

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

ANDREIA MONTEIRO GOMES

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO
PORTADOR DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**

VITÓRIA

2013

ANDREIA MONTEIRO GOMES

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO
PORTADOR DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito parcial, para o curso de Graduação em Enfermagem.

Professora Orientadora: Tarsila Eulalia Cafardo Thomaz Cardoso da Cunha

**VITÓRIA
2013**

ANDREIA MONTEIRO GOMES

**AÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO
PORTADOR DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito parcial, para o curso de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Tarsila Eulalia Cafardo
Thomaz Cardoso da Cunha

Aprovada emde.....de 2013, por:

Orientador: Prof^o.

Prof^o. Esp.

Prof^o. Me.

Este trabalho é dedicado às pessoas que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando e especialmente acreditando em mim.

AGRADECIMENTOS

No decorrer destes últimos anos muitas pessoas participaram da minha vida. Algumas já de longas datas, outras mais recentemente. Dentre estas pessoas algumas se tornaram muito especiais, cada uma ao seu modo, seja academicamente ou pessoalmente; e como são diversas fica o agradecimento a todos vocês por compartilharem desta minha etapa, pois direta, ou indiretamente me fizeram crescer, tanto pessoalmente como profissionalmente.

RESUMO

No Brasil, o envelhecimento da população ocorre de maneira acelerada, representando um desempenho do mesmo modo que nos demais países em desenvolvimento. Conforme as verificações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população brasileira, no ano de 2007, era formada por 189,8 milhões de pessoas e os idosos correspondia a 10,6% dessa número (IBGE, 2008). A doença de Alzheimer aumenta a sua prevalência consideravelmente de acordo com o avançar da idade. Um levantamento interessante afirma que em países desenvolvidos cerca de 30% a 40% da população que apresentam doenças neurodegenerativas são idosos com faixa etária de 80 anos (IZQUIERDO et al. 2007). Sendo assim o trabalho da enfermagem deve ser voltado não somente para o doente portador do Alzheimer, mas também para a família, principalmente para o principal cuidador deste idoso, já que este terá possivelmente o seu lado físico e emocional, também abalados (MENDES, 1998). O objetivo deste trabalho é descrever as ações do enfermeiro na Assistência ao idoso portador de Demência de Alzheimer. Os objetivos específicos foram conhecer a fisiopatologia e as manifestações da doença de Alzheimer e identificar a situação do Alzheimer no Brasil. Este trabalho justifica-se pelo aumento do número de pessoas idosas que cada vez mais vem crescendo no Brasil e no mundo. Junto com esse crescimento, cresce também a incidência de doenças comuns relacionadas ao envelhecimento. Uma dessas doenças é o Alzheimer. Outra relevância reside na contribuição em identificar por meio deste estudo, os pontos de caráter prático e contraproducentes das ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto aos portadores da Demência de Alzheimer. Com isso a incidência de idosos portadores da demência de Alzheimer vem crescendo consideravelmente. O grande problema é a falta de informação sobre a doença, o que gera dúvidas nas famílias e nos próprios doentes.

Palavras-chave: Demência. Alzheimer. Prevenção.

ABSTRACT

In Brazil, population aging occurs at an accelerated rate, representing a performance the same way as in other developing countries. As the findings from the National Household Sample Survey (PNAD), the Brazilian population, in 2007, consisted of 189.8 million people and the elderly accounted for 10.6% of this number (IBGE, 2008). Alzheimer's disease increases its prevalence considerably according to age. An interesting survey says that in developed countries about 30% to 40% of the population who have neurodegenerative diseases are elderly aged 80 years (IZQUIERDO et al. 2007). Thus the work of nursing should be directed not only to the patient carrier of Alzheimer's, but also for the family, especially for the primary caregiver of the elderly, as this will possibly your physical and emotional side, too shaken (MENDES, 1998). The objective of this paper is to describe the actions of the nurse in care for patients with Alzheimer's dementia. The specific objectives were to present the main measures to be taken by the nurse in relation to the family of the patient diagnosed with Alzheimer's and identify the situation in Alzheimer Brazil. This work is justified by the increasing number of older people who increasingly growing in Brazil and worldwide. Along with this growth comes the incidence of common diseases related to aging. One such disease is Alzheimer's. Another important contribution lies in identifying through this study, the points of a practical and counterproductive actions performed by nurses to patients with Alzheimer's dementia. Thus the incidence of elderly patients with Alzheimer's dementia has increased considerably. The big problem is the lack of information about the disease, which casts doubts on families and patients themselves.

Keywords: Dementia. Alzheimer's. Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Células com Alzheimer sob microscópio.....	38
Figura 2 – Comparação entre as alterações de um cérebro saudável e um cérebro com Alzheimer avançado	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Esquema de sequência de eventos na fisiopatologia da doença de Alzheimer, dos fatores desencadeantes às manifestações clínicas.....	37
Tabela 2 - Óbitos para ocorrência por ano do óbito segundo região do Brasil.....	58
Tabela 3 - Óbitos p/Ocorrência por Ano do Óbito segundo Unidade Federação	59
Tabela 4 - Intervenções do enfermeiro junto ao portador de Alzheimer.....	72
Tabela 5 - Intervenções do enfermeiro junto ao portador de Alzheimer.....	73

LISTA DE SIGLAS

ABRAz - Associação Brasileira de Alzheimer e Idosos de alta dependência

ADRDA - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

CID - Código Internacional de Doenças

DA – Doença de Alzheimer

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

NINCDS - National Institute of Neurological and Communicative Disorders
Association

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

WHO - World Health Organization

SNC – Sistema nervoso central

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
2.1 ENVELHECIMENTO	17
2.2 VELHICE	20
2.3 POLITICAS PUBLICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO	23
2.4 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA NERVOSO	26
2.4.1 Neurônios	26
2.4.2 Principais partes do Encéfalo	26
2.4.2.1 O tronco do encéfalo	26
2.4.2.2 Cérebro	27
2.4.2.3 Cerebelo	28
2.4.3 Medula espinal	28
2.4.4 Memória	29
2.5 TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO	30
2.6 DEMÊNCIA	31
2.6.1 Demência de Alzheimer	32
2.6.2 Fisiopatologia do Alzheimer	36
2.7 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO ALZHEIMER	42
2.7.1 Etiologia do Alzheimer	43
2.8 FATORES DE RISCO DO ALZHEIMER	44
2.8.1 Idade	45
2.8.2 Genética	46
2.8.3 Traumatismo	48
2.8.4 Escolaridade	49
2.8.5 Demais Fatores	49
2.9 DIAGNÓSTICO DO ALZHEIMER	51
2.10 TRATAMENTO DO ALZHEIMER	54
2.11 A DOENÇA DE ALZHEIMER NO BRASIL	57
2.12 FAMÍLIA E O PACIENTE COM ALZHEIMER	59
2.13 CUIDADOR FAMILIAR	61

2.14 AÇÕES DO ENFERMEIRO AO PORTADOR DE ALZHEIMER.....	68
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS.....	82

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o envelhecimento da população ocorre de maneira acelerada, representando um desempenho do mesmo modo que nos demais países em desenvolvimento. Conforme as verificações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população brasileira, no ano de 2007, era formada por 189,8 milhões de pessoas e os idosos correspondia a 10,6% desse número (IBGE, 2008).

Outros fatores vêm fazendo com que a prevalência da população idosa no mundo cresça de forma gradativa. Assim relata Montanholi e outros (2006), acrescenta ainda que os fatores responsáveis por esse crescimento são: o avanço tecnológico, da medicina, das medidas preventivas. No Brasil em especial esse avanço está acontecendo de forma muito rápida. Sendo assim é necessário que os serviços de saúde acompanhem este desenvolvimento a fim de atender de forma correta e eficaz essa nova geração de idosos.

Izquierdo e outros (2007) acrescenta esta afirmação dizendo que em 1975 6% da população eram idosos, ou seja, tinham 60 anos ou mais, em 2002 esse número cresceu 7,9% e espera-se que em 2025 este número cresça para 17,4%.

Conforme Papaléo (2006) o envelhecimento pode ser conceituado enquanto uma redução da capacidade funcional, a qual acontece depois do período de maturidade reprodutiva. O que representa que fisiologicamente essa é mais uma etapa da vida de cada ser humano.

Sendo assim, Jeckel-Neto e Cunha (2006), afirma que o envelhecimento é um processo no qual todos irão passar. Ela é caracterizada por uma série de transformações, bioquímicas, morfológicas, fisiológicas que acaba deixando o indivíduo mais vulnerável a agressões internas e externas, que podem levá-lo a morte.

O envelhecimento é caracterizado essencialmente por um conjunto de transformações que abrangem desde a estrutura molecular até o morfofisiológico. Essas transformações começam a partir do fim da segunda década de vida, nesse período ainda é pouco perceptível, até que apareçam as primeiras modificações no organismo conferidas ao envelhecimento (GOTTLIE et al., 2007).

A DA é uma perturbação degenerativa do sistema nervoso central que provoca, pouco a pouco, numa redução de memória, por meio de modificações de comportamento e personalidade, ao lado de um decaimento cognitivo. A doença compromete a atuação funcional e social da pessoa devido à perda de estruturas cerebrais responsáveis pelo desenvolvimento cognitivos (KAUFFMAN, 2001).

A Doença de Alzheimer é qualificada pelo déficit na memória episódica de longo prazo e na memória de curto prazo, que possivelmente está ligada com a seriedade do quadro (REBELATTO; MORELLI, 2004).

A doença de Alzheimer aumenta a sua prevalência consideravelmente de acordo com o avançar da idade. Faz um levantamento interessante aonde afirma que em países desenvolvidos cerca de 30% a 40% da população que apresentam doenças neurodegenerativas são idosos com faixa etária de 80 anos (IZQUIERDO et al., 2007).

Borges e outros (2005), afirma que cerca de 50 % a 70 % dos portadores de demência possuem a doença de Alzheimer. Através de uma afirmação de Rowland (2002), pode-se confirmar a ligação da demência de Alzheimer com o envelhecimento, “antes dos 65 anos, a prevalência ou proporção de indivíduos com doença de Alzheimer é menor que 1%, mais isso aumenta rapidamente para entre 5% e 10 % aos 65 anos de idade e até 30% a 40% a idade de 85 anos ou mais.” Sendo assim torna-se claro que a idade é um fator de risco considerável para o desenvolvimento da doença de Alzheimer.

Conforme Tonet (2006), a doença de Alzheimer foi descoberta em 1906 por um médico chamado Alois Alzheimer, esse médico é de origem alemã. Ele descobriu a doença após analisar o cérebro de uma pessoa que veio a falecer com perda de memória e com mudanças de comportamento. Ao analisar ele detectou alterações características da doença de Alzheimer.

Townsend (2002) conceitua a Demência de Alzheimer como sendo uma doença de cunho neurológico, e cujo avanço se dá de forma progressiva. É uma doença que não tem cura, cuja evolução é a morte. Caracteriza-se por perda de funções importantes como função cognitiva, do comportamento, do afeto, entre outras.

Considerado como um distúrbio que atinge as células do cérebro, no qual as alterações mais comuns ligadas a ela acontecem nas células nervosas do córtex

cerebral. Sua procedência surge de pesquisas em seres humanos, em que grupos de terminações nervosas por meio do córtex cerebral danificam-se e interrompem a transmissão de sinais eletroquímicos entre as células do cérebro. Esses campos lesão, ou placas, quando em maior abundância, acrescentam a agitação na memória e no desempenho intelectual (BLOCH; COUTINHO, 2002).

Charchat-Fichman e outros (2005), afirma que quando a família tem em seu lar um idoso portador da demência de Alzheimer, toda a rotina e o convívio familiar se transformam. Sendo os integrantes desta família o cuidador principal deste doente. Portanto para ele, o Alzheimer é uma doença que afeta não só o doente como também toda a família, tornando-se, portanto uma doença familiar.

Sendo assim o trabalho da enfermagem deve ser voltado não somente para o doente portador do Alzheimer, mais também para a família, principalmente para o principal cuidador deste idoso, já que este terá possivelmente o seu lado físico e emocional, também abalados (MENDES, 1998).

Hoje em dia existe uma área da enfermagem especializada no cuidado de idosos, chamada de enfermagem gerontogeriatrica, que é composta de pessoas que apresentam um entendimento maior e também uma pratica maior em geriatria e gerontologia. Relata também que a Demência de Alzheimer é uma doença que requer cuidados mais aprofundados já que ele compromete o lado emocional e físico do doente, da família e até mesmo do profissional, sendo importante então ter conhecimento suficiente da doença, das limitações que ela gera assim como inseguranças para que o cuidado seja prestado da forma mais eficaz possível (GONÇALVES; ÁLVARES, 2004).

Definiu-se como objetivo geral, descrever as ações do enfermeiro na Assistência ao portador de Demência de Alzheimer. Como objetivo específico buscou-se conhecer a fisiopatologia e as manifestações da Doença de Alzheimer, bem como sua situação no Brasil.

Este trabalho justifica-se pelo aumento do número de pessoas idosas que cada vez mais vem crescendo no Brasil e no mundo. Junto com esse crescimento, cresce também a incidência de doenças comuns relacionadas ao envelhecimento. Uma dessas doenças é o Alzheimer. Outra relevância reside na contribuição em identificar por meio deste estudo, os pontos de caráter prático e contraproducentes

das ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto aos portadores da Demência de Alzheimer.

Com isso a incidência de idosos portadores da demência de Alzheimer vem crescendo consideravelmente. O grande problema é a falta de informação sobre a doença, o que gera dúvidas nas famílias e nos próprios doentes. Nesse sentido, é importante para a assistência de enfermagem saber lidar promovendo o autocuidado, o individualismo, a atenção a partir dos primeiros efeitos de que cada idoso demonstra níveis distintos de dependência, diferenciando dessa maneira a forma de assistência. A atuação é realizada em equipe direcionando o paciente, a família e a equipe de saúde (DIOGO; DUARTE, 2006).

Sendo assim surge a necessidade de se saber mais sobre o assunto, para que os portadores da doença sejam tratados da maneira correta e para que a família saiba lidar com esses pacientes. E para que haja também uma prevenção, diminuindo assim o grande número de idosos portadores desse mal.

No que se refere ao tipo de pesquisa metodológica e método adotado, foi definido enquanto instrumento de análise a pesquisa bibliográfica, com consulta a artigos publicados entre o período de 1993 a 2012, na base LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), na base Scielo, Biblioteca Virtual (biblioteca virtual em saúde), outra fonte em que a pesquisa se fundamentou foram os artigos do DATASUS do período de 2000 a 2010, bem como em livros que tratam do assunto. É importante esclarecer que a seleção das fontes de pesquisa levou em consideração publicações mais recentes relacionadas ao tema no meio acadêmico em língua portuguesa. A delimitação da pesquisa observou as fases de levantamento e seleção da bibliografia; coleta de dados; leitura minuciosa sobre o assunto.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 ENVELHECIMENTO

Para Carvalhaes (2005), o envelhecimento significa uma série de modificações que acontecem sucessivamente na vida do adulto e que com frequência, ainda que nem todas às vezes, diminuem viabilidade da pessoa. Ao tratar da questão do envelhecimento, analisam o processo de envelhecimento e a velhice, caracterizando as alterações fisiológicas, fatores sociais, ambientais, culturais, genéticos, psicológicos.

O processo de envelhecer é uma apreensão em todos os aspectos associados com prejuízos, enfermidade, solidão, término da vida e possuem distintas maneiras, condição de atenção psicológica, biológica, ambiental, genética e cultural, de fato determinadas doenças tem seu início com a velhice, porém outras aparecem devido ao sedentarismo (FIRMINO, 2006).

Segundo Fernandes (2005, p. 31) a ação de envelhecer é “[...] um processo dinâmico, progressivo e inevitável, onde ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas decorrentes da ação do tempo”. O envelhecimento ativo, enquanto modelo de mediação precisa ser compreendido, não no sentido de uma receita a sobrepor aos descendentes mais velhos, ao invés disso, como maneira de idealizar todo o ciclo de vida (FERNANDES, 2005).

Conforme Firmino (2006), já vem ocorrendo nas sociedades do mundo de uma forma geral o envelhecimento populacional. Para o IBGE, no Brasil em uma década, o número de pessoas na terceira idade com idade superior a 60 anos foi de 15,5 milhões (2001) para 23,5 milhões de pessoas (2011) (IBGE, 2011).

A atuação relativa deste grupo na estrutura etária populacional cresceu de 9,0% para 12,1%, no período, porém, a de idosos com 80 anos ou mais chegava a 1,7% da população, em 2011 (IBGE, 2011).

Conforme Araújo e outros (2004), a vida do ser humano como um ciclo, onde ele nasce, chega a puberdade, maturidade e enfim chega a velhice. Sendo que cada fase apresenta as suas alterações. O envelhecimento é caracterizado por uma série de alterações fisiológicas. Essas alterações começam a ocorrer no início da terceira

década de vida do indivíduo, porém só se tornam evidentes anos depois. O envelhecimento é uma etapa ao quais todos os indivíduos irão passar, ou seja, é algo inevitável. É uma fase onde o indivíduo se torna mais vulnerável a doenças já que a sua capacidade de responder ao estresse e coisas rotineiras do dia a dia se encontra diminuída.

O envelhecimento fisiológico engloba um conjunto de modificações nas funções orgânicas e mentais por causa unicamente das conseqüências da idade adiantada sobre o organismo, ocorrendo que o indivíduo diminua a capacidade de conservar o balanceamento homeostático e que todas as funções fisiológicas sucessivamente comecem a cair. Essas modificações possuem como particularidade fundamental a redução gradativa da reserva funcional. Isto é, um organismo velho, em estado normal, será capaz de continuar a viver satisfatoriamente, mas, quando dominado por circunstâncias de stress físico, emocional, etc., pode manifestar problemas em conservar sua homeostase e, assim, apresentar sobrecarga funcional, que pode resultar em patologias, já que existe o desgaste dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (FIRMINO, 2006).

Tratando da mesma questão Cançado (1994) relata que a Organização das Nações Unidas (ONU), definiu o período de 1975 a 2005 como A Era do Envelhecimento. Disse ainda que em 2025 o número de pessoas idosas pode chegar a 32 milhões, crescendo cerca de 128 %.

Outra visão considera o processo de envelhecer é um acontecimento que engloba o âmbito social, biológico e psicológico, alterando assim o seu comportamento perante a sociedade (BALLONE, 2000).

De acordo com Palácios (2004), o envelhecimento é um processo múltiplo, não se realiza de maneira simultânea em todo o organismo nem está conexo à existência de uma doença. Portanto, engloba distintos fatores endógenos e exógenos, que precisam ser levados em consideração de forma integrada, principalmente, em situações diagnósticas.

Sendo assim, o envelhecimento quando se dá de forma natural chama-se senescência, acometendo de forma gradual o lado cognitivo e físico do indivíduo. A OMS (Organização Mundial de Saúde) relata que o indivíduo se torna idoso entre os 60 e 65 anos de idade. Porém, ressalva que a velhice é caracterizada por três

fatores, sendo eles, social, psicológico e biológico e que esses determinam o atraso ou adiantamento das doenças que são comuns nessa fase (PEREIRA, 2004).

Para Assim (2004) o envelhecer é um processo que ocorre em todo o universo, é algo lento que se dá de forma gradual e progressiva ao qual está associada uma série de fatores sociais, ambientais, culturais, genéticos, psicológicos.

Enquanto processo psicológico, de acordo com Netto (2005), outra teoria sobre o envelhecimento psicológico aponta que não é satisfatório adequar-se e viver em concordância com o afastamento social das pessoas idosas, já que a velhice revela-se como uma crise e, para ultrapassá-la, não é suficiente apenas adequar a ela, mas é preciso encará-la. Fica claro então que o envelhecer é algo natural aos quais todos nós iremos passar, porém, o que define o modo como envelhecemos, é como lidamos com os fatores que afetam o envelhecimento saudável no nosso dia a dia, como por exemplo, se somos bem relacionados socialmente, o tipo de cultura que temos, a nossa genética que é um fator que influencia bastante, entre outros. Sendo assim pode perceber que com o passar dos anos a definição de idoso mudou um pouco, já que antes a definição de pessoa idosa era pessoas que tinham 60 anos ou mais de idade, agora já são pessoas que tem 65 anos ou mais de idade já que a expectativa de vida vem crescendo com os anos.

De acordo com Silva (2007), o envelhecimento gera uma série de alterações no cérebro. É normal ocorrer, diminuição do seu peso e do seu volume, alteração tanto da quantidade quanto do tamanho dos neurônios, formação de placas senis, diminuição do número e velocidade das sinapses, entre outras. Tratando da mesma questão Almeida (1997), afirma que o envelhecimento é sinônimo de declínio intelectual.

