de risco externos, como a diabetes, a hipertensão arterial, a obesidade, a inatividade física, a depressão, o tabagismo e níveis de educação mais baixos. Felizmente, certas opções de estilo de vida podem ajudar a reduzir estes riscos.

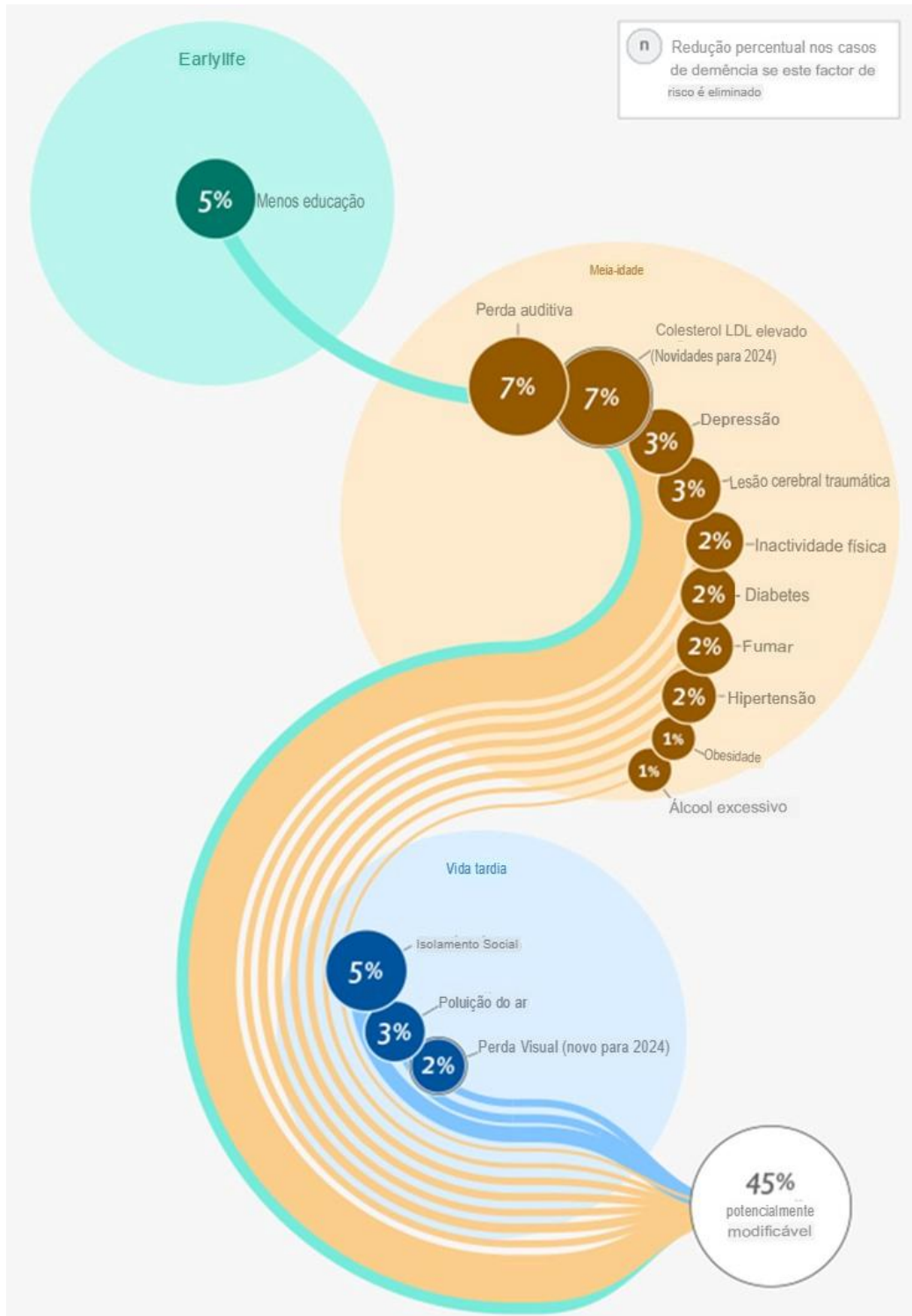
A Comissão Lancet sublinhou a importância dos fatores de risco modificáveis na redução do risco de demência, salientando que as mudanças no estilo de vida podem ter um impacto significativo na doença prevenção. Segue-se uma imagem que ilustra estes fatores de risco modificáveis (fig. 2.7.) [24].





