



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

EVELYN ALANA TEIXEIRA RIBEIRO

**A ENFERMAGEM CUIDATIVA PARA PACIENTES PORTADORES DE
ALZHEIMER**

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

EVELYN ALANA TEIXEIRA RIBEIRO

**A ENFERMAGEM CUIDATIVA PARA PACIENTES PORTADORES DE
ALZHEIMER**

Monografia apresentada ao Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do título de Graduado em Enfermagem, sob orientação da Professora Msc. Jane Daisy de Sousa Almada Resende

SÃO JOÃO DEL-REI

2014

EVELYN ALANA TEIXEIRA RIBEIRO

**A ENFERMAGEM CUIDATIVA PARA PACIENTES PORTADORES DE
ALZHEIMER**

Monografia apresentada ao Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN, como requisito parcial à obtenção do título de Graduado em Enfermagem, sob orientação da Professora Msc. Jane Daisy de Sousa Almada Resende

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Msc. Jane Daisy de Sousa Almada Resende
(Orientadora)

Prof^ª. Esp. Ana Claudia Ribeiro Paiva
(Examinadora)

Prof^ª. Msc. Jaíne das Graças Oliveira Silva Resende
(Examinadora)

“A leitura após certa idade distrai excessivamente o espírito humano das suas reflexões criadoras. Todo o homem que lê de mais e usa o cérebro de menos adquire a preguiça de pensar.”

Albert Einstein

Dedico primeiramente a Deus por me proporcionar tamanha conquista. A minha mãe que sempre foi e sempre vai ser meu exemplo. A minha irmã que apesar dos pesares e de nossas gritantes diferenças me auxiliou nesta conquista. A minha orientadora que me conduziu durante a realização e finalização desta monografia. Enfim a todos os meus familiares e amigos que me deram apoio e incentivo para a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre esteve presente em minha vida, iluminando meus caminhos, me protegendo e fazendo dos meus sonhos e objetivos, realidade.

À minha mãe Sônia por ter me ajudado na realização de mais esse sonho e lutado ao meu lado na busca deste ideal e estado comigo em todos os momentos vividos até aqui.

A minha irmã Helen por me impulsionar nesta busca por uma profissão, e por cuidar de mim a maior parte da sua vida, sendo minha companheira, parceira e amiga de todas as horas.

A minha família como um todo, pois sei que sempre estiveram torcendo e almejando tudo de melhor por mim durante esta minha caminhada confiando sempre no meu sucesso.

Ao meu namorado Gilberto, por me impulsionar durante meu trajeto, por me fazer acreditar nas minhas capacidades e por preencher minha vida de felicidade.

E um agradecimento especial a minha amiga Monique, que além de fazer parte da minha vida acadêmica me mostrou a real importância de uma amizade sincera e todo seu valor, que apesar de inúmeras diferenças gritantes somos iguais (risos).

As minhas queridas amigas Mayra Nascimento e Gisilene Lima, por me socorrerem todas as vezes que precisei e por estar ao meu lado me cobrando nos erros e parabenizando nos acertos.

Aos meus bons colegas de faculdade, pois com eles a caminhada se fez agradável e fácil mesmo diante de todas as nossas diferenças.

A minha orientadora Jane Daisy por me ajudar nesse projeto e me provar e cobrar minhas responsabilidades de aluna durante este trabalho e por me mostrar que sou capaz.

Enfim, a todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho e que puderam estar ao meu lado durante essa jornada. A todos o meu sincero Muito Obrigada.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1. FENÔMENO DO PROLONGAMENTO DA VIDA	11
1.1 Mudança na demografia e Melhoria da qualidade de vida.....	11
1.2 Envelhecimento populacional	13
1.3 O envelhecimento e doenças senis	15
2. BREVE HISTÓRICO SOBRE ALZHEIMER A DOENÇA DO SÉCULO	17
2.1 Doença de Alzheimer propriamente dita	17
2.1.1 Diagnóstico	18
2.2 Sintomatologia da Doença	20
2.3 Tratamento.....	21
3. O CUIDAR DO PACIENTE PORTADOR DE ALZHEIMER	23
3.1 O cuidar	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS

DA- Doença de Alzheimer

RESUMO

A transição demográfica mundial é um fenômeno que já se estendeu por diversos países, incluindo aqueles em desenvolvimento como no Brasil. Tal fenômeno faz com que se altere sistematicamente a economia e consequente melhora na qualidade de vida da população. O decaimento da taxa de mortalidade, faz com que o número da população idosa se sobressaia, mudando o perfil de atendimento a saúde, tendo em vista que juntamente com o avanço da idade surgem as doenças relacionadas à senilidade. Dentre as inúmeras doenças, a demência de Alzheimer se destaca por fazer do paciente cada vez mais dependente, seja de um familiar ou cuidador. Portanto, este trabalho objetiva oferecer aos leitores um conhecimento sobre a importância da enfermagem na orientação e prestação de cuidados ao portador de Alzheimer e sua família em seus amplos benefícios, enfatizando os benefícios da orientação e acompanhamento da doença pelo profissional para estabelecer um melhor nível de qualidade de vida. Para isso utilizou-se como metodologia a revisão bibliográfica analítica e descritiva baseada em literatura especializada, busca em sites científicos, periódicos e manuais referentes ao tema. Ao final do estudo, foi possível constatar que o paciente portador de Alzheimer necessita de cuidados específicos em suas diferentes fases da doença auxiliando nos cuidados físicos, psíquicos e sociais necessários ao enfermo e as pessoas que com eles convivem.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Alzheimer; assistência de enfermagem; transição demográfica; qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

É notória a transição demográfica e alterações nas taxas de natalidade e mortalidade que ocorrem no mundo. Salienta-se que, o aumento da expectativa de vida de uma população não pode ser visto como um fato isolado ou de pouca importância, tendo em vista que pode efetivamente, interferir na vida da comunidade, influenciar o consumo, os impostos, a previdência social, o mercado de trabalho, a composição e organização das famílias assim como, da saúde e assistência médica.

Essa transição pode ser percebida primeiramente em países desenvolvidos devido à melhora e estabilidade na qualidade de vida. Os países em desenvolvimento, como o Brasil, vive uma ascensão na qualidade de vida e, portanto, há uma maior preocupação quanto ao envelhecimento por ser um processo gerador de mudanças biológicas, socioculturais, além dos possíveis conflitos familiares.

