

Fevereiro Roxo - Alzheimer, Endometriose e Fibromialgia



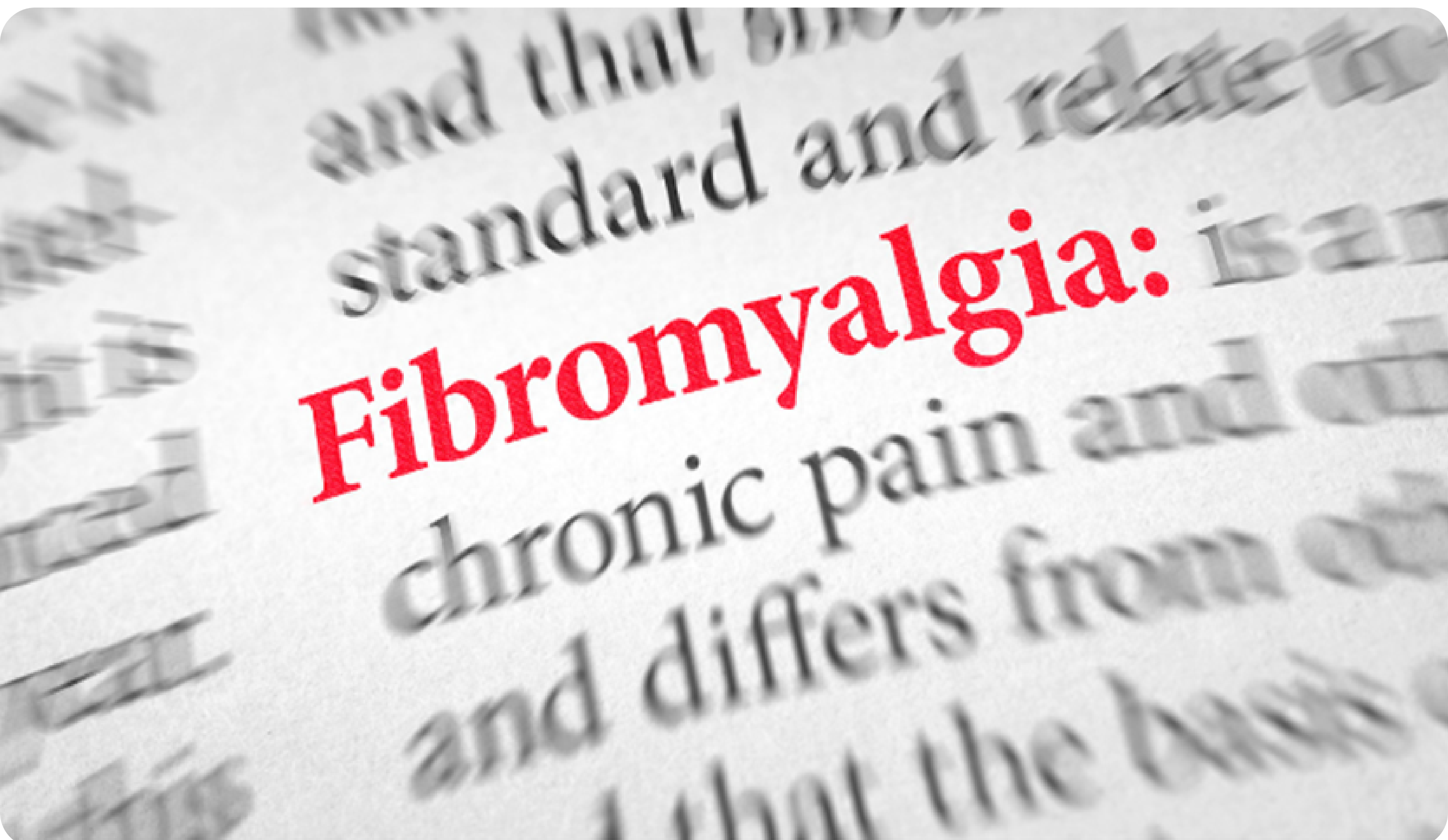
CONTEÚDO PROGRAMÁTICO: O mês de fevereiro é importante para informar as pessoas sobre a fibromialgia, endometriose e Alzheimer, que são doenças de origem neurológica. Conscientizar sobre esse tipo de doença é essencial para as pessoas identificarem sinais iniciais e buscarem ajuda médica.

