

A ASSISTÊNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES, CUIDADORES E IDOSOS ACOMETIDOS PELA DOENÇA DE ALZHEIMER

Ivanildo Martins Sobrinho Junior¹

Daliana Lopes Morais²

RESUMO

O escopo principal desse estudo buscou analisar as potenciais assistências dos profissionais de enfermagem, frente aos desafios e enfrentamentos, aos quais, cotidianamente estão incumbidos ao prestar cuidados a pacientes acometidos pela Doença de Alzheimer, tal como, a seus cuidadores e familiares. Este estudo é do tipo qualitativo, executado por meio de uma revisão bibliográfica integrativa e coleta de dados que iniciou-se pela eleição e triagem dos termos-chave: Doença de Alzheimer, Cuidados de enfermagem, cuidadores de Idosos e pessoas com Alzheimer. As bases de dados exploradas fundamentaram-se principalmente nas plataformas LILACS, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e MEDLINE, nas quais foram selecionados vinte e três estudos, que segundo os parâmetros delineados pela temática norteadora para a pesquisa, após serem avaliados e selecionados, resumiram-se ao total de seis estudos. Foram considerados aspectos como a necessidade de suscitar-se possibilidades para que profissionais da saúde, Enfermeiros, técnicos de enfermagem, familiares e cuidadores compreendam a doença, e realizem demandas e processos de cuidado com propriedade. Recomenda-se que o profissional da enfermagem permaneça sempre dando continuidade à sua formação profissional, obtendo conhecimento por meio de especializações, na participação ou acesso a eventos a respeito da temática e nos diálogos e convivência com pacientes, familiares e cuidadores.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidados de enfermagem. Cuidadores de Idosos. Pessoas com Alzheimer.

¹Graduando em Enfermagem pela Católica de Vitória Centro Universitário.
Email: Ivanildo.jr22@icloud.com

² Ms, Professora orientadora, da Católica de Vitória Centro Universitário.
Email: lopesdaliana30@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Tipificada no ano de 1906 pelo neuropatologista e psiquiatra alemão, Alois Alzheimer, diferentes estudos nos certificam que por tratar-se de uma patologia neurodegenerativa, a doença de Alzheimer é mais habitualmente associada à

idadedo indivíduo, da qual uma certa quantidade de eventos cognitivos e neuropsiquiátricos,podem derivarem uma gradativa deficiência, assim como em uma possível perda capacitiva do doente, do mesmo modo, em que nesta,se manifestam os distúrbios de atenção e na fluência da fala. (FREITAS, 2008; KAMITSURU; 2015) Nesse contexto, conforme Sereniki (2008), ao passo que a patologiasse desenvolve,simultaneamente diferentes atividades cognitivas ainda continuam se degradando,entre as quais: a proatividade no desenvolvimento de simplesoperações matemáticas, as relações espaciais visuais, e ousos de instrumentais e objetos corriqueiros.

Uma vez que o paciente acometido por esta afecção manifesta perda progressiva de memória,que provavelmente, iráse intensificando e gradativamente se instalando em um quadro que manifesta demência, a doença de Alzheimer é observada como sendo umapatologiaevolutiva. Tornando-se possível localizar uma descontinuidade com a realidade, sobrevivendo desorientação, desordem e graves problemas de memória (SALES, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente no mundo, cerca de 36 milhões de indivíduos lidam com problemas resultantes de demência mental. Oprognóstico é que esse número se amplie para cerca de 66 milhões até o ano de 2030, e mais que triplique até o ano de 2050, atingindo em torno de 115 milhões de pessoas em todo o mundo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,2014)

Segundo Sereniki e Vital (2008), esta patologia atinge em menor proporção a população que apresenta idade inferior a 65 anos de idade, cerca de 10 a cada 100 pessoas. Já para idosos acima de 80 anos de idade, essa estimativa aumenta significativamente, saltando para 40 a cada 100 indivíduos.

Corroborando os dados daOrganização Mundial da Saúde (2014), os mesmos autores ainda ressaltam que há um pressuposto de que em 2050, o número de idosos irá aumentar ainda mais, ampliando assim, a predominância de doenças como o Alzheimer.

Ainda que algumas informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde não se mostrem positivas, acerca desta doença, tal qual a ausência de drogas à disposição para impossibilitar a elevada produção e concentração de proteínas beta-

amiloide, que estão intensamente implicadas no desenvolvimento da doença de Alzheimer. Foram verificados o emprego de medicamentos capazes de postergar o avanço da doença, nos quais, estes podem agir no cérebro elevando a produção de uma substância, que quando produzida em menor proporção, pode dar origem a transtornos de memória. (POLTRONIERE, 2011)

Segundo o Ministério da Saúde, por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), determinados desses medicamentos são disponibilizados totalmente de graça. (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a sociedade tem se deparado com um amplo indicador de demências, ainda que originadas de formas distintas, porém cada qual com seu enfoque e indícios imediatos. Contudo, junto aos diferentes tratamentos que são imprescindíveis para minorar os abalos dessa doença, igualmente se faz necessário a habilitação e capacitação dos profissionais que são propensos para oferecer atendimento a esses idosos. (SOARES, 2014; FERREIRA, 2017)

Nesse sentido, esse mote revela a significância do profissional de enfermagem na lida com as pessoas que adquirem a doença, e como estes precisam adquirir e adotar cuidados para que de forma precoce, a situação do paciente não se agrave ainda mais (JOHNSON, 2012).