Juntamente com o fenômeno do envelhecimento, alguns desafios devem ser colocados em consideração para a sociedade brasileira, para as políticas públicas, assim como, para o sistema de saúde. Esse novo perfil epidemiológico emergente age diretamente no cuidado da saúde dos idosos e das patologias advindas com a idade, tendo como particularidade, as doenças senis.

Dentre as doenças senis, a Doença Alzheimer (DA) se destaca por ser a causa mais comum de demência no idoso. É uma doença incurável, no entanto, a qualidade de vida do portador e de sua família deve ser preservada e assistida por uma equipe multidisciplinar na qual os profissionais de enfermagem devem estar inseridos. Vale ressaltar que a orientação, principalmente no que diz respeito ao cuidado e apoio, torna-se parte integrante da assistência para pacientes demenciados.

A percepção das necessidades exigidas no cuidado a esses pacientes portadores de Alzheimer e a orientação aos familiares, assim como aos cuidadores determinou a escolha do tema deste trabalho.

Assim, para a realização deste, a metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, analítica e descritiva baseada em literatura especializada, busca em sites científicos, periódicos e manuais referentes ao tema e teve por objetivo mostrar

a importância da enfermagem na orientação e prestação de cuidados ao portador de DA e sua família.

Para melhor entendimento, o estudo foi dividido em três capítulos, sendo que, o primeiro aborda o processo de envelhecimento da população, transição demográfica e as doenças decorrentes da idade. O segundo traz um breve histórico sobre a doença Alzheimer e o terceiro e último capítulo aborda o cuidado da enfermagem em relação aos pacientes portadores de DA.

1. FENÔMENO DO PROLONGAMENTO DA VIDA

Nas últimas décadas, a população mundial vem demonstrando um acentuado envelhecimento, com mudanças significativas nos quantitativos de indivíduos idosos. Esse perfil não é diferente no Brasil, o que sinaliza uma constante transição demográfica e características peculiares no que diz respeito à velocidade em que se dá esta transição (FREIRE JUNIOR & TAVARES, 2006, s.p; GONÇALVES *et.al*, 2006, p. 571).

Vale ressaltar que a transição demográfica descreve a dinâmica do crescimento populacional, na qual há passagem de uma situação de alta natalidade e alta mortalidade para baixa natalidade e baixa mortalidade que pode ser decorrente dos avanços da medicina, urbanização, desenvolvimento de novas tecnologias, taxas de natalidade e outros fatores (LEBRÃO, 2007, p. 136).

Sendo assim, o envelhecimento se torna um desafio a ser enfrentado por todos os países, independentemente das condições socioeconômicas, tendo em vista que a saúde dos indivíduos idosos deve ser acolhida levando em consideração a sua heterogeneidade e, além disso, há um impacto significativo gerado, principalmente, no sistema de saúde. (LOURENÇO *et.al*, 2005, p. 312 - 314).

1.1 Mudança na demografia e melhoria da qualidade de vida

Há uma nítida defasagem temporal entre as trajetórias das alterações demográficas nos países desenvolvidos para os que ainda estão em desenvolvimento. Mesmo com a transição acontecendo tardiamente em relação aos países de primeiro mundo essa mudança na demografia ocorrida naqueles menos favorecidos vem demonstrando ocorrer devido à melhora da qualidade de vida e suporte básico na saúde da população (ALVES, 2008, p. 04).

Há três etapas diferentes que ocorrem antes e durante a transição demográfica: primeiro ocorre um aumento nos níveis de natalidade e mortalidade, segundo ocorre uma diminuição nas taxas de mortalidade, mas ainda permanecem em alta as taxas de natalidade e por último acontece uma estagnação tanto nos níveis de natalidade quanto nos de mortalidade, aumentando significativamente os índices numéricos da população mais idosa (ONU, 2006 *apud* BRITO, 2007, p. 12).

Isso faz com que haja redução da fração jovem da população e a ampliação absoluta e relativa da população idosa, trazendo consequências epidemiológicas como, as já citadas, alterações demográficas e socioeconômicas. (NUNES, s.d, p. 427).

Devido ao fato de o Brasil ainda estar em desenvolvimento, às alterações demográficas demoraram um pouco mais para acontecer. Porém, é notório a alteração radical nas taxas de natalidade e mortalidade ocorrida nas últimas décadas, revelando um acentuado declínio de nascimentos e da taxa de mortalidade. Esta baixa de reposição populacional reafirma o gradativo aumento da população idosa (IBGE, 2004 *apud* BRITO, 2007, p.07).

Tal transição demográfica e epidemiológica brasileira só foi possível após diversas transformações em suas políticas urbanas de saúde pública, como, a vacinação, higiene pública e outras campanhas sanitárias. Essas mudanças influenciaram diretamente nas condições de vida da população, trazendo consigo uma melhora na qualidade de vida, ampliação da mesma, de forma sustentável devido a progressos políticos, desenvolvimento tecnológico, econômicos, sociais, ambientais e até mesmo na área da saúde, o que proporciona e evidencia a evolução populacional e alteração demográfica (CHAIMOWICZ, 1997, p. 188; BUSS, 2000, p. 164)

O termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito frequente nas literaturas e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral. No entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 583).

Entretanto, há diferentes formas de conceituá-la, geralmente quando estão voltados para a saúde, buscam avaliar uma percepção geral como a comodidade, avanços tecnológicos científicos e até mesmo medicinais. Assim como, decorre, em partes, dos novos paradigmas políticos nos últimos tempos (SEIDL; ZANNON, 2004, p.584).

Ressalta-se que o processo saúde-doença é determinado por diferentes fatores e determinantes bastante complexos, o que configura saúde e doença etapas contínuas baseadas em aspectos econômicos, socioculturais e experiências pessoais (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 580).

Qualidade de vida também pode estar relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo uma série de características pessoais como a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, e outros diferentes fatores decorrentes do dia a dia de cada indivíduo (VECCHIA *et al*, 2005, p. 247)

Devido a grande subjetividade e variabilidade dos conceitos e com intenção de nortear as diversas políticas públicas quanto a um envelhecer bem sucedido, é importante salientar o empoderamento do conhecimento da maioria da população idosa que vai estar diretamente relacionado ao bem estar, felicidade, realização pessoal, independência, enfim, a qualidade de vida ideal na idade em que se encontram (VECCHIA *et al*, 2005, p. 247).

