Infarma CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
e-ISSN: 2318-9312
Vol.: 38, ano 2026
e202618
Original

Cuidado farmacêutico em idosos com doença de Alzheimer: abordagem clínica e intervenções farmacológicas

Pharmaceutical Care for Older Adults with Alzheimer's Disease: Clinical Approach and Pharmacological Interventions

doi: 10.14450/infarma.e202618
Recebido em: 14/7/2026
Aceito em: 26/10/2026

Phablicy Helorrayne Freitas Menezes[1]; Ana Carolina dias da Silva[1]; Natalle do Socorro da Costa Freitas[1]; Luann Wendel Pereira de Sena[2]; Amanda Gabryelle Nunes Cardoso Mello[2]

[1]Centro Universitário Estácio de Belém; [2]Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), Marabá

RESUMO

Analisar a importância do profissional farmacêutico no acompanhamento terapêutico do indivíduo com Alzheimer. O Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, em que foram incluídos artigos publicados entre 2012 e 2020, selecionados por meio de buscas em bases de dados nacionais e internacionais, como MEDLINE/PubMed, SciELO, BVS e LILACS. O Alzheimer se baseia no acúmulo de proteínas amiloide e tau no cérebro, o que danifica os neurônios e compromete o sistema colinérgico, levando ao declínio cognitivo e funcional e perda de memória do paciente. O diagnóstico é predominantemente clínico, firmado por exclusão de outras patologias, com auxílio de testes cognitivos e exames complementares. O manejo clínico da doença de Alzheimer é sintomático, sustentado pela terapia farmacológica com inibidores da acetilcolinesterase e memantina, fornecidos pelo SUS segundo as Diretrizes Terapêuticas. Nesse cenário, o cuidado farmacêutico consolida-se como ferramenta indispensável para assegurar a adesão terapêutica, mitigar riscos associados aos medicamentos e otimizar a qualidade de vida do paciente e seus familiares. O farmacêutico é crucial no manejo da doença de Alzheimer (DA), garantindo a adesão e a efetividade do tratamento no contexto multiprofissional. Estudos promissores destacam os imunomoduladores como alternativa terapêutica contra a progressão da DA; todavia, a toxicidade desses agentes limita seu uso. Portanto, a atuação farmacêutica é essencial para monitorar a segurança, otimizar a terapêutica e reduzir riscos, assegurando melhores desfechos clínicos.

Palavras-chaves: Farmacêutico; Alzheimer; Fármacos.

ABSTRACT

To analyze the importance of pharmacists in the therapeutic management of individuals with Alzheimer's disease. This is a descriptive narrative review of the literature, employing both qualitative and quantitative approaches, which included articles published between 2012 and 2020, selected through searches of national and international databases such as MEDLINE/PubMed, SciELO, BVS, and LILACS. Alzheimer's disease is caused by the accumulation of amyloid and tau proteins in the brain, which damages neurons and compromises the cholinergic system, leading to cognitive and functional decline and memory loss in patients. The diagnosis is predominantly clinical, established by ruling out other conditions, with the aid of

cognitive tests and complementary examinations. The clinical management of Alzheimer's disease is symptomatic, supported by pharmacological therapy with acetylcholinesterase inhibitors and memantine, which are provided by the SUS (Brazilian Unified Health System) in accordance with the Therapeutic Guidelines. In this context, pharmaceutical care has established itself as an indispensable tool for ensuring treatment adherence, mitigating medication-related risks, and optimizing the quality of life for patients and their families. Pharmacists play a crucial role in the management of Alzheimer's disease (AD), ensuring treatment adherence and effectiveness within a multidisciplinary setting. Promising studies highlight immunomodulators as a therapeutic alternative against the progression of AD; however, the toxicity of these agents limits their use. Therefore, the pharmacist's role is essential for monitoring safety, optimizing therapy, and reducing risks, thereby ensuring better clinical outcomes.

Keywords: Pharmacist; Alzheimer's; Drugs.

INTRODUÇÃO

Com os avanços da medicina e da tecnologia, houve um aumento significativo na expectativa de vida da população. A redução dos óbitos por doenças infecciosas e crônicas permitiu o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento natural do organismo também eleva o risco de surgimento de doenças crônicas e debilitantes, como as demências, que comprometem a autonomia e a qualidade de vida dos idosos [1].

