



HIGHLIGHTS EM COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE E DEMÊNCIAS



Charlys Barbosa Nogueira

Geriatra – CRM-CE 7373

Professor Associado das Disciplinas de Geriatria e Semiologia Médica da Faculdade de Medicina – UFC

Preceptor da Residência Médica de Geriatria – UFC

Membro da Comissão de Inovação em Doença de Alzheimer e Demências – SBGG

Doutor em Ciências Médicas – USP Ribeirão Preto

Estudos e pesquisas buscando melhor entendimento sobre a fisiopatologia, fatores de risco e tratamento de comprometimento cognitivo leve e demências têm florescido na literatura científica na última década. E isso não ocorre por acaso, uma vez que as repercussões em saúde pública e as repercussões individuais de tais enfermidades são perceptíveis tanto em estudos populacionais em todo o mundo, assim como pela própria comunidade leiga em seu dia a dia. Temos per-

cebido em nossa prática cada vez mais pessoas preocupadas com suas performances cognitivas e com a possibilidade de estarem com doenças irreversíveis – como a doença de Alzheimer ou preocupadas em prevenir problemas de saúde relacionados à cognição. Frequentemente, escutamos em nossa prática indagações assim: “Doutor... tenho mais medo de ficar dependente do que de morrer” ou “O que posso fazer para não ter doença de Alzheimer? Como evitá-la?”.



“... podemos de fato **prevenir déficits cognitivos e as demências** em todo o mundo (em torno de 45% de redução de casos) e, notoriamente, em países [...] como o **Brasil, temos potencialmente em torno de 56% de redução.**”

O entendimento das características do envelhecimento das funções cognitivas (memória, atenção, orientação em tempo ou espaço, capacidade de abstrair, julgamento e funções executivas que são relacionadas à capacidade de planejamento ou de resolver problemas) se faz premente para todos os profissionais de saúde que trabalham com idosos. Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é uma condição intermediária entre as mudanças cognitivas normais do envelhecimento e da demência. Caracteriza-se por comprometimento de domínios cognitivos, notoriamente memória, em geral, com intensidade abaixo do observado nas demências, e sem interferência ou com alteração mínima na funcionalidade. Sua prevalência é bastante variável quando se considera diferentes regiões do mundo, comunidades rurais e urbanas ou metodologias diagnósticas distintas com números variando de 5 a 36% e, em média, entre 10 e 20%.

A identificação do diagnóstico de CCL de forma precoce pode representar uma porta para evolução mais favorável desses pacientes. Tal diagnóstico é eminentemente clínico, cabendo ao profissional que durante a consulta faça uma anamnese direcionada

e que fique caracterizado o déficit cognitivo (memória e/ou outras áreas cognitivas) sem comprometimento significativo das atividades instrumentais de vida diária. Os exames complementares visam, notoriamente, afastar causas orgânicas reversíveis ou irreversíveis dos sintomas.

Uma das descobertas mais relevantes da última década neste contexto foi a descrição de que podemos de fato prevenir déficits cognitivos e as demências em todo o mundo (em torno de 45% de redução de casos) e, notoriamente, em países em desenvolvimento, como o Brasil, temos potencialmente em torno de 56% de redução, segundo importantes estudos publicados pela Lancet Commission comandados pela Professora Gill Livingston na Inglaterra. Não existe nenhum tratamento descrito que possa trazer tamanha repercussão sobre déficits cognitivos e demências em saúde pública, e tal fato reforça em muito a necessidade de reconhecermos quais fatores de risco foram destacados. Importante também ressaltar que a Organização Mundial de Saúde destaca em *Guideline* sobre redução do risco de declínio cognitivo e demência os mesmos fatores de risco que serão aqui descritos.

Temos assim redução de acuidade auditiva e visual, aumento do colesterol LDL, depressão, traumatismo craniano, inatividade física, diabetes, tabagismo, hipertensão, obesidade, consumo excessivo de álcool, isolamento social e poluição do ar. Observamos que todos esses fatores são potencialmente modificáveis e podem reduzir casos de declínio cognitivo e demência em todo o mundo, em nossos locais de atendimento, sejam ambulatórios ou consultórios, e adicionalmente trazer repercussões para cada indivíduo atendido se as medidas preventivas forem iniciadas o mais cedo possível.

