

## **SAÚDE MENTAL DO IDOSO: VELHO MAL, NOVOS PROBLEMAS**

Leonardo Caixeta

Psiquiatra, Professor Associado de Neurociências do curso de Medicina da UFG.  
Doutorado em Medicina pela USP. Pesquisador do CNPq.

São vários os transtornos psiquiátricos negligenciados na velhice. Muitas síndromes são ainda mal caracterizadas e pesquisadas, além de disporem de exíguo arsenal farmacológico para seu efetivo tratamento: síndrome de Cotard, Diógenes, Clérambault, Capgras, Charles-Bonet, etc. Dentre estas, destacam-se as síndromes demenciais. Em 2006 a revista científica *The Lancet*, uma das mais prestigiadas na área médica, anunciou que cerca de 80 milhões de pessoas vão sofrer de demência nos próximos 30 anos. Os casos tendem a aumentar especialmente em países em desenvolvimento. Só na América Latina serão cerca de 9 milhões de portadores, quatro vezes mais que os que existem atualmente. Depois dos 65 anos, a prevalência de demência dobra a cada cinco anos de vida.

### **Um País que Envelhece**

Apesar de representarem um inegável problema de saúde pública, as demências ainda constituem uma "epidemia silenciosa" por dois grandes motivos. O primeiro recai sobre o fato de os idosos terem pouca penetração social e pouca visibilidade política, afinal o isolamento social é uma característica da terceira idade. O outro motivo se refere ao desconhecimento, muito disseminado em nossa cultura, de que também jovens, indivíduos de meia-idade (principalmente) e até crianças podem padecer deste mal. A ignorância em relação à existência de doenças degenerativas cerebrais fora do âmbito da terceira idade repercute diretamente no subdiagnóstico, o que as torna "invisíveis" e, logo, praticamente ausentes nas suspeitas do exercício clínico diário.

### **Evolução Histórica**

Hoje a demência é compreendida como um declínio cognitivo e/ou comportamental de caráter crônico e geralmente progressivo, que causa restrições graduais nas atividades diárias (cuidados pessoais e com a casa, família e trabalho) e que não pode ser explicado por modificações na consciência (estado de alerta ou vigília), na mobilidade (deficiência física) ou na capacidade sensorial (deficiência visual, auditiva etc.). Além disso, não se trata de uma doença, mas de uma síndrome, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que admite várias causas. Exatamente por isto são reconhecidas mais de 70 formas diferentes de demência, algumas com etiologia bem definida, como as isquemias cerebrais, e outras nem tanto, como a doença de Alzheimer, demência com corpos de Lewy, entre outras.

O conceito desta síndrome, porém, não foi sempre este. Sua compreensão vem sofrendo reformulações ao longo da história, sempre acompanhando o desenvolvimento da ciência. Da mesma forma, o termo já foi usado com outros significados. Nos tempos do filósofo romano Lucrécio, demência queria dizer "sem mente", ou seja, um estado no qual o indivíduo estaria ausente da própria razão, conceito indistinguível do de alienação ou loucura. Lucrécio apontava causas absurdas para este estado: uso excessivo da mente, masturbação e falhas no espírito ou no caráter. Antes do século XVIII, demência não designava estados de deterioração cognitiva e comportamental com conseqüente incompetência psicossocial. Termos como idiotia, amênia, imbecilidade, estupidez, simplicidade, senilidade eram utilizados para tal propósito.

Foi o médico francês Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria, quem resgatou o termo original com um significado mais específico, referindo-se à demência como "fuma falha na associação de idéias que leva a atividades sem propósitos, comportamento bizarro, emoções superficiais, perda de memória e a uma existência automática, não raciocinada". Outro passo foi dado pouco depois pelo psiquiatra Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, ao separar oficialmente as duas grandes síndromes acompanhadas de comprometimento intelectual: a síndrome oligofrênica ou retardo mental, que é congênita, e a síndrome demencial, que é adquirida.

A demência começou a ser vista como um diagnóstico que poderia ser dividido, em vez de como uma entidade única, a partir de 1880. Assim surgiram as noções sobre "pseudo-demência" - em decorrência de outras doenças, como a depressão -, e de "demência vesânica", que designava a evolução sombria, com acentuada deterioração cognitiva de alguns pacientes portadores de transtornos psiquiátricos crônicos como a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva. Foi por essa época que começou a crescer o interesse pela diferenciação entre senilidade normal e patológica, fato que encorajou o desenvolvimento de técnicas laboratoriais para o estudo mais aprimorado do processo de envelhecimento patológico, abrindo caminho para o avanço do conhecimento nessa área.