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973



Cofinanciado pela União Europeia





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

3. Doenças neurológicas

3.1. Esclerose múltipla (EM)

3.1.1. Introdução

A EM é uma doença autoimune crónica que afeta o sistema nervoso central, provocando gradualmente lesões nos nervos. Os sintomas começam geralmente em adultos jovens e podem progredir ao longo do tempo, podendo causar incapacidade ao fim de 10–15 anos [25].

Existem 7 tipos principais de EM. O mais comum é a EM recidivante–remitente, observada em 70–80% dos casos, em que os sintomas vão e vêm. Os outros tipos incluem a EM progressiva primária, que se agrava de forma constante sem recaídas; a EM progressiva secundária, que começa por ser recidivante–remitente e se torna progressiva; e a recidivante progressiva, em que os sintomas se agravam com episódios agudos ocasionais. Os tipos menos comuns incluem a síndrome clinicamente isolada, a EM fulminante (com progressão rápida) e a EM benigna (sintomas ligeiros com recaídas raras) [26].

3.1.2. Sinais de alerta

A EM provoca lesões nos nervos em áreas como a medula espinal, o tronco cerebral, o cerebelo e os nervos óticos, pelo que os sintomas dependem das áreas afetadas. No tipo mais comum, a EM recorrente–remitente, os sintomas desenvolvem–se gradualmente ao longo dos dias. Na EM progressiva primária, os sintomas agravam–se lentamente, ao longo de pelo menos 12 meses. Os primeiros sintomas incluem frequentemente formigueiro, problemas de visão, fadiga, fraqueza, problemas de equilíbrio e, nalguns casos, perda temporária da visão num olho [26,27].

3.1.3. Sintomas

Devido ao impacto generalizado da EM no sistema nervoso central, os sintomas variam muito (tabela 3.1.) [26].



3.1.4. Progressão da doença

Sem uma recuperação total entre as recaídas, os sintomas da EM podem agravar-se com o tempo, afetando frequentemente a mobilidade, o controlo motor e o equilíbrio. Os problemas a longo prazo podem incluir visão dupla, tonturas crónicas, problemas de deglutição e disfunção da bexiga. As alterações de humor e o declínio cognitivo também podem surgir à medida que a doença progride. A gestão dos sintomas envolve frequentemente fisioterapia, medicação para as tonturas ou infeções e ajustamentos do estilo de vida para manter a qualidade de vida [27].

Tabela 3.1: Sintomas típicos da EM

Problemas de visão como perda de visão ou visão dupla	Perda de sensibilidade, incluindo formigueiro e dormência
Problemas de fala e de deglutição devido a lesões nervosas	Problemas da bexiga e do intestino, como incontinência ou obstipação
Dificuldades motoras, como fraqueza, tremores ou rigidez muscular	Efeitos emocionais como ansiedade ou depressão
Alterações cognitivas, como problemas de memória ou dificuldade de concentração.	