Outro ponto de vista, afirma que no envelhecimento há também uma diminuição da velocidade de condução do estímulo nervoso, isso ocorre devido à perda de mielina nas fibras neuronais (STRAUB, 2001).

Pereira (2004) afirma que a senescência é uma etapa normal do envelhecimento, que é caracterizada pelo comprometimento progressivo tanto cognitivo quanto físico. Relata também que todo o processo de envelhecer está relacionado a três importantes fatores, que são os aspectos sociais, biológicos e psíquicos. Sendo assim a intensidade com que esses fatores acontecem na vida do indivíduo pode

tanto acelerar quanto retardar o aparecimento de doenças características da idade e também dos sinais e sintomas também característicos da idade.

Verifica-se que o envelhecimento é um processo biológico e, portanto, natural. Porém, envelhecer para muitas pessoas é apenas um sinônimo de perdas, doenças e finitude. É perverso, pois, sempre desvalorizamos o que é velho e valorizamos apenas o novo. Essa palavra, velho, traz consigo um imenso conjunto de conotações pejorativas. Numa sociedade que idolatra a juventude, a beleza e a força física, ser velho significa estar envolvido em um universo de rejeição, preconceito e exclusão (COLOMBO, 2004).

2.2 VELHICE

Em relação ao ponto de vista da estatística da população, conforme Carvalho e Andrade (2000) citado por Pereira (2004), o ato de tornar-se velho significa suceder ao número de anos existidos. Ao mesmo tempo em que ocorre o avanço cronológico, verifica-se ocorrências de aspecto biopsíquico e social, importante para o entendimento da idade e do processo de envelhecer. Nas sociedades ocidentais, é comum associar o envelhecimento com o desvio da vida produtiva através da isenção definitiva da atuação em serviço.

As alterações fisiológicas são as mais evidentes fazendo com que o velho sofra problemas de deslocamento e isso cria uma inquietação de modo que a sociedade comece a buscar inúmeras respostas com a finalidade de transformar essa forma de perceber que o idoso é apenas um ser humano que alcançou a etapa da velhice e não tem serventia alguma. De acordo com estudos medicinais a grande parte das enfermidades em idosos é provocada devido à ausência de atividade física (DUTRA, 2006).

De acordo com Dutra e Hoffmann (2006) a fase da velhice modifica o sistema molecular e celular que causa em perdas funcionais gradualmente dos órgãos e do organismo. Esse decaimento é verificado ao término da etapa reprodutiva, as lesões funcionais do organismo ainda que aconteçam muito antes no sistema respiratório, pois, iniciam-se os danos a partir dos 30 anos.

A maioria dos habitantes velhos é constituída pelo sexo feminino (55,7%). Outros

aspectos acentuados: grande predomínio em áreas urbanas (84,1%); preponderância branca (55,0%); inclusão na residência como o indivíduo de referência (63,7%); 4,4 anos de estudo em média (32% com menos de um ano de estudo); a maior parte (76,8%) recebe algum rendimento da Previdência Social; 48,1% têm renda de todas as fontes igual ou superior a um salário mínimo, por outro lado aproximadamente um em cada quatro idosos morava em domicílios com rentabilidade mensal per capita abaixo de um salário mínimo (DUTRA, 2006).

Perto de 3,4 milhões de idosos de 60 anos ou mais (14,4%) moravam sozinhos; 30,7% residiam com os descendentes (todos com mais de 25 anos de idade, com ou sem presença de outro parente ou agregado). Dessa forma, 85,6% dos velhos moravam em acomodações em que constatava a presença de outra pessoa com determinada relação de parentesco (DUTRA, 2006).

Sendo assim, a velhice está ligada à concepção de solidão; marginalização, principalmente ao entrar na aposentadoria. De forma prática a fase da terceira idade ao no decorrer dos anos se integra à visão de inutilidade, inaptidão, necessidade de auxílio junto às instituições ou pelas famílias (DUTRA, 2006).

Em relação à velhice, a sua definição precisa ser considerado como o último momento do processo de envelhecer humano, já que a velhice não corresponde a um processo como o envelhecimento, é mais uma situação que distingue a condição do ser humano idoso. A análise do corpo é aquela que permite distinguir as particularidades do idoso: cabelos brancos, calvície, rugas, redução dos reflexos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento e outros. Porém, estas peculiaridades são possíveis de ser identificadas, sem, exatamente, o indivíduo ser idoso, da mesma forma que ainda é admissível ser idoso e por meio de cirurgias, utilização de cremes e ginásticas especiais, disfarçarem a idade. Assim, é complexo estabelecer a idade para iniciar a velhice, já que não dá para decidir a velhice pelas mudanças no corpo (LIMA, 2005).

No momento em que a sociedade possuía o sistema de produção baseado na agricultura e nas tarefas artesanais, que era conservado pelo ofício em família, o pequeno número de pessoas que atingiam a velhice era dissipado na ambiente familiar, isto é, não cessava a base familiar nem a consideração social. No referido tempo a velhice era apenas uma condição do ser humano de infertilidade, de

declínio. Nesse sentido, não representava um momento aguardado com enorme medo pessoal, pelas incertezas e ansiedades que seria possível vir a tona. Não correspondia a uma ocasião assinalada pela repulsa e pela aversão em âmbito social. Não correspondia a uma característica receada pelos possuidores de idade avançada em virtude da precaução e do amparo que precisariam ganhar, pois, tal obrigação era acreditada e adotada no interior da família (SANTOS, 2012).

Azevedo (2012) aponta que as sociedades desenvolvidas, se deparam com a velhice de maneira muito prudente e direta. A senilidade recebe nas referidas sociedades uma série de direitos, e tem seus limites esclarecidos. Percebe-se que em determinados países há interesse em aproveitá-los inclusive em atuação no trabalho. Infortunadamente sociedades que dispõem de poucos recursos como no nosso caso, seguem em direção a isolá-los da convivência em sociedade, transformando corriqueiro um modo de proceder que o considera como improdutivo, precisamente como despossuído de valor.

A exagerada valorização do jovem, particular da sociedade moderna, caminha na direção de transformar em inconveniente a noção de Terceira Idade no nosso ambiente social. A Saúde Pública e a Previdência Social não estão estruturadas para cuidar da maneira desejada da Terceira Idade (AZEVEDO, 2012).

Ecléa Bosi (1994), no seu livro “Memória e Sociedade ”, indica que:

[...] ser velho na sociedade capitalista é sobreviver. Sem projeto, impedido de lembrar e de ensinar, sofrendo as adversidades de um corpo que se desagrega à medida que a memória vai se tornando cada vez mais viva, a velhice, que não existe para si, mas somente para o outro. E este outro é um opressor. Destruindo os suportes materiais da memória, a sociedade capitalista bloqueou os caminhos da lembrança, arrancou seus marcos e apagou seus rastros [...] (BOSI, 1994, p. 24).

O considerado saber da terceira idade, tão prestigiado nos grupos humanos das sociedades tradicionais, não recebe valor algum na denominada sociedade moderna ou industrial, em que a fase idosa indica um momento não produtivo do homem. Portanto, as sociedades industrializadas possuem o costume dedicar mais interesse pelas pessoas jovens, lucrativos do ponto de vista financeiro, em detrimento dos habitantes que vivem a velhice.

O idoso iniciou a partir da década de 1980, a se manifestar no cenário político nacional, uma vez que a expressividade quantitativa expandida, passou a

representar uma complexidade social e dessa forma seria preciso ser analisada e ponderada em seu contexto. De acordo com Paul Eskim “ninguém envelhece por viver, mas por perder o interesse na vida”. O autor continua,

[...] muitas pessoas idosas vivem atormentadas e oprimidas pelo temor da morte, que aumenta ao saberem do desaparecimento de amigos queridos e familiares. Outro grupo de idosos aguarda com passividade, quietude e resignação o fim da vida, sendo o maior problema não o excesso de anos vividos, mas a falta de esperança (ESKIM; 2003, p. 44).

Ao tratar da questão dos idosos, Carvalho Filho (2000) afirma que o processo de envelhecimento acontece na medida em que alterações celulares sofrem envelhecimento com a velocidade distinta de acordo com o órgão a que pertence. Assim como diversas estruturas do organismo revelam transformações morfológicas no envelhecimento.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO

Levando-se em conta o acontecimento do envelhecimento populacional, o Brasil realiza investimento em Políticas Públicas de assistência à pessoa idosa, bem como em projetos de proteção social que garantam os direitos a essas pessoas. Um ganho relevante nesse sentido foi a Constituição Federal de 1988, que inseriu em sua estrutura a definição de seguridade social, alterando o ponto de vista da rede de proteção social, anteriormente limitada a perspectiva assistencialista, ganhando um aspecto expandido de cidadania e colocando nas famílias a responsabilidade de proporcionar amparo e assistência aos idosos.

Assim, foi instituída, em 1994, por meio da Lei 8.842, (BRASIL, 1994), a Política Nacional do Idoso (PNI), que define como idosa qualquer indivíduo com idade acima ou igual a 60 anos e focaliza em suas diretrizes a assistência a esse setor populacional por mediação de suas próprias famílias em preferência ao atendimento asilar. Apesar disso, é importante mencionar que a família precisa de uma rede de apoio social e de saúde que se organize em um sustentáculo para trabalhar com o idoso à medida que ele fique mais dependente.

A Política Nacional de saúde do Idoso foi também responsável pela criação do Programa de Assistência aos Portadores de Alzheimer, por meio da portaria

ministerial nº 703, que passou a vigorar em 12 abril de 2002. Esse programa foi instituído no âmbito do SUS, o que estabeleceu que sua extensão se ampliasse a todo território nacional. Segundo a portaria, os Centros de Referências em Assistência à saúde do idoso tornam-se responsáveis pelo diagnóstico, tratamento, distribuição gratuita de medicamentos, acompanhamento dos pacientes, além da orientação a familiares e cuidadores (BRASIL, 2002b).

Outro elemento que surgiu das aspirações os da sociedade foi o Estatuto do Idoso, consagrado em 2003 e ratificado pela lei 10.741, mais extensivo que a PNI, estabelece punições rígidas para quem não tratar com o devido respeito ou desamparar o idoso. Esse dispositivo estimula a conservação desses cidadãos na residência, junto à família e na comunidade, reduzindo o incentivo aos internamentos em serviços de extensa duração, casas de apoio e afins (BRASIL, 2003). Cabe mencionar como um ponto crucial no SUS, no que se refere a assistência à pessoa idosa, a portaria ministerial nº 399 de 2006, que publicou as Diretrizes do Pacto pela Saúde, que abarca os três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

No Pacto em Defesa da Vida, a saúde do idoso é considerada enquanto uma das preferências pactuadas entre os três âmbitos governamentais, sendo reveladas como um conjunto de práticas que tem como meta a inserção de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006). Dessa forma, os profissionais da saúde precisam examinar as pessoas idosas conforme a sua aptidão funcional. E cabe enfatizar que aos idosos delicados ou dependentes serão reservados procedimentos de reabilitação, prevenção secundária e atenção domiciliar, e que aos avaliados como independentes competirá receber procedimentos de prevenção e promoção da saúde, reabilitação preventiva, assistência básica e apoio social (BRASIL, 2006).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de realizar à reorganização da prática assistencial em nova estrutura e pressupostos, alterado o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital (BRASIL, 2008). Nesse contexto, a Atenção Básica é marcada por um conjunto de procedimentos de saúde, em âmbito particular e coletivo, que abarcam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de

agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2008).

É guiado por meio da instauração de procedimentos de gestão e sanitários, democráticos e participativos, por meio da ação em grupo, voltada a populações de regiões bem delimitadas, nas quais recem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade que existe no território em que residem essas populações (BRASIL, 2008). Aplica tecnologias de complexo grau e restringida massa volumar, que necessitam resolver os problemas de saúde de ampla recorrência e relevância em seu espaço. É o relacionamento e prioridade dos pacientes com SUS. Orienta-se pelos preceitos da universalidade, da acessibilidade a todos e da estruturação da atenção, da conexão e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2008).

Uma das particularidades que ganha destaque no esboço inicial do PSF relaciona-se ao desempenho dos enfermeiros. Mais do que a habilidade técnica, os integrantes das equipes necessitam possuir afinidade com o projeto de trabalho que, de forma recorrente, requer dinamismo, capacidade de ação e aptidão para tarefas comunitárias e coletivas. Assim, o PSF requer uma alteração organizacional na capacitação e nas ações dos profissionais de saúde. A atuação no PSF alarga as ferramentas requeridas no sentido de solucionar as práticas de saúde. Mais do que o saber clínico, os enfermeiros devem adicionar informações acerca da epidemiologia para que as práticas de saúde alcancem a esfera coletiva (RONZANI; SILVA, 2008).

A finalidade essencial do PSF é reestruturar a assistência à saúde em novos fundamentos e trocar o padrão tradicional, fazendo com que a saúde torne-se mais próxima da família e, assim, aprimorar o bem-estar da população. A estratégia do PSF preza por os procedimentos de cuidado, promoção e restauração da saúde dos indivíduos, de maneira incondicional e permanente. A assistência é oferecida na unidade básica de saúde, na residência, pelos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que constituem os grupos de Saúde da Família. Dessa forma, esses trabalhadores e a população atendida estabelece ligações de co-responsabilidade (RONZANI; SILVA, 2008).

2.4 ANATOMIA E FISILOGIA DO SISTEMA NERVOSO

2.4.1 Neurônios

Os neurônios conduzem impulsos de uma parte do corpo à outra. Eles são as unidades básicas de processamento de informação do sistema nervoso. Os termos célula nervosa e neurônio significam a mesma coisa (TORTORA, 2005).

2.4.2 Principais partes do Encéfalo

O encéfalo é composto de aproximadamente 100 bilhões de neurônios e 1.000 bilhões de neuroglia. Ele é um dos maiores órgãos do corpo, pesando cerca de 1.300g. Ele tem forma de cogumelo, e dividi-se nas seguintes partes: tronco do encéfalo, cérebro (diencéfalo e telencéfalo) e cerebelo (TORTORA, 2005). O tronco do encéfalo é formado pelo mesencéfalo, ponte e medula oblonga ou bulbo.

2.4.2.1 O tronco do encéfalo

Mesencéfalo: estende-se da ponte até a porção inferior do diencéfalo. Ele contém um par de pedúnculos do cérebro. Os pedúnculos do cérebro contêm fibras motoras que conectam o córtex cerebral à ponte e medula espinal, e fibras sensitivas que conectam a medula espinal ao tálamo. Os pedúnculos do cérebro constituem a principal conexão para os tractos entre as partes superior e inferior do encéfalo e da medula espinal (TORTORA, 2005).

Ponte: A ponte situa-se diretamente acima do bulbo e à frente do cerebelo. Assim como o bulbo, a ponte consiste de núcleos e fibras brancas dispersas. A ponte conecta a medula espinal e o bulbo ao restante do encéfalo e partes do encéfalo umas às outras. Os núcleos de certos pares de nervos cranianos situam-se na ponte: os nervos trigêmeo, abducente, facial e o ramo vestibular do vestibulococlear. A ponte também contém núcleos que auxiliam a regular a respiração (TORTORA, 2005).

Medula Oblonga: A medula oblonga ou simplesmente bulbo, é uma continuação da medula espinal, e forma a parte inferior do tronco do encéfalo. O bulbo contém todos os tractos sensitivos (ascendentes) e motores (descendentes) que passam entre a medula espinal e outras partes do encéfalo. Esses tractos constituem a substância branca do bulbo. Alguns tractos cruzam para o lado oposto quando passam através do bulbo (TORTORA, 2005).

2.4.2.2 Cérebro

Cérebro: é composto pelo telencéfalo e diencefalo (subdividido em tálamo e hipotálamo)

Telencéfalo: Sustentado pelo diencefalo e tronco do encéfalo, e formando o maior volume do sistema nervoso central está o telencéfalo. Este juntamente com o diencefalo constitui o cérebro. A superfície do telencéfalo é composta por uma área delgada de substância cinzenta, denominada córtex cerebral (córtex = casca de árvore). O córtex consiste de seis camadas de corpos de células nervosas, abaixo das quais está a substância branca cerebral (TORTORA, 2005).

Diencefalo – O diencefalo consiste principalmente do tálamo e do hipotálamo. O **tálamo** é uma estrutura oval acima do mesencéfalo que consiste principalmente de massas de substâncias cinzenta organizada em núcleos. Alguns núcleos no tálamo servem como estações de transmissão para os impulsos sensitivos provenientes de outras partes do SNC até o córtex cerebral (TORTORA, 2005). **Hipotálamo** – é a pequena porção do diencefalo que se localiza abaixo do tálamo e acima da hipófise, a “glândula-mestre” do corpo. Apesar do seu tamanho pequeno, os núcleos no hipotálamo controlam muitas atividades corporais, a maioria delas relaciona-se a homeostase:

1 Controla e integra as atividades do sistema nervoso autônomo, que regula atividades como o ritmo cardíaco, o movimento do alimento através do trato gastrointestinal e a contração da bexiga urinária.

2 Controla a liberação de muitos hormônios da hipófise e, assim, serve como uma conexão primária entre o sistema nervoso e o sistema endócrino. Estes sistemas são considerados os principais sistemas de coordenação (controle) do corpo.

3 Controla a temperatura corporal normal

4 Esta associado a sentimentos de raiva, agressão, dor e prazer.

5 Regula a ingestão de alimentos por meio de dois centros. O centro da alimentação (da fome) é responsável pelas sensações de fome. Quando alimento suficiente for ingerido, o centro da saciedade (satis = pleno, satisfeito) é estimulado e envia impulsos nervosos que inibem o centro da alimentação.

6 Contem um centro da sede, que regula a ingestão de líquidos

7 é uma das áreas do cérebro que mantêm a consciência e os padrões do sono.

2.4.2.3 Cerebelo

Cerebelo: é a segunda maior porção do encéfalo. Ele está atrás do bulbo e da ponte, e abaixo dos lobos occipitais do telencéfalo. O cerebelo consiste de dois hemisférios cerebelares. A superfície do cerebelo denominada córtex cerebelar consiste de substância cinzenta. Sob o córtex, há tractos de substância branca que lembram os ramos de uma árvore. Profundamente dentro da substância branca, há massas de substância cinzenta, os núcleos do cerebelo. O cerebelo está unido ao tronco do encéfalo por três pares de feixes de fibras denominados pedúnculos cerebelares. O cerebelo compara o movimento pretendido programado pelas áreas motoras no telencéfalo com o que está realmente ocorrendo. Ele recebe constantemente informação sensitiva dos músculos, tendões e articulações, receptores do equilíbrio e receptores visuais nos olhos. O cerebelo auxilia a uniformizar e coordenar as sequências complexas de contrações dos músculos esqueléticos. O cerebelo é a principal região do encéfalo que regula a postura e o equilíbrio, e torna possível todas as atividades motoras habilidosas, desde apanhar uma bola até dançar (TORTORA, 2005).

2.4.3 Medula espinal

A medula espinal está localizada no canal vertebral da coluna vertebral. Uma vez que a parede do canal vertebral é essencialmente um anel ósseo, a medula espinal

esta bem protegida. Proteção adicional é fornecida pelas meninges, pelo líquido cerebrospinal e pelos ligamentos vertebrais (TORTORA, 2005).

A medula espinhal tem duas funções principais: A primeira são os tractos da substância branca na medula espinhal são vias expressas para a condução de impulsos nervosos. Ao longo destas vias expressas, os impulsos sensitivos fluem da periferia ao encéfalo, e os impulsos motores fluem do encéfalo a periferia. A segunda, a substância cinzenta da medula espinhal recebe e integra a informação que chega e sai. Ambas as funções da medula espinhal são essenciais para manter a homeostase (TORTORA, 2005).

2.4.4 Memória

Fisiologicamente, memórias são armazenadas no cérebro pela mudança da sensibilidade básica da transmissão sináptica entre neurônios como resultados da atividade neural prévia. As vias novas ou facilitadas são chamadas de traços de memórias. Eles são importantes porque uma vez que os traços são estabelecidos, eles podem ser seletivamente ativados pelos processos mentais para reproduzir memórias (GUYTON, 2006).