1.2 Envelhecimento populacional

O aumento na longevidade é um desejo de qualquer sociedade. Porém, só deve ser considerado como conquista verdadeiramente dita na medida em que se tenha qualidade de vida em suas diferentes formas a cada ano vivido pela população (VERAS, 2009, p. 549).

O período que antecede a velhice em si é chamado envelhecência. É nesse período que os indivíduos sofrem mudanças físicas e psíquicas, a forma de pensar na vida e no futuro podem ser frustrantes devido à proximidade da morte como também pode ser frutífero se pensado como um desencontro do tempo vivido com o tempo percebido de vivências (LEAL, 2005, p. 62).

A questão envelhecimento vem ganhando enfoque e maior representatividade visto o prolongamento da expectativa de vida da população e o consequente crescimento da população mais velha. Tais questões estão diretamente interligadas às mudanças corporais e a uma nova disponibilidade social, à maturidade, à memória e aos problemas físicos e psíquicos do indivíduo que vivencia essa fase (LEAL, 2005, p. 62).

Hoje em dia, chegar à velhice é uma realidade quase já vivida em todos os países, até mesmo os que ainda estão em processo de desenvolvimento. Mesmo com uma melhora já existente dos parâmetros de saúde populacional, envelhecer

não é um privilégio de poucos e o envelhecimento rápido e contínuo da população acarreta a diversas modificações no padrão da sociedade (VERAS, 2009, p. 549).

A consciência da própria deterioração põe fim à onipotência, o que pode gerar perda significativa da ilusão da própria potência existencial e concordar com a dependência de outro indivíduo chega a ser aterrorizante. Porém, infelizmente, ao envelhecer a mente, conseqüentemente envelhece o corpo e suas expectativas (GOLDFARB, 1997, p. 15).

O envelhecimento muitas vezes possui uma relação inversamente proporcional à saúde. E esta, por definição, está relacionada com a idade cronológica e pode ser compreendida como a capacidade do organismo de corresponder às alterações da vida cotidiana, a capacidade e motivação física e mental para buscar diferentes objetivos e conquistas pessoais e interpessoais. Já a palavra envelhecer é, na maioria das vezes, associada ao processo biológico de diminuição das capacidades físicas, aumentando as fragilidades psicológicas, comportamentais e, portanto, associada à doença. (NUNES, s. d, p. 428).

Assim, o passar dos anos e as mudanças ocorridas durante as transições demográficas e epidemiológicas, faz com que haja uma transformação no perfil de atenção da saúde pública, alterações nos padrões de vida da sociedade, nos níveis socioeconômicos, composição e organização familiar e, também na saúde e assistência médica (BRITO, 2007 p. 13).

Logo, há uma maior procura dos idosos pelos serviços de saúde, tendo em vista que o envelhecimento populacional se resume em maior carga de doenças e maiores incapacidades. Há, portanto, um conseqüente aumento do número de internações hospitalares e tempo de ocupação de leitos tornando-se maior quando comparado a outras faixas etárias de idade. (VERAS, 2009, p. 549).

Tais transformações ocorridas nos últimos tempos, mostra que é possível perceber investimentos maiores da parte do governo sobre a saúde e estão assumindo novas políticas públicas favoráveis à manutenção da autonomia e independência da população mais idosa. A própria população vem buscando um maior crescimento social e conquistas efetivas da sociedade para o favorecimento e praticidade para os idosos (BRASIL, 2006, p. 07).

As políticas básicas nacionais de saúde do idoso são exemplos de prevenção e promoção de saúde e envelhecimento saudável com melhorias e manutenções da capacidade funcional dos idosos, prevenindo doenças e proporcionando reabilitação daqueles que tenham suas capacidades funcionais diminuídas (VERAS, 2009, p. 550).

1.3 O envelhecimento e doenças senis

Em virtude de uma maior demanda no cuidado do idoso, foram criadas diversas legislações, dentre elas a portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova e muda o paradigma dando condições funcionais e inserindo políticas públicas voltadas à saúde do mesmo. (BRASIL, 2006, p.22).

Neste sentido, os investimentos e programas de saúde estão sendo formulados pensando no envelhecimento como processo dinâmico, progressivo e irreversível. Estes devem dar suporte de vida com qualidade aos idosos, fornecendo a eles serviços de saúde de qualidade, atenção básica de maneira efetiva, apoios em áreas que são indispensáveis como alimentação, transporte, orientação e atividades socioculturais e que favoreçam sua interatividade com a sociedade e um maior conforto em relação à segurança e suporte de vida (CHAIMOWICZ, 1997, p. 196; FALLER et.al, 2010, p.804).

Há que se pensar que juntamente com a chegada da terceira idade, surgem na sociedade diferentes doenças crônicas, bem como suas incapacidades, porém, estas não são consequências incorrigíveis ou indispensáveis do envelhecimento. A maioria delas pode ser prevenida em qualquer nível assistencial, inclusive nos estágios de vida mais avançados (VERAS, 2009, p. 550).

Algumas doenças, denominadas, muitas vezes, de síndromes ou doenças geriátricas, vem ganhando maior expressão no contexto social. As internações hospitalares e a utilização dos serviços de saúde são mais constantes, tendo em vista, tais doenças serem, na maioria das vezes crônicas e multifatoriais (LIMA-COSTA; VERAS, 2003, p.700).

Na velhice ocorre um declínio biológico contextualizado em diferentes culturas e sociedade, que está associado ao risco do surgimento de doenças senis. Esta traz consigo alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, doenças degenerativas, assim como, sintomas depressivos, acidentes e isolamento social, além de diminuição nas atividades cognitivas (RAMOS, 2003, p.796; SOARES, 2005, p. 88).

De acordo com Chaimowicz, (1997 p. 208) são exemplos de complicações senis as sequelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocadas pelo diabetes e a dependência determinada pela Demência de Alzheimer. Vale ressaltar que a demência é uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade entre os idosos (NITRINI, 1999, s.p.), conforme será abordado no capítulo seguinte.

2. BREVE HISTÓRICO SOBRE ALZHEIMER A DOENÇA DO SÉCULO

A transição demográfica aumenta a prevalência do risco de desenvolver doenças senis e demências. As demências geralmente são degenerativas, progressivas e, às vezes, irreversíveis, podendo causar grandes alterações e transtornos físicos, mentais e psicológicos (YASSUDA *et al*, 2009, p. 27).