Assim sendo, a temática objetivada foi eleita, visto que, o principal propósito do estudo consiste-se no valor do conhecimento acerca de uma complexa e avassaladora doença que está acometendo, sobretudo a pacientes idosos e/ou em situação de vulnerabilidade, os quais, cotidianamente requerem o auxílio de cuidadores, familiares e profissionais da enfermagem (SILVA, 2007).

Para tanto, a maior problemática do estudo, faz referência acerca de como esses doentes são assistidos, e se as medidas de assistência adotadas para cada um deles, de fato se mostram profícuas. Nesse contexto, compreendemos que compete aos enfermeiros, inúmeras ações a serem desenvolvidas, entre as quais: a capacitação dos familiares e cuidadores, de modo, a melhor oferecer atendimento a esse paciente. (ABRAZ, 2014)

Nesse sentido, avulta-se a significância dessa exploração, dado que, trata-se de objeto que cada vez mais mostra-se evidente na atual sociedade, uma vez que essa

questão comprova apertinência e o valor de conhecimentos acerca do como lidar, não apenas com essas pessoas que são acometidos pela doença, mas que também estende-se àqueles que possuem a atribuição de prestar-lhes os devidos cuidados, no sentido de como devemos nos atentar, para que de modo precoce a ocorrência não se acentue (JOHNSON, 2012).

Desse modo, justifica-se e ressalta-se o valimento do presente estudo, uma vez que discute-se de temática que cada vez mais se mostra manifesta na sociedade contemporânea, ou seja, a caracterização da atribuição do enfermeiro no assessoramento ao doente de Alzheimer, assim como a seus cuidadores e familiares, no que tange às técnicas, práticas e vivências procedimentais deste, no auxílio profícuo a este paciente, extensível também àqueles que o assistem.

Nesse contexto, por meio dessa exploração, objetivamos sobretudo, expandir os conhecimentos acerca da doença de Alzheimer, onde de modo específico, buscamos: compreender os mecanismos adequados para o apoio ao tratamento; observar a significância do enfermeiro no suporte à família do paciente e, por fim, aferir a relevância do profissional de enfermagem na adesão e/ou manutenção do paciente no tratamento da doença de Alzheimer.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ETIOLOGIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Tal como a sua cura, também a etiologia da doença de Alzheimer ainda não se mostra muito evidenciada. Diferentes explorações têm sido desenvolvidas nesse sentido, no entanto, no que concerne à sua cura, inúmeras questões ainda persistem (FORNARI et al, 2010).

Muitas demências não degenerativas são passíveis de tratamento que objetive a reversão do quadro. Em relação às demências degenerativas, há propostas terapêuticas que podem modular o seu curso, caracteristicamente irreversível à luz do conhecimento atual (FORNARI et al., 2010, p.187).

Nesse contexto, segundo Poltroniere (2011), é de profunda relevância, que de forma precoce, fazendo dos componentes da família do paciente nossos principais recursos para observar prováveis alterações como as falhas de memória nos procedimentos do idoso, saibamos identificar os primeiros sintomas dessa doença.

A doença de Alzheimer é uma doença neurológica, degenerativa, lenta e progressiva, deteriorando a memória breve que costuma manifestar após os 50 anos. O paciente que por ela é atingido apresenta uma crescente dificuldade em memorizar, decidir, agir e alimentar-se, até atingir o estado vegetativo. (GONÇALVES et al, 2012, p.48)

Desse modo, por discorrer acerca de algo que faz referência à velhice, frequentemente a sociedade não consegue compreender o nível de gravidade quando se descobrem no convívio com uma pessoa idosa, que não se recorda de determinadas palavras, antes corriqueiras (PESTANA, 2009).

Nesse sentido, o reconhecimento comprobatório de Doença de Alzheimer se realiza em duas etapas: a princípio o diagnóstico da síndrome demencial e, por fim, a constatação da doença (GONÇALVES et al, 2012).

Inicialmente, na maior parte dos casos, se trata de uma manifestação súbita de esquecimento que dificilmente é percebida pelo indivíduo, mas, geralmente, pelos que o circundam (LOPES, 2006).