- **FIBROMIALGIA.**
- **ENDOMETRIOSE.**
- **DOENÇA DE ALZHEIMER.**

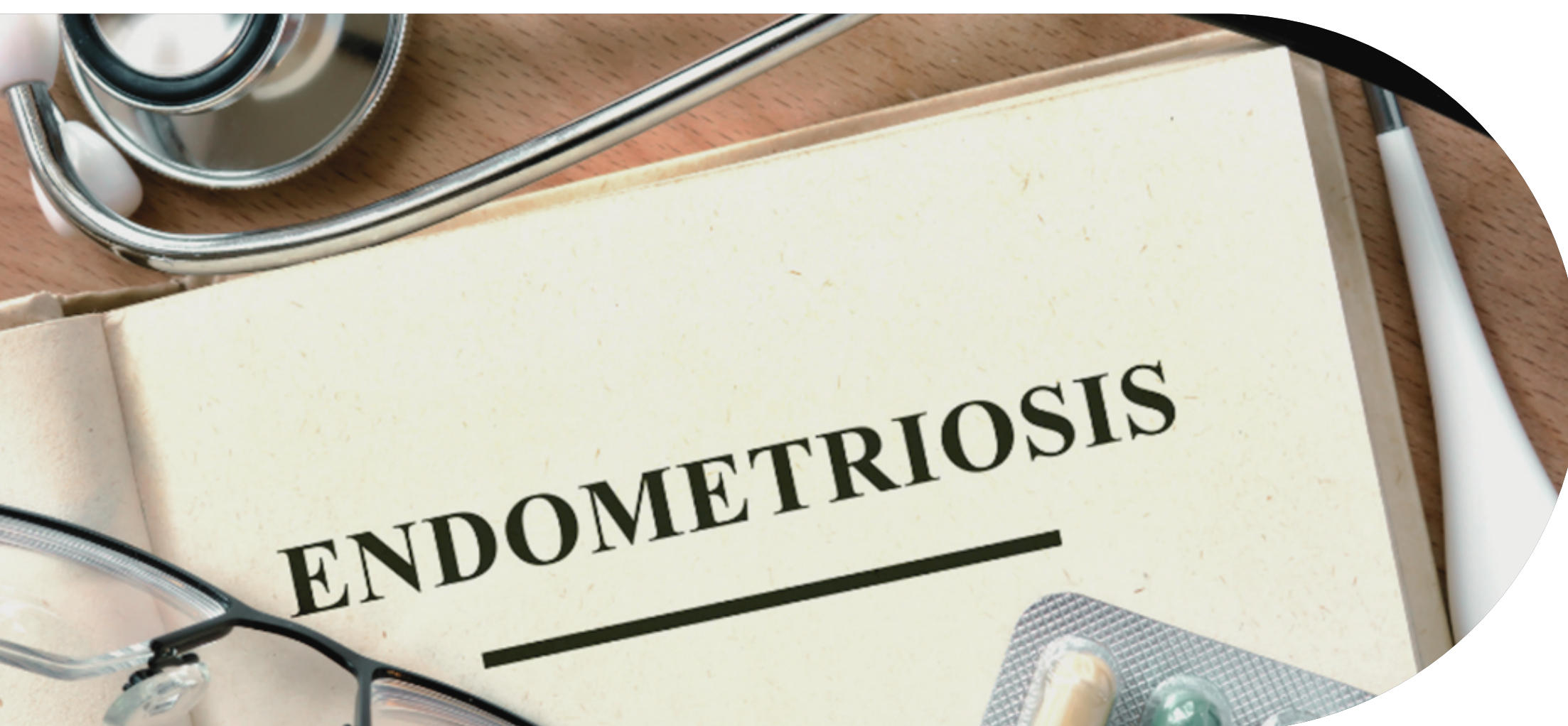


RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA CAPACITAÇÃO: Dr. Cláudio Friedrich, CREMERS 18711, Médico do Trabalho, Especialista em Medicina do Trabalho pela AMB/ANAMT, com registro de especialidade RQE 22594, Especialista em Ergonomia, Pós-Graduado em Perícias Médicas.

- Dor muscular difusa.
- Crônica (dura mais que três meses).
- Sem sinais clínicos.
- Causa desconhecida.
- Prevalência mundial de 02 a 03%.
- Acomete principalmente as mulheres (relação mulher/ homem de 09:01)
- Idade entre 40 a 60 anos.
- Pode haver também distúrbios do humor como ansiedade e depressão.
- A depressão está presente em 50% dos pacientes com fibromialgia.
- Muitos pacientes queixam-se de alterações da concentração e de memória.
- Pacientes com fibromialgia realmente estão sentindo a dor que referem.
- Não há lesão na periferia do corpo, e mesmo assim a pessoa sente dor.
- O diagnóstico da fibromialgia é clínico.
- A fibromialgia pode aparecer em pacientes que apresentam outras doenças reumáticas, como artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico.
- O principal tratamento da fibromialgia é o exercício aeróbico.