Devido à transição demográfica, mencionada anteriormente, vivida por grande parte do mundo, incluindo os países em desenvolvimento, o Alzheimer chega a acometer cerca de 60% de todos os casos de demência em adulto (PAULA, ROQUE & ARAÚJO, 2008, p.285).

No Brasil não acontece diferente, o aumento progressivo da expectativa de vida interfere diretamente nos programas e acesso à saúde, ou seja, o número de idosos e portadores de demência de Alzheimer (DA) aumenta diariamente a prevalência nos países em desenvolvimento, como o Brasil (YASSUDA *et al*, 2009, p. 28).

Atualmente, além de ser um dos maiores desafios da geriatria e um dos principais problemas da saúde pública, a DA é caracterizada como uma demência, ou seja, um amplo comprometimento das funções cognitivas. O indivíduo acometido possui bastante dificuldade ou total incapacidade de realizar atividades comuns da vida diária, comprometendo, de forma irreparável, sua qualidade de vida (INOUE; OLIVEIRA; 2003 - 2004. p. 80).

2.1 Doença de Alzheimer propriamente dita

A Demência de Alzheimer recebeu este nome depois que o Dr. Alois Alzheimer descreveu, em 1906, os primeiros relatos sobre algumas alterações ocorridas no tecido cerebral e as mudanças comportamentais percebidas em um de seus pacientes, que foi internado com sintomas de doença mental grave apresentando delírios, agitação, outros distúrbios psiquiátricos e deficiências cognitivas (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 02). Outros autores deram continuidade aos estudos sobre a patologia e a evolução clínica e da neuroimagem que norteiam o tratamento e intervenções terapêuticas diante da demência (PEREIRA, 2013, p. 03).

Esta doença crônica, neurodegenerativa, progride com o passar do tempo. É uma patologia irreversível e afeta idosos de todos os grupos da sociedade, não tendo influência a classe social, o grupo étnico ou a localização geográfica, levando a perda da memória e diversos distúrbios cognitivos (SMITH, 1999, s. p.).

É incurável e causa uma deterioração geral da saúde do portador. Contudo, a principal causa de morte nos idosos portadores de Alzheimer é a pneumonia, pois com a progressão da doença prejudicam-se também o sistema imunológico e a perda de peso, aumentando o risco de surgimento de diversas doenças principalmente infecções de garganta e pulmões (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 03).

Alguns fatores são predisponentes ao surgimento da demência de Alzheimer tais como: idade, sexo, hereditariedade, fatores genéticos, traumatismos cranianos, entre outros. Além disso, a exposição ao metal Alumínio (Al), encontrada no alimento contaminado com Al e água estão sendo correlacionado como fator de risco a DA. Porém, ainda não se pode afirmar que haja grupos isolados com maiores propensões de desenvolverem a doença ou não (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 04; (FERREIRA, 2008, s.p).

2.1.1 Diagnóstico

Na Doença de Alzheimer ocorre uma diminuição considerável tanto na memória quanto no pensamento, os quais devem ser o suficiente para prejudicar todas ou a maioria das atividades pessoais realizadas pelo indivíduo diariamente. Normalmente, a perda da memória compromete o processamento e o armazenamento de novas informações e as memórias mais antigas só são comprometidas nos últimos estágios da doença (BRASIL, 2002, p. 168).

O diagnóstico de Alzheimer é difícil e complexo devido à semelhança de sintomas e alterações com outras doenças. Apesar de ser um tipo de demência, não se desenvolve da mesma maneira que as outras e seu diagnóstico é realizado principalmente por exclusão, juntamente com exames físicos, mentais e de imagens como tomografia e ressonância (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 05).

Existem três diferentes possibilidades de diagnóstico para a demência de Alzheimer, o possível, que é baseado em exames clínicos e na perda de duas ou mais funções cognitivas e tem possibilidade de existir outra doença que não seja o Alzheimer propriamente dito, o provável, que é baseado nos mesmos fatos do

possível, exceto pela eliminação de outra doença e o definitivo, que só pode ser atestado após realização de biópsia ou autopsia cerebral pós morte (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 07).

O início da DA é insidioso e uma deterioração progressiva dos sentidos. A perda de memória é o sintoma de maior magnitude. Nos estágios iniciais, geralmente encontramos perda de memória recente, do senso de localização e dificuldades em adquirir novas habilidades, evoluindo gradualmente e prejudicando outras funções cognitivas, como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e noções espaciais. Nos estágios intermediários, pode ocorrer afasia (perda parcial ou total da fala) fluente, como dificuldade para nomear objetos ou para escolher as melhores palavras para expressar uma ideia e também apraxia (incapacidade de executar movimentos coordenados). Já nos estágios mais avançados, é possível encontrar muitas alterações no ciclo de sono, algumas alterações comportamentais, como agressividade, alguns sintomas psicóticos, dificuldade de deambulação, dentre outros sintomas também perceptíveis em tal fase (BERTOLUCCI; ORTIZ, 2005, p.315; NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005, p.120).

De acordo com Sereniki e Vital (2008, s.p.)

há duas hipóteses propostas para explicar a etiologia da DA, a hipótese da cascata amiloidal e a hipótese colinérgica. A primeira a neurodegeneração na doença de Alzheimer inicia-se com a clivagem proteolítica da proteína precursora amilóide (APP) e resulta na produção, agregação e deposição da substância β -amilóide ($A\beta$) e placas senis. A segunda a disfunção do sistema colinérgico é suficiente para produzir uma deficiência de memória em modelos animais, a qual é semelhante à doença de Alzheimer

Assim sendo, a diminuição da acetilcolina através da redução da colina-acetiltransferase e de seus receptores vão acontecer na fenda sináptica dos neurônios corticais, especialmente dos lobos temporal, parietal, região hipocampal e poderá ser percebida em alguns neurotransmissores destacados como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina na forma e estágio em que a doença se apresenta (SERENIKI; VITAL, 2008, s. p).

A análise da biópsia pós-morte, realizada nos cérebros de portadores do Alzheimer revela atrofia do córtex na camada periférica onde são realizadas as funções nervosas elaboradas, como os movimentos voluntários. Essa alteração é

percebida principalmente na região localizada entre os lobos temporais e no córtex parietal, próximo aos ossos laterais do crânio (SMITH, 1999, s. p.).