Na maioria das vezes são percepções a respeito do trabalho, como redução no rendimento laboral, sendo essas ocorrências percebidas por seus companheiros de profissão, sendo possível se sucedam recorrências de lapsos que não lhe eram frequentes. No que diz respeito às donas de casa, caberá ao esposo, filhos, demais familiares e empregados, a percepção desses esquecimentos e da cada vez mais frequentes falhas na vida cotidiana (SILVA, 2007).

“Quanto mais cedo for feito o diagnóstico da DA e o tratamento for iniciado, melhores serão os resultados obtidos.” (GONÇALVES et al, 2012, p.31)

Conforme Lopes (2006) a doença de Alzheimer manifesta três estágios diacrônicos com especificidades clínicas e de análises. Que dessa forma se distinguem:

No estágio 1 ou início (pré-clínica), a pessoa apresenta déficit cognitivo leve (1 a 3 anos de evolução); dificuldade para novas memórias discretamente acometida; desorientação topográfica, construções

complexas pobres; distúrbios da evocação, anomia discreta, perífrases e linguagem; no comportamento há indiferença, irritabilidade ocasional. No exame de Ressonância Nuclear Magnética (RNM), identifica-se atrofia das estruturas mesotemporais e hipocampus e na Tomografia por Emissão de Pósitrons (PETIS/PECT), hipoperfusão/hipometabolismo parietal posterior bilateral.

No estágio 2 ou moderado (2 a 10 anos de evolução), a capacidade da memória recente e remota está mais intensamente implicada; desorientação espacial; construções pobres, na linguagem, afasia flutuante, anomia, déficit de compreensão, dificuldade para iniciar conversação, o comportamento com indiferença ou irritabilidade; o sistema motor apresenta-se inquieto, calmo; no Eletroencefalograma (EEG) identifica-se lentificação do ritmo de base e na Tomografia Computadorizada (TC) e na Ressonância Nuclear Magnética (RNM) normal ou com dilatação ventricular com alargamento dos sulcos corticais; Tomografia por Emissão de Pósitrons (PETIS/PECT), hipoperfusão/hipometabolismo tempoparietal (pode ser unilateral).

No estágio 3 ou avançado (8 a 12 anos de evolução) as funções cognitivas estão intensamente deterioradas; na fala ecolalia, palilalia, logoclonia, disartria; o sistema motor com rigidez de membros, postura em flexão, incontinência urinária e fecal. Nos exames o EEG, difusamente lentificado; TC e RNM dilatação ventricular e alargamento dos sulcos (atrofia), PETIS/PECT hipometabolismo/hipoperfusão frontal, e tempoparietal bilateral (LOPES, 2006, p.19).

Vista como, a mais constante e pré eminente dentre as 140 espécies de demência, a DA (doença de Alzheimer), segundo a Organização Mundial da Saúde, afeta só no Brasil cerca de mais de 1,2 milhão de pessoas, e em todo o mundo, algo em torno de mais ou menos 35 milhões (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Contudo, diversas pessoas entre as quais agentes da saúde, entendem que, a doença de Alzheimer distingue-se exclusivamente pelos distúrbios da memória, no entanto, essa mostra-se uma doença de muito mais complexidades (SERENIKI, 2008).

Nesse contexto, o indicador mais frequente de sintomas, tem início de modo insidioso, com a degradação progressiva da memória, seguida de complicações no entendimento de novos conhecimentos e diminuição das capacidades e/ou habilidades na execução de funções comuns da vida cotidiana (SALES, 2011).

À proporção que, a doença avança, a degeneração é evolutiva e àqueles incididos pela enfermidade, começam a passar por privações corriqueiras na administração da sua vida, aspecto que os tornam dependentes de auxílio para a execução de ações habituais do seu dia-a-dia (ZIDAN et al, 2012).

Mais que ação de comprometer a memória remota, em sua fase avançada, na DA se dará a precisão de acompanhamento para a execução de práticas básicas cotidianas como, se banhar, se vestir, se alimentar, utilizar o banheiro, e outras tarefas diárias, do mesmo modo, variações comportamentais como maior tendência para irritar-se, demonstrar agressividade e ter alucinações.

A DA em sua fase final, conduz a pessoa a se despossar de sua propensão de se comunicar, a não distinguir membros de sua família, e de seu círculo de amigos, a se manter restrito à sua cama e, e em período integral, limitado aos cuidados permanentes de outras pessoas. (SALES et al, 2013)

Em face desse quadro, evidenciam-se a necessidade de discernimento, e da reflexão acerca da assistência à saúde desses pacientes, atentando para a relevância dos diferentes agentes abrangidos nesse processo.

Igualmente se torna imprescindível reconsiderar as políticas, e procedimentos de assessoramento ao idoso, de modo que, os cuidados para com essa camada da população, seja desempenhado de forma técnica e humanizada, considerando este, tratar-se de um paciente *sui generis* e que demanda daqueles que os assistem, uma atenção e zelo diferenciados (POLTRONIERE et al, 2011).