Demência é um termo que descreve um conjunto de sintomas que afetam a memória, a linguagem, o comportamento e a capacidade de realizar tarefas cotidianas [2]. Conforme informações da Organização Mundial da Saúde [3], aproximadamente 35,6 milhões de pessoas vivem com demência no mundo. A expectativa é que esse número salte para 65,7 milhões até 2030 e ultrapasse 115 milhões até 2050, sendo a Doença de Alzheimer (DA) responsável por aproximadamente 70% desses casos.

Essa doença foi descrita, pela primeira vez, em 1901 pelo médico alemão Alois Alzheimer, ao atender uma paciente de 51 anos que apresentava distúrbios comportamentais, delírios, ciúmes excessivos e perda progressiva de memória. Durante a internação, o quadro da paciente evoluiu com desorientação, perda da autonomia e agravamento dos sintomas [4].

A Doença de Alzheimer o fator preponderante de demência em idosos, impactando mais de 50 milhões de população globalmente, em progressão ao envelhecimento populacional. Esta é caracterizada pelo comprometimento das funções cognitivas, afetando o estado mental: a linguagem, memória, atenção, habilidades e, também, o comportamento e as atividades diárias. O tratamento inclui interferências farmacológicas e não farmacológicas, começando com fármacos inibidores da colinesterase nas fases iniciais e intermediárias da doença, e com fármacos com ações baseadas no antagonismo não competitivo de receptores glutamatérgicos quando a doença se encontra nas fases medial a avançadas. (Nunes; Bezerra; Carvalho, 2022). Apesar da gravidade do cenário, apenas oito países possuem programas públicos específicos para o enfrentamento da DA, o que reforça a necessidade de que a DA seja tratada como uma prioridade global em saúde pública. É uma condição neurodegenerativa que se tornou uma das maiores preocupações em saúde pública, tanto no Brasil quanto no mundo. Afeta principalmente pessoas idosas, manifestando-se com maior intensidade na fase da vida em que o envelhecimento já compromete funções cognitivas e físicas [5].

Desta forma, a assistência farmacêutica é crucial na gestão da doença, envolvendo repartição de medicamentos, educação dos pacientes e cuidadores, e monitoramento supervisão do tratamento [6]. A adaptação do tratamento é vital, pois a resposta terapêutica varia entre os pacientes, dependendo de determinantes como idade e estágio da doença [7]. O farmacêutico também proporciona cuidados imprescindíveis, como avaliar questões nutricionais, distinguir problemas no uso de medicamentos e contribuir nas decisões de tratamento [8].

Esse papel abrangente é especialmente importante para os pacientes com Alzheimer que constantemente têm várias condições de saúde e usam vários medicamentos, expandindo o risco

de polifarmácia e reações adversas [9]. Por conseguinte, o bem-estar e a qualidade de vida do paciente são consideravelmente aprimorados pelo cuidado farmacêutico, que oferece monitoramento contínuo e especializado [6,9].

Dessa forma o presente artigo possui como objetivo geral analisar a importância do profissional farmacêutico no acompanhamento terapêutico do indivíduo com Alzheimer. A função do farmacêutico tende a se ampliar ainda mais com a evolução da Doença de Alzheimer e a introdução de novas terapias [10].

MATERIAS E MÉTODOS

O presente estudo caracterizou-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, cujo objetivo foi reunir e analisar evidências científicas relevantes acerca de uma temática previamente delimitada, discutindo os achados à luz do embasamento teórico disponível. A revisão narrativa permite a síntese sistematizada de resultados provenientes de diferentes estudos, de forma organizada e abrangente, possibilitando a construção do conhecimento sobre determinado tema.

Foram incluídos artigos científicos publicados no período de 2012 a 2020, selecionados a partir de buscas realizadas em bases de dados nacionais e internacionais, a saber temática: Atenção farmacêutica, cuidados farmacológicos e não farmacológicos, idosos com Alzheimer, atribuições farmacêuticas.

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

RESULTADOS E DISCURSÃO

DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer apresenta uma forte associação epidemiológica com o processo de envelhecimento, sendo frequentemente considerada, por determinados autores, como uma manifestação de senescência acelerada, precoce e exacerbada. Contudo, além da idade avançada, um conjunto de fatores genéticos, ambientais, metabólicos e comportamentais tem sido implicado na etiopatogênese da doença, reforçando seu caráter multifatorial [11].