Ainda no final do século XIX o distúrbio cognitivo foi eleito o marcador clínico da demência, o chamado "paradigma cognitivo". Isto porque naquele tempo a memória constituía a única função cognitiva que dispunha de formas objetivas e bem definidas de mensuração, o que facilitava a documentação e diagnóstico. A partir de então, os sintomas comportamentais foram considerados uma espécie de característica menor, sendo os cognitivos os que de fato davam o selo diagnóstico do processo demencial. Essa visão perdurou até quase o final do século XX.

O conceito atual de demência foi desenvolvido entre o final do século XIX e o início do século XX. Nesta época floresceram grupos de pesquisa muito criativos e que se tornariam muito influentes na psiquiatria. Entre eles destacava-se o chefiado pelo alemão Emil Kraepelin (1856-1926), com quem trabalharam nada menos que Alois Alzheimer (1864-1915), Arnold Pick (1851-1924) e Franz Nissl (1860-1919). De uma equipe tão brilhante só poderiam emergir conceitos muito caros à história das demências, como a doença de Alzheimer, a doença de Pick, a doença de Kraepelin e a demência precoce (hoje conhecida como esquizofrenia).

Em 1906 Alois Alzheimer descreveu, tanto do ponto de vista clínico como patológico, um interessante caso de demência pré-senil. Sua importância recai no fato de ele ter sido o primeiro a relatar alterações microscópicas específicas (denominadas placas senis e emaranhados neurofibrilares) e associá-las a uma doença em particular. Os sintomas iniciais da paciente, chamada Auguste D., foram exuberantes alterações de comportamento (delírios de ciúme), que progrediram gradualmente com perdas progressivas de memória, de capacidade crítica e de linguagem. O caso ilustra algo muito importante para o desenvolvimento do conceito de demência naquela época: o interesse pelas correlações entre clínica e patologia. Essa postura iria orientar todo o pensamento médico ocidental, influenciando novas descobertas e patrocinando descrições de várias formas de demência com diferentes substratos patológicos.

A partir da década de 90, que foi chamada "década do cérebro", novo alento foi dado às pesquisas e ao interesse geral no campo das demências, que agrega conhecimentos da neurologia, psiquiatria, geriatria, psicologia, patologia, genética, diagnóstico por imagem, psicofarmacologia e biologia molecular. Cada um desses ramos do conhecimento, seja em seu respectivo nicho, seja de forma integradora das áreas básicas e clínicas, contribui com seu quinhão para o melhor entendimento das causas, dos mecanismos de ação, do diagnóstico e do tratamento das doenças degenerativas, tidas como um dos maiores desafios das neurociências. Foi também com base nestas contribuições que se inaugurou uma nova discussão: sobre como podemos combater as demências.

## Reserva Cerebral

É consenso que a atividade intelectual permanente parece protelar a idade e aparecimento das demências, porque permite a formação contínua de novas sinapses, promovendo o que se conhece por reserva cerebral. Do ponto de vista neurobiológico, a reserva cerebral é entendida como a densidade sináptica neocortical, ou seja, o acúmulo de conexões interneuronais na substância cinzenta do córtex. Dito de forma mais simples, uma espécie de "poupança" de sinapses que, em última análise, proporcionará ao funcionamento cognitivo uma margem maior de segurança no caso de eventuais perdas ou danos a neurônios.

Para se ter idéia da importância deste conceito, imagine uma situação hipotética baseada em dados reais do Registro Sueco de Gêmeos. Você tem um irmão gêmeo idêntico, isto é, alguém com quem compartilha o mesmíssimo patrimônio genético. No entanto, o nível de escolaridade entre os dois é diferente: você tem curso superior, ele é analfabeto. Além disso, a herança genética dos dois é favorável ao desenvolvimento da doença de Alzheimer. Aos 65 anos, quando uma quantidade razoável de lesões começa a degenerar os neurônios, seu irmão gêmeo e analfabeto já apresenta manifestações clínicas da doença e você, não. O que aconteceu? Suas sinapses adicionais -, que funcionam como uma reserva cerebral-, lhe permitiram não manifestar a doença tão precocemente porque, não obstante o fato de também ter perdido neurônios, você mantém um excedente de sinapses que preservam suas funções cognitivas num nível considerado normal. Várias pesquisas respaldam esta idéia.