2.2 A DOENÇA DE ALZHEIMER QUANTO AOS FATORES FISIOPATOLÓGICOS

No aspecto histopatológico a doença de Alzheimer evidencia-se, tanto por uma perda sináptica consistente e contínua, como por uma cessação neuronal percebida nas zonas cerebrais encarregadas pelas funções cognitivas, abrangendo os córtices entorrinal e cerebral, o estriado ventral e o hipocampo. (SERENIKI, 2008)

De acordo com Sales (2011), a doença de Alzheimer se trata de uma disfunção que dá origem a degeneração das funcionalidades mentais, comportamentais e do desempenho correto de outras ações.

Dessa forma, o Alzheimer consiste-se em uma patologia cerebral, e não meramente do ato de envelhecer, ainda que, já existam alguns eventos esclarecidos e evidenciados, ainda não se compreende com clareza as razões para seu

acontecimento, não havendo, portanto, acerca de sua incidência, mecanismos de premeditação, restabelecimento e/ou cura.

Nesse contexto, em determinado estágio da doença, as células nervosas da porção cerebral na qual se coordenam o raciocínio, a memória e as capacidades analíticas ficam comprometidas, obstruindo e/ou impedindo as comunicações por meios dos neurônios (SALES, 2011).

Disponibilizadas pela ABRAZ (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2014) algumas informações a respeito das ocorrências clínicas acerca da doença de Alzheimer não conseguem descrever por que a mesma acontece, porém nessas informações, são apresentadas determinadas lesões no cérebro, específicas dessa patologia, entre as quais, destacam-se os emaranhados neurofibrilares, em razão da hiperfosforilação da proteína tau, e as degenerações que se manifestam nas placas senis resultantes do acúmulo de proteína beta-amiloide, produzida de forma anormal.

Uma outra alteração considerada é a diminuição na quantidade de neurônios (células nervosas) e das sinapses entre estes, com progressiva retração da área cerebral (SHEN, 2004).

Nesse sentido, conseqüentemente, vista como a principal substância empenhada no domínio da memória, crê-se, que exista uma redução de acetilcolina (SALES, 2011).

Incide ainda uma ampliação do glutamato, um neuro-transmissor observado como importante intermediário entre a memória e aquisição de conhecimento, e que quando existente em demasia, pode ocasionar a morte de neurônios.

Além disto, essas variações na quantidade de glutamato e acetilcolina promovem a hiperfosforilação de proteína tau e a geração de proteína β -amiloide, preponderantes na deterioração celular (SERENIKI, 2008).

O estudioso supracitado, também realça que com base nesses apontamentos neuropatológicos, com a finalidade de traduzir a etiologia da doença.

Foram preconizadas duas hipóteses fundamentais, a saber:

2.2.1 A Hipótese colinérgica

Conforme Shen (2004) a mais antiga e controversa das hipóteses, na qual sugere-se que a doença de Alzheimer seja suscitada por uma deficiência e/ou ineficácia na

síntese do neurotransmissor acetilcolina, sendo além disso, onde se fundamenta a maioria dos tratamentos farmacológicos.

Contudo, atualmente essa hipótese não dispõe de uma aceitação integral, uma vez que, a medicação levando em consideração o tratamento da insuficiência em acetilcolina não tem manifestado eficácia (NISTOR et al, 2007).

Do mesmo modo, vêm sendo aventadas outras decorrências colinérgicas que fomentariam uma neuroinflamação mais difusa e generalizada, tal como, a aglutinação em larga escala de amiloides (SHEN, 2004).

2.2.2 A Hipótese da cascata amiloidal

No ano de 1991, a hipótese da cascata amiloidal ou hipótese amiloide pressupõe que a principal causa da doença de Alzheimer encontra-se nos depósitos extracelulares de beta amiloides ($A\beta$) (MUDHER; LOVESTONE, 2002).

Essa pressuposição fundamenta-se no posicionamento no cromossomo 21, do gene da proteína precursora amiloide, e no fenômeno de praticamente todas as pessoas precedentemente aos 40 anos de idade, com trissomia 21, que exibem uma cópia suplementar de genes, demonstrarem Alzheimer (NISTOR et al, 2007).

Ademais, há a APOE4, uma isoforma típica da apolipoproteína, que constitui uma significativa fonte de risco genético acerca da doença. À medida que as apolipoproteínas elevam a triagem e segmentação dos beta amiloides, determinadas isoformas, tal qual a APOE4, não se mostram muito eficientes nesta função, originando o acúmulo demasiado de amiloides no cérebro (GAMES et al, 1995).