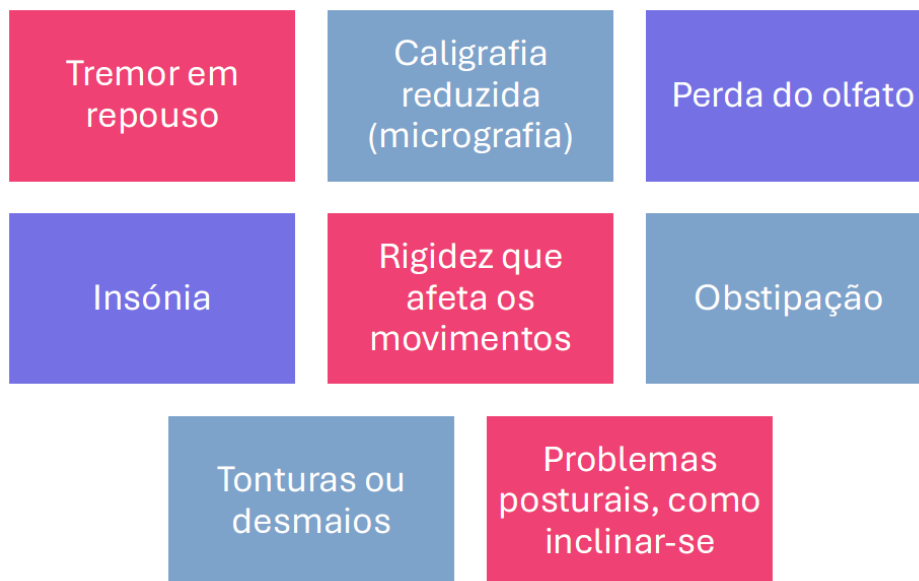
3.2. Doença de Parkinson (DP)

3.2.1. Introdução

A DP é uma doença neurodegenerativa comum, que afeta principalmente os adultos mais velhos, embora possa aparecer em pessoas mais jovens. É causada pela perda de neurónios produtores de dopamina no cérebro, o que leva a problemas de controlo motor. A DP é marcada pela presença de corpos de Lewy (aglomerados de proteínas) nesses neurónios. A idade é o maior fator de risco, sendo que outros fatores possíveis incluem a exposição a

determinados químicos e metais. O diagnóstico é clínico, baseado em sintomas como tremores, rigidez e lentidão de movimentos, frequentemente confirmados por uma boa resposta à terapêutica com levodopa [28,29].

3.2.2. Sinais de aviso (fig.3.1.)



3.2.3. Sintomas

Os sintomas da DP dividem-se em categorias motoras e não-motoras [29,30,31].

Sintomas motores: Estes incluem tremores, lentidão de movimentos (bradicinésia), rigidez muscular e instabilidade postural. Os sinais únicos incluem tremor de "rolamento de pílulas" e rigidez de "roda dentada" no movimento das articulações.

Sintomas não motores: Verificados em quase todos os doentes com DP, incluem depressão, ansiedade, perturbações do sono e declínio cognitivo. Pode desenvolver-se demência, especialmente nas pessoas com antecedentes familiares de DP. Outros sintomas incluem problemas digestivos, problemas

urinários e aumento dos problemas de pele, como transpiração excessiva e maior risco de cancro da pele. A perda do olfato e as alterações sensoriais, como as sensações de formigueiro ou de ardor, também são comuns.

3.2.4. Evolução da doença

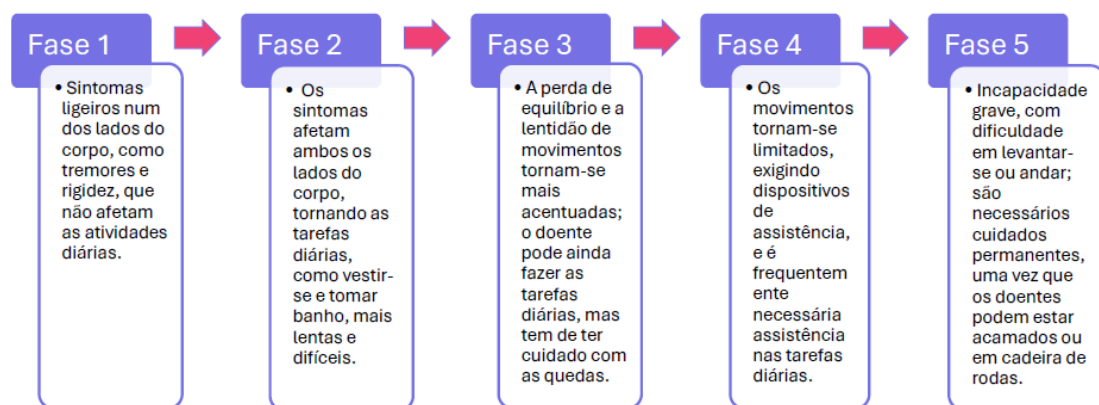
A doença de Parkinson desenvolve-se por fases, com o início dos sintomas motores a ocorrer frequentemente anos após o início da doença. A DP tem três fases principais: pré-clínica, prodrómica e clínica [32].