Um dos principais estudos nessa área foi realizado por um grupo de pesquisadores do Centro Médico St. Lukes, em Chicago, que acompanhou uma amostra de freiras e padres. Os sacerdotes foram submetidos periodicamente a uma bateria de 19 testes neuropsicológicos. Oito anos depois, após a análise da necropsia do cérebro de 130 religiosos, os autores concluíram que a presença de lesões características da doença de Alzheimer não tinha associação com o nível de escolaridade dos indivíduos. Quando se voltou a atenção para o desempenho cognitivo nos testes, porém, constatou-se que os melhores desempenhos foram obtidos pelos mais escolarizados. Neles, a doença só se manifestou quando eram encontradas cinco vezes mais lesões cerebrais do que nos outros.

Resultados ainda mais impressionantes foram obtidos no chamado "estudo das freiras", realizado na Universidade de Minnesota. Os pesquisadores analisaram os diários de 678 freiras, redigidos quando elas, então por volta dos 20 anos, foram admitidas ao convento. Aquelas que exibiram pior habilidade narrativa desenvolveram a doença de Alzheimer mais precocemente. Além disso, a necropsia de seu cérebro revelou um número maior de lesões cerebrais típicas desta doença. Parece, portanto, que o cérebro é como um músculo: exercite-o e ele se manterá ativo e funcional; não o estimule e ele se atrofia e enfraquece. Não poderia ser diferente em um órgão que espelha tanto o ambiente.

Não é apenas o exercício intelectual que mantém o cérebro ativo, protegendo-o ou pelo menos aliviando os sintomas de um processo demencial. Também a atividade física colabora neste sentido. Na direção oposta, o sedentarismo é um grande vilão no desencadeamento de algumas formas de demência, em especial as de natureza vascular. Uma meta-análise que avaliou 18 pesquisas envolvendo homens e mulheres de 55 a 80 anos demonstrou que a vida sedentária aumenta o risco de desenvolver demência. Vários outros trabalhos reforçam esta idéia. Entre os mais relevantes, temos alguns desenvolvidos na Universidade Harvard, realizados com mais de 18 mil mulheres acima de 65 anos. Os resultados apontam na mesma direção: quanto maior o tempo dedicado à atividade física, especialmente às caminhadas, mais lento é o declínio cognitivo. Trabalhos experimentais em laboratório ratificam este achado: o exercício físico aumenta o fluxo sanguíneo cerebral por meio da formação de novos vasos no córtex, bem como induz a produção de proteínas que estimulam o crescimento dos neurônios e favorecem a formação de novas sinapses.

## **Reposição Hormonal**

Diretamente associado ao sedentarismo físico e intelectual, o tempo dedicado à TV parece também ser um risco para o desenvolvimento do problema. Estudo que comparou 135 portadores de demência com 331 parentes saudáveis mostrou que cada hora diária adicional diante da telinha multiplica o risco de doença de Alzheimer em 1,3.

Outra frente que tem despertado cada vez mais a atenção da comunidade científica para a prevenção das demências é o controle dos fatores de risco cerebrovasculares - hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemias, tabagismo, alcoolismo. Até há pouco tempo, pensava-se que eles eram importantes apenas para o desenvolvimento da demência vascular, causada por múltiplos infartos cerebrais ou extensas isquemias subcorticais de pequenas artérias. Mais recentemente, porém, descobriu-se que tais fatores oferecem risco também para o surgimento de outras formas, principalmente o Alzheimer. O uso de medicamentos conhecidos como estatinas, usados para o controle dos níveis de colesterol e triglicérides, tem sido cada vez mais recomendados para prevenir os quadros demenciais. A terapia de reposição hormonal geralmente não é aconselhada, a não ser que os benefícios sejam maiores que os riscos. Já o consumo moderado de vinho tinto e uma alimentação rica em peixes parece proteger contra o desenvolvimento do problema.

A lição que fica é: se por um lado podemos controlar alguns dos fatores relacionados ao desenvolvimento das demências, por outro precisamos modificar urgentemente nosso estilo de vida e os maus hábitos que a vida moderna nos imprimiu. O desafio é nos transformarmos em pessoas melhores e mais preparadas para os desafios da terceira idade.