A literatura demonstra de forma consistente que o aumento da idade constitui o principal determinante na prevalência da DA. O envelhecimento cerebral está intrinsecamente relacionado à morte neuronal progressiva, redução da plasticidade sináptica e deterioração funcional dos circuitos neurais, culminando em declínio cognitivo significativo. Observa-se ainda maior prevalência da DA em mulheres, fenômeno atribuído, em parte, à maior longevidade feminina, embora os mecanismos biológicos envolvidos permaneçam parcialmente esclarecidos.

No sistema nervoso central (SNC), diversos neurotransmissores modulam a atividade neuronal, dentre os quais se destaca a acetilcolina (ACh), sintetizada e liberada por neurônios colinérgicos. Na Doença de Alzheimer, classificada como enfermidade neurodegenerativa progressiva, observa-se um comprometimento primário do sistema colinérgico, caracterizado por disfunção sináptica, redução da neurotransmissão colinérgica e alterações quantitativas e funcionais nos receptores muscarínicos distribuídos em múltiplas regiões encefálicas [12].

Nos estágios iniciais da patologia, o substrato anatomopatológico mais marcante inclui o acúmulo extracelular da proteína β-amiloide (Aβ), culminando na formação de placas senis, e a deposição intracelular de emaranhados neurofibrilares constituídos por filamentos helicoidais pareados e proteínas associadas aos microtúbulos, especialmente a proteína tau hiperfosforilada. Esses agregados patológicos desestabilizam a homeostase celular, comprometem o tráfego axonal, promovem disrupção da arquitetura citoesquelética e precipitam degeneração sináptica e subsequente apoptose neuronal. Com a evolução do quadro clínico, instala-se uma acentuada atrofia encefálica, com redução do volume e da massa cerebral, especialmente nos circuitos hipocampais e no prosencéfalo basal. Tais alterações comprometem substancialmente a cognição e os sistemas de memória, sobretudo por envolver estruturas como o núcleo basal de Meynert e os núcleos septais, componentes chave da rede límbica [13].

Concomitantemente ao avanço da doença, observa-se redução da atividade da fosfolipase A2, enzima essencial no metabolismo da fosfatidilcolina. Tal redução diminui a liberação de colina,

prejudicando a síntese de ACh e aprofundando a hipocolinergia, elemento central na fisiopatologia da deterioração cognitiva e marcador da severidade do comprometimento neurodegenerativo [14].

Entre os fatores de risco modificáveis, destacam-se diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, tabagismo, dislipidemia e traumatismo cranioencefálico, os quais contribuem para processos inflamatórios, vasculares e metabólicos que potencializam a neurodegeneração. No âmbito dos determinantes genéticos, sobressai-se a presença do alelo Apolipoproteína E4 (ApoE4), reconhecido como o principal fator de risco genético para a DA esporádica, elevando substancialmente a suscetibilidade ao desenvolvimento da doença quando herdado de um ou ambos os genitores [15].

A trissomia do cromossomo 21, atributos da Síndrome de Down, constitui outro determinante etiopatogênico relevante. A duplicação gênica resulta na superexpressão do gene precursor da proteína amiloide (APP), levando à produção exacerbada de β-amiloide, ao acúmulo dessa proteína no parênquima cerebral e à formação precoce de placas senis, favorecendo o surgimento da DA em idade reduzida. Em contrapartida, evidências indicam que maiores níveis de reserva cognitiva, frequentemente associados à escolaridade elevada, exercem efeito neuroprotetor, reduzindo a probabilidade de manifestação clínica da doença e retardando o aparecimento de seus sintomas [16].

Estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos nas últimas décadas em resposta ao acelerado envelhecimento populacional observado em escala global. Estimativas publicadas em 2009 indicavam que cerca de 35,6 milhões de pessoas viviam com Doença de Alzheimer (DA) em 2010, com projeções que apontavam para a duplicação dessa prevalência a cada vinte anos, alcançando aproximadamente 65,7 milhões de indivíduos em 2030 e 115,4 milhões em 2050. As maiores concentrações de casos são observadas em regiões densamente povoadas e em processo avançado de transição demográfica, como China, Índia, União Europeia, Estados Unidos, Japão, Rússia e Indonésia. Investigações epidemiológicas conduzidas na Europa, América do Norte e África demonstram que a DA é responsável por cerca de 60% a 70% dos casos de demência, consolidando-se como a principal causa dessa condição nesses continentes [17].