- A endometriose é uma doença crônica que pode ser dolorosa, provocada pela migração do tecido que reveste a cavidade uterina, o endométrio, para outras partes do corpo, principalmente para o abdome, além de ovário, ligamentos uterinos, bexiga e intestino.
- Entre 6% a 10% das mulheres são diagnosticadas com endometriose.
- Não se sabe exatamente qual é a causa da endometriose, mas existem várias teorias.
- **MAIOR RISCO:** A endometriose tem mais propensão de ocorrer em mulheres que tiveram o primeiro bebê após os 30 anos de idade; nunca tiveram um bebê; começaram a ter a menstruação antes da época normal ou pararam de menstruar depois da época normal; têm ciclos menstruais curtos (inferior a 27 dias) com menstruações com fluxo intenso que duram mais de oito dias; têm determinadas anomalias estruturais do útero.
- **MENOR RISCO:** A endometriose parece ter uma tendência para ocorrer com menos frequência em mulheres que tiveram várias gestações; começaram a ter a menstruação depois da época normal; amamentam por muito tempo; têm usado anticoncepcionais orais de baixa dose por um longo período; praticam atividade física regularmente (especialmente se iniciaram antes dos 15 anos de idade e se exercitam mais de quatro horas por semana, ou ambos).
- O principal sintoma da endometriose é dor na região inferior do abdômen e na região pélvica
- A endometriose é uma das principais causas de infertilidade na mulher.
- Na maioria dos casos, o diagnóstico clínico-ginecológico da endometriose é suficiente.



- Doença de Alzheimer é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.
- A causa ainda é desconhecida, mas acredita-se que seja geneticamente determinada.
- A Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência neurodegenerativa em pessoas de idade, sendo responsável por mais da metade dos casos de demência nessa população.
- Nos casos mais graves, a perda da capacidade das tarefas cotidianas resulta em completa dependência da pessoa. A doença pode vir ainda acompanhada de depressão, ansiedade e apatia.
- O primeiro sintoma (o mais característico) do Mal de Alzheimer é a perda de memória recente.
- Entre os principais sinais e sintomas do Alzheimer estão: falta de memória para acontecimentos recentes; repetição da mesma pergunta várias vezes; dificuldade para acompanhar conversações ou pensamentos complexos; incapacidade para resolver problemas; dificuldade para dirigir automóvel e encontrar caminhos conhecidos; dificuldade para encontrar palavras que expressem ideias ou sentimentos pessoais; irritabilidade, suspeição injustificada, agressividade, passividade, interpretações erradas de estímulos visuais ou auditivos, tendência ao isolamento.
- Alguns fatores de risco são idade e a história familiar e Baixo nível de escolaridade:
- A Doença de Alzheimer ainda não possui uma forma de prevenção específica.
- Os médicos acreditam que manter a cabeça ativa e uma boa vida social, regada a bons hábitos e estilos, pode retardar ou até mesmo inibir a manifestação da doença.
- As principais formas de prevenir são: estudar, ler, pensar, manter a mente sempre ativa; fazer exercícios de aritmética; jogos inteligentes; atividades em grupo; não fumar; não consumir bebida alcoólica; ter alimentação saudável e regrada; fazer prática de atividades físicas regulares.

Conforme a referência médica Medicina Interna de Harrison 18ª edição, editora McGrawHill, em seu capítulo 335, temos que a fibromialgia é uma síndrome dolorosa, de causa desconhecida, prevalência mundial de 02 a 03%, que acomete principalmente as mulheres (relação mulher/ homem de 09:01) com idade entre 40 a 60 anos e se caracteriza por dores difusas, sendo estes sintomas influenciados por alterações climáticas, estresse emocional, grau de atividade física, etc. A fibromialgia é um problema bastante comum, visto em pelo menos em 5% dos pacientes que vão a um consultório de Clínica Médica e em 10 a 15% dos pacientes que vão a um consultório de Reumatologia. O motivo da prevalência ser mais em mulheres não é conhecido. Não parece haver uma relação com hormônios, pois a fibromialgia afeta as mulheres tanto antes quanto depois da menopausa.

Há quadro de dor muscular generalizada [dor em todo o corpo], crônica (dura mais que três meses), mas que não apresenta evidência de inflamação nos locais de dor, acompanhada de sintomas típicos, como sono não reparador (sono que não restaura a pessoa) e cansaço. Pode haver também distúrbios do humor como ansiedade e depressão, e muitos pacientes queixam-se de alterações da concentração e de memória. Uma característica da pessoa com fibromialgia é a grande sensibilidade ao toque e à compressão da musculatura pelo examinador ou por outras pessoas.



A patogenia não está completamente compreendida.

Atualmente são levantadas 03 hipóteses para explicação da fisiopatologia desta síndrome, que envolvem alterações nos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e sistema nervoso central.

A principal hipótese é que pacientes com fibromialgia apresentam uma alteração da percepção da sensação de dor [os pacientes com fibromialgia apresentam uma sensibilidade maior à dor do que pessoas sem fibromialgia]. Isso é apoiado por estudos em que visualizam o cérebro destes pacientes em funcionamento, e também porque pacientes com fibromialgia apresentam outras evidências de sensibilidade do corpo, como no intestino ou na bexiga.