Classificação das memórias: Existe a compreensão que algumas memórias duram somente alguns segundos, enquanto outras duram por horas, dias, meses ou anos. Uma classificação comum de memórias as divide em (1) memórias de curto prazo,, que inclui memórias que duram por segundos ou no máximo minutos se não forem convertidas em memórias de longo prazo; (2) memórias de prazo intermediário, que duram por dias a semanas, mas então desaparecem; e (3) memórias de longo prazo, que uma vez armazenada, pode ser recordada até anos ou mesmo uma vida inteira mais tarde (GUYTON, 2006).

Memórias de Curto Prazo: Memória de curto prazo é ilustrada pela memória que se tem de 7 a 10 dígitos num número de telefone (ou 7 a 10 outros fatos distintos) por alguns segundos até alguns minutos de cada vez, mas dura somente enquanto a pessoa continua a pensar nos números ou fatos (GUYTON, 2006).

Memórias de Prazo Intermediário: As memórias de prazo intermediário podem durar por muitos minutos ou até semanas. Serão eventualmente perdidas se os

traços de memórias não forem ativados o suficiente para se tornarem mais permanentes; então são classificadas como memórias de longo prazo (GUYTON, 2006).

Memórias de Longo Prazo: Não há uma demarcação óbvia entre as formas mais prolongadas da memória de prazo intermediário e a verdadeira memória de longo prazo. Entretanto, geralmente se acredita que a memória de longo prazo resulta de mudanças estruturais reais, em vez de mudanças somente químicas nas sinapses, e estas realçam ou suprimem a condução dos sinais (GUYTON, 2006).

2.5 TRANSTORNO MENTAL ORGÂNICO

Transtornos mentais são uma série de distúrbios definidos pela Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas correlatos de saúde (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos mentais geralmente se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções e comportamentos anormais com outras pessoas (Relatório sobre Saúde Mental no Mundo – OMS, 2001).

Segundo Hirata e Ferreira (1995, p.14), “tradicionalmente, considera-se que os transtornos mentais podem ser causados por agressão à integridade ou ao funcionamento do sistema nervoso central ou por influências psicológicas e sociais desfavoráveis”.

Entendem-se como transtornos mentais as condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor, ou por comportamentos associados com angústia pessoal ou deterioração do funcionamento (Relatório sobre Saúde Mental no Mundo – OMS, 2001). Os transtornos mentais não constituem apenas variações dentro da escala do normal, sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos.

Conforme Fontana (2006) agrupam-se nesta classificação numerosos transtornos mentais possuidores de etiologia orgânica adquirida — doença, lesão cerebral ou outra afecção — que possa ser responsabilizada pela disfunção cerebral. Assim, o que há de comum a todos os transtornos mentais orgânicos, incluindo os sintomáticos, é a existência de uma causa somática adquirida demonstrável.

Em termos clínicos, duas são as possibilidades: Transtorno mental cérebro orgânico (cérebro primariamente comprometido). Exemplo: demência na doença de Alzheimer. Transtorno mental orgânico sintomático (cérebro secundariamente comprometido). Exemplo: demência no hipotireoidismo subclínico por deficiência de iodo (FONTANA, 2006).

2.6 DEMÊNCIA

Segundo Borges e outros (2005), demência ocorre normalmente em pessoas com doenças cerebrais que apresentam morte de parte das células cerebrais. E ela consiste em um conjunto de sintomas que acometem esses indivíduos.

Por sua vez, Ramos e outros (2009), define a demência como a diminuição de uma ou mais funções do indivíduo, seja ela cognitiva, gnosis, linguagem, praxias, funcionalidade, tudo isso afetada devido ao comprometimento da memória.

Dando força a esta idéia, Cambier, Masson e Dehen (1999) consideram que a demência se dá quando há um enfraquecimento das funções de atenção, memória, julgamento, raciocínio, intelectuais, de forma progressiva. Outra perspectiva afirma que a demência como uma doença que se desenvolve devido à diminuição da função mental, que se dá de forma desordenada (SMELTZER; BARE, 2005).

A Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina (2009) relata que a demência é dividida de acordo com a causa pela qual a mesma é desencadeada, existindo assim, muitos tipos. Existe assim a demência primária que é ocasionada quando o córtex cerebral atrofia, sendo o Alzheimer o principal exemplo. Existe também a vascular que ocorre devido a ataques isquêmicos o que leva a uma atrofia subcortical. E existem ainda as secundárias que são desencadeadas por outros tipos de doenças como, por exemplo, AIDS, sífilis, deficiência de vitamina B 12.

“Demência de Alzheimer é a causa mais comum de demência contribuindo para 60% dos casos de comprometimento cognitivo progressivo no idoso”. (COMMINGS; COLE, 2002, p.203)

Tratando dos tipos de demências Borges e outros (2005), indica que existem vários tipos de demências, sendo o Alzheimer a mais comum. Ela possui sinais e sintomas

característicos como, por exemplo, o indivíduo tem a sua capacidade diminuída, o que ocorre de forma gradual e não tem melhora, a tendência é sempre piorar, apresenta lesão cerebral o que gera um mau funcionamento da memória, linguagem, pensamento, concentração, atenção e comportamento.

Existem vários tipos de demência, dentre elas destaca-se a DA, sendo uma patologia que acomete o cérebro cuja causa não é completamente conhecida. Suas manifestações principais são as alterações neurológicas (BRASIL, 2002a).

As demências são classificadas de acordo com a forma na qual se desenvolvem, existindo assim vários tipos (HINDMARCH; LEHAFELD; ERZIGKEIT, 1998). Ele as classifica em primária que é aquela que se desenvolve devido à atrofia cortical como, por exemplo, o Alzheimer, e as vasculares que se desenvolvem devido à atrofia subcortical.

2.6.1 Demência de Alzheimer

O primeiro a retratar a doença foi Alois Alzheimer, neurologista alemão, em 1906, a doença de Alzheimer é conceituada como uma doença do sistema nervoso central marcada pela perda de suas qualidades naturais, que compromete o desempenho cognitivo e induz a uma diminuição da capacidade funcionais e sociais (COHEN, 2001). A sobrevida média depois do diagnóstico dessa enfermidade é de 3,3 anos (WOLFSON et al., 2001).

Alois Alzheimer (1864-1915) foi um neuropatologista que viveu e atuou na Alemanha na passagem do século XIX (COLLINS, 1998). Em 1907, divulgou a situação clínica de um enfermo de 51 anos de idade que revelou como sintoma inicial, receio em relação ao cônjuge, posteriormente, e assim redução gradual da memória, falta de orientação espacial e temporal, desatinos, problemas na linguagem e leitura assim como prováveis delírios auditivas. Nos seus depoimentos, a enferma permaneceu quatro anos e meio, momento em que a paciente faleceu. Na fase terminal, ela estava completamente embotada, acamada e demonstrando incontinência urinária (AIMMINGS; MENDEZ, 2005).

Alzheimer praticou a necropsopia na qual identificou que o cérebro da falecida revelava-se generalizadamente atrofiado. Os cortes praticados com corante de

Bielschowsky de prata demonstraram modificações neuronais que veio a ser denominadas como aglomerados neurofibrilares. Ele também provou inúmeros focos miliares que foram classificados de placas senis ou neuríticas (AIMMINGS; MENDEZ, 2005).

Diversos autores concordam que o Alzheimer foi descoberto por Aloïs Alzheimer, que era um médico psiquiatra e também neuropatologista de origem alemã, possuindo esse nome devido ao seu descobridor. Ele foi o primeiro a descrever os sinais da doença. Ela foi descoberta após o médico realizar uma biópsia no encéfalo de uma mulher com 55 anos de idade. Na biópsia foram detectadas algumas alterações como visualização de citoesqueletos e alterações de neurofibrilas (BORGES et al., 2005; BEAR, 2002; FREITAS et al., 2006).

Confirmando a citação acima e complementando ainda mais Pittella (2005) relata que o Dr. Alois Alzheimer avaliou e descreveu as modificações do tecido cerebral de uma mulher que já avia morrido e que começou a apresentar as primeiras manifestações do Alzheimer aos 51 anos. Essa mulher teve como causa da morte doença mental desconhecida.

A DA alcançou o percentual de 15 milhões de pessoas em todo o mundo. Grande parte desse número de indivíduos com demência reside em países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde considera que, com o envelhecimento da população mundial, em 2040, as doenças neurodegenerativas, entre elas as demências, irá ultrapassar a cifra de ocorrências de câncer e consistirá na segunda causa de morte, ficando atrás somente de problemas cardiovasculares (BRUCKI; ABRISQUETA, 2001).

A DA é definida pelo saldo negativo na memória episódica de longo termo e na memória de curto prazo, que é possível estar associada com a intensidade do quadro (REBELATTO; MORELLI, 2004). Tal avaria da memória complica a aproximação dos indivíduos em suas afinidades emocionais e parentais, assim como dificulta a sua atuação funcional e suas relações sociais (ROZENTHAL; ENGELHARDT; LAKS, 1995).

A doença de Alzheimer é uma perturbação que faz perder as qualidades naturais do sistema nervoso central que resulta, gradualmente, numa perda de memória,

mudanças de comportamento e caráter, assim como uma diminuição cognitiva (KAUFFMAN, 2001).

As secundárias são aquelas que são decorrentes de outras doenças como, por exemplo, AIDS e hipotireoidismo, consumo excessivo de álcool entre outras (HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998).

A doença afeta o comportamento social e funcional do concreto devido às lesões dos mecanismos cerebrais desempenhadas pela função cognitiva (KAUFFMAN, 2001). Essa confusão é de etiologia idiopática e acomete de 8 a 15% dos habitantes acima de 65 anos (RITCHIE; KILDEA, 1995).

O desempenho de um indivíduo possuidor de DA tem conseqüências diretas nas modificações cognitivas que acontecem devido ao dano desses núcleos cerebrais (COHEN, 2001).

O conhecimento médico conceitua a DA enquanto uma doença neurológica, que não é reversível, que se manifesta insidiosamente como resultado de uma lesão neuronal e resultando na degeneração do tecido nervoso (SENA; GONÇALVES, 2008).

A desordem que atua sobre as células cerebrais, cuja maior parte das alterações habituais a ela relacionadas acontece nas células nervosas do córtex cerebral. Sua causa foi verificada em pesquisas com seres humanos, em que grupos de combinações nervosas por meio do córtex cerebral corrompiam-se e bloqueavam a transmissão de sinais eletroquímicos entre as células cerebrais. Esses campos de perda das qualidades naturais, ou placas, quando em quantidade maiores, fazem crescer os distúrbios na memória e no desempenho intelectual (BLOCH; COUTINHO, 2002).

De acordo com Pitella (2005), é o modelo de demência mais propenso de se progredir na etapa da vida de idades mais adiantadas, uma vez que a velhice é o agente principal como fator de risco para a progressão da enfermidade, já que tanto o envelhecimento quanto a demência, dividem qualitativamente das mesmas transformações neuropatológicas. Na doença de Alzheimer, essas mudanças acontecem com muito maior seriedade. É definida pelo déficit na memória episódica de longo prazo (em virtude da pequena performance na evocação) e na memória de

curto prazo que pode estar associada com a intensidade do quadro (IZQUIERDO et al., 2007).

Enquanto Bear (2002) afirmam que a demência de Alzheimer caracteriza-se pela desestruturação do citoesqueleto dos neurônios do córtex cerebral, uma região encefálica fundamental para as funções cognitivas.

Borges e outros (2005) define a doença de Alzheimer como uma doença que gera morte das células cerebrais de forma lenta e gradual.

A DA se aloja, geralmente, de maneira insidiosa e progride devagar e prosseguindo por vários anos. As alterações neuropatológicas e bioquímicas da DA podem ser classificadas em duas áreas gerais: mudanças estruturais e transformações nos neurotransmissores ou sistemas neurotransmissores.

As transformações estruturais englobam os enovelados neurofibrilares, as placas neuríticas e as mudanças do metabolismo amiloide, assim como as falhas sinápticas e a morte neuronal. As mudanças nos sistemas neurotransmissores estão associadas às modificações estruturais (patológicas) que acontecem de maneira desorganizada na enfermidade. Alguns neurotransmissores são intensamente comprometidos ou relativamente afetados revelando um modelo de degeneração de sistemas. No entanto, os sistemas neurotransmissores são capazes de serem corrompidos em determinados campos do cérebro, porém não em outras, como no episódio do dano do sistema colinérgico corticobasal e da falta de resultado em relação ao sistema colinérgico do tronco cerebral. Implicações similares são verificadas no sistema noradrenérgico (BRASIL, 2008).

O mal de Alzheimer é uma doença de avanço progressivo cujo destino final é a incapacidade total do indivíduo e a morte. Assim afirma Samuels, (1992), que finaliza dizendo que na maior parte os pacientes acabam indo a óbito entre 4 e 10 anos após terem o diagnóstico da doença.

A doença de Alzheimer é considerada como uma doença de cunho neurológico degenerativa, avanço gradativo e não tem reversão. Nela ocorre diminuição cognitiva e alterações do comportamento e afeto. É uma patologia que acomete principalmente pessoas idosas mais pode também acometer pessoas de qualquer faixa etária (SMELTZER; BARE, 2005).

2.6.2 Fisiopatologia do Alzheimer

A doença de Alzheimer é definida por enormes placas (placas senis) de uma proteína denominada beta-amilóide intracelulares e pela apresentação de emaranhados neurofibrilares (MILLER et al., 1984). Os emaranhados neurofibrilares são faixas fibrosas de abrangências intracitoplasmáticas de microtúbulos e que estão ligadas à proteína tau (SADOCK; SADOCK, 2002).

Na DA esses emaranhados ficam retorcidos, impedindo o funcionamento das células nervosas (EDELBERG; WEI, 1996). Indica-se dano neuronal em formação particulares do encéfalo, com as modificações acontecem, sobretudo no córtex cerebral e no sistema límbico, especialmente no hipocampo e na amígdala, responsáveis pelo aprendizado e memória (DOUBLE; HALLIDAY; KRILL, 1996).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma desordem neurodegenerativo comum, associada com a idade, e particularizando, microscopicamente, por dano neuronal, perda da qualidade natural sináptica intensa, constituição de emaranhados neurofibrilares e destituição extracelular de proteína β -amilóide no cérebro com concepção de placas senis. Dentre as mudanças macroscópicas pode-se mencionar: diminuição do peso do encéfalo atrofia cortical geral, bilateral e simétrica, definida por aperto dos giros e afrouxamento dos sulcos. Há também diminuição do volume do conteúdo branca cerebral, assim como da grossura do córtex cerebral, dilatação dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo. Porém, muitos esforços são centrados para as fundamentais modificações neuropatológicas da DA que são: degradação sináptica, dano neuronal e o acúmulo no córtex de placas senis e emaranhados neurofibrilares (ZABAR, 2006; PITTELLA, 2005).

Conforme Freitas e outros (2006) existem evidências de que o envelhecimento da população esta atingindo todo mundo. Segundo ele isso é evidenciado pelos índices epidemiológicos e demográficos. Através desses dados ele afirma que o número de indivíduos portadores da Demência de Alzheimer no mundo seja superior a 26 milhões e que no Brasil esse número seja de 500 mil pessoas. A prevalência de pessoas com a idade entre 65 e 69 anos que possuem a Demência de Alzheimer seja de 1,4% aumentando consideravelmente ao chegar aos 85 e 89 anos para 20,8% subindo para 38,6% ao chegar aos 90 e 95 anos.

As condutas de um indivíduo com DA demonstram inteiramente as transformações cognitivas que acontecem por dano nesses centros cerebrais (COHEN, 2001).

Na DA, no período da proteólise patológica da PPA, há um conjunto anormal e alternativo englobando duas reações enzimáticas seqüenciais: a da enzima β -secretase, a qual cliva a parte extracelular da PPA em um pedaço denominado C99 e a da gamma-secretase, um complexo enzimático que abrange a presenilina-1 e presenilina- 2, que clivam o C99 em proteína β -amilóide. Transformações nos genes das presenilinas 1 e 2 (PSEN1, PSEN2) e nos genes da PPA, crescem a fabricação da proteína β -amilóide por meio da mudança da clivagem da PPA e do avanço de depósito de β -amilóide, simultaneamente (DUYCKAERTS et al., 2009; SELKOE et al., 2008; LUCATELLI et al., 2009).

Esta tem a propensão natural a constituir filamentos compridos, os quais se associam aos resíduos de neurônios que estão em apoptose, reunindo-se vagarosamente no meio extracelular e constituindo placas senis difusas, que não são satisfatórios para ocasionar demência. Estas progridem para placas senis neuríticas, constituídas por um núcleo central de β -amilóide envolto por distintas outros conteúdos, como: proteínas sinápticas, inflamatórias, fibrilas neuríticas, células gliais ativadas, dentre outras (CHAVES; AVERSI-FERREIRA, 2008).

Outro ponto de vista afirma que a fisiopatologia do Alzheimer ainda é em grande parte desconhecida, porém algumas alterações neurológicas são características na doença como a degeneração sináptica intensa, perda neuronal, lesão no córtex cerebral, uma nas placas senis ou neuríticas e outra nos emaranhados neurofibrilares (FREITAS et al., 2006).

Tabela 1 – Esquema de sequencia de eventos na fisiopatologia da doença de Alzheimer, dos fatores desencadeantes às manifestações clínicas.

Fatores desencadeantes	Fisiopatogenia	Patologia	Clínica
- genéticos - ambientais	- ppa – beta-amilóide - oligômeros – ADDL - tau – hiperP – tau - disfunção sináptica - estresse oxidativo - disfunção mitocondrial - inflamação -distúrbios vasculares	- placas senis - degeneração neurofibrilar	- comprometimento cognitivo e - transtorno comportamental

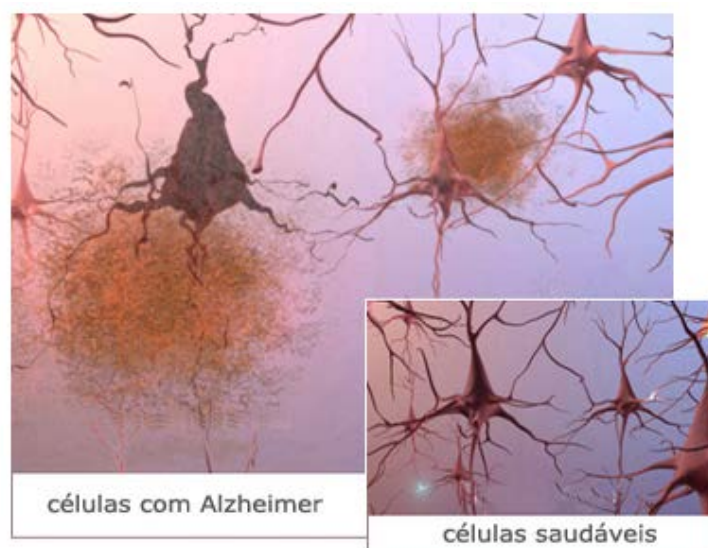
Fonte: HUANG (2012).

A fisiopatologia beta-amilóide e tau na DA implica em novas janelas terapêuticas importantes visando à patogénia da doença e não a alteração de neurotransmissores. Segundo Stevens e Lowe (2002), os pacientes portadores da doença de Alzheimer apresentam degeneração do córtex parietal e temporal o que gera no indivíduo dispraxia e disfasia, perda progressiva da memória, além dos distúrbios emocionais. Em longo prazo a doença leva o paciente a se tornar imóvel e a morte tem como causa a pneumonia na maioria das vezes.

O desenvolvimento da DA causa a redução das extensões neuronais e lesão de seu entorno, à atrofia cerebral, com redução no peso e volume do cérebro (GÓMEZ-ISLA; PRICE; MCKELL et al., 1996).

A conectividade é prejudicada, o metabolismo e a capacidade de recobrimento neuronal. A morte neuronal por apoptose, a redução sináptica e as alterações estruturais vão evidenciando os sinais clínicos e o desenvolvimento inexorável e vagaroso da doença. Existem distintos elementos originam a degradação, com relevantes distúrbios celulares, englobando a estrutura, o metabolismo e o papel da proteínas, sejam geneticamente determinados ou alterados por causas patológicas ou ambientais (NELSON; ALAFUZOFF; BIGIO, 2012). Com a finalidade de ilustrar a fisiopatologia da doença é importante a imagem a seguir.