No Brasil, o perfil epidemiológico da Doença de Alzheimer acompanha a tendência observada em países desenvolvidos, refletindo o progressivo aumento da longevidade populacional. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciam que a expectativa de vida ao nascer aumentou de 70 anos, em 1999, para 73,1 anos, em 2009. Estudos populacionais envolvendo 1.656 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos identificaram uma prevalência de demência de 7,10%, com incidência anual estimada em 7,7 casos por 1.000 indivíduos. Nesse contexto, a Doença de Alzheimer corresponde a aproximadamente 50% a 60% dos quadros demenciais diagnosticados, apresentando maior incidência em indivíduos com idade acima de 65 anos [18]. O diagnóstico da Doença de Alzheimer é desafiador, uma vez que ainda não existe marcador biológico específico capaz de confirmar a doença de forma direta. Dessa forma, a avaliação clínica geralmente ocorre por critérios de exclusão, em que devem ser afastadas outras condições psiquiátricas ou médicas que possam comprometer a função cognitiva, como depressão, delirium, transtornos mentais associados à demência, uso abusivo de medicamentos, drogas ou álcool [19].

No Brasil, os critérios diagnósticos seguem as recomendações do "*National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke* e da *Alzheimer's Disease and Related Disorders Association "(NINCDS-ARDA)*, classificando a DA em três estágios: pré-clínica, comprometimento cognitivo leve (CCL) e demência. A DA pode ser definida como:

A Doença de Alzheimer provável é caracterizada por declínio cognitivo clinicamente detectável e confirmado por testes cognitivos, com comprometimento de duas ou mais funções cognitivas, destacando-se o déficit de memória de caráter progressivo, após a exclusão de outras possíveis causas de demência.

A Doença de Alzheimer possível é considerada quando o paciente apresenta manifestações clínicas atípicas ou quando há a coexistência de comorbidades que possam contribuir para o quadro demencial, dificultando a caracterização típica da doença.

Já a Doença de Alzheimer definida atende aos mesmos critérios diagnósticos da Doença de Alzheimer provável, porém com confirmação definitiva por meio de biópsia cerebral ou exame anatomopatológico realizado em necropsia [20].

Os exames auxiliares iniciais sugeridos incluem hemograma completo, função tireoidiana, níveis séricos de vitamina B12, glicemia, ureia, creatinina, albumina, ácido fólico, cálcio, sorologia para HIV e enzimas hepáticas. Exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) ou preferencialmente ressonância magnética (RM), e eletroencefalograma (EEG) são fundamentais para excluir doençascerebrovasculares, hematomas subdurais, neoplasias, hidrocefalia de pressão normal, demência vascular e doença de Creutzfeldt-Jakob. A punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) é indicada apenas quando a demência surge antes dos 65 anos ou há suspeita de processos inflamatórios, infecciosos ou priônicos no SNC. O uso de biomarcadores moleculares permanece restrito a protocolos de pesquisa [21].

Segundo o procedimento Clínico e orientações Terapêuticas da Doença de Alzheimer (2013) do Ministério da Saúde, a investigação diagnóstica deve incluir:

A realização de exame físico e neurológico completos, associados à avaliação do estado mental, com o objetivo de identificar possíveis déficits de memória, linguagem e funções visuoespaciais. Além disso, é fundamental a obtenção de um histórico clínico detalhado do paciente, complementado por informações fornecidas por familiares ou cuidadores. Para a investigação do comprometimento cognitivo, devem ser aplicados testes cognitivos padronizados, destacando-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), amplamente utilizado na prática clínica e em pesquisas científicas.

Não há recomendações para o uso rotineiro de Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT), Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET), testes genéticos, genotipagem da ApoE, marcadores biológicos no líquor ou investigação de mutações da proteína tau, exceto em contextos específicos, como suspeita de câncer metastático, infecção do SNC ou demência frontotemporal [22].

Impactos e desafios do cuidador domiciliar na doença de Alzheimer.

A Doença de Alzheimer configura-se como uma das patologias de maior impacto na população idosa. Este quadro demencial está intrinsecamente ligado à redução da capacidade funcional e à perda da autonomia, o que gera uma relação de dependência entre o paciente e seus cuidadores.

Para além das alterações biológicas, a DA é frequentemente classificada como uma enfermidade social. Isso ocorre porque o desconhecimento sobre a patologia fomenta estigmas que afetam não apenas o idoso, mas todo o seu núcleo familiar, elevando a sobrecarga emocional e prática [23].

Nesse cenário, a literatura científica ressalta que o acesso à informação e a redes de apoio são pilares fundamentais para que o cuidador consiga reestruturar sua vida pessoal e social. Tais recursos permitem que ele equilibre as demandas profissionais com a assistência contínua exigida pelo enfermo [16]. Embora o ato de cuidar possa resultar em um profundo desgaste biopsicossocial, a convivência e o zelo também podem promover o fortalecimento dos laços familiares e uma nova percepção sobre a importância do cuidado [24].