O sono alterado, os problemas de humor e concentração parecem ser causados pela dor crônica, e não ao contrário. Seria como se o cérebro das pessoas com fibromialgia estivesse com um “termostato” ou um “botão de volume” desregulado, que ativasse todo o sistema nervoso para fazer a pessoa sentir mais dor. Desta maneira, nervos, medula e cérebro fazem que qualquer estímulo doloroso seja aumentado de intensidade.

Alguns pacientes com fibromialgia desenvolvem a condição após um gatilho, como uma dor localizada mal tratada, um trauma físico ou uma doença grave. O mais comum é que o quadro comece com uma dor localizada crônica, que progride para envolver todo o corpo. O motivo pelo qual algumas pessoas desenvolvem fibromialgia e outras não ainda é desconhecido. O que não mais se discute é se a dor do paciente é real ou não. Hoje, com técnicas de pesquisa que permitem ver o cérebro em funcionamento em tempo real, descobriu-se que pacientes com fibromialgia realmente estão sentindo a dor que referem. Mas é uma dor diferente, onde não há lesão na periferia do corpo, e mesmo assim a pessoa sente dor. Toda dor é um alarme de incêndio no corpo – ela indica onde devemos ir para apagar o incêndio. Na fibromialgia é diferente – não há fogo nenhum, esse alarme dispara sem necessidade e precisa ser novamente “regulado”. Esse melhor entendimento da fibromialgia indica que muitos sintomas como a alteração do sono e do humor, que eram considerados causadores da dor, na verdade são decorrentes da dor crônica e da ativação de um sistema de stress crônico.

O diagnóstico da fibromialgia é clínico, isto é, não se necessitam de exames para comprovar que ela está presente. Se o médico fizer uma boa entrevista clínica, pode fazer o diagnóstico de fibromialgia na primeira consulta e descartar outros problemas.

O Guidelines do Colégio Americano de Reumatologia refere que existem 02 requisitos básicos para o diagnóstico:

- Presença de dor nos 4 quadrantes do corpo, por pelo menos 3 meses; e
- Presença de ao menos 11 dos 18 pontos dolorosos (bilateralmente), sensíveis à digitopressão (occipital, cervical inferior, trapézio, supraespinhoso, segunda costela, epicôndilo lateral, glúteo, trocanter maior, joelho).

Deve-se salientar que muitas vezes, mesmo que os pacientes não apresentem todos os pontos, o diagnóstico de fibromialgia é feito e o tratamento iniciado. Além disso, esses critérios não avaliam sintomas importantes na fibromialgia, como a alteração do sono e fadiga.

A fibromialgia pode aparecer em pacientes que apresentam outras doenças reumáticas, como artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico, e muitas vezes dificulta uma completa melhora destes pacientes.



O sintoma característico é a dor muscular generalizada, frequentemente acompanhada de fadiga e de anormalidades na qualidade do sono. Tais sintomas manifestam-se como períodos intermitentes de melhora e piora. Outras queixas são frequentemente referidas: distúrbios do sono, fadiga matinal, síndrome da perna inquieta, sensação de inchaço, câibras e adormecimento nas pernas, diarreia ou constipação, dismenorréia. Objetivamente não se percebe edema ou alterações neurológicas.

O quadro clínico caracteriza-se por dor espontânea e à palpação na região ou massa muscular afetada. Pode haver aumento de tônus, contratura muscular e presença de pontos dolorosos, os chamados pontos-gatilho miofasciais (“trigger points”), ou bandas de tensão dolorosas (“tautbands”). Quando solicitado a apontar o ponto de dor máxima, a segurada/requerente aponta o local exato de maior dor e não as áreas de dor referida. Nas fases agudas, a dor tende a ser desencadeada pela contração do músculo envolvido. Alguns indivíduos encurtam sua carga laboral diária ou semanal e outros necessitam modificar sua atividade laborativa. No exame físico, a compressão do ponto doloroso, com o polegar do examinador exercendo uma força equivalente a 4 kgf (esta força corresponde aproximadamente ao “embranquecimento” da unha do polegar), desencadeia dor de forte intensidade que não se repete em áreas circunvizinhas ou contra-laterais não afetadas. O diagnóstico baseia-se em história clínica, exame físico. Manobra de “rolar prega cutânea” causa dor intensa com mínima manipulação de pele. Em pessoas normais este teste não causa dor.