No exame microscópico, é possível observar uma importante perda de neurônios e grande degeneração da sinapse, transmissão de impulsos nervosos de uma célula para outra. A presença de estruturas compostas por massas granulares ou filamentosas, e filamentos ao redor das células nervosas, vão comprovar a presença da doença de Alzheimer (SMITH, 1999, s. p.).

Cação et. al (2007, p. 295-296) completa descrevendo que há de se pensar também na análise de polimorfismos genéticos e a real associação deste polimorfismo e DA na população.

Ainda este mesmo autor relata que:

Há evidências da associação entre o alelo 4 do gene para apolipoproteína E (apo E), mapeado no cromossomo 19q13.2 humano, com a doença. Por outro lado, a herança do alelo 2 parece reduzir o risco e retardar o aparecimento de DA atuando como efeito protetor. Aproximadamente 15% dos casos de DA têm história familiar positiva.

2.2 Sintomatologia da demência de Alzheimer

A Demência de Alzheimer (DA) afeta grande parte das funções cognitivas como memória, capacidade de aprendizado, linguagem, atenção, capacidade visual, coordenação motora, mobilidade e noção espacial. Nos estágios iniciais, há alguma preservação da memória remota, mas conforme a enfermidade evolui, a incapacidade de lembrança torna-se generalizada. A dificuldade de aquisição de novas informações aumenta até não haver mais novos aprendizados. Na linguagem, ocorre perda de fluência verbal, esvaziamento de conteúdos e diminuição da compreensão, além de erros de leitura e escrita. Numa etapa avançada, a enfermidade traz dificuldades de expressão, movimentação e poder de reconhecimento perceptivo sensorial. As alterações psíquicas e comportamentais ocorrem em até 75% dos casos, comprometendo a vida social e ocupacional do paciente (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 02).

Infelizmente, mesmo após grandes descobertas na evolução da DA, ainda não se tem um tratamento específico, o que dificulta a obtenção de um prognóstico

positivo e regressivo dos portadores. Devido ao fato da não descoberta de um fármaco específico para a doença ou estabilização da mesma, é possível tratar somente os sintomas apresentados pelos pacientes, enfatizando que ninguém apresenta os mesmos sintomas na mesma ordem que os demais (INOUE; OLIVEIRA, 2004, p. 81).

2.3 Tratamento

Existem diferentes formas de tratamento para a DA, porém, nenhuma delas pode curar ou impossibilitar a evolução da mesma. Dentre os principais tipos de tratamento, inclui-se o sintomático, o não farmacológico e o farmacológico, que se realizados em conjunto podem amenizar e até mesmo retardar a evolução dos sintomas, fazendo-os menos abrasivos tanto para o paciente quanto para os demais ao redor (PEREIRA, 2013, p. 19).

O tratamento não farmacológico também possui grande importância assim como o farmacológico para melhoria da qualidade de vida dos pacientes e dos demais ao seu redor. Todos os pacientes com demência possuem julgamento diminuído e pouco senso de direção em suas deambulações. Algumas atitudes preventivas facilitam e amenizam a degeneração cognitiva de uma forma significativa (PEREIRA, 2013, p. 19).

São exemplos de tratamento não farmacológico: os psicossociais, onde se estimula a independência do paciente, o auto cuidado, relação interpessoal com amigos, parentes e as demais atividades diárias, comportamental, onde com o intuito de diminuir os transtornos como agitação, depressão, perambulação, deve-se proporcionar ocupações prazerosas e que distraiam o paciente. Tais medidas devem ser utilizadas preferencialmente antes do tratamento farmacológico como prevenção e promoção de saúde e qualidade de vida ao portador de DA (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 16).

Estes tratamentos auxiliam e melhoram algumas necessidades básicas do dia a dia do paciente tais como noções de higiene, sono, interação social, autoestima, sintomas de depressão, isolamento entre outros que envergonham e dificultam o relacionamento e convívio social do mesmo (PEREIRA, 2013, p. 20).

O tratamento farmacológico é bastante restrito devido às poucas estratégias amplamente enfocadas na melhora da hipofunção colinérgica (diminuição da

liberação da acetilcolina). A terapêutica mais eficaz até o momento foram os inibidores de acetilcolinesterase, porém ainda possui uma série de efeitos colaterais que dificultam a continuidade do tratamento (INOUE; OLIVEIRA, 2004, p. 81).

Com tamanhas dificuldades enfrentadas diariamente pelos portadores da DA, a enfermagem, enquanto ciência e disciplina tornam cada vez mais fáceis e possíveis o preenchimento de algumas lacunas nesta área, proporcionando padrões de complementação e variação de diversos fenômenos e interesses da sociedade (PELZER, 2002, p. 105).

O aumento nos níveis de conhecimento sobre a doença de Alzheimer na área de enfermagem requer cada vez mais mudanças posturais e comportamentais dos familiares envolvidos do paciente para benefício do mesmo e facilitar a convivência em meio à sociedade (PELZER, 2002, p. 108).

Diante do exposto faz-se necessário entender o cuidar em um paciente portador de Alzheimer, conforme veremos a seguir.

3 O CUIDAR DO PACIENTE PORTADOR DE ALZHEIMER

O cuidado a um paciente idoso dependente é basicamente realizado no ambiente doméstico, onde a vida acontece e fatos relevantes e memórias se constroem intimamente. A assistência e o apoio às famílias dos pacientes são parte integrante da assistência de enfermagem para pacientes portadores de Alzheimer (WATHIER, 2009, s.p.).

Devido ao fato da Demência de Alzheimer ser uma doença incurável e o impacto do diagnóstico ser desolador, é importante e necessário se preocupar com a melhoria da qualidade de vida do portador e de sua família. Para tanto, o enfermeiro tem o papel primordial no desenvolvimento e aplicação de orientações aos cuidadores (SANTANA *et. al*, 2009, p. 460).

Com maiores tendências futuras de existência humana cada vez mais idosa e dependente dos demais, a enfermagem vem se colocar como a profissão que se faz necessária e presente no âmbito não só hospitalar, mas também familiar, visando sempre um melhor convívio e entendimento entre os familiares de portadores de Alzheimer e paciente em si (PELZER, 2002, p. 108).