Fase pré-clínica: A neurodegeneração no cérebro ocorre sem sintomas visíveis.

Fase prodrómica: Ao longo de cerca de 10 anos, podem aparecer os primeiros sintomas não motores, como problemas de sono, obstipação, perda de olfato e depressão.

Fase clínica: Quando 40–60% dos neurónios produtores de dopamina são perdidos, surgem sintomas motores (como tremores e rigidez), marcando a fase inicial da DP.

Fases sintomáticas da DP (fig.3.2.)





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Referências

1. Khan, H. T. (2019). Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas?. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(5), 754–760.
2. Leifer, B. P. (2003). Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic benefits. **Journal of the American Geriatrics Society*, 51*(5s2), S281–S288.
3. Kiely, K. M., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas*, 129, 76–84.
4. Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2018). *Aging and mental health*. John Wiley & Sons.
5. Leigh–Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157–171.
6. Lo, R. Y. (2017). The borderland between normal aging and dementia. **Tzu Chi Medical Journal*, 29*(2), 65–71.
7. Harada, C. N., Love, M. C. N., & Triebel, K. (2013). Normal cognitive aging. *Clinics in geriatric medicine*, 29(4), 737.
8. Rossini, P. M., Rossi, S., Babiloni, C., & Polich, J. (2007). Clinical neurophysiology of aging brain: from normal aging to neurodegeneration. *Progress in neurobiology*, 83(6), 375–400.
9. Anderson, N. D. (2019). State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS spectrums*, 24(1), 78–87.
10. Monastero, R., Mangialasche, F., Camarda, C., Ercolani, S., & Camarda, R. (2009). A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's disease*, 18(1), 11–30.
11. Reisberg, B., Jamil, I. A., Khan, S., Monteiro, I., Torossian, C., Ferris, S., ... & Wegiel, J. (2010). Staging dementia. **Principles and Practice of Geriatric*



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Psychiatry*, 162–169.

12. James, B. D., & Bennett, D. A. (2019). Causes and patterns of dementia: an update in the era of redefining Alzheimer's disease. *Annual review of public health*, 40(1), 65–84.

13. American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.).

14. James, B. D., & Bennett, D. A. (2019). Causes and patterns of dementia: an update in the era of redefining Alzheimer's disease. *Annual review of public health*, 40(1), 65–84.

15. Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, 322(16), 1589–1599.

16. Fymat, A. L. (2018). Dementia: A review. *J Clin Psychiatr Neurosci*, 1(3), 27–34.

17. Yousuf, R. M., Fauzi, A. R. M., Wai, K. T., Amran, M., Akter, S. F. U., & Ramli, M. (2010). Potentially reversible causes of dementia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(8), 258.

18. Perry-Young, L., Owen, G., Kelly, S., & Owens, C. (2018). How people come to recognise a problem and seek medical help for a person showing early signs of dementia: A systematic review and meta-ethnography. *Dementia*, 17(1), 34–60.