A depressão está presente em 50% dos pacientes com fibromialgia, podendo ser consequente à dor e privação do sono. Nem todo paciente com fibromialgia tem depressão. Por muito tempo pensou-se que a fibromialgia era uma “depressão mascarada”. Hoje, sabemos que a dor da fibromialgia é real, e não se deve pensar que o paciente está “somatizando”, isto é, manifestando um problema psicológico através da dor. Por outro lado, não se pode deixar a depressão de lado ao avaliar um paciente com fibromialgia. A depressão, por si só, piora o sono, aumenta a fadiga, diminui a disposição para o exercício e aumenta a sensibilidade do corpo. Ela deve ser detectada e devidamente tratada se estiver presente.

A meta no tratamento da fibromialgia é aliviar os sintomas com melhora na qualidade de vida. A fibromialgia não traz deformidades ou sequelas nas articulações e músculos, mas os pacientes apresentam uma má qualidade de vida.

O principal tratamento da fibromialgia é o exercício aeróbico, aquele que mexe o corpo todo e acelera os batimentos cardíacos. Esta parece ser a melhor maneira de reverter a sensibilidade aumentada à dor na fibromialgia. Além disso, é importante entender sobre a doença (educação) e alguns casos terapia psicológica pode ser útil, principalmente para aprender a lidar com a dor crônica no dia a dia. As medicações são úteis para diminuir a dor, melhorar o sono e a disposição do paciente com fibromialgia, para permitir a prática de exercícios físicos. Algumas medicações, como a pregabalina e a duloxetina, agem na maior sensibilidade à dor. Outros remédios como relaxantes musculares, antidepressivos e analgésicos podem ser usados para alívio de sintomas diversos.



A endometriose é uma doença crônica que pode ser dolorosa, provocada pela migração do tecido que reveste a cavidade uterina, o endométrio, para outras partes do corpo, principalmente para o abdome, além de ovário, ligamentos uterinos, bexiga e intestino.

Não se sabe exatamente quantas mulheres têm endometriose, pois geralmente o quadro pode ser diagnosticado apenas pela visualização direta do tecido endometrial (o que exige um procedimento cirúrgico, normalmente uma laparoscopia). A porcentagem de mulheres com endometriose é maior na população infértil (25% a 50%) e nas mulheres que têm dor pélvica crônica (75% a 80%). A idade média de diagnóstico é de 27 anos, mas a endometriose também pode se desenvolver em adolescentes.

Entre 6% a 10% das mulheres são diagnosticadas com endometriose.

Não se sabe exatamente qual é a causa da endometriose, mas existem várias teorias: pequenos fragmentos do revestimento uterino (endométrio) que são eliminados durante a menstruação podem subir pelas trompas de falópio em direção aos ovários, adentrando a cavidade abdominal, em vez de descer pela vagina e sair do corpo da mulher na menstruação; as células do endométrio podem ser transportadas para outro local pelos vasos sanguíneos ou linfáticos; as células localizadas fora do útero podem se transformar em células endometriais.

A endometriose às vezes é hereditária e mais comum entre parentes de primeiro grau (mães, irmãs e filhas) de mulheres que têm endometriose. As mudanças ocorridas na vida da mulher têm favorecido o aumento da endometriose. A mulher está menstruando mais vezes, pois o início da menstruação tem sido mais precoce e as gravidezes mais tardias com menor número de filhos. Além disso existem os fatores ambientais, como a combustão de poluentes que acumulam toxinas (dioxina) nos tecidos gordurosos da mulher, e as tendências genéticas de parentes de primeiro grau, que também são observadas.



MAIOR RISCO: A endometriose tem mais propensão de ocorrer em mulheres que tiveram o primeiro bebê após os 30 anos de idade; nunca tiveram um bebê; começaram a ter a menstruação antes da época normal ou pararam de menstruar depois da época normal; têm ciclos menstruais curtos (inferior a 27 dias) com menstruações com fluxo intenso que duram mais de oito dias; têm determinadas anomalias estruturais do útero.

MENOR RISCO: A endometriose parece ter uma tendência para ocorrer com menos frequência em mulheres que tiveram várias gestações; começaram a ter a menstruação depois da época normal; amamentam por muito tempo; têm usado anticoncepcionais orais de baixa dose por um longo período; praticam atividade física regularmente (especialmente se iniciaram antes dos 15 anos de idade e se exercitam mais de quatro horas por semana, ou ambos).



O principal sintoma da endometriose é dor na região inferior do abdômen e na região pélvica, que geralmente varia de intensidade durante o ciclo menstrual, ficando mais forte antes e durante a menstruação. Queixas de cólicas menstruais progressivas e/ou incapacitantes, dor profunda na relação sexual e dor pélvica fora do período menstrual são indicativas de endometriose. Os sintomas podem surgir na adolescência, sendo o diagnóstico mais comum de dor pélvica e cólica menstrual nesta faixa etária.

O tecido endometrial ectópico reage aos mesmos hormônios produzidos pelos ovários, assim como o tecido endometrial normal no útero. Consequentemente, o tecido ectópico pode sangrar durante a menstruação e causar inflamação, levando a quadro de cólicas e dor.