3.1 O cuidar

O cuidado é uma demonstração de carinho e, principalmente, respeito. Respeito à vida e ao ser necessitado deste afeto. Envolve diferentes áreas de profissionais e o melhor exemplo desta arte é a enfermagem, por doar-se, acolhendo o sujeito com sua história de vida, além de interagir com o seu cotidiano (SEGURO *et al*, 2004, p. 03).

Como dito, a enfermagem é parte primordial neste processo. A palavra cuidar abrange um imenso universo de concepções que vai desde colocar-se no lugar do outro até executar tarefas para proporcionar conforto e comodidade (SOUZA *et al*, 2005, p. 267).

Diante disso, o enfermeiro, enquanto cuidador, seja em âmbito hospitalar ou residencial, deve sempre atentar-se ao conforto do paciente, fazendo com que o mesmo se sinta seguro e protegido frente quaisquer situações cotidianas advindas

de patologias desgastantes e deprimentes como o Alzheimer (SOUZA *et al*, 2005, p. 267).

Devido à forma abrasiva desta doença, seus portadores se tornam cada vez mais dependentes, prejudicando de forma severa sua autoestima, convívio social e funções cognitivas levando-o cada vez mais ao declínio e falência de suas funções normais diárias (LUZARDO *et al*, 2006, p. 588). Importante ressaltar que a dependência é um estado em que a pessoa é incapaz de existir ou funcionar de maneira satisfatória, sem a ajuda de outrem (CALDEIRA & RIBEIRO, 2004, p.4).

Os portadores de Alzheimer necessitam de atenção especial voltada para suas incapacidades neurológicas e funcionais que se degradam com a evolução da doença. Como geralmente os familiares não possuem conhecimento suficiente para lidar com diversas situações ocorrentes do dia a dia, recorrem ao auxílio dos cuidadores, os quais também necessitam de uma orientação mais específica dada pelo médico, mas principalmente pelos enfermeiros (LUZARDO *et al*, 2006, p. 588).

Esse profissional proporciona maiores e melhores entendimentos da família e dos cuidadores, transformando-se em peça fundamental ao integrar-se no ambiente familiar e interar-se da evolução clínica da patologia, favorecendo uma melhor qualidade de vida ao paciente (LUZARDO *et al*, 2006. p. 588).

Ávila & Miotto (2002,s.p.) afirma que:

Antes do início de qualquer programa de reabilitação, é necessário definir o perfil cognitivo de cada paciente, delineando seus déficits e aspectos da cognição preservados. Além disso, é muito importante uma adequação do treinamento proposto ao nível intelectual e cultural do paciente.

Assim, é dever do enfermeiro fornecer informações simples aos cuidadores de pacientes portadores de DA, pois nem sempre ele terá suporte psicológico para lidar com as diferentes manifestações físicas e psíquicas do paciente, o que gera, na maioria das vezes, um desconforto a todas as partes relacionadas, principalmente aos pacientes, por serem mais fragilizados e carentes. (LUZARDO *et al*, 2006. p. 588).

Devido ao fato de ser uma doença crônica e degenerativa, os cuidados prestados aos pacientes se modificam com o passar do tempo, tornando-se mais complexas a cada etapa de evolução da doença. É de suma importância que os

cuidadores sejam orientados quanto desgaste físico e mental que se tornam mais complexos a cada dia, de acordo com a fase vivenciada da doença (SMELTZER *et al*, 2009, p. 202).

As prescrições de enfermagem dada ao cuidador, seja ele membro da família ou não, variam de acordo com a especificidade de cada paciente e do momento da doença em que está transitando. A mais importante delas é a promoção da saúde e a valorização do auto cuidado, estimulação da independência, seja ela física, psicológica ou social (PESTANA, CALDAS, 2009, p. 585; SMELTZER *et al*, 2009, p. 202).

A promoção da saúde, incluindo a segurança física e mental, no dia a dia do paciente faz com que o mesmo não se sinta impotente e consiga ter sua atividade de vida diária praticamente inalterada e promova o convívio social e elevação da autoestima. É necessário que se tenha uma atenção maior quanto aos móveis, decoração da residência, evitando ao máximo o risco de quedas e maiores transtornos para o paciente. Além disso, deve-se dar atenção no que diz respeito às múltiplas tarefas práticas como uso de transporte coletivo, o retorno a moradia entre outros fatores que tornam a tarefa do cuidador um desafio. (PAULA, ROQUE & ARAÚJO, 2008, p.284; SMELTZER *et al*, 2009, p. 204).

Devido ao fato de a percepção, raciocínio e humor alterarem em decorrência da demência, a enfermeira deve orientar aos familiares e cuidadores da real importância de propiciar um ambiente tranquilo e harmonioso para que se evitem ao máximo as crises de agitações e confusões, ressaltando-se a importância de manter o paciente confortável e mentalmente seguro em seu âmbito familiar. Além disso, o cuidador, por ser um elemento indispensável, deve ser escolhido com critério, tendo em vista que abdica de suas prioridades em prol do cuidado, fato este que contribui para um declínio na sua própria qualidade de vida (SMELTZER *et al*, 2009, p. 204; ILHA *et al*, 2014, p.1060).

A cada nova fase da doença aumenta-se o desafio da enfermagem no cuidado ao enfermo, pois quanto mais avançada à demência, maiores são os problemas advindos com ela e mais difíceis são as soluções cabíveis e executáveis para o cuidador. Mesmo sendo orientado corretamente, obterá experiências difíceis e incompatíveis com seu intelecto (SMELTZER *et al*, 2009, p. 204).

O paciente deve estar inserido no processo e, portanto, sendo motivado a se sentir competente, principalmente na fase inicial da doença, onde ele se sente mais

impotente e ainda possui consciência do declínio cognitivo que está sofrendo. Por isso o cuidador deve sempre salientar e demonstrar ao portador de DA que ele é sim responsável por si próprio, o que diminui o risco e a proporção de desenvolvimento de depressão ou síndromes advindas da sensação de impotência e incapacidade (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 17).

Neste sentido, esses idosos e seus familiares carecem de uma rede de apoio para permanecerem inseridos socialmente e isso representa um grande passo para eles, pois independentemente do estágio em que o paciente se encontra da doença, é sempre necessário demonstrar que ainda é importante e capaz de realizar tarefas simples em seu meio de convívio social e o cuidador deve superar estes desafios para conseguir exercer com precisão seu papel (OLIVEIRA *et al*, 2005, p. 16; OLIVEIRA, *et al*, 2012, p. 676).