Hão também indícios adicionais no descobrimento de que ratos transgênicos que manifestam uma forma com algum tipo de alteração da APP humana concebem placas amiloides fibrilares e distúrbio cerebral similares ao Alzheimer (HSIAO et al, 1996).

2.3 COMPREENSÃO QUANTO AOS INDÍCIOS COMPORTAMENTAIS, E PSICOLÓGICOS DA DEMÊNCIA.

Perceber as entrelinhas nas informações acerca da DA pode beneficiar a orientação de ações educativas possíveis de ampliar a compreensão a respeito da doença e favorecer os serviços de assistência (CARPENTER et al, 2011).

Nesse sentido, acerca da demência, torna-se interessante para aqueles que prestam cuidados, distinguir seus sintomas comportamentais e psicológicos. Uma vez que, estes se mostram os causadores elementares de padecimento nos doentes e de sobrecarga naqueles que os assistem (MCKEITH et al, 2005).

Nesse contexto, algumas pesquisas aferiram a predominância dos Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência.

Em uma dessas pesquisas, desenvolvida por Patone outros (2004), o principal objetivo buscava averiguar o entendimento de cuidadores em relação aos fatores originadores dos sintomas comportamentais.

Ao final, os resultados apontaram que a maior parte dos integrantes da pesquisa imputa os sintomas psicológicos, comportamentais e cognitivos da demência a outros fatores não pertinentes à demência. Vários demonstraram entender que o indivíduo com demência possui o domínio em relação ao seu comportamento e que irá retornar à normalidade (PATON et al, 2004).

Desse modo, os pesquisadores compreenderam que somente instruir quanto a Doença de Alzheimer não é o suficiente. Se faz necessário proporcionar uma educação contínua, que se mostre apropriada para oferecer subsídios às incumbências dos cuidadores, frente aos sintomas comportamentais manifestados pelo idoso acometido pela doença (PATON et al, 2004).

Nesse sentido, torna-se essencial nortear o cuidador e os familiares em relação à significância da detecção da existência de qualquer aspecto associado ao surgimento do sintoma ou alteração do comportamento (MCKEITH et al, 2005).

2.3.1 A análise diagnóstica e os recursos terapêuticos acerca da Doença de Alzheimer

Conforme a ABRAZ (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2014), comumente os primeiros sintomas da Doença de Alzheimer, confundem-se com os demais processos naturais do envelhecimento.

Ainda de acordo com a instituição, essa ambiguidade no reconhecimento dos sintomas, tende a retardar a procura pela orientação e/ou supervisão de um profissional de saúde, o que de modo frequente costuma fazer com que a doença seja diagnosticada de uma forma tardia.

[...]muitos são os profissionais que cuidam de pessoas com Doença de Alzheimer. Além de médicos (geralmente neurologistas, geriatras, psiquiatras ou clínicos gerais) há a atuação de outros profissionais de saúde: psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores, educadores físicos, assistentes sociais e dentistas. (ABRAZ, 2014, p.3)

Nesse contexto, Santana e outros (2008), recomenda que, de modo que ocorra um diagnóstico prévio, ainda no estágio inicial da doença, e/ou em face dos primeiros indícios, os familiares busquem profissionais ou sistemas especializados de saúde, o que poderá vir a favorecer numa análise precoce, e por consequência, em um melhor prognóstico acerca do quadro.

A enfermagem auxilia nos cuidados físicos, psicológicos e sociais do paciente o que abrange seu ambiente, seus cuidadores e família. A importância da assistência de enfermagem se torna de maior relevância na medida em que progride a doença e o paciente torna-se dependente total de necessidades básicas. A importância da enfermagem no cuidado com o paciente de Alzheimer consiste em assistir o cliente no seu estado psicológico, até os cuidados clínicos hospitalares especializados, satisfazendo suas necessidades (SANTANA, et al, 2008, p.18).

Nesse sentido, Sales (2011), observa que um diagnóstico definitivo só é realizado através de uma análise anatomopatológica de tecido do cérebro colhido por meio de autópsia, procedimento este, inexecutável com o paciente ainda vivo.

Nesta análise, são patentes as deformações no cérebro, como o aumento e a acumulação dos agrupamentos fibrilares no hipocampo (cerne da memória cerebral) e das placas terapêuticas dos nervos ou neuríticas, o número atípico de proteínas nos neurônios doentes, a redução de neurotransmissores, o encurtamento do córtex, e o acréscimo na dimensão dos sulcos (ventrículos) (SALES, 2011).

Dessa forma, a definição da Doença de Alzheimer é realizada excetuando-se demais patologias que também podem evoluir com estados demenciais, tais

quais: AVC's, doenças da tireóide, hidrocefalia, depressão, hipovitaminoses e tumores encefálicos, entre outras (POLTRONIERE et al, 2011).