A gravidade dos sintomas da endometriose não depende da quantidade de tecido endometrial ectópico. Algumas mulheres com alto volume de tecido ectópico não apresentam os sintomas; outras, até mesmo com uma pequena quantidade, sentem dores incapacitantes. Em muitas mulheres, a endometriose não causa dor até anos depois de a doença ter começado a se desenvolver. Para algumas mulheres, a relação sexual tende a ser dolorosa, antes ou durante a menstruação.

Os sintomas também variam dependendo do local onde o tecido endometrial se encontra; se for no intestino grosso, pode causar inchaço abdominal, dor durante as evacuações, sangramento retal durante a menstruação, diarreia ou constipação; no caso da bexiga, dor acima do osso púbico, ao urinar, urina com sangue e uma necessidade frequente e urgente de urinar; ovários, formação de uma massa cheia de sangue que, por vezes, se rompe ou vaza, causando dor abdominal súbita e aguda.

Locais comuns de tecido endometrial ectópico incluem ovários; ligamentos que sustentam o útero; o espaço entre o reto e a vagina ou o colo do útero e o espaço entre a bexiga e o útero; já os locais menos comuns incluem as trompas de falópio, a superfície exterior dos intestinos delgado e grosso, os ureteres (canais que vão desde os rins até à bexiga urinária), a bexiga e a vagina. Raramente, o tecido endometrial cresce nas membranas que revestem pulmões (pleura), no saco que envolve o coração (pericárdio), na vulva, colo do útero ou cicatrizes cirúrgicas encontradas no abdômen.

A endometriose é uma das principais causas de infertilidade na mulher.



Diagnóstico clínico: na maioria dos casos, o diagnóstico clínico-ginecológico da endometriose é suficiente, permite iniciar o tratamento e manter acompanhamento da mulher para avaliar a resposta terapêutica. O médico suspeita que a mulher está com endometriose caso ela apresente sintomas característicos ou infertilidade inexplicada; quando, durante o exame pélvico, sinta dor ou sensibilidade ou é possível que o médico sinta um nódulo ou massa de tecido atrás do útero ou próximo aos ovários.

Exames de imagem: uma ultrassonografia ou imagem por ressonância magnética (RM) podem ajudar a avaliar a endometriose de maneira não invasiva (ou seja, não é necessária uma incisão). Às vezes, a RM consegue detectar sinais característicos que são exclusivos do tecido endometrial. No entanto, a RM não consegue detectar pequenas placas de tecido endometrial.

Procedimento cirúrgico: É possível que uma cirurgia seja realizada para verificar quanto à presença de um cisto ovariano causado por endometriose (endometrioma). No entanto, sua utilidade para definição de diagnóstico é limitada. Para diagnosticar endometriose, o médico examina a cavidade abdominal com um tubo fino de visualização (denominado laparoscópio) para conseguir ver diretamente se há tecido endometrial presente. O laparoscópio é inserido dentro da cavidade abdominal (o espaço em torno dos órgãos abdominais) através de uma pequena incisão feita, na maioria das vezes, um pouco acima ou abaixo do umbigo. Toda a cavidade abdominal é examinada. A laparoscopia é realizada em um hospital e normalmente exige anestesia geral. Um pernoite no hospital geralmente não é necessário. A laparoscopia provoca desconforto abdominal leve a moderado, mas, em geral, a paciente pode retomar suas atividades normais em poucos dias. Uma biópsia precisa ser realizada caso o médico detecte a presença de tecido anômalo durante uma laparoscopia e não souber ao certo se o tecido é ou não endometrial. O médico coleta uma amostra do tecido, usando instrumentos inseridos através do laparoscópio. Em seguida, a amostra é analisada com um microscópio. Pernoite no hospital costuma ser necessário somente se uma quantidade muito grande de tecido anômalo for removida.

Tratamento medicamentoso: indicado principalmente para mulheres mais jovens, que podem utilizar medicamentos que suspendem a menstruação; desta forma, promover regressão do quadro.

Tratamento cirúrgico: lesões maiores de endometriose, em geral, devem ser retiradas cirurgicamente. Quando a mulher já teve os filhos que desejava, e não obtém melhora com o tratamento medicamentoso, a remoção dos ovários e do útero pode ser uma alternativa de tratamento. A videolaparoscopia é indicada apenas nos casos que não melhoram com o tratamento instituído.

Regressão sem tratamento: a endometriose pode regredir espontaneamente com a menopausa, em razão da queda na produção dos hormônios femininos e fim das menstruações; durante a gravidez, é possível que a endometriose fique temporariamente ou, às vezes, permanentemente inativa.