Um dos principais estímulos a ser propiciado é o convívio social, pois este reestabelece os laços afetivos do paciente. Deve-se incentivar a conversa, visitas a amigos, hobbies como a caminhada, cuidar de plantas, entre outros, porém tudo sem exageros e com o consentimento do paciente para evitar maiores constrangimentos (SMELTZER, *et al*, 2009, p. 204).

A evolução da demência de Alzheimer vai deteriorando a espontaneidade do paciente e dificultando todo o seu cotidiano. A alimentação se torna lesada e a deglutição fica imensamente debilitada de forma que engasgos e regurgitamentos sejam frequentes. A enfermagem tem neste momento um desafio com relação à alimentação, pois os pacientes se tornam totalmente dependentes dos cuidadores (FIGUEIREDO *et al*, 2008, p. 466; BINI, 2006, s.p).

A grande maioria dos portadores de demência sofrem alterações do sono, passam a noite em vigília perambulando e dormem durante o dia. Esse fenômeno é de difícil controle e exige do enfermeiro muita paciência, pois o mesmo deve tentar acalmar o paciente proporcionando um ambiente mais tranquilo e agradável, seja com músicas, histórias, massagens, dentre outros e estimulá-lo a realizar diversas tarefas durante o dia evitando que o paciente durma (SMELTZER *et al*, 2009, p. 204).

O Sistema emocional dos familiares de portadores de Alzheimer pode-se tornar profundamente abalado, pois como já dito, o cuidado dispensado ao idoso doente torna-se muito complexo, e geralmente o paciente tem a degradação mental que faz com que a família envolvida, nela inserida o cuidador, se envolvam em

sentimentos difíceis de manejar. Assim o enfermeiro ao estimular tanto o portador quanto aos familiares, possibilita uma falsa ilusão de melhora do mesmo, o que diminui um pouco os estresses, preocupações e sensações de culpa e incapacidades de ambos (GARCES, *et al*, 2012, p. 336; OLIVEIRA, 2012, P. 676)

A orientação e educação do cuidador, seja ele membro da família ou não são indispensáveis, pois torna mais fácil o convívio com o paciente e diminui crises de agitação e complicações futuras (PESTANA; CALDAS, 2009, p. 586; SMELTZER *et al*, 2009, p. 204).

Portanto, o enfermeiro deve proporcionar e até mesmo seguir orientações necessárias aos diferentes e inúmeros desafios da enfermagem diante do cuidado com um paciente portador de Alzheimer em seu cotidiano, seja ele o cuidador ou não, demonstrando sempre a importância de que cada ato seja realizado com cautela e seja em benefício do paciente, transmitindo a todos os envolvidos a sensação de segurança, apoio e uma melhor qualidade de vida durante a doença (SMELTZER *et al*, 2009, p. 204).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho demonstrou-se que nos últimos anos o Brasil vem se assemelhando ao processo de transição demográfica mundial. Foi percebido que tal fenômeno ocorre devido à melhoria na qualidade de vida da população. E paralelo a este indicador demográfico surgem diversos fatores diretamente ligados as doenças advindas do aumento da idade e as principais são as chamadas doenças senis.

Dentre elas, o Alzheimer se sobressai por exigir atenção fundamental e cuidados específicos em suas diferentes fases tornando o enfermeiro peça fundamental do cotidiano dos portadores de Alzheimer e seus familiares.

Pode-se assim perceber as reais necessidades do tratamento e acompanhamento, buscando sempre melhoria da qualidade de vida, com o intuito de evidenciar a importância dos profissionais de enfermagem no cuidado desses pacientes e a utilização de sua prática profissional.

Neste sentido, o envelhecimento deve ser objeto de preocupação da sociedade e não sinônimo de diminuição da qualidade de vida, e tal preocupação deve estar voltada ao bem estar físico, psíquico e social do portador desta doença e seus familiares, tornando o enfermeiro responsável por promover e estipular os cuidados a serem realizados ao paciente de acordo com a fase determinada da doença.

Este estudo não pretende encerrar as discussões sobre o tema, e sim incentivar que profissionais de saúde, bem como familiares de portadores desta demência conheçam mais sobre ele. É notório que estudos desta natureza, além de colaborar com o conhecimento da temática, possam levar mais informações, especialmente ao corpo de enfermagem.

Espera-se, ainda, que sejam encontradas novas oportunidades para aprofundar o assunto, e que seja estimulado o desenvolvimento deste tema em pesquisas futuras. Além disso, que as ideias contidas neste trabalho possam ser mais divulgadas e melhor compreendidas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, José Eustáquio Diniz. A transição demográfica e a janela de oportunidade. Instituto Fernand Braudel de economia mundial, Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial. São Paulo, p. 01-13, 2008.
- ÁVILA, Renata, MIOTTO, Eliane. Reabilitação neuropsicológica de déficits de memória em pacientes com demência de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.29, p.190-196, 2002.
- BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira; ORTIZ, Karin Zazo , Alterações de linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 63, n. 2-A, p. 311-317, 2005.
- Bini, R.; Rosa, P.V.; Berlezi, E.M.; Rosa, L.H.T. et al.(2006). A intervenção fisioterapêutica aos cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer. Disponível em: <http://www.bireme.br> Acesso em 22 de Nov. 2014.
- BRASIL, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Alzheimer, Portaria SAS/MS nº 843, de 31 outubro de 2002, p. 167-171.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Atenção a saúde da pessoa idosa e envelhecimento, Série Pactos pela Saúde 2006, v.12, Brasília, DF, p. 01-46, 2010.
- BRITO, Fausto. A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Texto para discussão nº 317, UFMG, Belo Horizonte- MG, 2007, p. 01-28.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. Departamento de administração e planejamento em saúde. Escola nacional de saúde pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 163-177, 2000.
- CAÇÃO, João de Castilho; SOUZA, Dorotéia Rossi Silva; TOGNOLA, Waldir Antonio; GODOY, Maria Regina Pereira; PINHEL, Marcela Augusta de Souza. Polimorfismo Da Apolipoproteína e Nos Familiares Em Primeiro Grau De Pacientes Com Doença De Alzheimer Familiar Ou Esporádica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. São Paulo, v.65, n. 2-A, p. 295-298, 2007.
- CALDEIRA ,Ana Paula S.; RIBEIRO, Rita de Cássia H.M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Revista Arquivo de Ciências da Saúde*. São Paulo, v.11, n. 2, abr-jun 2004
- CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública*, Belo Horizonte – MG, v. 31, n. 2, p. 184-200, abril, 1997.