Em virtude das elevadas exigências inerentes à assistência de idosos em condição de dependência, observa-se uma prevalência de agravos à saúde dos cuidadores. Tal fenômeno decorre da exposição contínua a fatores estressores associados ao ato de cuidar, os quais repercutem negativamente na qualidade de vida desses sujeitos [16]. Corroborando essa perspectiva, [25] identificou que 87,9% da amostra estudada apresentou complicações clínicas após o início da atividade ocupacional, evidenciando o desenvolvimento de ao menos uma patologia, além da susceptibilidade a transtornos psicopatológicos como ansiedade, depressão e estresse crônico.

A gênese desse quadro clínico está frequentemente associada ao sentimento de sobrecarga, potencializado pela extensa carga horária dedicada ao cuidado e pela complexidade das intervenções demandadas. Adicionalmente, a negligência do cuidador em relação às suas próprias demandas biopsicossociais constitui um fator de risco que incrementa a probabilidade de manifestações de sintomatologia depressiva e ansiosa [16].

Portanto, é imperativo o estabelecimento de redes de apoio direcionadas de forma binômia: ao idoso receptor do cuidado e ao seu respectivo cuidador. A implementação de ações que viabilizem o suporte às necessidades individuais do cuidador funciona como um mecanismo mitigador de danos, sendo essencial não apenas para a redução da sintomatologia de ordem psíquica, mas também para a otimização da assistência prestada a pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer [16].

No contexto da geriatria, a assistência deve ser compartilhada com o cuidador ou responsável, visto que as limitações intrínsecas ao processo de envelhecimento podem comprometer a continuidade do tratamento, exigindo suporte externo para mitigar possíveis interrupções [23].

ADESÃO AO TRATAMENTO DE PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A adesão ao protocolo farmacológico representa um dos maiores desafios para a otimização da farmacoterapia. Dada a complexidade em predizer o comportamento do paciente, torna-se imperativo o mapeamento de barreiras modificáveis que impedem o sucesso do tratamento. Embora o esquecimento seja apontado como o fator predominante para a não adesão, outras variáveis exercem influência significativa, tais como o estabelecimento de prioridades divergentes, a omissão deliberada de doses e o déficit de informações sobre o regime terapêutico e fatores emocionais [26].

A complexidade terapêutica representa um desafio significativo, uma vez que a maioria dos pacientes faz uso de polifarmácia, o que pode comprometer a correta administração e a interação entre as substâncias. Somado a isso, o declínio progressivo imposto pela Doença de Alzheimer acarreta limitações severas às atividades de vida diária (AVDs) dos indivíduos [26].

Adicionalmente, a literatura identifica outras barreiras determinantes para a não adesão terapêutica, as quais são estruturadas em cinco dimensões principais. A disponibilidade refere-se à adequação do volume de fármacos em estoque frente às necessidades do paciente, considerando a regularidade do fornecimento e a continuidade do tratamento. A acessibilidade geográfica diz respeito à distância entre o usuário e a unidade de saúde, bem como à facilidade de deslocamento até o local de atendimento. A acomodação está relacionada à organização dos serviços de saúde e à sua capacidade logística de atender à demanda, incluindo horários de funcionamento, agendamento e fluxo de atendimento. A capacidade aquisitiva corresponde ao impacto financeiro do tratamento no orçamento do usuário, especialmente no que se refere aos custos diretos e indiretos associados ao uso contínuo de medicamentos. Por fim, a aceitabilidade engloba as percepções, expectativas e atitudes tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes em relação às práticas adotadas pelos serviços, influenciando diretamente a confiança, o vínculo terapêutico e a adesão ao tratamento [27].

Diante da multiplicidade de fatores que obstaculizam a adesão ao tratamento, torna-se imprescindível a atuação da atenção farmacêutica. Cabe a esse serviço avaliar criteriosamente cada caso, visando mitigar erros e promover o uso racional de medicamentos.

TRATAMENTO

Os idosos acometidos pela DA apresentam alterações comportamentais e de humor que necessitam de atenção e tratamento adequados. O manejo desses sintomas contribui significativamente para o bem-estar do paciente e de seus cuidadores, pois facilita a compreensão e a aceitação da doença, além de favorecer a comunicação entre ambos, reduzindo conflitos e sofrimento emocional [23].