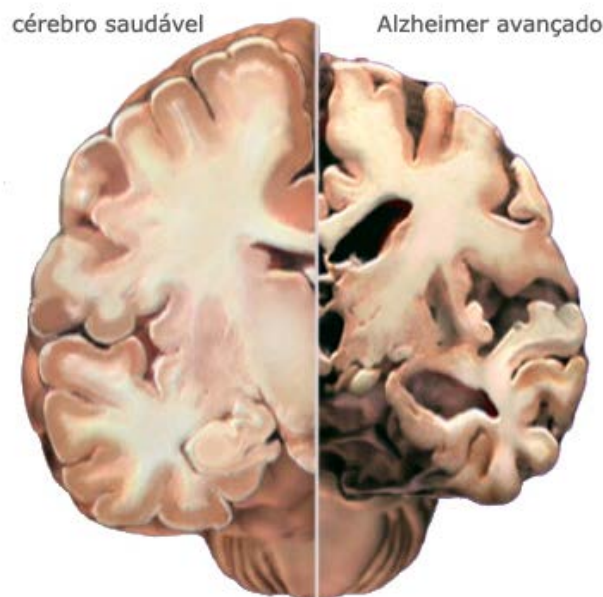
Figura 1 – Células com Alzheimer sob microscópio



Fonte: www.alz.org

Conforme Stevens e Lowe (2002), o cérebro, enfermo da doença de Alzheimer, apresentam-se com tamanho reduzido em relação ao normal, com peso menor, revelando como encolhimento dos giros e dilatação dos sulcos nos hemisférios cerebrais. A atrofia é mais representativa no lobo temporal, sobretudo no giro para-hipocampal, ainda que seja possível observar também nas regiões frontal e parietal. O lobo occipital e o córtex cerebral são comumente mantidos.

Figura 2 – Comparação entre as alterações de um cérebro saudável e um cérebro com Alzheimer avançado.



Fonte: www.alz.org

Ao analisar a figura 2, verifica-se que o Córtex retrai, comprometendo as regiões envolvidas com os pensamentos, planos e lembranças, essa diminuição é especialmente grave ao hipocampo, região do córtex que possui papel relevante na constituição de novas lembranças. Os espaços preenchidos por fluidos dentro do cérebro, denominados de ventrículos tornam-se maiores. A perda da mielina, que é branca, faz com que as lesões da esclerose múltipla, ou em placas, ganhem tonalidade acastanhada ou acinzentada. Dessa maneira quanto mais antiga for a lesão, maior a tendência à cor esbranquiçada, devida ao aparecimento de gliose.

O lobo frontal é responsável pelas atividades motoras, fala, comportamento emocional e processamento mental. O lobo parietal é responsável pelo tato, pressão, temperatura e cinestesia. O lobo temporal é responsável pela área sensorial auditiva. O lobo occipital é responsável pela visão.

Ao discorrer sobre as alterações que ocorrem no cérebro de pacientes com Alzheimer Moraes (2008) afirma que as regiões do cérebro mais afetadas são o hipocampo e o córtex cerebral, que são áreas responsáveis por estímulos como memória, pensamento abstrato, estímulos sensoriais. A doença degrada os neurônios e diminui a ação do neurotransmissor Ach (acetilcolina). Esse neurotransmissor é responsável pelos processos relacionados a memória, processos cognitivos e motores, o que justifica alguns dos sinais e sintomas da doença.

Na demência de Alzheimer pode se perceber dois tipos principais de lesões no cérebro. A primeira é a formação de nódulos nos microtúbulos cerebrais, o que leva ao mau funcionamento da mesma. A segunda são as placas betas amiloides que são formadas devido ao excesso de proteína amiloide, que é tóxica para o cérebro (SILVA, 2007).

Em relação ao Alzheimer existe a formação de placas amiloides, um núcleo central contendo amiloide envolto por elementos corados em prata provenientes de axônios degenerados e aumentados, são os aspectos patológicos críticos da doença. Emaranhados neurofibrilares também são achados em muitas condições além da doença de Alzheimer e consistem de filamentos corados em prata, densos, citoplasmáticos, helicoidais ou alongados pareados. O amiloide pode ser neurotóxico, provavelmente por meio da homeostase do cálcio. É verificada também uma depleção substancial da acetilcolina-transferase e acetilcolina esterase principalmente no córtex temporal (PERKIN, 1998).

Ainda sobre a mesma questão, Sayeg (1993), explica que as placas senis como sendo lesões que ocorrem no cérebro devido ao acúmulo de uma substância chamada amiloide, que por sua vez é constituída basicamente de proteína essa chamada de beta amiloide. Ao falar sobre os emaranhados neurofibrilares, ele relata que os neurônios formam esses emaranhados devido aos entortamentos e espaçamentos das suas neurofibrilas.

Outra consideração é a de Pitella (2005) que completa dizendo que esses espaçamentos acontecem devido à lesão sofrida pelos neurônios.

Outra característica de morbidade da DA são os emaranhados neurofibrilares, formados por inclusões intraneuronais combinadas por aglomerado de proteína tau,

que é habitualmente combinada aos microtúbulos do citoesqueleto celular. Esta composição pelas proteínas tubulinas α e β , cuja firmeza é conservada devido às pontes de proteína tau. Em virtude de um procedimento de hiperfosforilação anormal de origem ignorada, a proteína tau suporta substituição de acomodação espacial e reduz relação com os microtúbulos, separando-se do citoesqueleto e formando filamentos helicoidais insolúveis que, juntos, formam emaranhados neurofibrilares. A desestabilização do citoesqueleto causa distrofia e edema dos microtúbulos, com resultado na morte neuronal (ZABAR, 2006; CHAVES; AVERSI-FERREIRA, 2008; CARAMELLI, 2005).

No hipocampo também é possível encontrar os corpos de Hirano, que correspondem a estruturas intracitoplasmáticas claras, eosinofílicas, em bastonete ou circulares, distinguidos por anticorpos contra proteína actina, tau, neurofilamentos e pedaços de PPA. São comuns na DA, porém insuficientemente característicos (DUYCKAERTS et al., 2009).

Conforme Araujo e outros (2004) a beta amiloide causar no cérebro danos devido à diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, ocasionado pela ação da mesma nos vasos sanguíneos, o que leva ao estreitamento dos vasos.

Ao descrever a patologia do Alzheimer, Rowland (2012) expõe que sua principal característica é a atrofia do córtex cerebral, sendo mais intensa nos lobos temporais, frontais e parietais. Ao analisar um cérebro de um portador de Alzheimer na autópsia pode-se observar através do microscópio perda de neurônios e desmielinização da substância branca subcortical.

De acordo com Rowland (2002), as placas neuríticas senis representam lesões microscópicas esféricas, uma região central de amilóide extracelular é cercada por terminações axonais aumentadas de volume (neuritos). A fundamental proteína no amilóide é o beta peptídeo, que origina da PPA – uma proteína transmembrana. Essa proteína é submetida à proteólise, ocasionando o acúmulo no cérebro do peptídeo beta amilóide. Na Demência de Alzheimer, o amilóide é colocado em torno de vasos meníngeos e cerebrais e na substância cinzenta. As placas amilóides do parênquimas se distribuem no cérebro de maneira característica, alcançando de forma distinta os variados lobos cerebrais e cerebelares e as lâminas corticais.

Ele continua a descrição relatando que de acordo com a bioquímica a principal alteração que ocorre é a diminuição entre 50% a 90% da ação da colina acetiltransferase, enzima responsável pela biosíntese da acetilcolina no hipocampo e córtex cerebral. Sendo assim a intensidade da perda cognitiva esta relacionada com a diminuição da colina acetiltransferase (ROWLAND, 2002).

2.7 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO ALZHEIMER

A doença de Alzheimer gera no indivíduo uma série de reações cognitivas desajustadas. A área afetada no cérebro é o hipocampo, o centro responsável pela memória de curto prazo e posteriormente afeta as regiões corticais. Ela causa disfunção na memória, linguagem, habilidades do dia a dia, concentração, atenção (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Segundo Borges e outros (2005), o primeiro sinal do Alzheimer é a perda de memória e diminuição da capacidade intelectual. O que muitas vezes passa despercebido. Como o avançar da doença essa perda da memória se torna mais evidente, e o indivíduo começa a ter mais dificuldades até chegar ao ponto de ser totalmente dependente do seu próximo.

Borges e outros (2005) dividem a doença em três etapas. A primeira delas é a etapa inicial, nessa etapa o indivíduo portador da doença sabe que tem algo errado acontecendo consigo pelo fato de estar consciente, a perda de memória recente e frequente, ocorre uma grande dificuldade no processo de aprendizagem e de guardar informações. Já na segunda etapa que é chamada de etapa intermediária, o indivíduo já não tem mais a capacidade de aprendizagem nem de guardar informações. E por fim na etapa final da doença o indivíduo já não consegue se locomover, a incontinência urinária é frequente e já não consegue mais se comunicar.

Freitas e outros (2006) definem o tempo de duração de cada etapa do Alzheimer. Segundo ele a etapa inicial tem uma duração de cerca de 2 a 3 anos. Concordando com o autor acima citado, ele afirma que a memória recente nessa fase é a parte mais afetada e o principal sinal de que algo não esta bem.

Já a etapa intermediária tem sua duração entre 2 a 10 anos, nesse caso a perda de memória se torna mais acentuada e outros sinais e sintomas se tornam evidentes como afasia, agnosia, apraxia. Dificuldades na linguagem também são observadas (FREITAS et al., 2006).

E por fim a etapa final tem sua duração entre 8 a 12 anos. Nessa etapa ocorrem alterações severas nas áreas cognitivas. É uma fase muito delicada já que o indivíduo tem dificuldade até mesmo em reconhecer pessoas próximas. O indivíduo se torna totalmente dependente, já não consegue se locomover, se comunicar, a incontinência urinária é comum, anorexia, infecções respiratórias e se posicionam em posição fetal (FREITAS et al., 2006).

O principal sinal de que algo está errado e também o principal indicativo do Alzheimer é a perda da memória no dia a dia, sendo a memória recente a primeira a ser afetada. Ele afirma também que com o avançar da doença o paciente pode se tornar agressivo e também confuso, alterando muitas vezes a sua personalidade (FREITAS et al., 2006).

2.7.1 Etiologia do Alzheimer

De acordo com Santana, Almeida e Savoldi (2009), o diagnóstico da demência de Alzheimer pode ser intimidante, por causa da questão da falta de informação sobre a enfermidade. Luzardo e Waldman (2004) enfatizam que o parente responsável em fornecer os cuidados no domicílio deve manter especial atenção aos profissionais de saúde, na medida em que, na maior parte das vezes, não possui informações acerca dos procedimentos necessários diante do quadro das doenças e às requisições em cuidar do idoso debilitado.

A origem da DA continua indeterminada e muito divergente. Hoje, no entanto, três hipóteses foram elaboradas levando em consideração a patogenia da doença de Alzheimer: perda da homeostase do cálcio, alterações do metabolismo oxidativo e componente hereditário relacionado à patologia (COHEN, 2001).

A etiologia de DA continua indeterminada, ainda que o desenvolvimento considerável tenha sido atingido na busca do entendimento de seus mecanismos bioquímicos e genéticos. Parte-se do conhecimento de que o fragmento de 42

aminoácidos da proteína precursora B-amiloide tem considerável importância na patogênese das placas senis e que a maior parte das formas familiares da doença tem ligação com a superprodução desta proteína (COHEN, 2001).

A suposição do cálcio nas desordens degenerativas é baseada em dois princípios básicos. Primeiro, as estruturas celulares que tem obrigação de realizar a conservação das condições de cálcio citoplasmático possuem um papel fundamental nas práticas neurodegenerativas. Segundo, as modificações apoiadas da homeostasia do cálcio tem capacidade de oferecer uma via comum para as transformações patológicas verificadas nos distúrbios degenerativos (COHEN, 2001).

Destaques utilizando culturas de neurônios do hipocampo de ratos e camundongos apresentam uma desordem no processo influxo-efluxo do íon, originando um crescimento nos níveis intracelulares associados à idade (KHACHATURIAN, 1994; BIESSELS; GISPEN, 1996).

2.8 FATORES DE RISCO DO ALZHEIMER

Em relação aos fatores de risco, Borges e outros (2005) faz uma listagem dos principais fatores para o desenvolvimento do Alzheimer sendo eles: A idade sendo mais comum a doença surgir em idosos acima de 65 anos, o sexo sendo mais comum em mulheres, genética e hereditariedade sendo maiores as chances de crianças filhas de pais com Alzheimer desenvolverem a doença do que as que não possuem pais portadores da doença, traumatismo craniano também pode levar ao desenvolvimento da doença e outros fatores, tais como, condições socioeconômicas, raça, profissão, etc.

Os fatores genéticos podem ser considerados de extrema importância. A DA pode ser transmitida de maneira autossômica dominante, e as características de idade de início e evolução são apontadas pelos distintos subtipos genéticos (REBELATTO; MORELLI, 2004).

O Alzheimer é considerado uma doença de caráter enigmático na qual é possível encontrar alguns fatores que estão ligados com a mesma como, por exemplo; ser idoso, já que é uma patologia que ocorre principalmente em pessoas acima de 65 anos. O sexo é outro fator de risco, sendo as mulheres as mais afetadas. A genética

também influência muito, dados comprovam que quem tem história de Alzheimer ou demais demências na família esta mais propensa a adquirir a mesma dos que não tem. Outro fator também apontado como desencadeante do Alzheimer é o traumatismo craniano (MORAES, 2008).

2.8.1 Idade

É uma doença neurológica que provoca degeneração, gradual e que não se pode reverter de causa desconhecida, com começo insidioso. É uma espécie de demência que o motivo não se associa com a circulação ou mesmo com a aterosclerose, provocada por causa da morte das células cerebrais que respondem pela liberação de um neurotransmissor, a acetilcolina, que está intimamente relacionada a ações da memória, inteligência lógico, análise, linguagem e pela conduta e habilidade do individuo se nortear no tempo e no espaço, outra desordem é apraxia, agnosia e afasia (KLÜNEMANN, 1999).

A doença não é específica do indivíduo velho, ainda que o tempo de vida adiantado seja tomando enquanto um fator de risco. Seu começo pode ocorrer aos 40 e ou 50 anos, denominada, dessa forma, de demência pré-senil (FORLENZA, 2000).

As mudanças verificadas nos cérebros dos comprometidos podem também ser identificadas em indivíduos velhos saudáveis, mas não em conjunto e em tal seriedade. O andamento da enfermidade muda entre 5 e 10 anos e a diminuição da expectativa de vida estabelece-se em aproximadamente 50%. (SMITH, 1999)

O distúrbio da demência, associado com a incontinência urinária, inconstância postural e quedas, alucinação e depressão, representam-se como os “gigantes da geriatria” (GORDILHO et al., 2000), dessa forma percebidos devido ao fato de se levarem em conta casos comuns e complexos da velhice, além de demonstrarem elevado índice de prevalência.

Demência é uma noção muito abrangente que é capaz de englobar múltiplos distúrbios particulares, um conjunto de conceitos ambulatoriais para constatação de episódios em pesquisas epidemiológicos. Paralelamente aos distúrbios

cardiovasculares, os desarranjos mentais correspondem a enfermidades predominantes acima de 65 anos (HENDRIE et al., 1997).

A doença de Alzheimer (DA) é a origem mais trivial de demência em pessoas velhas. A DA por volta da década de 70 modificou-se em uma das enfermidades mais recorrentes e que mais inquietações têm proporcionado seja nos habitantes quanto para cientistas. A causa disso é o alargamento da definição neste período e pelo relevante processo de envelhecimento dos habitantes do mundo (NITRINI, 1999). Os sintomas cognitivos mais comuns abarcam a diminuição de memória, lesão da atenção e desordem da linguagem (FERRES; KLUGER, 1997).

Nos Estados Unidos, nação com importante reservas em estudos neste campo, por volta de 100 bilhões de dólares são usados por ano com a doença de Alzheimer (SNOW, 1997), com a maior parte desta despesa por causa da hospitalização de pacientes.

Cerca de uma pessoa entre vinte, acima dos 65 anos de idade, e menos de uma pessoa entre mil, com menos de 65 anos, têm a doença de Alzheimer (BORGES et al., 2005).

Borges e outros (2005) ressaltam ainda que não é a idade em si que desencadeia o Alzheimer, mas sim problemas que surgem com a idade como, por exemplo, a arteriosclerose. Confere também o aumento do número de casos de Alzheimer ao aumento da população idosa.

2.8.2 Genética

Em relação a genética, o que se foi constatado foi que os filhos herdaram dos pais parte do DNA responsável por desencadear a doença. Descobriu-se também uma relação entre o Alzheimer e o cromossoma 21 (BORGES et al., 2005).

As mudanças genéticas representam outro fator de risco à enfermidade (AIMMINGS; MENDEZ, 2005). A doença de Alzheimer de começo precoce é autossômica dominante e pode aparecer já a partir dos trinta anos de idade (ASKINEDGAS et al., 2006). As alterações da proteína precursora do amilóide no cromossomo 21, dos genes das pré-senilinas 1 e 2 no cromossomos 14 e 1, simultaneamente, e da

apolipoproteína E (ApoE) no cromossomo 19 correspondem a alterações genéticas que são capazes de fazer crescer o risco para DA. Essas três modificações correspondem a 2% dos episódios de DA (AIMMINGS; MENDEZ, 2005).

Há 3 alelos da apolipoproteína sendo o $\epsilon 4$ presente em 15% dos habitantes e é excepcionalmente elevada em pacientes com Alzheimer (FARRER et al., 1997; SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005). A carência de formação de tal alelo representa um perigo de princípio tardio de acontecimento de DA em 15%, sendo expandido para 30 a 50% na proximidade de uma reprodução do alelo e até 60 a 90% quando há 2 cópias (KAMBOH et al., 1995). Além disso, os cromossomos 10 e 12 podem possuir polimorfismos que ampliam a possibilidade para DA de início tardio (AIMMINGS; MENDEZ, 2005).

Segundo Rowland (2002), o gene responsável pelo desenvolvimento da doença de Alzheimer após os 65 anos de idade é o gene da apolipoproteína e (APOE) o cromossomo 19. Isso se dá pelo fato da APOE gerar um acúmulo de amiloide. Outro gene que também gera esse acúmulo de amiloide é o do cromossomo 12, também podendo levar ao desenvolvimento da doença.

De acordo com Freitas e outros (2006), com o avanço da infecção, de acordo com o progresso da doença, são verificadas recaídas aguçadas no portador, que já não é possível de executar exercícios diários básicos, demonstrando nível elevado de dependência da figura do cuidador.

Cruz e Hamdan (2008) apontam que, com a progressão da demência, a figura do cuidador, mesmo que se tome parte em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), como gerir a renda e medicamentos, amplia suas obrigações em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), por exemplo, atividades de cuidado individual de higiene, banho e alimentação.

Demência é uma síndrome determinada pela diminuição gradativa e integral dos papéis cognitivos, na carência de um empenho aguçado do estado de consciência, e que tem grandes consequências influenciando nas práticas sociais e profissionais da pessoa como sua autossuficiência. O diagnóstico de demência estabelece a verificação de deficiência ou declínio cognitivo em contraste com o estado passado do indivíduo (COREY-BLOOM, 1995; *Apud* ROZENTHAL; ENGELHARDT; LAKS, 2005).

Em torno dos critérios clínicos mais comumente utilizados para o seu diagnóstico inseri-se o empenho da memória e, pelo menos, outra desordem, como apraxia, agnosia e afasia. Tal redução intervém nos exercícios da vida cotidiana e, assim, na independência da pessoa.

O tratamento do paciente com demência deve incorporar todas às vezes, a análise e verificação das capacidades cognitivas, a habilidade para realizar exercícios do dia-a-dia, da conduta e da intensidade global do quadro (FORLENZA; CARAMELLI, 2000).

A demência surge como um dos principais motivos de morbidade nos idosos e seu predomínio está compreendido entre 2% e 25% dos portadores com 65 anos ou mais (BRUCKI; ABRISQUETA, 2001).

2.8.3 Traumatismo

De acordo com Smeltzer e Bare (2005) a Doença de Alzheimer é uma desordem neurológica degenerativa, continua e que não se pode reverter, que tem início insidiosa e é marcada por danos crescentes nos desempenhos cognitivos e por desordem da conduta e emoção. A Doença de Alzheimer é também chamada por Demência degenerativa primária ou Demência senil da forma Alzheimer (FORLENZA, 2000).

Segundo Smith (1999) a Doença de Alzheimer pode ser igualmente reconhecida como síndrome progeróide genética, já que está ligada ao processo de envelhecer e mostra um claro elemento genético.

Conforme Almeida e Crocco (2000), a Doença de Alzheimer (DA) está ligada com a diminuição cognitiva e, frequentemente, a conduta do paciente. O paciente, então, tem inteligência restringida intensamente e grau qualidade dessas progressões.