CHARCHAT-FICHMAN, Helenice; CARAMELLI Paulo, SAMESHIMA Koichi; NITRINI, Ricardo, Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento, *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v.27, n.12, p.79-82, 2005.

FALLER, Jossiana Wilke; MELO, Willian Augusto; VERSA, Gelena Lucinéia Gomes Silva; MARCON, Sonia Qualidade de Vida de Idosos Cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. *Escola Anna Nery (impr.)*, v. 14, n. 4, p. 803-810, 2010.

FERREIRA, Pricilla Costa; PIAI, Kamila de Almeida; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso; SEGURA-MUÑOZ SI, Susana Inés. ALUMINIO COMO FACTOR DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. São Paulo, v. 16, n. 1, 2008.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes, *et al*, Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio, *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, p. 464-469, 2008.

FREIRE JUNIOR, Renato Campos; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2006. Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 18 nov. 2013.

GARCES, Solange Beatriz Billig, *et al*, Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer, *Revista Brasileira de Geriatria e Gereontologia*, Rio de Janeiro, p. 335-352, 2012.

GOLFARB, Délia Catullo; Corpo, tempo e envelhecimento; Tese (dissertação de mestrado) - Programa de Psicologia Clínica da PUC-SP em 1997, p 01-96. Publicado pela Editora do Psicólogo em 1998.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase *et al*. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out.-dez. 2006.

ILHA, Silomar, *et al*, Refletindo acerca da doença de alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2014, p. 1057-1065.

ILHA, Silomar, *et al*, Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos com alzheimer: contribuição de um projeto de extensão. *Cogitare Enfermagem*. p. 270-276, 2012.

INOUE, KEIKA; OLIVEIRA, GEORGINO H. DE, Avaliação crítica do tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer, *Revista Infarma*, Araraquara – SP, v.15, nº 11-12, Nov/Dez 2003 - Jan/2004.

LEAL, Shirley Aparecida da Silva Souza. O envelhecimento sob as perspectivas da psicossomática. *Revista de Psicanálise*, s.l., número especial, p. 61-65, mai. 2005.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva. Epidemiologia e Conhecimento*, v. 7, n. 4, p. 135-140, 2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, p. 700-701, maio-junho, 2003.

LOURENCO, Roberto Alves *et al* . Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, Abril, 2005.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Nov. 2013.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de Neurogeriatria, *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, out.-dez. 2006.

MATTOS, Carine Magalhães Zanchi de, *et al*, Processo de enfermagem aplicado a idosos com alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação, *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, Porto Alegre, v. 16, edição especial, 2011, p. 433-447.

NITRINI, Ricardo. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 26, p. 262-7, set.-out. 1999.

NETO, JOSÉ GALLUCCI; TAMELINI, MELISSA GARCIA; FORLENZA, ORESTES VICENTE, Diagnóstico diferencial das demências, *Revista de Psiquiatria Clínica* s.l, v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.

NUNES, André. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. Diretoria de Estudos Sociais do IPEA e da UniCEUB, s.l, s.d, p. 427-450.

OLIVEIRA, M, F; *et al*, DOENÇA DE ALZHEIMER- Perfil Neuropsicológico e Tratamento, Licenciadas em Psicologia da Saúde- Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia, Trabalho de Licenciatura , s.l,p. 01- 21, Abril - 2005.

OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa; CALDANA, Regina Helena Lima.
As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. *Saúde & Sociedade*. São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

PAULA, Juliane dos Anjos ; ROQUE, Franceline Pivetta; ARAÚJO, Flávio Soares. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.57, n.4, p. 283-287, 2008.

PELZER, Marlene Teda. A enfermagem e o idoso portador de Demência tipo Alzheimer: desafios do cuidar no novo milênio, *Estudo interdisciplinar envelhecimento*, Porto Alegre, v. 4, p. 97-111, 2002.

PESTANA, Luana Cardoso; CALDAS, Célia Pereira, *et al*, Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais, *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, p. 583-587, 2009.

PUPULIM, Jussara Simone Lenzi; SAWADA, Namie Okino. O cuidado de enfermagem e a invasão na privacidade do doente: uma questão ético-moral. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, s.l., v. 10, n. 3, p. 433-438, maio-junho, 2002.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 793-798, mai.-jun. 2003.

SANTANA, Rosimere Ferreira; ALMEIDA, Katia dos Santos; SAVOLDI, Nina Aurora Mello, Indicativos de Aplicabilidade das Orientações de enfermagem no cotidiano dos cuidadores de portadores de Alzheimer, *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 2009, p.459-464.

SEGURO, Aline de Oliveira, *et al*, O CUIDAR: A Dimenssão de uma palavra que tem como significado uma profissão, *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, ISSN-1982-6451, s.l, s.d, p. 01-14.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 580-588, mar.-abr. 2004.

SERENIKI Adriana; VITAL Maria Aparecida Barbato Frazão, A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos, *Revista de Psiquiatria*, RS, v.30, n.1 S, s.p. 2008.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 11ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Capítulo 12, p. 184 – 211, 2009.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso, Doença de Alzheimer, *Revista Brasileira de Psiquiatria, Genética* - vol. 21 - outubro 1999, s.p.

SOARES, Flávia Maria de Paula. O conceito de velhice: da gerontologia á psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia fundamental*, n. 1, p. 86-95, mar. 2005.

SOUZA, Maria de Lourdes de et al. O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. *Texto Contexto sobre Enfermagem*, s.l., v. 14, n. 2, p. 266-270, Abr-Jun, 2005.

VECCHIA, Roberta Dalla, *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um coceito subjetivo. *Revista Brasil Epidemiologia*, Botucatu, São Paulo, p. 246-252, 2005.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.548-554, 2009.

YASSUDA. M. S, *et al*, Doença de Alzheimer: revisão epidemiológica e diagnóstico, *Revista Brasileira Clínica Medica*, s.l, v., p. 27, 2009.

.