Após o diagnóstico da DA, o tratamento farmacológico é iniciado com o objetivo de atenuar sinais e sintomas da doença. Evidências recentes apontam que o tratamento padrão envolve o uso de fármacos inibidores da acetilcolinesterase, cujo mecanismo de ação está relacionado à melhora da neurotransmissão colinérgica, contribuindo para o retardo da progressão clínica da doença [28].

O tratamento da Doença de Alzheimer não é curativo, mas visa aliviar os sintomas e retardar sua evolução. Entre as opções farmacológicas disponíveis, os inibidores da colinesterase (IChE) são os mais utilizados, especialmente em estágios leves e moderados da doença, nos quais demonstram melhor resultados no controle dos sintomas cognitivos [27].

No Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), os medicamentos Donepezila, Galantamina e Rivastigmina são disponibilizados gratuitamente pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O acesso a esses fármacos está condicionado ao cumprimento dos parâmetros definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Alzheimer [27].

A Tacrina foi o primeiro inibidor da colinesterase aprovado para o tratamento da DA, atuando no aumento da transmissão colinérgica com o intuito de minimizar as perdas cognitivas. Embora tenha demonstrado melhora da memória e cognição em parte

dos pacientes, seu uso foi limitado devido à baixa eficácia em outras áreas relacionadas à qualidade de vida e à presença de efeitos adversos importantes, como náuseas, dores abdominais e hepatotoxicidade. Além disso, sua posologia exige quatro administrações diárias e o fármaco não é seletivo para o sistema nervoso central, o que o torna uma opção terapêutica pouco indicada atualmente [29].

Com o objetivo de substituir a Tacrina, foram desenvolvidos outros fármacos com perfil de segurança mais favorável, como a Donepezila, a Rivastigmina e a Galantamina. Apesar de ainda apresentarem eficácia limitada, esses medicamentos promovem melhora clínica mais significativa e aumento da qualidade de vida dos pacientes [29].

A Donepezila destaca-se por ser seletiva para a acetilcolinesterase e para o sistema nervoso central, possuindo duração de ação de aproximadamente 24 horas, o que permite administração em dose única diária por via oral, com efeitos adversos colinérgicos geralmente leves. A Rivastigmina, também seletiva para o sistema nervoso central, apresenta duração de ação de cerca de 8 horas, sendo administrada duas a três vezes ao dia; seus efeitos adversos tendem a diminuir com a continuidade do tratamento. Já a Galantamina atua tanto sobre a AChE quanto sobre a BuChE, além de modular alostericamente os receptores nicotínicos da acetilcolina, apresentando menor incidência de efeitos adversos entre os inibidores disponíveis [29].

Outro fármaco utilizado no tratamento da DA é a Memantina, antagonista dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), que reduz a excitotoxicidade glutamatérgica. Inicialmente desenvolvida como antiviral, a Memantina demonstrou benefícios cognitivos em pacientes com DA moderada a grave, embora apresente alguns efeitos adversos e meia-vida plasmática prolongada [29].

O tratamento farmacológico da DA atua de forma essencialmente sintomática, não sendo capaz de impedir a perda neuronal. Seu efeito ocorre principalmente por meio da modulação da neurotransmissão colinérgica e glutamatérgica, promovendo melhora dos sintomas cognitivos. Para o manejo dos sintomas comportamentais e psiquiátricos, podem ser utilizados antidepressivos, neurolépticos e ansiolíticos, conforme a necessidade clínica [22].

Embora ainda não exista um tratamento capaz de curar ou reverter os danos causados pela Doença de Alzheimer, algumas abordagens têm demonstrado capacidade de retardar temporariamente a progressão da doença. Intervenções como terapia cognitiva, terapia ocupacional, musicoterapia e terapias artísticas têm como objetivo principal melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, sendo mais eficazes quando aplicadas de forma integrada por equipes multidisciplinares na atenção básica. [30].

Além do tratamento medicamentoso, as intervenções não farmacológicas desempenham papel fundamental no cuidado ao idoso com DA. A prática de atividades físicas e cognitivas, como alongamentos, exercícios de memória e até atividades domésticas adaptadas, contribuem para a manutenção da funcionalidade e da autonomia, refletindo positivamente na qualidade de vida do paciente [26].

Estudos realizados em 2016 evidenciaram que intervenções psicossociais em pessoas com demência promovem melhorias no desempenho das atividades diárias, no comportamento, no humor e até na cognição. Dentre essas intervenções, destaca-se a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). No âmbito cognitivo, tarefas padronizadas voltadas para o estímulo da memória, atenção e resolução de problemas demonstraram resultados positivos [31].