“Tem sido referido que uma pessoa que tenha sofrido um traumatismo craniano severo corre o risco de desenvolver doença de Alzheimer. O risco torna-se maior se, na altura da lesão, a pessoa tiver mais de 50 anos.” (BORGES et al., 2005).

2.8.4 Escolaridade

A doença de Alzheimer (DA) é ao motivo mais trivial de demência no idoso, com demonstração em consultório e patológica bem delimitada, corrompendo no mínimo 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% daqueles com mais de 80 anos (BRUCKI; ABRISQUETA, 2001).

De acordo com Brucki e Abrisqueta (2001) a demência é uma série de mudanças que acontecem no cérebro e alteram o desempenho das nossas habilidades mentais. A doença de Alzheimer é uma das origens dessas indisposições. Nos quadros de demência, é possível perceber o aspecto das subseqüentes manifestações: problema no raciocínio falta de orientação temporal, capacidades matemáticas, linguagem e mudança de atitude, que influenciam nas tarefas rotineiras da pessoa.

Através de estudos encontrou-se uma relação entre a doença de Alzheimer e o grau de estudo da pessoa, sendo a pessoa com um nível maior de educação menos propensa a desenvolver a doença do que a que possui um nível menor de educação. (BORGES et al., 2005).

2.8.5 Demais Fatores

Outro fator de risco para o Alzheimer que é denominado como risco ambiental, é a exposição do individuo ao alumínio (ABAL, 2000).

Pouco se sabe da influencia do alumínio na Demência de Alzheimer, por isso Yokel, Allen e Meyer, (1994) fizeram testes em ratos de laboratório e obteve os seguintes resultados: Os ratos de laboratório ao serem expostos ao alumínio diariamente, apresentaram perda de neurônios assim como perda da função colinérgica. Teve a liberação de acetilcolina diminuída o que tem como consequência o declínio dos reflexos. Uma curiosidade foi observada durante a pesquisa, que somente os cérebros maduros foram afetados pelo alumínio.

O fator de risco genético primordial para a progressão de placas senis na DA é a apresentação da isoforma E4 da apolipoproteína E (ApoE). A ApoE é um elemento

de determinadas lipoproteínas corporais, sendo fabricadas pelos astrócitos a partir de três alelos (E2, E3, E4) de genes localizados no cromossomo 19. Seu papel reside em conservar a formação e o metabolismo adequado das lipoproteínas, auxiliando no transporte, absorvimento e remanejamento do colesterol entre os tecidos, além de cuidar das perdas neuronais em excesso, transferindo os lipídios dos corpos celulares aos axônios e refazendo as células de Schwann. Assim, ela restaura as ligações sinápticas (LUCATELLI et al., 2009).

Nos pacientes do alelo E4, a ação patológica acontece por causa da suposta incapacidade da isoforma E4 na concretização do reparo celular, que apoia o desenvolvimento dos filamentos constituintes das placas senis (LUCATELLI et al., 2009; BARROS et al., 2009; BERTRAM et al., 2007; SCHIPPER, 2009).

Uma marca característica neurótica adicional de DA são os trançados neurofibrilares, compostos por incorporações intraneuronais arranjados por agregados de proteína tau, que é frequentemente relacionada com os microtúbulos do citoesqueleto. Este é estruturado pelas proteínas tubulinas α e β , cuja estabilidade é suportada devido às extensões de proteína tau. Em virtude a um procedimento de hiperfosforilação anormal de origem ignorada, a proteína tau suporta mudança conformacional e espacial e diminui a semelhança pelos microtúbulos, separando-se do citoesqueleto e constituindo filamentos helicoidais insolúveis que, em conjunto, formam os emaranhados neurofibrilares. A desestabilização do citoesqueleto estimula a distrofia e edema dos microtúbulos, tendo como resultado a morte neuronal (ZABAR, 2006; CHAVES, AVERSI-FERREIRA, 2008; CARAMELLI, 2005).

Um perigo adicional variável é uma história familiar, já que parentes de pacientes têm o dobro do risco de o avanço da doença e a concordância de gêmeos idênticos é de aproximadamente 40%, muito maior do que a de gêmeos dizigóticos (ASKIN-EDGAS et al. 2006; NEE et al. 1987). Os doentes com síndrome de Down tem elevada representação do gene da proteína precursora do amilóide localizado no cromossomo 21 (VISSER et al., 2000).

Existem diferentes elementos que são capazes de fazer crescer o perigo para DA, mas ainda são interrogados cientificamente como o dano traumático cranioencefálico, os caucasianos, o alumínio e a aterosclerose (GREEN et al.,

2002). Ser mulher também pode ser considerado um componente de risco autônomo, do maior tempo de vida das mulheres (BIRD; MILLER, 2006).

Vale dizer, também os componentes de proteção, por exemplo, o nível de instrução (CUMMINGS et al., 1998). Uma pesquisa aponta que as pessoas com oito anos ou mais de instrução escolar a predominância foi de 3,5%, enquanto que nos não alfabetizados correspondeu a 12,2% (MCGEER et al., 1996).

Algumas pesquisas de observação tem relatado que os anti-inflamatórios não hormonais (AINES) são capazes de possuir ligação com maior defesa no combate a doença de Alzheimer de acordo com estudos observacionais (MCGEER et al., 1996; ETMINAN et al., 2003). Uma substância diferente que pode diminuir o risco da doença de Alzheimer é de estrogênio (CUMMINGS et al., 1998).

Seja como for, alguns estudos em mulheres pós-menopáusicas com estrogênio não confirmaram modificação cognitiva ou alguma outra vantagem (WANG et al., 2000; HEDERSON et al., 2000).

Para completar Troulinaki e Tavernarakis (2005) ressalta que todos os fatores ambientais como uso de álcool, drogas, tabaco entra outras e fatores genéticos podem acelerar todo esse processo de degeneração neurológica.

2.9 DIAGNÓSTICO DO ALZHEIMER

No que se refere ao diagnóstico, é de enorme relevância reconhecer as origens potencialmente discutíveis de demência, de modo a antecipar os danos irreversíveis (KIRSHNER, 2002).

Existem Centros especializados no tratamento e no diagnóstico da DA, que promovem também o acompanhamento desses doentes. São os chamados Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, que também garantem o direito desses portadores de adquirirem os medicamentos necessários para o seu tratamento. Tudo isso foi estabelecido por portarias criadas em 12 de abril de 2002. (BRASIL, 2002b).

O diagnóstico clínico de DA pode ser afirmado apenas quando existir prova de demência, ou quando têm déficits de distintas capacidades cognitivas que originam declínio expressivo nos graus últimos de cognição (BRASIL, 2002a).

A doença de Alzheimer é conceituada como uma enfermidade degenerativa do sistema nervoso central, heterogênea em sua característica etiológica, clínica e neuropatológica. É reconhecida como a origem mais recorrente de demência, contabilizando, dessa forma, 50 a 60% de todos os episódios (MACHADO, 2006).

Comumente na DA acontece um déficit de memória (capacidade debilitada para manter o novo conteúdo informativo ou rever informações ou de recordar informações anteriormente conhecidas) e nada menos do que um das seguintes deficiências: 1. Agnosia - problemas sensoriais; 2. Apraxia – problema para praticar exercícios motores, ainda que o desempenho motor esteja ileso; 3. Afasia – modificações da linguagem ou 4. Perturbações dos desempenhos executivas (planejamento, sequenciamento, coordenação) (MACHADO, 2006; LAKS et al., 2006)

Em torno dos critérios retratados para o diagnóstico da DA os que são geralmente utilizados são os da quarta versão do Manual Estatístico e Diagnóstico de Desordens Mentais (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria (APA), (1994) (Quadro 19.2) (APA, 1994) e os da décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Quadro 19.3) (WHO,1993).

Procedimentos para o diagnóstico mais delineado são usados por centros de pesquisa e clínicas específicas, sobretudo, para o fim de pesquisas epidemiológicas e de pesquisa científica. Os mais admitidos são os de um conjunto de estudos do Instituto Nacional de Neurologia e da Associação da Doença de Alzheimer e Desordens Catalogadas nos EUA (NINCDS-ADRDA), que denominou a DA como admissível, presumível e determinada conforme com os resultados clínicos, patológicos e de exames complementares (MCKHANN et al., 1984).

Ainda que a doença seja reconhecida por um diagnóstico de exclusão, uma adequada anamnese e a ratificação por meio de familiares acompanhantes bem como a análise do estado mental são possíveis de atingir uma exatidão de diagnóstico de até 90% dos episódios de DA. Ao realizar a análise do seu quadro clínico é fundamental observar as extensas variedades descobertas na exposição

clínica e no aumento dos sintomas conforme o tempo de início de suas manifestações, fatores de risco, comorbidades e assim por diante. Os campos cognitivos e não cognitivos são capazes de serem corrompidos de forma distinta, sendo fundamental identificar as múltiplas maneiras de apresentação clínica e o ritmo de seu avanço. Devido à existência de mais de 60 doenças possíveis de originar uma representação de demência, é indispensável que na sequência da descoberta do diagnóstico, independentemente da possibilidade que haja uma enorme suposição de DA, seja concretizada uma verificação com a finalidade de eliminar a apresentação de outras hipóteses. Assim, a história clínica, é fundamental para obter algumas informações sobre a relação de medicamentos, comorbidades, alimentação, vício em bebidas alcoólicas, doenças sistêmicas e intoxicações (WEINTRAUB, 2009).

Conforme Freitas e outros (2006) para se diagnosticar a doença de Alzheimer primeiramente é necessário identificar os sinais e sintomas que não são específicos da doença sendo caracterizados por: distúrbios do aprendizado, da memória, do cálculo, da linguagem, do julgamento, do pensamento abstrato, compreensão e cognitivo. Sendo necessário não somente apresentar esses sinais como também que os mesmo atrapalhem o indivíduo no seu dia a dia, ou seja, no âmbito familiar, social e profissional.

Quando ocorrem episódios de demência, depois de se suprimir a probabilidade de outras enfermidades que originam sintomas idênticos, compreendendo dificuldades da tireóide, doença vascular encefálica e depressão, é possível desconfiar da doença de Alzheimer (PORTH, 2002).

Assim, acontece o diagnóstico clínico de DA fundamentalmente pela eliminação de outras situações clínicas. Não há nenhum dispositivo bioquímico periférico específicos para a doença (KAUFFMAN, 2001).

O diagnóstico fundamenta-se nos achados clínicos e requer a presença de demência determinada pela investigação clínica e documentada pelos efeitos de testes peculiares, nenhuma perturbação na consciência, princípio entre quarenta e noventa anos de idade, mais comum após os 65 anos, carência de distúrbios sistêmicos ou cerebrais que permitam colaborar para o déficit de memória ou cognitivo (MORRIS, 1997).

O diagnóstico da DA é de eliminação. O rastreamento inicial precisa abarcar avaliação de depressão e exames de laboratório com ênfase especial na função da tireóide e níveis séricos de vitamina B12 (BRASIL, 2008).

Determinar o diagnóstico da DA só pode ser realizado por necropsia (ou biópsia) com a descoberta da quantidade adequada de placas e enovelados em áreas especiais do cérebro, na apresentação de história clínica sólida com demência. (BRASIL, 2008).

2.10 TRATAMENTO DO ALZHEIMER

Conforme Brasil (2008) correspondem aos critérios de inclusão no protocolo de tratamento os pacientes que encaixam em todos os critérios a seguir:

- Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) Criteria for Alzheimer Disease – NINCDS-ADRDA20;
- MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade;
- Escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada);
- TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva: hemograma (anemia, sangramento por plaquetopenia), avaliação bioquímica (dosagem alterada de sódio, potássio, glicose, ureia ou creatinina), avaliação de disfunção tireoidiana (dosagem de TSH), sorologia para lues (VDRL) e nível sérico de vitamina B12.(BRASIL, 2008, [s.p.]).

Ainda de acordo com Brasil (2008), todos os pacientes que oferecerem pelo menos um dos seguintes requisitos serão excluídos do protocolo de tratamento:

- Identificação de incapacidade de adesão ao tratamento;
- Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada (conforme exames do item Critérios de Inclusão);
- Insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca graves; ou
- Hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos. Além dos citados, o uso de galantamina está contraindicado em casos de insuficiência hepática ou renal graves (BRASIL, 2008, [s.p.]).

Desde a admissão do primeiro inibidor da acetilcolinesterase, os fármacos colinérgicos donepezila, galantamina e rivastigmina são considerados os de primeira linha, estando todos eles recomendados para o tratamento da DA leve a moderada (BRASIL, 2010).

Sabe-se que a diminuição da ação da acetilcolina no cérebro está associada com alguns dos sinais e sintomas da DA principalmente os que estão relacionados a área da cognição. Sendo assim alguns dos fármacos que são utilizados no tratamento da DA atuam sobre a acetilcolina, fármacos esses chamados de colinérgicos. Eles agem aumentando a liberação da acetilcolina em algumas áreas do cérebro. Com isso foram realizados muitos testes experimentais relacionados a esses fármacos e o resultado obtido foi não muito eficaz, além da grande quantidade de efeitos colaterais que os mesmos apresentaram. (BRASIL, 2010).

Ainda no que diz respeito aos fármacos usados no tratamento da DA destacam-se a donepezila, rivastigmina e galantamina. A ação desses medicamentos é basicamente impedir a destruição exagerada da acetilcolina, já que a mesma está associada ao bom funcionamento da memória que no caso da DA é a área mais afetada no indivíduo. Para impedir a destruição da acetilcolina esses fármacos atuam bloqueando a enzima responsável por essa degradação, a acetilcolinesterase (BRASIL, 2010).

Conforme Brasil (2010) a DA é uma patologia que gera no indivíduo uma série de alterações cognitivas que comprometem a execução de tarefas comuns do dia a dia. Sendo assim o tratamento da DA é voltado para controlar ou amenizar essas alterações para que o portador possa ter o seu cotidiano normal devolvido. E os fármacos usados no tratamento atuam exatamente nesse sentido controlando esses comprometimentos.

A DA é uma patologia caracterizada por comprometer a função cerebral. Trata-se de uma doença crônica e cuja evolução é progressiva. Ela desencadeia uma série de alterações no organismo, principalmente nas áreas cognitivas que engloba concentração, memória, capacidade de aprendizado, linguagem entre outras. É comum com o avanço da doença o portador perder a capacidade de controlar a emoção e tem também a sua interação social alterada. Por fim o doente já se torna incapaz de realizar tarefas normais do cotidiano, como realizar sua própria higiene, se alimentar se vestir, de fazer suas necessidades fisiológicas sozinho, necessitando constantemente de um cuidador (BRASIL, 2002a).

Nas fases iniciais da enfermidade, o portador apresenta problema em pensar com lucidez, tem uma tendência a empreender distrações e a se embaraçar com

facilidade, além de demonstrar a redução na sua execução prática de tarefas complexas. Verifica-se a inclinação a amnésia de acontecimentos recentes e problema em armazenar novos dados. Com o avanço da enfermidade, o portador começa a apresentar problemas para cumprir as atividades mais comuns, como usar aparelhos domésticos, ou ainda para se arrumar, com sua própria higiene particular e se alimentar-se (LAKS, 1997). Os problemas da memória, linguagem, capacidades visuoespaciais e de domínio emocional são os maiores sinais cognitivos (PENA-CASANOVA; COLS., 1994).

Levando em consideração a obrigação de se definir parâmetros em relação à doença de Alzheimer no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas com esta enfermidade, é possível verificar algumas medidas tomadas pelo poder público nesta direção. O tratamento da DA deve ser multidisciplinar, envolvendo os diversos sinais e sintomas da doença e suas peculiaridades de condutas (BRASIL, 2010.).

Mesmo sabendo que não há cura para DA, o seu descobrimento é marcada por déficit colinérgico que resultou no incremento de tratamentos medicamentosos que suavizam os sintomas e, dessa maneira, no contexto de alguns países em que este problema é extremamente importância, retardam a transferência de idosos para clínicas (HAKE, 2002; DOODY et al., 2001).

O tratamento da Doença de Alzheimer possui dois aspectos: um não particular, por exemplo, de mudanças de comportamento como agitação e agressividade, de temperamento como depressão, que não pode ser tratado somente com medicação, mas igualmente com informação por variados profissionais da saúde. Por sua vez, o tratamento característico é realizado com medicamentos que tem a capacidade de ajustar o desequilíbrio químico no cérebro. Essa terapêutica proporciona melhor resultados no período inicial da doença e o efeito é passageiro, já que a DA permanece avançando. O indivíduo não irá aceitar que não existe cura para a enfermidade e que não será mais ser a mesma (GALVANI, acesso em: 10, abr, 2013).

Apesar do fato de que não há comprovação clínica suficientes para sua sugestão, às avaliações da eficiência do tratamento antidepressivo em pacientes da DA são restringidas. Uma grande parte das informações dessa terapêutica origina a partir da

investigação de episódios individuais e de extrapolações de pesquisas com pacientes geriátricos deprimidos e sem demência (FORLENZA, 2000).

Determinadas reações podem ser espontaneamente confundida com tristeza, causando infelicidade em dias de atividades diárias e diminuir o impulso e a comunicação social, ou expressão facial e diminuição das reações verbais. Na infelicidade, em qualquer situação, essas manifestações são comumente associadas com depressão, o desânimo autodestrutivo e indicações depressivas. A administração da infelicidade nos pacientes com doença de Alzheimer pode prover, por insinuação, mudança significativa na compreensão (FORLENZA, 2000).

A tacrina (Cognex®) foi o primeiro inibidor reversível da acetilcolinesterase a ser usado na terapêutica da DA (inibidor de primeira geração). Entretanto, esse medicamento demonstrou dois tipos fundamentais de toxicidade. Em primeiro lugar, a tacrina mostrou hepatotoxicidade, causando o crescimento das transaminases hepáticas, derivando em hepatite medicamentosa e originando a remoção da medicação em inúmeros pacientes. De fato, mais de 90% dos episódios abrangendo a hepatite medicamentosa na DA aconteceram nas primeiras 12 semanas de tratamento com a tacrina (ALMEIDA, 1997).

2.11 A DOENÇA DE ALZHEIMER NO BRASIL

A doença de Alzheimer (DA) é uma questão de saúde pública, sobretudo, devido à população senescente (APRAHAMIAN et al., 2009). É a fonte mais corriqueira de síndrome demencial representando conformidade na literatura que é responsável por 50 a 60% dos números de demência na população velha (GRATÃO, 2006), sendo acompanhada pela isquemia cerebrovascular, que provoca demência vascular (NITRINI et al., 2005), tanto uma quanto a outra compõem o grupo de demências irreversíveis. Classificada como a terceira doença terminal mais recorrente, posterior à doença cardíaca e do câncer em países desenvolvidas (AIMMINGS; MENDEZ, 2005).

A população do mundo revela considerável crescimento na expectativa de vida e, no Brasil, a quantidade de pessoas idosas aumenta em compasso mais veloz que a quantidade de nascimentos (IBGE, 2010).

Sob outra ótica, Prado e outros (2007) também levantaram dados sobre a prevalência de doença de Alzheimer e identificou que ela cresce de forma considerável com o avançar da idade, Afirma também que a razão de tal prevalência se dá pelo aumento da perda de neurônios e de sinapses que são comuns ao envelhecimento.

Nos últimos 50 anos, a população brasileira aumentou de 70 milhões de pessoas em 1960, para 190,7 milhões em 2010. O crescimento quantitativo de idosos, porém, foi maior ainda (BRASIL, 2011).

Ao se comparar as estimações de incidência atingidos em países desenvolvidos como Estados Unidos da América, o Brasil mostra reduzida incidência para demência, e, portanto para DA (KALARIA et al., 2008).

A incidência “indica o número de casos novos ocorridos em certo período de tempo em uma população específica” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLTRÖM, 2006, p 18), revelando o perigo de uma pessoa se tornar enfermo.

A incidência da enfermidade de Alzheimer nos países desenvolvidos é de cerca de 1,5% em pacientes com cerca de 65 anos e até 30% em pacientes em torno de 80 anos (RITCHIE; LOVESTONE, 2002), revelando como o tempo está relacionado enquanto fator de risco para a doença.