Vale ressaltar que outro importante fator diretamente relacionado à prevenção e à melhor evolução de déficits cognitivos e demências já diagnosticadas é a qualidade da dieta ingerida. Esse tema foi bastante discutido na última Conferência da Associação Internacional de Alzheimer realizada na

Filadélfia – EUA, inclusive com sessões abordando dietas e intervenções nutricionais, como tratamento de pacientes já doentes e como medida preventiva importante. Dieta do Mediterrâneo, dieta DASH, dieta MIND são exemplos de possíveis intervenções populacionais e que podem ser sugeridas nos ambulatórios para nossos pacientes com resultados expressivos dentro desse cenário. Por exemplo, quanto maior a adesão à dieta do Mediterrâneo no decorrer da vida, mais livre de Alzheimer fica a população acompanhada em estudos populacionais e longitudinais. Pensando na qualidade do envelhecimento, tanto em estados de desnutrição como de nutrição excessiva com baixo peso, sobrepeso e obesidade são pró-inflamatórios e tais fatores levam a um envelhecimento desfavorável (importante lembrar aqui o termo *inflammaging* descrito na revista Nature em 2018).

“Intervenções nutricionais com multinutrientes como o Fortasyn Connect™ têm se mostrado favoráveis para pacientes com comprometimento cognitivo leve por doença de Alzheimer.”



Intervenções nutricionais com multinutrientes como o Fortasyn Connect™ têm se mostrado favoráveis para pacientes com comprometimento cognitivo leve por doença de Alzheimer (com algum marcador positivo para DA) em até três anos de evolução, sendo as diferenças perceptíveis no segundo e principalmente no terceiro ano de intervenção. Os achados mais relevantes foram em relação à memória, funções executivas e evolução mais favorável à atrofia hipocampal.



BIBLIOGRAFIA

1. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet Commissions (2024) 404(10452):572-628. August 10, 2024. Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbæk, Suvarna Alladi et al.
2. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. Naaheed Mukadam, Andrew Sommerlad, Jonathan Huntley, Gill Livingston. Lancet Glob Health (2019) 7(5):e596-e603.
3. Psychosocial profiles within community-dwelling older adults with Mild Cognitive Impairment: A prevalence and latent profile analysis study. Savannah Kiah Hui Siew, Junhong Yu b, Ee Heok Kua, Rathi Mahendran. Asian Journal of Psychiatry 82 (2023) 103503.
4. Evaluation of Dietary Intake in Individuals with Mild Cognitive Impairment. Shih-Wei Nien, I-Hsin Lin, Hsiu-Chuan Wu, Yi-Hsiu Chen and Suh-Ching Yang. Nutrients 2023, 15, 3694.
5. The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets Are Associated with Less Cognitive Decline and a Lower Risk of Alzheimer's Disease—A Review. Annelien C van den Brink, Elske M Brouwer-Brolsma, Agnes AM Berendsen, and Ondine van de Rest. American Society for Nutrition 2019. Adv Nutr (2019) 00:1–26.
6. Inflammaging: a new immune–metabolic viewpoint for age- related diseases. Claudio Franceschi, Paolo Garagnani, Paolo Parini, Cristina Giuliani, Aurelia Santoro. Nature Reviews Endocrinology (2018) 14:576–590.
7. Combined Evidence for a Long-Term, Clinical Slowing Effect of Multinutrient Intervention in Prodromal Alzheimer's Disease: Post-Hoc Analysis of 3-Year Data from the LipiDiDiet Trial. S.B. Hendrix, H. Soininen, A. Solomon, P.J. Visser, A.M.J. van Hees, D.S. Counotte, J. Nicodemus-Johnson, S.P. Dickson, K. Blennow, M. Kivipelto, T. Hartmann, on behalf of the LipiDiDiet clinical study group. J Prev Alz Dis 2023;3(10):464-470.
8. Risk reduction of cognitive decline and dementia. WHO guidelines. World Health Organization 2019.

Souvenaid®

Único, como cada memória.

1x
ao dia*

+20'
ANOS DE
PESQUISA
SOBRE A INFLUÊNCIA
DE NUTRIENTES
NO FUNCIONAMENTO
CEREBRAL



Resultados após
12 SEMANAS
de uso diário¹

*A indicação dos produtos deve ser avaliada pelo profissional de saúde, caso a caso, conforme a situação clínica e nutricional do paciente. Souvenaid® é um suplemento nutricional e deve estar inserido em uma alimentação balanceada. Seu consumo não substitui a ingestão de outros alimentos. Referência: 1. Scheltens P, Kamphuis PJ, Verhey FR et al. Efficacy of a medical food in mild Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial. *Alzheimers Dement*, 2010;6:1-10. e1. Material técnico-científico destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a reprodução total e/ou parcial. Imagens ilustrativas. **OS PRODUTOS MENCIONADOS NÃO CONTÊM GLÚTEN.** Novembro/2024.