Diversas pesquisas também sugerem que fatores nutricionais, como a ingestão adequada de macro e micronutrientes, padrões alimentares e consumo de determinados alimentos e bebidas, podem reduzir o risco e retardar a progressão da demência. Esses fatores vêm sendo estudados tanto na prevenção quanto no tratamento da DA, visando à melhora dos sintomas cognitivos e comportamentais (Cardoso SA, Paiva I).

Vitaminas antioxidantes, como as vitaminas E e C, além do selênio e dos flavonoides, têm sido associadas à proteção contra danos oxidativos relacionados à demência. Evidências indicam que a ingestão desses nutrientes por meio da alimentação é mais benéfica do que a suplementação isolada, sendo observada, inclusive, uma associação entre o consumo de vitamina E o atraso no declínio funcional [32].

Os nutrientes essenciais do complexo B e o folato também estão relacionadas à saúde neuronal, atuando em vias metabólicas essenciais. Estudos apontam que sua ingestão adequada está associada à redução do risco de demência. Além disso,

nutrientes como vitamina D, ômega-3, consumo regular de peixes, hortifrutícolas, cafeína em doses controladas e baixa ingestão de vinho têm demonstrado potencial efeito protetor, contribuindo para o controle e o retardo da progressão da Doença de Alzheimer quando utilizados de forma orientada e adequada. [32].

CUIDADO FARMACÊUTICO NA DOENÇA DE ALZHEIMER

O Cuidado Farmacêutica configura-se como uma prática profissional fundamentada na provisão responsável da farmacoterapia. Seu objetivo primordial é a obtenção de desfechos clínicos positivos que corroborem o tratamento prescrito, promovendo, por conseguinte, o incremento na qualidade de vida do paciente. Esta intervenção foca na resolução e prevenção de problemas relacionados a medicamentos (PRMs) por meio de um processo sistemático e documentado. Adicionalmente, estabelece uma corresponsabilidade de entre o farmacêutico e o usuário, assegurando que o regime posológico seja executado de forma segura e eficaz para o alcance do efeito terapêutico pretendido [32].

Sob uma perspectiva mais ampla, a atenção farmacêutica compreende um conjunto de ações multidisciplinares direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais atividades estendem-se do âmbito individual ao coletivo, posicionando o medicamento como um insumo estratégico e essencial para o cuidado integral à saúde [33].

Nesse contexto, a orientação farmacêutica proporciona benefícios substanciais tanto ao paciente quanto ao seu cuidador. A implementação do acompanhamento farmacoterapêutico reflete-se na redução de custos assistenciais, no aperfeiçoamento das prescrições e no estímulo à adesão terapêutica. Além disso, desempenha um papel crucial na mitigação de riscos associados a reações adversas a medicamentos (RAMs) [33].

Especificamente no manejo da Doença de Alzheimer, o farmacêutico assume a função imprescindível de educar e orientar cuidadores e pacientes em estágios iniciais da patologia. O foco recai sobre a monitorização rigorosa de interações medicamentosas e eventos adversos, garantindo a integridade da segurança e eficácia terapêutica em todas as fases de progressão da doença. Tal vigilância é extensiva ao manejo de comorbidades e enfermidades coexistentes, independentemente de sua correlação direta com o quadro demográfico inicial [21].

Evidências científicas demonstram que a orientação farmacêutica atua como um fator determinante na otimização da farmacoterapia, considerando que o medicamento constitui o recurso terapêutico central para a reabilitação e a manutenção da estabilidade clínica em pacientes diagnosticados com a Doença de Alzheimer.

Nesse contexto, a análise minuciosa do regime farmacoterapêutico aplicado a idosos e o suporte técnico oferecido aos seus respectivos cuidadores configuram-se como indicadores essenciais para a avaliação da qualidade da assistência prestada a essa população. Portanto, iniciativas que visem ao aprimoramento dos processos de prescrição, seleção, dispensação e administração de fármacos devem ser priorizadas em programas de atenção integral ao idoso [27].

CONCLUSÃO

Diante da atuação indispensável do profissional farmacêutico no manejo de diversas condições clínicas, sua relevância no contexto da doença de Alzheimer torna-se ainda mais evidente. As evidências analisadas demonstram que a adesão adequada e a efetividade do tratamento dependem, de forma significativa, de um acompanhamento multiprofissional, no qual o farmacêutico exerce papel fundamental.