Doença de Alzheimer é um **transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal** que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

A doença instala-se quando o processamento de certas proteínas do sistema nervoso central começa a dar errado. Surgem, então, fragmentos de proteínas mal cortadas, tóxicas, dentro dos neurônios e nos espaços que existem entre eles. Como consequência dessa toxicidade, ocorre perda progressiva de neurônios em certas regiões do cérebro, como o hipocampo, que controla a memória, e o córtex cerebral, essencial para a linguagem e o raciocínio, memória, reconhecimento de estímulos sensoriais e pensamento abstrato.

A causa ainda é desconhecida, mas acredita-se que seja geneticamente determinada.

A Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência neurodegenerativa em pessoas de idade, sendo responsável por mais da metade dos casos de demência nessa população.

No Brasil, centros de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecem tratamento multidisciplinar integral e gratuito para pacientes com Alzheimer, além de medicamentos que ajudam a retardar a evolução dos sintomas. Os cuidados dedicados às pessoas com Alzheimer, porém, devem ocorrer em tempo integral. Cuidadores, enfermeiras, outros profissionais e familiares, mesmo fora do ambiente dos centros de referência, hospitais e clínicas, podem encarregar-se de detalhes relativos à alimentação, ambiente e outros aspectos que podem elevar a qualidade de vida dos pacientes.

Importante: Nos casos mais graves do Alzheimer, a perda da capacidade das tarefas cotidianas também aparece, resultando em completa dependência da pessoa. A doença pode vir ainda acompanhada de depressão, ansiedade e apatia.



A Doença de Alzheimer costuma evoluir para vários estágios de forma lenta e inexorável, ou seja, não há o que possa ser feito para barrar o avanço da doença. A partir do diagnóstico, a sobrevida média das pessoas acometidas por Alzheimer oscila entre 8 e 10 anos.

O quadro clínico costuma ser dividido em quatro estágios:

- **Estágio 1 (forma inicial):** alterações na memória, personalidade e habilidades visuais e espaciais.
- **Estágio 2 (forma moderada):** dificuldade para falar, realizar tarefas simples e coordenar movimentos, agitação e insônia.
- **Estágio 3 (forma grave):** resistência à execução de tarefas diárias; incontinência urinária e fecal; dificuldade para comer; deficiência motora progressiva.
- **Estágio 4 (terminal):** restrição ao leito; mutismo; dor à deglutição; infecções intercorrentes.



O primeiro sintoma (o mais característico) do Mal de Alzheimer é a perda de memória recente. Com a progressão da doença, vão aparecendo sintomas mais graves como, a perda de memória remota (ou seja, dos fatos mais antigos), bem como irritabilidade, falhas na linguagem, prejuízo na capacidade de se orientar no espaço e no tempo.

Entre os principais sinais e sintomas do Alzheimer estão:

- Falta de memória para acontecimentos recentes;
- Repetição da mesma pergunta várias vezes;
- Dificuldade para acompanhar conversações ou pensamentos complexos;
- Incapacidade de elaborar estratégias para resolver problemas;
- Dificuldade para dirigir automóvel e encontrar caminhos conhecidos;
- Dificuldade para encontrar palavras que expressem ideias ou sentimentos pessoais;
- Irritabilidade, suspeição injustificada, agressividade, passividade, interpretações erradas de estímulos visuais ou auditivos, tendência ao isolamento.