Tabela 2 - Óbitos para ocorrência por ano do óbito segundo região do Brasil

CAUSA - CID-BR-10: . 061 DOENÇA DE ALZHEIMER					
Região	2007	2008	2009	2010	2011
Região Norte	94	129	159	162	212
Região Nordeste	851	1.114	1.191	1.441	1.672
Região Sudeste	4.318	4.768	5.378	6.473	7.078
Região Sul	1.562	1.587	1.858	2.184	2.390
Região Centro-Oeste	355	376	403	581	605
TOTAL	7.180	7.974	8.989	10.841	11.957

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2013)

Conforme a Tabela 2, apresentando os óbitos para ocorrência por ano do óbito segundo a região do Brasil, a Região Sudeste é a que mais apresenta casos da Doença de Alzheimer possuindo o maior registro das regiões brasileiras no período de 2007 a 2011, enquanto que a Região Norte é a que menor apresenta casos da Doença de Alzheimer no mesmo período. Portanto, constata-se que nas as regiões industrializadas apresentam maior incidência de casos.

Tabela 3 - Óbitos p/Ocorrência da Doença de Alzheimer por Ano do Óbito segundo Unidade Federação

Unidade Federação: Espírito Santo					
Unidade da Federação	2007	2008	2009	2010	2011
Espírito Santo	183	222	229	258	350
Total	183	222	229	258	350

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Conforme a Tabela 3, referente às ocorrências de óbitos por ano no Espírito Santo, verifica-se que do ano de 2007 ao ano de 2011, existe um aumento progressivo da Doença de Alzheimer, o que possivelmente está associado à intensificação da industrialização na região.

Já a prevalência, “refere-se ao número de casos (novos e velhos) encontrados em uma população definida em um determinado ponto do tempo” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLTRÖM, 2006, p.53), ou seja, estabelece a quantidade de pacientes de uma doença determinada em uma população, sendo muito favorável para o uso nos sistemas de serviço de saúde.

Ainda que a cura da enfermidade e a reversão do desgaste provocado pela DA não foi seja conhecido, estudiosos procuram o aprimoramento de tratamentos já existentes que tem finalidade a melhora cognitiva e redução de sintomas no comportamento (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLTRÖM, 2006)

2.12 FAMÍLIA E O PACIENTE COM ALZHEIRMER

Nos dias de hoje, é passível de quantificar o aumento do índice de idosos que precisam de tratamento no domicílio e esta atenção abrange familiares, parentes e amigos. O procedimento de acompanhar idosos com a DA gera desgastes emocional, psicológico e financeiro ao cuidador familiar, pelo motivo de a terapêutica empregada e de o enfermo reduzir pouco a pouco seus papéis cognitivos e avançar para situações de total dependência (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). Esse contexto requer reorganização da vida dos componentes familiares para ser viável coexistirem com as consequências ocasionadas pela enfermidade, circunstâncias que acarretam à considerável influência na qualidade de vida dos indivíduos (CALDAS, 1995).

Ainda que o cuidador familiar possua relevância fundamental no Brasil, já que as práticas do Estado são escassas na esfera da saúde pública a maior parte do contingente de cuidadores familiares ainda não tem os conhecimentos e a base exigida à assistência e esta ocorrência representa fator de risco para sua deterioração física, emocional e social (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2003).

Um ponto importante destacado em estudos foi em relação ao levantamento que fizeram sobre os estudos relacionados a família como cuidadora de doentes portadores do Alzheimer. Neste estudo ficou evidente que a família que cuida dos portadores da doença de Alzheimer sofrem uma série de comprometimentos físicos, social e emocional, pois se trata de um processo prolongado que requer uma dedicação contínua o que acaba desgastando-o, já que o mesmo também possui uma rotina cotidiana que envolve trabalhos e o cuidado do restante da família (SENA; GONÇALVES, 2008).

Netto (2005) descreve que os maiores problemas que os familiares dos portadores da doença passam são do cotidiano, emocionais e econômicos. Relata também que é muito comum surgirem sentimentos como raiva, culpa, medo, ansiedade e depressão

Conforme com Pelzer e Fernandes (1997), a DA pode ser reconhecida enquanto uma enfermidade familiar devido ao seu aspecto de transformar intensamente a rotina das famílias. Em pesquisa realizada pelas autoras com duas famílias que tinham parentes com alta dependência por causa da doença, foi visto que eles foram submetidos a uma permanente carga de tensão e as mesmas estavam sujeitas a uma constante carga de tensão que as deixava cansadas, consumidas física e emocionalmente, simultaneamente em que se demonstravam desorganizadas financeiramente.

Smeltzer e Bare, (2005) afirmam que a carga emocional depositada em cima da família de um portador da DA é grande. A saúde física do paciente apresenta-se com frequência, em perfeito estado, e a degeneração mental é gradativa. Como o diagnóstico não é característico, a família pode aumentar a expectativa de que o diagnóstico seja equivocado e que o indivíduo irá retornar a um estado saudável caso ela se aplique mais. A violência e a resistência demonstradas pelo portador são, em geral, mal compreendidas pelo cuidador ou pela família, que possui

sentimentos de frustração, não reconhecida e enraivecida. As emoções de culpa, o nervosismo e a inquietação colaboram para o cansaço e a depressão do cuidador e para a disfunção familiar.

2.13 CUIDADOR FAMILIAR

No Brasil, a quantidade de idosos com demência tem aumentado velozmente, porém existe deficiência de informações empírica acerca do choque em cuidadores informais (GARRIDO; MENEZES, 2004).

Mas para que o cuidado seja prestado de forma eficaz para o idoso com Alzheimer é necessário que primeiramente quem irá instruir a família, ou seja, os enfermeiros obtenham conhecimentos necessários sobre as reais necessidades do portador da doença, sobre quais cuidados eles realmente necessitam, quais são as suas limitações e suas inseguranças. Assim afirma Caldas (1995).

No país, devido a motivos essencialmente culturais, a função da mulher cuidadora ainda é uma imputação aguardada pela sociedade, por ser ela o fundamental agente social na esfera da assistência individual imprescindível às práticas de vida diária dos idosos com portadores da moléstia do Alzheimer (CALDAS, 1995).

Com isso Arruda, Alvarez e Gonçalves (2008), completa dizendo que o papel da família é de extrema importância na vida do portador da doença. Porém essa família também necessita de um suporte emocional, de apoio e também de instrução sobre a melhor maneira de lidar com o avançar da doença. Entra aí então o papel da enfermagem, visando ajudar tanto o portador quanto a família do mesmo.

Angelo (2000) reconhece à necessidade da parte do cuidador no caso a família desse indivíduo de se obter informações para que ao auxiliar esse portador de Alzheimer nas suas tarefas do dia a dia, ele obtenha êxito. Para isso é necessário saber um pouco mais sobre a doença, sobre os seus estágios, sinais e sintomas, sendo assim mais uma vez a enfermagem pode estar atuando neste momento.

Luzardo, Gorini e Silva (2006) também confirmam que o indivíduo portador da doença de Alzheimer torna-se completamente dependente de outra pessoa, já que a mesma compromete o seu lado social, físico e mental. Confirmando o que foi dito

anteriormente, ele ressalta que se esse doente for cuidado no seu âmbito familiar ele irá mudar todo o dia a dia da família,

Através de um estudo pode-se levantar o perfil dos cuidadores dos doentes portadores da doença de Alzheimer. O estudo foi desenvolvido por Garrido e Menezes (2004), e obteve-se como resultado do estudo que os principais cuidadores são mulheres sendo elas filhas ou esposas, tendo como idade 51,3 anos sem vínculo empregatício ou responsável somente pelos afazeres domésticos. Ainda sobre este estudo, foi relatado pelos cuidadores entrevistados que os pacientes somente pediam auxílio em caso de extrema necessidade.

Zirmeman (2000) afirma que devido à falta de conhecimento dos familiares, quando o paciente é diagnosticado com a doença de Alzheimer, os mesmos se sentem encabulados pelo fato de terem um portador de demência em seu âmbito familiar. Relata também que há um medo do mesmo se repetir com os demais.

A figura do cuidador é uma considerável fonte de ajuda para o combate a dependência estabelecida pela demência, dessa forma, o estímulo e concretização de parcerias entre cuidadores familiares e profissionais de saúde pode reduzir os problemas pelos quais passa a família (ZIRMEMAN, 2000).

Os familiares que recebem cuidados demonstram modificações de humor e possuem, em alguns casos, comportamentos imprevistos, agressivos, lançando artefatos, golpeando o cuidador, falando em alto tom ou xingando (LUZADO; WALDMAN, 2004).

Oferecer cuidados a idosos debilitados pode ser apreendido pela grande maioria dos indivíduos como o desempenho de uma função normativa da família em um específico momento de seu andamento de vida, conforme seus modelos culturais e historicidade. Porém, oferecer cuidados contínuos ao idoso portador ocasiona distintas necessidades aos cuidadores revelando uma carga extraordinária que necessita ser dividida com os demais familiares (LUZADO; WALDMAN, 2004).

Cuidadores que possuem capacidade de oferecer comportamentos positivos diante o estresse crônico, como a conservação de uma rede social ativa, demonstram proporcionar particularidades de personalidade, como boa autoestima e capacidade de superação, que os deixam aptos a ter atitudes motivadoras, mesmo considerando seu cotidiano de cuidados (BARLADIN, 2007).

Ainda que exista bastante literatura internacional solidificada acerca do assunto, existe a compreensão de que os procedimentos psicológicos e psicossociais relacionados na atitude de cuidar modificam conforme a situação cultural e social das pessoas abarcadas nessa função (BARLADIN, 2007).

A principal organização não governamental centrado particularmente sobre a Doença de Alzheimer no Brasil é a ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer e Idosos de Alta Dependência, fundada em 1993, atuando na grande maioria dos estados e busca ajudar as famílias e pacientes. Em muitos países desenvolvidos, por exemplo, a Grã-Bretanha, Escócia e Suécia, como outros, existe uma pratica de estabelecimentos voluntários que fornecem ajuda aos idosos, incorporando aqueles que experimentam a demências (CLAVEIROLE; MITCHELL; WHITE, 2001).

Na Escócia foi criada em 1997 (CLAVEIROLE; MITCHELL; WHITE, 2001), um sistema de organizações de enfermagem concentrada na família, que significa defender a utilização de praticas de enfermagem na família, tanto na pratica quanto em exame e na formação.

Com o acelerado processo de envelhecimento da população e o crescimento gradual da difusão da DA (NITRINI, 1999), a sociedade brasileira vai exigir dos profissionais de saúde que ajudam os idosos com deficiências cognitivos e desordens comportamentais tanto no cenário domestico, institucional e de grupo, que tem capacidade de fornecer ajuda para as seus correspondentes cuidadores do portador.

Ao associar-se o cuidado ao idoso portador que ainda permanece na residência ou que nos últimos períodos veio de uma estadia no hospital e que pode estar em situação de internação domiciliar, o profissional de saúde é confrontado com o familiar que aceitou para si a atividade de cumprir o papel de familiar cuidador. Ao perceber um olhar particular para esta situação identifica-se a complicação e particularidade do acolhimento domiciliário, que incide sobre um cuidador único na família, percebido enquanto cuidador leigo, informal ou amador (NITRINI, 1999).

No complexo sistema da DA, familiares cuidadores podem ser considerados enquanto co-clientes, assim como co-trabalhadores. Enquanto co-clientes, exigem consideração por parte do profissional, cuidado e apoio profissional, já que estão à mercê de um expressivo estresse tanto psicológico quanto físico, possuindo sua

satisfação pessoal completamente modificada. Enquanto co-trabalhadores, exigem apoio profissional para trazer escolhas cruciais que serão necessárias no decorrer do percurso da DA; uma cooperação terapêutica com os profissionais; compartilhamento nas escolhas técnicas, possibilitando, portanto, uma prática gerontológica humanizada (BANKS, 1999).

Uma investigação aos estudos da literatura internacional (BANKS, 1999), revelam um aumento sobre a atenção nos últimos anos à interação entre profissionais e familiares cuidadores, com uma quantidade crescente de exemplos para a prática.

Hasselkus (1994), por exemplo, aponta que nas fases críticas da doença, o especialista adote a direção e conforme a alta hospitalar se atinja, os cuidadores se venham a se tornar mais envolvidos na atenção, ganhando confiança e conhecimento. Dessa forma, a função do profissional ao término pode precisa ser modificada para facilitador e capacitador.

Conforme Anderson (1998), cuidar de um idoso portador de DA pode ser uma das atividades mais desafiadoras para a família, que é motivo pelo qual o cuidador precisa não só de conhecimentos acerca da doença e seus sinais, mas, ainda mais importante, que suas restrições e inseguranças sejam aceitas e valorizadas pelo conjunto dos profissionais de saúde.

Assim, os estabelecimentos de saúde, através de seus especialistas, poderiam muito bem tentar compreender quais são as necessidades da família do cuidador, pois ele é quem vai ser responsável pela atenção ao doente em casa e deve ser apoiada para que seja possível habitar uma condição de vida mais calma, para assegurar a dignidade da pessoa doente.

Para Moraes (2008), cuidar de idosos corresponde a entender e aceitar de forma individual e coletiva o envelhecimento como uma coisa inerente ao processo existencial.

Nesse sentido, o cuidador de idosos dependentes necessita possuir uma orientação específica em relação a proceder nas circunstâncias mais difíceis. A equipe precisa estar cautelosa às suas condições, procurando ajudá-lo a superar as situações decorrentes do cuidar, e perceber quando ele demonstra situações de cansaço, desânimo e fadiga (RAMOS; TONIOLO; NETO, 2005).

Conforme Silva e Neri (2000), a atenção originada de redes informais de contribuição formada por filhos, por demais parentes e por amigos consistem na mais relevante fonte de atenção ao idoso.

Ainda de acordo com Silva e Neri (2000) no que se refere às necessidades sobre os cuidadores de idosos no mais alto grau de dependência abrangem o surgimento de depressão e de baixo contentamento, demonstradas por sentimento de frustração, podendo comprometer o bem estar dessas pessoas.

Para Neri (2000) existe a necessidade de se apontar duas classes de cuidadores: o primário, que possui o encargo total pelo cuidado, e o secundário, que não possui a responsabilidade total. O primeiro ficaria encarregado dos cuidados diretamente realizados dentro do domicílio, e ao cuidador secundário ficariam destinadas as atividades como conduzir, adequar às atividades sociais e recreativas, resguardar, responsabilizando-se pelas questões legais e burocráticas do indivíduo doente, assim como proporcionar suporte afetivo e apoio espiritual.

Para Reichmaann e Affonso (2004) o estágio final da DA, o paciente não distingue a si mesmo, os membros do seu corpo ou outros componentes da família. Ele permanece doente e sua atividade compreende em curtos movimentos sem objetivo. Percebe-se a ausência da comunicação verbal, ainda que ele possa gritar espontaneamente, bem como dificuldades de mobilidade, pôr incluir úlceras de pressão, infecções urinárias, pneumonia e contraturas. Ainda de acordo com o referido autor, a DA não compromete apenas o paciente, ela alcança toda a família. A enorme sobrecarga é recai sobre o familiar/cuidador direto. O estresse pessoal e emocional do cuidador é grande, e este cuidador precisa sustentar sua integridade física e emocional para delinear formas de coexistir com a doença sem se embarçar. Compreender as próprias emoções e aceitá-las, enquanto um procedimento normal de desenvolvimento psicológico é possível que seja o passo inicial para conservação de uma boa qualidade de vida. A culpa é muito recorrente no familiar/cuidador, seja pelo comportamento do paciente seja pela condição econômico-social, muitas vezes problemática, já que a família possui a impressão de fraqueza em relação aos sinais e sintomas demonstrados pelo portador. É relevante procurar auxílio por meio de diálogos com familiares de outros portadores, por meio de pessoas da mesma família ou com profissionais especializados (REICHMANN; AFFONSO, 2004).

Concordando com Brucki e Abrisqueta (2001) é problemático para o portador e seus familiares receber um diagnóstico de descoberta decisiva de DA, já que existe falta de determinação sobre o que vira posteriormente, particularmente porque esta é uma doença que progride e o seu tratamento é paliativo. Dessa forma, não há apenas uma resposta a este cenário que oscila conforme com os diversos atributos do indivíduo e da família influenciada, além da grande carga de trabalho e sobrecarga emocional que fazem com se produza no ambiente familiar intensos conflitos e problemas.

Brucki e Abrisqueta (2001) afirmam que os parentes têm melhor conhecimento da doença e seu provável avanço, diferentes recursos e técnicas podem ser usadas com eficácia. É indispensável que os familiares percebam que há continuamente algo para fazer, muitas vezes é viável aumentar a satisfação pessoal dos portadores e suas famílias. Existem doenças graves, ainda não existem pacientes "intratáveis".

Luzardo e Waldman (2004) mostram que o familiar responsável por praticar os cuidados em casa precisaria ganhar atenção específica dos profissionais de saúde, uma vez que, a maior parte do tempo, ignoram os comportamentos recomendados diante das reações causadas pela enfermidade e as requisições de cuidar do idoso portador.

De acordo com Pavarini e outros (2008), a exigência de uma ajuda com os exercícios do dia-a-dia da vida é resultado da confusão tempo-espço, associada às modificações de memória recente e transformações comportamentais, sendo as condições vitais para ter conhecimento sobre como gerir a demência, a fornecer segurança e afeto, reduzindo as pressões que podem acontecer.

Alvarez (2001) indica que limpeza das roupas parece ser uma inquietação recorrente da figura do cuidador. Ao longo dessas linhas, algumas famílias reduzem os gastos buscando investir com muita dificuldade na obtenção de uma máquina de lavar roupas tendo em mente diminuir o desgaste físico e economizar tempo.

Segundo Santana, Almeida e Savoldi (2009), o dever, a dedicação e a doação são partes presentes na vida desses guardiões, mesmo com um número tão grande de desafios tem o consolo de perceber que estão colocados diante de uma maturidade honrosa para estes idosos que inclui carinho, consideração, segurança e calor.

Reichmaann e Affonso (2004) afirmam que o doente é acometido por esquecimento, sobretudo de acontecimentos presentes. Ele perde constantemente componentes de sua utilização diária, por exemplo, os pertences. Reconhecendo a diminuição da capacidade funcional, ele é capaz de contrabalançar consentindo de não realizar as atividades que poderiam deflagrar sua amnésia. Tais atitudes não são destrutivas e são possíveis de ser imputadas ao estresse, ao cansaço e ao envelhecimento normal, o portador normalmente não realiza uma avaliação médica nessa fase.

De acordo com Reichmaann e Affonso (2004) o portador de DA possui gradativamente mais problemas para realizar ações que precisam de idealização, decidir sobre situações e inteligência, como, por exemplo, gerir as economias pessoais, conduzir automóvel e atuar em suas tarefas. Porém, o paciente ainda preserva as capacidades indispensáveis ao cotidiano, como tomar conta da sua aparência pessoal. O isolamento social acontece na medida em que ele se percebe oprimido por uma situação em mudança e impossibilitado de sofrer com distintas provocações. Conforme identifica sua lesão funcional gradual, o enfermo é capaz de tornar-se intensamente deprimido.

A confiança torna-se uma inquietação na medida em que o doente se lembra de desligar eletrodomésticos ou não identifica circunstâncias de ameaça, por exemplo, como uma chaleira com água fervente. Neste caso, a família ou o cuidador precisa levar em conta a inserção do enfermo em uma instituição como centro-dia ou serviço doméstico supervisionado. (REICHMAANN; AFFONSO, 2004)

O doente diminui a habilidade de praticar as tarefas do dia a dia, por exemplo, se alimentar ou fazer sua higiene, sem orientação imediata. É possível que ele emagreça. O paciente distancia-se da família e torna-se gradualmente mais subordinado ao cuidador principal. A comunicação fica mais problemática conforme reduz seu entendimento das linguagens oral e escrita. Inquietação, peregrinação, e acordar durante a noite estão associados com a perda da capacidade de lidar com um recinto com distintos estímulos sensoriais (REICHMAANN; AFFONSO, 2004). Ainda segundo o autor, o doente é capaz de confundir seu reflexo no espelho como se fosse um indivíduo de verdade. Os cuidadores precisam estar alertas a todo instante e isso é capaz de induzir ao esgotamento físico e emocional. Também os cuidadores podem desenvolver sentimentos de ira e perda de controle.

Reichmaann e Affonso (2004) apontam que na fase final do distúrbio, o doente não identifica a si mesmo, as membros do seu corpo ou outros componentes da família. Ele torna-se acamado e sua circulação se reduz a pequenos movimentos sem finalidade. A comunicação verbal torna-se ausente ainda que ele seja capaz de gritar prontamente. As dificuldades de movimentar, pôr desenvolver ulcerações de pressão, infecções urinárias, pneumonia e contraturas.

2.14 AÇÕES DO ENFERMEIRO AO PORTADOR DE ALZHEIMER

O papel do enfermeiro é orientar o processo de produção da enfermagem por meio da estruturação, premeditação, coordenação, desempenho e análise das práticas de atenção de enfermagem. Ele solitariamente é uma rede de processamento sendo possível oferecer acompanhamentos assistenciais, gerenciais, investigativas, formativo e informativas (SILVA; ERDMAN; CARDOSO, 2006).