Contudo, Sales (2011) também declara que a ratificação do diagnóstico só pode ser alcançada depois do falecimento do doente, através da análise microscópica do seu tecido cerebral. Uma vez que, por oferecer riscos ao paciente, esse exame não é recomendado, em pacientes ainda em vida.

Efetivamente, a Doença de Alzheimer é diagnosticada de modo clínico, ou seja, carece de uma minuciosa análise realizada por um profissional médico, que irá determinar, com base em exames e na biografia do doente, qual a hipótese preponderante para a origem da sua demência. Hemogramas e exames de imagem do crânio, tais como a tomografia ou a ressonância magnética, precisam ser executados para afastar a probabilidade de outras patologias. Incluindo-se ainda nesses exames suplementares uma verificação mais complexa das funções cognitivas. (ABRAZ, 2014)

Dentre os diversos exames que são utilizados para contribuir no diagnóstico de Alzheimer, estão exames laboratoriais, hemograma, creatinina, sódio e 20 potássio, cálcio, dosagem de vitamina B12, sorologia para sífilis, função hepática, hormônio estimulante da Tireóide (TSH). Exames como tomografia computadorizada, ressonância magnética e a avaliação neuropsicológica surgem como opcionais (POLTRONIERE et al, 2011, p.273)

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) obedecem aos parâmetros de enquadramento no protocolo de tratamento os doentes que se inserem nos seguintes critérios:

- Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) Criteria for Alzheimer Disease – NINCDS-ADRDA 20;
 - MEEM com score 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.
- (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, [s.p.]).

As decorrências, agregadas aos dados da biografia e da análise do comportamento do doente, possibilitam constatar a intensidade dos danos quanto ao nível prévio, e o tipo de funcionamento viabiliza a sinalização de pressupostos a respeito da existência da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2008), acerca do protocolo de tratamento, os doentes que apresentarem ao menos um desses pré-requisitos que se seguem, estarão excetuados de um provável tratamento, específico para a DA:

- 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

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, [s.p.]).

Essas medidas adotadas, devem-se ao fato de que um grande número de pacientes manifestam alguma adversidade cognitiva leve, a qual não apresenta como procedência a Doença de Alzheimer, e várias dessas não evoluem para a demência, contudo é imprescindível que o doente e seus familiares busquem uma análise mais metódica, por meio da apreciação de um profissional (ARAÚJO; NICOLI, 2010).

As demências são resultantes de uma série de estressores genéticos e ambientais, que variam com o tempo, idade e cada indivíduo acometido. Existe uma cascata de eventos fisiopatológicos que atuam diretamente no âmbito molecular, que levam à falta de neurotransmissores, consequentemente causando a patologia demencial (ARAÚJO; NICOLI, 2010, p.232).

Nesse contexto, a ABRAz (2014) enfatiza a análise de biomarcadores extraídos dos emaranhados neurofibrilares (proteína tau), e das placas senis (beta-amiloide), uma inovação nos estudos científicos que vem sendo pesquisados para subsidiar no diagnóstico inequívoco da Doença de Alzheimer.

Na década de 1960, com o advento da microscopia eletrônica, foi possível descrever as duas principais lesões cerebrais encontradas nos pacientes com DA: (1) placas neuríticas (ou senis), que contêm depósitos extracelulares de proteína b-amiloide (APP) e (2) um emaranhado neurofibrilar localizado normalmente no citoplasma perinuclear e composto de proteínas Tau hiperfosforiladas. Essas lesões clássicas podem ocorrer de maneira independente e, até hoje, não há um consenso se as mesmas

seriam causas ou consequências do desenvolvimento da DA.(FRIDMAN et al, 2013, p.2)

No entanto, essa avaliação ainda hoje, não é recomendada para a aplicação clínica, ou seja, na atualidade, ela está restringida apenas a estudos. Na área das pesquisas no âmbito da genética, considera-se que determinados genes estão associados a uma maior probabilidade de evolução da doença (ABRAZ, 2014).

Quanto ao tratamento, por alcançarem expressivos resultados com determinados pacientes e por acarretarem menores efeitos colaterais, atualmente os medicamentos existentes para os acometidos pela Doença de Alzheimer mostram-se mais eficazes e eficientes. (ARAÚJO; NICOLI, 2010)

De acordo com Sayeg (2012, p. 99), o tratamento irá ser pertinente a cada especificidade da demência, uma vez que, cada uma possui suas características, contudo, “[...] de uma forma geral as demências degenerativas, têm como base terapêutica três pilares: retardar a evolução, tratar os sintomas e controlar as alterações de comportamento”.

Ainda que demonstre avanços acerca de sua terapêutica, a doença ao mesmo tempo, se mostra de origem desconhecida, levando com que seu tratamento seja apenas sintomático, isto é, incide substancialmente nos sintomas, e em nenhum momento na causa (SALES, 2011).