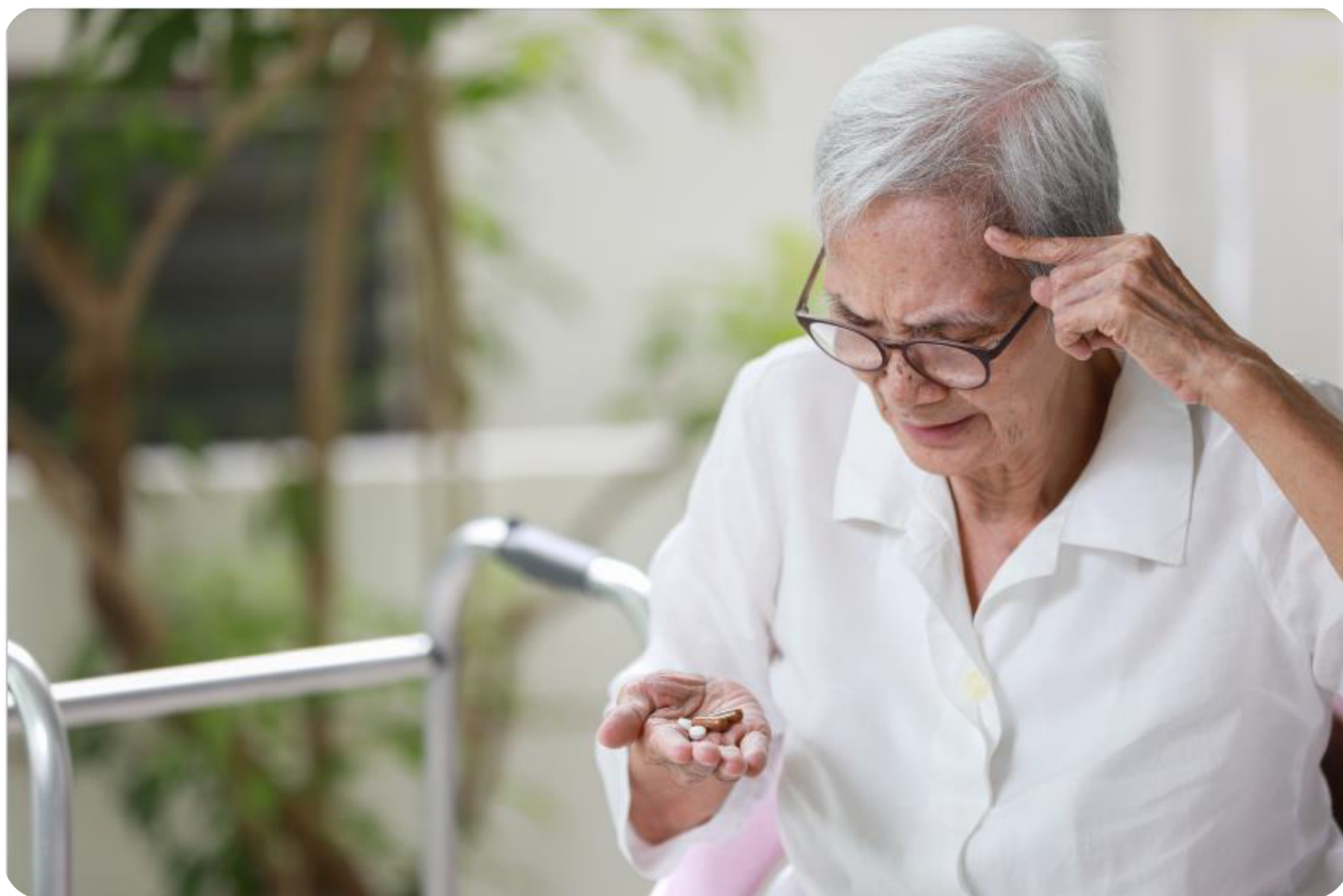


A identificação de fatores de risco e da Doença de Alzheimer em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Básica, principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

Alguns fatores de risco para o Alzheimer são:

- A idade e a história familiar: a demência é mais provável com histórico familiar do problema;
- Baixo nível de escolaridade: pessoas com maior nível de escolaridade geralmente executam atividades intelectuais mais complexas, que oferecem maior quantidade de estímulos cerebrais.

Importante: Quanto maior for a estimulação cerebral da pessoa, maior será o número de conexões criadas entre as células nervosas, chamadas neurônios. Esses novos caminhos criados ampliam a possibilidade de contornar as lesões cerebrais, sendo necessária uma maior perda de neurônios para que os sintomas de demência comecem a aparecer. Por isso, uma maneira de retardar o processo da doença é a estimulação cognitiva constante e diversificada ao longo da vida.



A Doença de Alzheimer ainda não possui uma forma de prevenção específica. Os médicos acreditam que manter a cabeça ativa e uma boa vida social, regada a bons hábitos e estilos, pode retardar ou até mesmo inibir a manifestação da doença.

Com isso, as principais formas de prevenir, não apenas o Alzheimer, mas outras doenças crônicas como diabetes, câncer e hipertensão, por exemplo, são:

- Estudar, ler, pensar, manter a mente sempre ativa;
- Fazer exercícios de aritmética;
- Jogos inteligentes;
- Atividades em grupo;
- Não fumar;
- Não consumir bebida alcoólica;
- Ter alimentação saudável e regrada;
- Fazer prática de atividades físicas regulares.



O diagnóstico da Doença de Alzheimer é **por exclusão**.

O rastreamento inicial deve incluir avaliação de depressão e exames de laboratório com ênfase especial na função da tireoide e nos níveis de vitamina B12 no sangue.

Como saber se uma pessoa está com Alzheimer?

O diagnóstico do Alzheimer no paciente que apresenta problemas de memória é baseado na identificação das modificações cognitivas específicas. Exames físicos e neurológicos cuidadosos acompanhados de avaliação do estado mental para identificar os déficits de memória, de linguagem, além de visoespaciais, que é a percepção de espaço.

Vale ressaltar que diagnóstico precoce, tratamento adequado e em tempo oportuno é fundamental para possibilitar o alívio dos sintomas e a estabilização ou retardo da progressão da doença.



Gostou das
informações
deste eBook?



Nos acompanhe para mais
conteúdos exclusivos como
este. Acesse nossas redes
sociais, clicando nos ícones
ao lado.