No meio hospitalar, uma das fundamentais imputações da assistência de enfermagem é oferecer cuidados para que a determinação médica e terapêutica seja adotada. A assistência de enfermagem tem a função de vigiar a atuação do grupo de auxiliares; oferecer auxílios aos enfermos antes, no decorrer e após os processos e exames; providenciar medicamentos; solicitar médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas na medida em que aparece a precisão. Muitas vezes ela repousa o doente e seus familiares, porém, de uma maneira geral, a terapêutica, os cuidados, o banho, o remédio e a nutrição praticada pelos enfermeiros são causados pelos princípios e julgamentos do hospital (SMELTZER; BARE, 2005).

É relevante ainda mencionar que é dever dos profissionais de saúde transmitir aos familiares e cuidadores informações e explicações fundamentadas em sua capacidade técnica, sem reduzir a ternura, os quais permitam diminuir o temor de ser um cuidador, bem como, desenvolver o ligamento do enfermo com sua família. Tal comportamento acarretará auxílio e alívio para aquele que receberá apoio, já que se perceberá protegido e, quanto mais elevado for o nível de empatia, mais perfeito será o retorno de um doente com implicações neurológicas. O cuidador é o apoio do idoso e, dessa forma, seu bem-estar e sua calma estão sujeitas a

compreensão que o cuidador lhe comunica. (CALDAS, 1995; SMELTZER; BARE, 2005).

O enfermeiro no momento em que realiza a avaliação clínica precisa estar atendo a alguns pontos importantes no paciente idoso que seriam as disfunções normais que ocorrem com o avançar da idade, as patologias ao quais esses pacientes estão submetidos além da questão genética que cada indivíduo possui. Outro aspecto importante que também deve ser levado em consideração é que se tratando de idoso muitas vezes o enfermeiro deverá também saber lidar com o cuidador desse paciente que no caso do idoso é muito comum. (STEVENSON; GONÇALVES; ÁLVARES, 1997).

Se tratando de cuidador Mendes (1998) diferencia o cuidador principal do secundário. Ele estabelece como cuidador primário aquele que desenvolve os principais cuidados com o idoso. Já o cuidador secundário seriam os indivíduos responsáveis por estarem complementando esses cuidados.

Carroll e Brue (1991) fazem uma afirmação muito interessante a respeito da assistência de enfermagem a pacientes idosos. Eles afirmam que para uma assistência eficaz é necessário que o enfermeiro tenha além de habilidades clínicas, saiba se relacionar e acima de tudo tenha amor e respeito pelos idosos.

Um ponto importante que deve ser levado em consideração pelo enfermeiro e que é ponto que gera muitas queixas pelos familiares e próprios idosos é o fato da função cognitiva com o envelhecimento diminuir. Assim descreve Freitas e outros (2006), acrescentando ainda que o enfermeiro deve avaliar essas queixas e sintomas de forma mais aprofundada, para que assim possa dar um diagnóstico mais preciso em relação a saúde mental deste indivíduo, para que assim o mesmo possa ser tratado da forma correta de acordo com a sua real situação.

Conforme Nettina (2001), a assistência de enfermagem, na ação de cuidar do idoso enfermo e dependente de capacidades interativas para a edificação da boa interação entre paciente, família e prestadores de cuidados, emprega-se formas de se expressar claras ao propiciar instruções efetivas ao paciente, à família e os prestadores de cuidados e dividir informações com o grupo de cuidadores domiciliares, possuindo ainda aptidão cultural apropriada e sensível para direcionar, explicar e comunicar informações sobre valores e crenças acerca da doença/saúde,

alimentação e técnicas de saúde alternativas que alterem para melhor o estilo de vida. Portanto, deve analisar seus conhecimentos, crenças e estimações a respeito desses julgamentos antes de se aplicar-se ao atendimento (cuidado) à pessoa idosa portadora de demência do tipo Alzheimer.

A assistência de enfermagem precisa agir promovendo o autocuidado, o individualismo, a atenção a partir dos primeiros efeitos de que cada idoso demonstra níveis distintos de dependência, diferenciando dessa maneira a forma de assistência. A atuação é realizado em equipe direcionando o paciente, a família e a equipe de saúde (DIOGO; DUARTE, 2006).

Segundo Caldas (2006, p. 117), o cuidado primário em saúde é "predominantemente e basicamente o autocuidado". A assistência de enfermagem precisa definir um relacionamento concreto, aberto e de forma auxiliar com o paciente na tomada de decisões para compartilhar o cuidado. A aspiração ou o desejo de participar, de acordar ou de abdicar da tomada de decisões é um problema de preferência individual. O paciente precisa ser respeitado e ter liberdade de decisão. De outra maneira, o profissional de enfermagem necessita de estimular a alteração de comportamento e hábito para comportamentos de vida saudável, sugerindo como objetivo a adesão ao plano terapêutico. É indispensável analisar o grau de funcionamento fisiológico e psicológico, a habilidade do paciente no que se refere à percepção de sua enfermidade, os impedimentos, os recursos de que se possui e as reações e modificáveis que bloqueiam o seguimento de comportamentos particulares e hábitos saudáveis (CALDAS, 2006).

Assim, a assistência de enfermagem necessita estar suscetível para promover atitudes efetivas e relevantes de atenção à saúde do idoso, dentre as quais aceitar suas limitações sem julgá-lo e constituir um relacionamento seguro, amável e humanizado, fundado na confiança, no respeito mútuo e na empatia (DIOGO; DUARTE, 2006). A enfermagem poderá promover a função cognitiva, gerando a segurança física, diminuindo a ansiedade e inquietação, aprimorando a comunicação, estimulando a autonomia nas práticas de autocuidado, atendendo a necessidade de socialização e familiaridades, estimulando a nutrição apropriada, e originando a atividade e o repouso desejados.

Dessa maneira, a assistência de enfermagem, com o saber característico e treinamento de habilidades adequadas na esfera da saúde do idoso, será capaz de prover tal auxílio aos enfermos portadores de demência do tipo Alzheimer, que, assim, estarão aptos a conservar níveis mais altos da saúde compreendida e real (SMELTZER; BARE, 2005).

No entendimento de Smeltzer e Bare (2005), para minimizar a ansiedade e a inquietação ainda que existam consideráveis danos cognitivos, sucederão ocasiões em que o paciente estará consciente de que suas habilidades estão reduzindo aceleradamente. O paciente necessita de permanente apoio emocional, o que avigorará uma auto-imagem positiva. Quando as lesões que impossibilitam as habilidades surgem, as metas são acertadas para se amoldarem ao decaimento da habilidade do paciente.

O ambiente precisa ser disposto de maneira simples, familiar e livre de barulhos. A agitação e a confusão podem angustiar, iniciando um estado agressivo e inquieto, denominado como reação catastrófica (reação exagerada à estimulação excessiva). No decorrer de tal reação, o paciente reage fazendo gritaria, chorando ou ficando agressivo (agressão física ou verbal). Esta é a forma de manifestar sua inabilidade de suportar o ambiente. Na medida em que isso acontece, é relevante continuar calmo e paciente. Atividades como ouvir música, acariciar, dançar ou distrair são capazes de tranquilizar o paciente. Com constância, o paciente não se lembra o que iniciou a reação. Também é grande valia estruturar as atividades (SMELTZER; BARE, 2005).

Uma pesquisa brasileira que teve como finalidade pensar acerca da execução cumprimento gerencial do enfermeiro no decorrer de três décadas identificou a prevalência de exercícios administrativos e burocráticos (NASCIMENTO; STIPP, 2002). As relações hierárquicas são rigorosas e a capacidade de escolha é centrada no enfermeiro.

Em relação ao papel da enfermagem na assistência ao portador de Alzheimer, o cuidado é o se preocupar com o outro, é zelar dar atenção. Relacionando para o contexto da enfermagem, o cuidado pode ser entendido como o ato de proteger, cuidar, ajudar o outro seja na doença, na existência e no autoconhecimento (WALDOW; LOPES; MEYER, 1998).

Tabela 4 – Intervenções do enfermeiro junto ao portador de Alzheimer

			Continua
Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados de Enfermagem (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Resultados de Enfermagem (NOC)
<p>Memória prejudicada, relacionada a distúrbios neurológicos. Caracterizado por experiências de esquecimento, incapacidade de recordar eventos, incapacidade de reter novas informações.</p> <p>Confusão crônica caracterizada por evidência clínica de prejuízo orgânico. Relacionado por doença de Alzheimer.</p>	<p>Concentração:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soletra mundo de trás pra frente(1) • Manter atenção(3) <p>Memória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relembrar com precisão informações imediatas(2) 	<p>Treinamento da memória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a memória através da repetição, do último pensamento que o paciente expressou quando adequado; • Dar uma orientação simples de cada vez; • Orientar a realização de jogos que estimulem a memória. 	<p>(3)</p> <p>(5)</p> <p>(3)</p>
	<p>Concentração:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soletra mundo de trás pra frente(1) • Manter atenção(3) <p>Memória:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relembrar com precisão informações imediatas(2) <p>Orientação cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica local atual (3) • Identifica o ano correto (2) • Identifica o mês correto (2) 	<p>Controle da demência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir familiares no planejamento, na prestação e avaliação dos cuidados; • Determinar a história física, social e psicológica do cliente, seus hábitos comuns e rotinas. • Determinar o tipo e a extensão do déficit cognitivo, usando um instrumento padronizado; • Dar um orientação de cada vez; 	<p>(3)</p> <p>(5)</p> <p>(3)</p> <p>(5)</p> <p>(4)</p> <p>(4)</p>
	<p>Aceitação do estado de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca de informação(2) • Reconhecimento da realidade da situação da saúde (3) • Controle da ansiedade (2) • Busca de informações para reduzir a ansiedade(3) • Mantêm relações sociais (3) 	<p>Redução da ansiedade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer informações factuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico; • Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que provavelmente o paciente terá durante e após o procedimento; • Usar períodos de silêncio para demonstrar interesse, conforme apropriado; • Transmitir reconhecimento das realizações durante a relação. 	<p>(3)</p> <p>(5)</p> <p>(4)</p> <p>(5)</p> <p>(4)</p>
<p>Negação ineficaz relacionada à ansiedade, ameaça da realidade desagradável e ao medo de perda da autonomia, caracterizado por ser incapaz de admitir o impacto da doença no padrão de vida, minimizar os sintomas, admitir medo de invalidez e recusa assistência à saúde em detrimento da mesma.</p>			<p>(4)</p>

Fonte: Plano de cuidados de enfermagem. EASIC/ UFF. Niterói/ RJ Brasil (2005)

Tabela 5 - – Intervenções do enfermeiro junto ao portador de Alzheimer

Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)	Resultados de Enfermagem (NOC)	Intervenções de Enfermagem (NIC)	Continuação Resultados de Enfermagem (NOC)
Risco de quedas, relacionado à ambiente com móveis e objetos em excesso, presença de tapetes espalhados pelo chão, ausência de material antiderrapante no box do chuveiro, dificuldades na marcha, dificuldades visuais, estado mental rebaixado.	Conhecimento: Prevenção de quedas <ul style="list-style-type: none"> • Descrição do uso de tapete antiderrapante (1) • Comportamento de prevenção de quedas • Uso de recursos de correção da visão (1); • Remoção de tapetes (3) 	Prevenção de quedas: <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o jeito de andar, o nível de equilíbrio e da fadiga com a deambulação; • Colocar itens pessoais do alcance do paciente; • Usar as laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas, conforme a necessidade; • Evitar aglomerado de objetos no chão; <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar superfície antiderrapante no chuveiro. 	5) (5) (5)

Fonte: Plano de cuidados de enfermagem. EASIC/ UFF. Niterói/ RJ Brasil (2005).

Abordando a mesma questão Boff (1999), afirma que cuidar é mais que um ato, portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Correspondem a uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

Avaliando as etapas do Alzheimer e sabendo que é uma doença sem cura, torna-se claro que esse indivíduo se torna completamente dependente de outra pessoa. Isso fica claro também quando se verifica que indivíduos na fase tardia da doença têm suas atividades diárias comprometidas e acabam ficando restritos ao leito e não conseguem mais se comunicar (KANDEL; SCHWARTZ; JESSEL, 2003).

Conforme Araújo e outros (2004) a forma como o enfermeiro irá traçar estratégias de cuidados e até mesmo prestar os cuidados ao portador da DA deverá ir de acordo com o grau de avanço da doença, já que cada estágio necessita de cuidados diferenciados. De acordo com Chaves e outros (2007) o cuidado ao portador de DA deve ser prestado de acordo com as fases da doença então ela divide a doença em fase inicial, fase moderada e fase avançada. Segundo ela na fase inicial o sinal e sintoma mais característico é a diminuição da memória de curto prazo. Essa perda de memória pode acarretar em desorientação do portador da DA em lugares que para ele antes era conhecido. Nesse caso a primeira ação que o enfermeiro deverá

desempenhar é estabelecer o primeiro contato tanto com a família quanto com o paciente. Esse primeiro contato é importante, pois é onde o enfermeiro fará todas as orientações necessárias para promover a segurança do paciente. Neste caso seriam as ações do enfermeiro:

- Orientar para que este paciente não saia de casa sozinha nunca, já que o mesmo pode ter uma perda de memória e não saber retornar.
- A disposição dos móveis no domicílio devem permanecer da mesma forma, para que não desencadeie mais desorientação ao paciente.
- Proporcionar o esclarecimento de dúvidas, estimulando assim o conforto da família e também a aceitação da mesma, além de diminuir ansiedades e medos que são comuns no início da doença quando não se tem as informações necessárias.
- Promover o diálogo com o próprio paciente, estimulando o mesmo a aceitar a patologia.
- Orientar a família a ser sempre afetuosa com o paciente proporcionando um ambiente calmo e tranquilo para o mesmo.
- Estimular a família a proporcionar o apoio emocional que o paciente necessita.

Ainda nesta fase inicial outros sinais e sintomas são observados como fadiga, déficit de atenção e concentração e letargia (CHAVES; SILVA, 2007). Sendo assim as ações do enfermeiro neste caso seriam:

- Estimular a prática de atividade física para manter sua independência na medida do possível e a sua mobilidade física.
- Avaliar funções neurológicas e também o estado emocional do paciente afim de detectar progressos da doença.

Ainda nesta fase Chaves e outros (2007) relata que o isolamento e a retração do paciente podem ocorrer e a família deverá ser responsável por evitar que isto ocorra. O papel do enfermeiro neste caso seria:

- Encaminhas e orientar a família quanto a importância da terapia ocupacional para prevenção desse isolamento.
- Estimular a família a incluir o paciente nas rotinas diárias da casa, proporcionando ao mesmo um pouco de autonomia e fazendo com que ele se sinta importante.

Ao entrar na fase moderada citada por Chaves e outros (2007) a perda de memória se torna mais frequente e intensa. Nesta fase é comum o portador da DA não reconhecer pessoas próximas. Neste estágio é importante que o enfermeiro esteja orientando a família quanto a forma de lidar com esse novo sintoma que gera desconforto tanto pro paciente quanto para a própria família. As ações do enfermeiro para este caso seriam então:

- Instruir a família e também o próprio profissional deverá utilizar de uma linguagem simples e fácil ao se comunicar com o portador de DA.
- Pedir a família que evite questioná-lo em relação ao esquecimento e até mesmo sobre a sua doença.
- Colocar um cartão no bolso do portador de DA com informações como nome completo, endereço, telefone, plano de saúde é muito importante nesta fase.

Outra característica importante desta fase segundo Chaves e outros (2007) é dificuldade de desempenhar tarefas básicas do dia a dia como vestir-se, realizar a higiene corporal e oral sozinho e fazer as necessidades fisiológicas no local correto. Mais uma vez o enfermeiro tem papel importante sendo necessário desempenhar as seguintes ações:

- Permitir que o paciente escolha a vestimenta que ele deseja usar estimulando-o a realizar esse processo sozinho, porém estando ali para auxiliá-lo.
- Possibilitar na medida do possível que o paciente realize a sua higiene corporal sozinho, interceder somente quando o grau de dependência for grande o horário de preferência do paciente deverá ser respeitado se houver.
- Realizar higiene oral 3 vezes ao dia, em casos de próteses a mesma deverá ser retirada e higienizada não esquecer da cavidade oral.
- Pedir que a família providencie se possível tapetes emborrachados para o banheiro para evitar quedas.
- Manter portas e janelas fechadas preservando o paciente.
- Auxiliar o paciente a higienizar-se após as necessidades fisiológicas se necessário.

Chaves e outros (2007) apontam também como característica comum a essa fase a agressividade e alucinações e delírios. Outra característica comum são os comportamentos inadequados em certos lugares. Sendo assim as ações seriam:

- Comunicar-se de forma calma com o paciente e orientar a família que faça o mesmo, diminuindo assim a possibilidade de despertar a agressividade do paciente.
- Evitar programas de televisão violentos.
- Realizar as consultas de enfermagem em um ambiente calmo, tranquilo podendo utilizar até de música que tranquilizem o paciente.
- Orientar os familiares que esses sintomas são comuns para que eles tenham calma ao lidar com essa situação.
- Retirar o paciente com calma e tranquilidade do local em casos de comportamento inapropriado, sempre conversando com o mesmo.

A família é na maioria das vezes quem assume o papel de cuidador desse portador de DA, sendo na maioria das vezes mulheres (BORN, 2008). Nesses casos Chaves e outros (2007), coloca como ação do enfermeiro:

- O cuidador deverá tentar integrar todas a família no cuidado desse portador evitando a sobrecarga do mesmo.

A nutrição e o padrão do sono do portador de DA neste estágio fica também comprometida ele pode não se lembrar que precisa se alimentar e desgostar também de alimentos indispensáveis para a sua saúde dando preferência a alimentos como doces. Quanto ao sono o paciente poderá apresentar insônias no período da noite por apresentar muita sonolência no período da manhã. Assim afirma Chaves e outros (2007), sendo necessária então a intervenção do enfermeiro junto ao nutricionista.

- Implantar uma rotina de alimentação com horários.
- Auxiliar nas refeições quando o grau de dependência for maior.
- Cortar bem os alimentos prevenindo engasgos.
- Avaliar alterações gástricas como diarreia, vômitos.
- Manter o paciente alerta e acordado no período da manhã para que o mesmo tenha uma noite tranquila.

-Evitar a ingestão de líquidos no período da noite evitando assim que o paciente acorde várias vezes para ir ao banheiro.

Por fim na fase avançada relatada por Chaves e outros (2007) ocorrem alterações como perda severa da memória onde o portador já não reconhece seus familiares, tarefas do dia- a dia já não são executadas com facilidade como vestir-se, realizar higiene corporal e oral, não consegue se comunicar de forma clara só fala algumas palavras, não consegue deambular nem manter-se sentado, a deglutição fica prejudicada e ocorre a incontinência urinária e fecal. Nesse estágio a importância do enfermeiro é ainda maior já que o paciente se torna completamente dependente. As ações então seriam:

- Sempre ao se dirigir ao paciente se comunicar com clareza, devagar evitando confundir o paciente.

- Realizar a higiene oral deverá ser realizada apenas com gaze e solução anti-séptica para evitar engasgos já que os reflexos estão muito diminuídos.

- Realizar a higiene corporal com auxílio de cadeira de banho já que o paciente não consegue deambular.

- Atentar para as expressões do paciente já que o mesmo não consegue mais falar com clareza, atentar para expressão de dor, frio, é importante nesta fase.

- Pedir a família que providencie cadeira de rodas para que o paciente possa se locomover.

- Providenciar se possível colchão caixa de ovos para o paciente já que o mesmo fica muito restrito ao leito e as úlceras de pressão podem acontecer.

- Promover hidratação da pele sempre após o banho.

- Evitar atritos e cisalhamentos do paciente com roupas e colchão.

- Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas.

- Manter o paciente em posição de fowley ao oferecer alimentos evitando engasgos já que o mesmo estará com a deglutição prejudicada.

- Realizar troca das fraldas sempre que necessário evitando deixar o paciente em contato com as eliminações.