A decisão sobre o tratamento de longo prazo dos pacientes com a Doença de Alzheimer continua sendo feita baseada na resposta individual do paciente e na experiência do médico especialista (SALES, 2011, p. 494).

O autor ainda declara que as drogas que causam a inibição da acetilcolinesterase, como rivastigmina, galantamina e donepezile, possuem a finalidade de reparar as carências cognitivas e as complicações psicocomportamentais, favorecendo o cumprimento das ações cotidianas.

Muito embora a cura da doença e a reversão da deterioração causada pela DA ainda não tenham sido descobertas, pesquisadores buscam o aperfeiçoamento de tratamentos já disponíveis que visam à melhora cognitiva e diminuição de sintomas comportamentais.

(ÁVILA, 2013, p.42)

Sales (2011) também ressalta que os tratamentos não farmacológicos podem ser empregados com o paciente de Alzheimer, já que do mesmo modo em que incitam as competências cognitivas, as quais o doente gradativamente vai perdendo, como atenção, discernimento, memória e percepção entre outras, oferecem uma melhor qualidade de vida ao paciente, visto que este é conduzido à execução de diferentes atividades, atendendo deste modo, a uma necessidade inerente a todo indivíduo, a do “fazer”.

Frente a tantas transformações, tanto os agentes da saúde, quanto os familiares do paciente, precisam estar capacitados acerca de todos os estágios da doença, esses conhecimentos vão subsidiar o cuidador no que se refere ao “controle” do quadro. Distinguindo entre a ocasião certa para haver uma assistência em período integral, e a divisão dos cuidados, tendo em vista, sempre a qualidade de vida e o bem estar do portador da doença (SALES, 2011).

A partir disso, foi observado que, por muitas vezes, familiares, cuidadores e também a equipe de enfermagem não se encontram preparados para lidar com tal doença, acarretando necessidade de mais informações.

(SALES, 2011, p.496)

2.3.2 Entendimento em relação ao comprometimento da fala.

É muito comum que entre Enfermeiros e/ou Cuidadores existam preocupações relativas aos domínios alterados no que tange à linguagem e às dificuldades de comunicação daqueles que vivem com a DA (SENA et al, 2004).

Nesse contexto, na presença de uma pessoa idosa com dificuldades de comunicação, eles sofrem um intensificado e estressante processo de extenuação e deterioração no relacionamento (WILLIAMS, 2011).

Dessa forma, uma correta apreciação da linguagem, assim como, das demais funcionalidades cognitivas torna possível a intermediação da linguagem, que tem em vista, a melhoria da qualidade de vida através da comunicação com mais funcionalidade e eficiência (SENA et al, 2004).

Para delinear o entendimento dos cônjuges cuidadores em relação a comunicação na DA e definir suas conveniências de aprendizado acerca de processos de

comunicaçãoeficientes, uma pesquisa elaborada por Williams(2011), apontou que os cônjuges de idosos com a DA precisam assimilar melhor a diminuição da comunicação pertinente à doença. Nesse sentido, entende-se que enfermeiros sejam capazes de exercer função importante no suporte a casais, instruindo os cuidadores a respeito dos problemas de comunicação, bem como acerca de meios para transpô-los.

Ainda conforme o autor, a bibliografiademonstra não ser uma tarefa fácil o estabelecimento de comunicação com o idoso acometido pela doença. A função de nutrir esse diálogo deve abarcar meios como fala, leitura, escrita, gestuais, modulação da fala, procedimentos e contato físico, entre outros. Contudo, o grau e a forma de comunicação irão depender do nível de comprometimento do raciocínio e da memória do doente. De acordo com o estágio da doença no qual se encontra o paciente com Alzheimer, certas peculiaridades precisarão orientar a estratégia a ser empregada (WILLIAMS, 2011).

Corroborando nessa direção, com o finalidade de averiguar a efetividade de um projeto de orientação a cuidadores, acerca de estratégias de como manter comunicação com pessoas idosas com DA moderada, um estudo de Roque e outros (2009), percebeu a falta de percepção e conscientização dos distúrbios de comunicação de alguns desses cuidadores, que desmentiam haver problemas na comunicação entre eles e os doentes (ROQUE et al, 2009).

Da mesma forma,os estudiosos também compreenderam que frente as demais restrições causadas pela doença, os cuidadores inclinam-se a atribuir poucovalimento à comunicação. Desse modo, o estudo deduziu que programas educacionais quanto ao emprego de estratégias de comunicação podem se mostrarpertinentes e eficazes, acerca dos problemas de comunicação da DA(RESENDE; DIAS,2008).

3MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica descritivo-exploratória, de cunho qualitativo, no qual, para colhimento e apreciação dos dados foi empregado como curso metodológico o uso narrativo de uma revisão integrativa de literatura. Botelho e outros (2011, p.133) enfatizam que o método da revisão integrativa permite ser “incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas da saúde e da educação.”