19. Robinson, L., Tang, E., & Taylor, J. P. (2015). Dementia: timely diagnosis and early intervention. *Bmj*, 350.

20. Blennow, K., & Zetterberg, H. (2018). Biomarkers for Alzheimer's disease: current status and prospects for the future. **Journal of Internal Medicine*, 284*(6), 643–663.

21. Glenn, J. M., Bryk, K., Myers, J. R., Anderson, J., Onguchi, K., McFarlane, J., & Ozaki, S. (2023). The efficacy and practicality of the Neurotrack Cognitive





“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

Battery assessment for utilization in clinical settings for the identification of cognitive decline in an older Japanese population. *Frontiers in Aging Neuroscience, 15*, 1206481.

22. Sheehan, B. (2012). Assessment scales in dementia. Therapeutic advances in neurological disorders, 5(6), 349–358.

23. Vaz, M., & Silvestre, S. (2020). Alzheimer's disease: Recent treatment strategies. *European Journal of Pharmacology, 887*, 173554.

24. Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., ... & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet, 404*(10452), 572–628.

25. Ajdacic-Gross, V., Steinemann, N., Horváth, G., Rodgers, S., Kaufmann, M., Xu, Y., ... & Wyl, V. V. (2021). Onset symptom clusters in multiple sclerosis: characteristics, comorbidities, and risk factors. *Frontiers in Neurology, 12*, 693440.

26. Noyes, K., & Weinstock-Guttman, B. (2013). Impact of diagnosis and early treatment on the course of multiple sclerosis. *American Journal of Managed Care, 19*(17 Suppl), s321–31.

27. University of California, San Francisco MS-EPIC Team, Cree, B. A., Gourraud, P. A., Oksenberg, J. R., Bevan, C., Crabtree-Hartman, E., ... & Hauser, S. L. (2016). Long-term evolution of multiple sclerosis disability in the treatment era. *Annals of Neurology, 80*(4), 499–510.

28. Poewe, W., Seppi, K., Tanner, C. M., Halliday, G. M., Brundin, P., Volkman, J., Schrag, A.-E., & Lang, A. E. (2017). Parkinson disease. *Nature Reviews Disease Primers, 3*, 17013.

29. Noyce, A. J., Lees, A. J., & Schrag, A. E. (2016). The prediagnostic phase of Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 87*(8), 871–878.



“No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável”

NÚMERO DO PROJETO: 2023-1-RO01-KA220-ADU-000160973

30. MacPhee, G., & Stewart, D. (2001). Parkinson's disease. *Reviews in Clinical Gerontology, 11*, 33–49.
31. Jankovic, J., Hurtig, H., & Dashe, J. (2014). Etiology and pathogenesis of Parkinson disease. *UpToDate*. Retrieved from <http://www.uptodate.com/home/index.html>.
32. Beitz, J. M. (2013). Skin and wound issues in patients with Parkinson's disease: an overview of common disorders. *Ostomy/Wound Management, 59*(6), 26–36.



“ON STAGE IN THE GOLDEN AGE: THEATRE FOR HEALTHY AGEING”

PROJECT NUMBER: 2023 - 1 - R001 - KA220 - ADU - 000160973

SITE: <https://age-thea.eu/>

FACEBOOK: [No Palco na Era Dourada: Teatro para um Envelhecimento Saudável](#)

INSTAGRAM: [age.thea2023](#)



FINANCIADO PELA UNIÃO EUROPEIA. OS PONTOS DE VISTA E OPINIÕES EXPRESSOS SÃO DA EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO(S) AUTOR(ES) E NÃO REFLETEM NECESSARIAMENTE OS PONTOS DE VISTA E OPINIÕES DA UNIÃO EUROPEIA OU DA AGÊNCIA NACIONAL PARA OS PROGRAMAS COMUNITÁRIOS NO DOMÍNIO DA EDUCAÇÃO E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL (ANPCDFP). NEM A UNIÃO EUROPEIA NEM A ANPCDFP PODEM SER RESPONSABILIZADAS PELOS MESMOS.