- Avaliar coloração e aspecto de urina e evacuações.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados obtidos torna-se claro que o enfermeiro desempenha um papel importante no cuidado do idoso portador de Alzheimer. São as suas ações que iram influenciar na vida do idoso portador e até mesmo na vida dos seus familiares, já que essas têm o poder de facilitar e até mesmo melhorar a qualidade de vida dos mesmos. Para que essas ações sejam feitas de forma efetiva é necessário que o enfermeiro em questão tenha um conhecimento mais aprofundado sobre a patologia, já que a doença de Alzheimer apresenta etapas e em cada etapa os sinais e sintomas mudam o que requer cuidados específicos para cada uma delas. Sendo assim é necessário que o enfermeiro ao ter o primeiro contato com o paciente portador, tenha conhecimento suficiente para identificar a etapa no qual esse indivíduo se encontra para que assim a assistência seja prestada de acordo a suprir as necessidades tanto da família quanto do paciente. Essa assistência se baseia na maior parte em orientações e esclarecimento de dúvidas tanto da família quanto do doente.

Por meio da distinção e exame nas principais bases de dados, as referencias que abordam a importância da preparação dos profissionais de enfermagem que atuam com o idoso com a Doença de Alzheimer e a sua associação com a atenção por parte da enfermagem, percebe-se uma inquietação a fim de publicar o progresso da Doença de Alzheimer e o cuidado a familiar e cuidadores. Isto é confirmado pelos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Departamento de Tecnologia de Informação do Sistema Único de Saúde, a Organização Mundial de Saúde e das mencionadas políticas de saúde brasileiras direcionadas para o idoso portador da Doença de Alzheimer.

Foi possível concluir que ainda não existem políticas públicas satisfatórias voltadas para os idosos institucionalizados com demência, fato que associado às estimativas do IBGE de crescimento populacional do segmento de idosos, representa um dado preocupante, na medida em que o aumento do número de idosos pode vir significar em longo prazo o aumento do número de casos de demências em um cenário de falta de políticas públicas.

Verificou-se que o familiar que trata de um idoso com DA desempenha uma atividade solitário e anônimo, na medida em que, ao ter conhecimento da trágica doença, geralmente nos consultórios médicos, inicia-se um aprendizado devido à doença que o possibilita cuidar à medida que os problemas vão aparecendo. Em determinada medida, ele é pego de surpresa, pois, constata-se uma ausência de preparo para lidar com a DA o que provoca um enorme estresse no cuidador.

O conhecimento acerca da fisiopatogenia da DA é muito relevante para a progressão de possíveis marcadores para o diagnóstico precoce e de novas terapêuticas que busquem à causa da doença, e não somente aos indícios de suas perversas manifestações clínicas, como acontece hoje.

O cuidador ao demonstrar um saber insipiente para atuar, pode ser guiado pelo trabalho do profissional de enfermagem já que o mesmo possui uma relevância extrema no que se refere a direções acerca das etapas da enfermidade. Desta forma, o enfermeiro precisa nortear de acordo com o progresso da doença as particularidades das fases e como atuar em cada uma delas, considerando a realidade socioeconômica e os hábitos de vida de cada família (SANTANA; ALMEIDA; SAVOLDI, 2009).

Esta pesquisa poderá oferecer contribuição teórica para o enfermeiro no que se refere aos cuidados realizados aos portadores e cuidadores, também, por ser uma enfermidade em ascensão e com probabilidades novas de tratamento este profissional precisa gradualmente seguir as novas tentativas de cura ou de práticas que sustentem uma melhor qualidade de vida não apenas aos portadores, mas também aos cuidadores que geralmente destinam enorme parte de suas vidas em virtude do cuidado ao portador.

A doença de Alzheimer influencia a família de forma devastadora. As imprecisões e incertezas com o que virá, a enorme responsabilidade, a inversão de funções em que os filhos tornam-se os encarregados dos cuidados de seus pais, não obstante a grande carga de trabalho e sobrecarga emocional, termina por criar no ambiente sério conflito e angústia submetendo a família à grande pressão psicológica que acompanha desânimo, estresse, queda de resistência física, dificuldades de ordem conjugal, etc.

É indispensável, realizar a avaliação permanente do idoso e do cuidador e prevenção de pacientes idosos com quedas que são atacados pelo distúrbio da forma Alzheimer. Deste modo, admite-se que para desempenhar o cuidado é fundamental ter conhecimento do idoso e suas dificuldades de saúde. Esse aprendizado é relevante para refletir sobre possibilidades e problemas na tomada de decisão com os relacionados

Foi admissível afirmar que a DA é uma doença neurodegenerativa que provoca morte gradual de neurônios incidindo na diminuição de memória e cognição tornando-se problemática a prática de atividades comuns no dia-a-dia. Nesse sentido, a direção e conscientização dos cuidados apropriados a cada fase da doença precisam ser intermediadas de maneira perspicaz pelo profissional da enfermagem, precisando inserir os processos de humanização no que se refere à debilitação provinda da doença, buscando a saúde emocional, racional, a intuição e a espiritual tendo como consequência uma visão holística.

O problema zeloso no grupo do paciente com doença de Alzheimer (DA) é imensa. Em geral, a saúde física do paciente é excelente e é o enfraquecimento estável. Quando o julgamento não é particular, a família pode ficar a confiança de que o julgamento é fora da base e que o paciente vai fazer progressos.

A doença de Alzheimer tem impulsionado enormemente a população brasileira não só mais em todo o mundo. O que convenceu uma grande quantidade de exame sobre o tema incorporando Brasil, talvez em razão de que os avanços de Alzheimer em seus sinais e efeitos colaterais como tempo de marchas para frente e com a idade, ou ser uma demência, porém, não há cura. Este estudo revela que cerca as reuniões de idade a melhor idade, ainda são os mais vulneráveis.

Verificou-se ainda que o cuidar do idoso é um procedimento ativo associado à interação e a organização de ações considerando o conhecimento e o respeito à realidade do idoso portador da DA e seus familiares, e que a atitude de cuidar humanística é um comportamento permanente de atuação, abarcando e causando apreensão que requer do profissional enfermeiro o saber característico e competências interativas, psicomotoras e morais no auxílio à saúde desse enfermo. Sendo assim, o procedimento de oferecer assistência à saúde do portador de demência do tipo Alzheimer pressupõe uma relação dialogal interativa e permanente

entre paciente, família e enfermeiro, assim como de um grupo multiprofissional, já que a assistência desse paciente se localiza em distintos planos e grandezas, abarcando-o enquanto um ser biopsicossocial e espiritual. Portanto, é preciso uma modificação no modo de ver que permita a esse setor um novo olhar, o qual acarrete a uma perspectiva ativa, consciente da enfermidade e de suas probabilidades de tratamento.

REFERÊNCIAS

- AIMMINGS, J. L., MENDEZ, M. F. **Doença de Alzheimer e outros distúrbios da cognição**. In: Cecil, R.L., Goodman, L, Ausiello, D. Tratado de Medicina Interna. 22ª edição. São Paulo: Editora Elsevier, p. 2636. 2005.
- ALMEIDA, O. P. Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 77-78, 1997.
- ALMEIDA, O.; CROCCO, E. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, 58 (2-A): 292-299, 2000.
- ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis: UFSC, 2001.
- ANGELO, M. O. Contexto Familiar. In: Duarte, Yeda. A.; Diogo, Maria José. **Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico**. Ed. Atheneu, 2000.
- ARAÚJO, M. G. de; LOPES, M. do S. V.; MACHADO, M. de F. A. S.; ROCHA, E. G. A família no Cuidado ao Portador de Doença de Alzheimer. **Revista Técnico - científico de Enfermagem**, n. 8, v.2, p.95-100, março/abril 2004.
- ARRUDA, M.C.; ALVAREZ, A.M.; GONÇALVES, L.H.T. O familiar cuidador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Revista Ciência, Cuidados em Saúde**. 2008; 7(3):339-45.
- ASSIM, M. **Promoção de saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do núcleo de atenção do idoso na UnATI/UERJ**. 2004, p236. Tese (doutorando) Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.
- BALARDIN, J. B. Déficit cognitivos em cuidadores de pacientes com demências. **Revista Brasileira de Ciências Envelhecimento Humano**, v.4, n.2, p.55-64, 2007.
- BALLONE, G. J. **Personalidade**. In. PsiqWeb, programa de Psiquiatria Clínica na internet, 2000. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>> Acesso em: 15, abr, 2013.
- BANKS, P. **Carer Support: time for a change of direction**. London: King's Foundation, 1999.
- BEAR, M. F. **Neurociências desvendando o Sistema Nervoso**. 2ed. São Paulo: Artmed, 2002.
- BORN, T. **O cuidador familiar da pessoa idosa**. In: BORN, T. (organizadora). Cuidar melhor e evitar a violência – manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. p. 59-63.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional 2012**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default_brasil.shtm. Acesso em: 18, jun, 2013a.

_____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde, 2008.

_____. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Lex: **Política Nacional do Idoso**. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>. Acesso em: 2, jul, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e de Diretrizes Terapêuticas**. Portaria SAS/MS nº 843, de 31 outubro de 2002a.

_____. Gabinete Ministerial. Portaria n. 703/GM em 12 de abril de 2002. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Demência por Doença de Alzheimer**. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da saúde. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. **Sistema de legislação da saúde**. Brasília, 2010.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. **Fundamentos da pesquisa epidemiológica**. In: MEDRONHO, R.A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, cap. 7. p. 107-113, 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 5a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BONITA, R., BEAGLEHOLE, R., KJELLSTRÖM, T.. **Epidemiologia básica**. 2a ed., (J.A. Cesar, Trad.). São Paulo: Editora Santos. 2006.

BORGERS, R.; RIBEIRO, M.; OLIVEIRA, F. de M.; LUGINGER, S. **Doença de Alzheimer: Perfil neuropsicológico e tratamento**. Trabalho de Licenciatura, 2005.

BRUCKI, S. M. D.; ABRISQUETA, J. **Manual do cuidador**. São Paulo, 2001.

CALDAS, C. P. A Abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. **Revista de Enfermagem da UERJ**. out, 3(2): 209-216, 1995.

CALDAS, C. P. **O autocuidado na velhice**. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CANÇADO, F. A. X. **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte: CoopmedHealth C. R., 1994.

CARAMELLI, P., BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(1), 7-10, 2002.

CARROLL, M.; BRUE, L. J. **Enfermagem para Idosos: Guia prático**. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda., 1991.

CARVALHAES N. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: RAMOS, L.R. *et al.* **Guia de Geriatria e Gerontologia**. São Paulo, Manole, 2005.

CARVALHO FILHO, E. T. **Gerontologia**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

CERQUEIRA, A. T.; OLIVEIRA, N. I. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.133–50, 2002.

CLAVEIROLE, A; MITCHELL, R; WHITE, D. Family Nursing Network: Scottish initiative to support family care. **British Journal of Nursing**, London, v. 10, n. 17, p. 1142-1147, 2001

CHAVES, L., SILVA, M. S. A. Sistematização do atendimento de enfermagem ao idoso portador da doença de alzheimer em domicílio. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, 2(1): 60-75, 2007.

CHAVES, M. B.; AVERSI-FERREIRA, T. A. Terapia medicamentosa da doença de Alzheimer. **Revista Eletrônica de Farmácia**. 5: 1-7, 2008.

CHARCHAT-FICHMAN H., CARAMELLI, P., SAMESHIMA, K., NITRINI, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 27(12):79-82, 2005.

COHEN, H. **Neurociências para fisioterapeutas**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001.

COLOMBO, J. **Centro de convivência para idosos**. Monografia apresentada à Diretoria de pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma, 2004.

DIOGO, M. J., DUARTE, Y. A. O. **Cuidados em domicílio: conceitos e práticas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DUYCKAERTS, C., DELATOUR, B., POTIER, M. C. Classification and basic pathology of Alzheimer disease. **Acta Neuropathology** 118(1): 5-36, 2009.

FERNANDES, A. A. Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, nº36, p.39-52, 2005.

FIRMINO, Horácio (Org.) **Psicogeriatrics**. Lisboa: Psiquiatria clínica, 2006.

FREITAS, E. V., CANÇADO, L., FAX, D. J, GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FONTANA, A. M. **Manual de clínica em psiquiatria** / Antonio Matos Fontana. — São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

FORLENZA, O. V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 22(2):87-95, 2000.

FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátricos. **Revista de Saúde Pública** v. 38 n°. 6 São Paulo dez. 2004.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectiva e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 57-68. Jan./Jun.2004.

GOTTLIE, M. G. B., CARVALHO, D. SCHNEIDER, R. H. CRUZ, I. B. M. da, Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas: uma complexa rede de interações entre genes e ambiente. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 10 n.3 Rio de Janeiro, 2007.

GALVANI, M. **Cuidando do portador da doença de alzheimer**. Disponível em:<<http://www.abraz.com.br>> Acesso em: 10, abr, 2013.

HASSELKUS, B. R. Three-track care: older patient, family member, and physician in the medical visit. **Journal of Aging Studies**, 8, 281 – 307, 1994.

HERRERA, Jr. E.; CARAMELLI, P; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo, **Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica**, 1998.

HIRATA, E.S; FERREIRA, M. P. **Transtornos mentais orgânicos agudos e crônicos**. In: LOUZÃ NETO, M.R; MOTTA, T; WANG, Y; ELKIS, H. (Orgs.) **Psiquiatria básica**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p.67-92

HINDMARCH, I., LEHFELD, H. J. P; ERZIGKEIT, H. The bayer activities of daily living scale (B-ADL). **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, 1998.

IZQUIERDO, I., IZQUIERDO, L. A.; VIANNA, M. R.; CAMMAROTA, M. “Neurobiologia da Memória”, in CAIXETA, L. **Demência**. Abordagem Multidisciplinar. São Paulo, Atheneu, pp. 31-44, 2007.

JECKEL-NETO, E. A, CUNHA, G. L. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. **Tratado de Geriatria e gerontologia**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

KALARIA, R.N.; MAESTRE, G.E.; ARIZAGA, R.; FRIEDLAND, R.P.; GALASKO, D.; HALL, K., et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. **Lancet Neurology**, v.7, n.9, p. 812-826, Sept. 2008.

KANDEL, R. E; SCHWARTZ, H. J;JESSEL, M. T. **Princípios da neurociência**. 4º ed. 2003. Editora: Manole. Cap. 58 pág. 1149 á 1159, 2003.

KAUFFMAN, T. L. **Manual de reabilitação geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LIMA, M. P. **Gerontologia educacional**: uma pedagogia específica para o idoso - uma nova concepção de velhice. São Paulo: LTR, 2005.

LUCATELLI, J. F., BARROS, A. C., MALUF, S. W., ANDRADE, F. M. Influência genética sobre a doença de Alzheimer de início precoce. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 36: 25-30, 2009.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Revista Texto Contexto – Enfermagem**, Dez, vol. 15, nº. 4, p. 587-594, 2006.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Revista Eletrônica de Enfermagem de Maringá**, v. 26, no. 1,p. 135-145, 2004. Disponível em:
<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1640/1067>>
. Acesso em: 29, abr, 2013.

MACHADO, J. C. B. **Doença de Alzheimer**. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, editors. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 133-47.

MENDES, P. M. T. **Cuidadores**: heróis anônimos do cotidiano. In: Karsh UM. (org) Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998. p. 71-197.

MONTANHOLI, L. L., TAVARES, D. M. dos S., OLIVEIRA, G. R. de, SIMÕES, A. L. de A. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Revista Texto contexto - Enfermagem**. V.15 n.4 Florianópolis out./dez.2006.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORRIS, J. C. **Alzheimer's disease**: a review of clinical assessment and management issues. *Geriatrics*, v. 52, Suppl 2, p. S22-25, 1997.

NASCIMENTO, M. T. F, STIPP, M. A. C. Gerência de Unidade de Cuidado Crítico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, ago; 6(2): 189-94, 2002.

NELSON, P.T.; ALAFUZOFF, I; BIGIO, E.H. et al. Correlation of Alzheimer Disease Neuropathologic Changes With Cognitive Status: A review of the literature. **Journal of Neuropathology & Experimental Neurology**, 2012;71(5):362:381.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3 ed. São Paulo, 2000. p. 237-285.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

NETTO, M. P. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 5, p. 1999.

PAPALÉO, N.M. **O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: FREITAS E.V., L, CANÇADO, F. D. J., GORZONI, M.L. Tratado de Geriatria e gerontologia. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PALÁCIOS, J. **Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice**. Em C. Coll, J. Palacios, & A. Marchesi. Desenvolvimento Psicológico e Educação Psicologia Evolutiva. Vol.1 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PAVARINI, S. C. I.; MELO, L. C.; SILVA, V. M.; ORLANDI, F. S.; MENDIONDO, M. S. Z.; FILIZOLA, C. L. A. et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [on line], v. 10, n. 3. p.580-90, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a04.pdf>>. Acesso em: 2, abr, 2013.

PELZER, M. T; FERNANDES, M. R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v.6,n.2,p.339-344.mai./ago.1997.

PEREIRA, A. **Evelhecimento estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendócrina**. Ciências e cognição, Vol 1: 34-35, 2004.

PITELLA, J. E. H. **Neuropatologia da doença de Alzheimer e da demência vascular**. In: RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri: Manole, 2005.

RAMOS, L. R.; TONIOLO NETO, J. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri, SP: Manole, 2005. 346 p.

REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao Idoso**. São Paulo: Manole, 2004.

REICHMAANN; AFFONSO, E. **Enfermagem médico-cirúrgico**. 3. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2004.

RITCHIE, K.; KILDEA, D. Is senile dementia “age-related” or “ageing-related”? Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. **Lancet**, v. 346, n. 8980, p. 931-934, 1995.

RITCHIE, K.; LOVESTONE, S. The dementias. **Lancet**, v. 360, n. 9347, p. 1759-1766, Nov. 2002

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 13(1):23-34. 2008.

ROZENTHAL, M. ENGELHARDT, E. LAKS, J. Neuropsicologia. II História. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.107-113, mar./abr. 1995.

ROWLAND, L. P. **Merritt: tratado de neurologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 7th. ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

SANTANA, R. F. ; ALMEIDA, K. S.; SAVOLDI, N. A. M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** , São Paulo, v. 43, n. 2, June 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a28v43n2.pdf>>. Acesso em: 06, mai, 2013.

SAYEG, N. Doença de Alzheimer: Como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 50, n. 11, p. 1429–1450, nov. 1993.

SELKOE, K.A., HENZLER C. M., GAINES S. D. Seascape genetics and the spatial ecology of marine populations. **Fish and Fisheries**, 9, 363–377, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed, Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 218p.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer – Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Revista Texto contexto – enfermagem**, vol. 17, n° 2, p 232-240, 2008.

SILVA, I. F. O. **Aspectos do envelhecimento cerebral e função cognitiva em modelo experimental animal e estudo de mecanismos de neurodegeneração em cultura celular**. 2007. 187f. Tese (Doutorado em Patologia Geral) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SILVA, M. A.; ERDMANN, A. L.; CARDOSO, R. S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on-line], v.10, n.2, p. 448-459, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm>. Acesso em: 20, ago, 2013.

- SILVA, E. B. do N.; NERI, A. L. **Questões geradas pela convivência com idosos:** indicações para programas de suporte familiar. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. 3. ed. São Paulo: Papirus, 2000. p. 213-236.
- SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Revista Texto Contexto – Enfermagem**, Jan - Mar; 14(1): 75-81, 2005.
- STEVENS, A.; LOWE, J. **Patologia**. 2 ed. São Paulo. Manole, 2002.
- STEVENSON, J.S, GONÇALVES, L.H.T. ALVAREZ, A.M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Texto e Contexto – Revista de Enfermagem da UFSC**, Florianópolis, v.6, n.2, p.33-50, maio/ago, 1997.
- STRAUB, R. H. The process of aging changes the interplay of the immune, endocrine and nervous systems. **Journal Mechanisms of Ageing and Development**, Lausanne, v. 1222, p. 1591-1611, 2001.
- TONET, D. P. **Conhecimento sobre doença de Alzheimer em uma população idosa na Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho no município de Curitiba**. 2006, n° folhas. 17 (Trabalho de Conclusão de Curso), Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, (Graduação em Enfermagem), Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba 2006.
- TORTORA, G. J. **Corpo Humano Fundamentos de Anatomia e Fisiologia**. 4. ed. Artmed, Porto Alegre, 2000.
- TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- TROULINAKI, K.; TAVERNARAKIS, N. Neurodegenerative conditions associated with ageing: a molecular interplay? **Mech. Ageing Dev.**, Lausanne, v. 126, p. 23-33, 2005.
- WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
- ZABAR, Y. **Doença de Alzheimer**. In: JONES JR, H. R. *Neurologia do Netter*. Porto Alegre: Artmed, 355- 374, 2006.
- ZIMERMAN, G. I. **Velhice, aspectos biopsicosociais**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.