Nesse cenário, observa-se que os imunomoduladores despontam como potenciais agentes terapêuticos capazes de interferir na progressão da DA, uma vez que os estudos incluídos nesta revisão apresentaram robustez metodológica e resultados considerados promissores. Contudo, a toxicidade associada a esses fármacos representa uma limitação relevante para sua utilização clínica, configurando-se como um desafio no tratamento da doença. Assim, a atuação do farmacêutico torna-se cada vez mais essencial, tanto na monitorização da segurança farmacológica quanto na otimização da terapêutica, contribuindo para a redução de riscos e para a melhoria dos desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

1. Burla C, et al. Panorama da demência no Brasil: desafios para o sistema de saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012.
2. Dias A, et al. Demência: conceitos, classificação e diagnóstico. Rev Port Med Geral Fam. 2013.
3. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva: WHO; 2012.
4. Vono M. História da doença de Alzheimer. Rev Med. 2009.
5. Sánchez JL, et al. Epidemiologia mundial da doença de Alzheimer. Rev Panam Salud Publica. 2010.
6. Martins MA. Polifarmácia e segurança do paciente idoso. Rev Bras Farm. 2018.
7. Rodrigues LM. Personalização do tratamento farmacológico na doença de Alzheimer. Rev Farm Clin. 2022.
8. Palma LF, et al. O papel do farmacêutico no cuidado ao paciente idoso. Rev Atenc Saude. 2020.
9. Martins MA, et al. Assistência farmacêutica e qualidade de vida em pacientes com Alzheimer. J Pharm Health Care. 2023.
10. Colin R, Nutti R. Novas perspectivas terapêuticas na doença de Alzheimer. J Pharm Care. 2022.
11. Mayeux R, Stern Y. Epidemiology of Alzheimer disease. Cold Spring Harb Perspect Med. 2012.
12. Ventura AL. Sistema colinérgico e cognição. Neurociencias. 2010.
13. Cavalcante JS, Engelhardt E. Neurobiologia da doença de Alzheimer. Rev Bras Neurol. 2012.
14. Sereniki A, Vital MABF. Neuroquímica da doença de Alzheimer. Rev Bras Psiquiatr. 2008.
15. Carreta MB, Scherer SF. Fatores genéticos associados à doença de Alzheimer. Rev Cienc Med. 2012.
16. Carreta MB, Scherer SF. Fatores genéticos associados à doença de Alzheimer. Rev Cienc Med. 2012.
17. Araújo CEP, Tascarollo IL, Antonio MA. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. Paraná: Atena Editora; 2019.
18. Gonçalves DA, Carmo JS. Epidemiologia da demência no Brasil. Rev Saude Publica. 2012.
19. Nitrini R. Diagnóstico diferencial das demências. Arq Neuropsiquiatr. 2005.
20. Dutra LA. Diagnóstico clínico da doença de Alzheimer. Rev Neurocienc. 2010.
21. Caramelli P, et al. Diagnóstico da doença de Alzheimer no Brasil: recomendações atuais. Arq Neuropsiquiatr. 2011.
22. Ferreira S, Massano J. Terapêutica farmacológica na doença de Alzheimer: progressos e esperanças futuras. Arq Med. 2013;27(2):65-86.
23. Bernardo LD, Raymundo TM. Ambiente físico e social no processo de intervenção terapêutico ocupacional para idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma revisão sistemática da literatura. Cad Bras Ter Ocup. 2018;26(2):463-477.
24. Fernandes JSG, Andrade MS. Revisão sobre a doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. Psicol Saude Doencas. 2017;18(1):131-140.
25. Antunes JAPJ. Refugees and mental health: hosting, understand and treat. Portugal. 2017;18(1).
26. Carvalho PDP, Magalhães CMC, Pedroso JS. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. J Bras Psiquiatr. 2016;65(4):334-339.
27. Almeida-Brasil CC, et al. Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2016;32(7).
28. De Falco A, et al. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. Quim Nova. 2016;39(1):63-80.
29. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. Farmacologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
31. Alberti RFM. Mudar de demências neurodegenerativas para proteinopatias cognitivas, substituindo "onde" por "o quê". Dement Neuropsychol. 2020;14(3):237-242.
32. Cardoso SA, Paiva I. Nutrição e alimentação na prevenção e terapêutica da demência. Acta Port Nutr. 2017;(11):30-34.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Alzheimer. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.