O estudo exploratório [...] é normalmente o passo inicial no processo de pesquisa pela experiência e auxílio que traz na formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas. Os estudos exploratórios não elaboram hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivos e buscar maiores informações sobre determinado assunto de estudo (CERVO; BERVIAN, 1996, p.49)

Executada a partir de um teor já constituído, a exploração bibliográfica é uma forma de análise que pode ser sonora, impressa e/ou informatizada.

Corroborando, para Minayo (1993):

É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (MINAYO, 1993, p.23)

De acordo com Gil (1991, p.19), a pesquisa bibliográfica é um "procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos", em sua integralidade, esses estudos requerem alguma proporção de análise bibliográfica, todavia algumas não são concretizadas exclusivamente com embasamento nessas fontes.

Quanto ao fato de também tratar-se de uma pesquisa descritiva, o mesmo autor ressalta que: "embora definidas como descritivas a partir de seus objetivos, acabam servindo mais para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias." (GIL, 1991, p. 46)

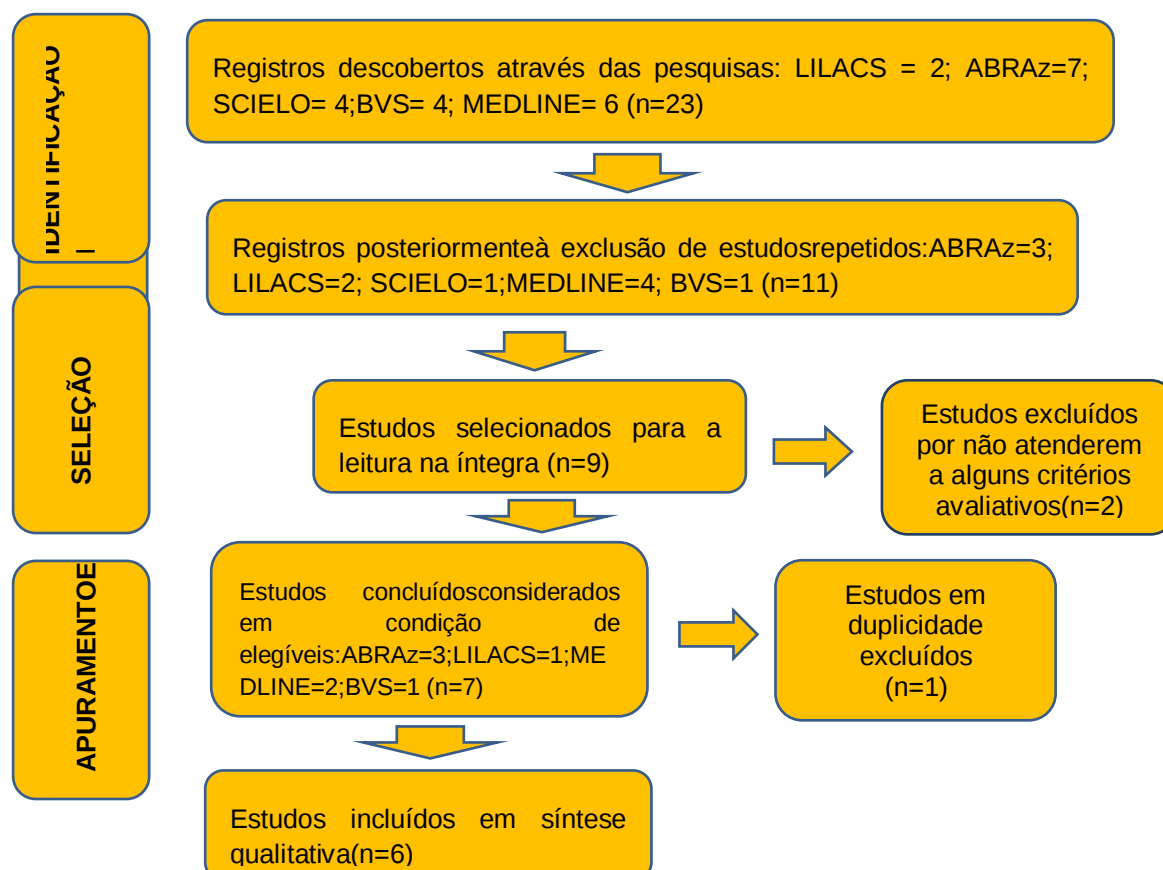
Nesse sentido, em seguida à demarcação do objetivo e a composição de nosso plano de pesquisa, congregamos relevantes fontes virtuais, onde obtivemos possibilidade de acesso aos subsídios de diferentes revistas eletrônicas da área da saúde, em especial no que tange à Enfermagem. Que conforme Mattar (1999, p. 45), "responderá a questões como: quem, o quê, quando e onde."

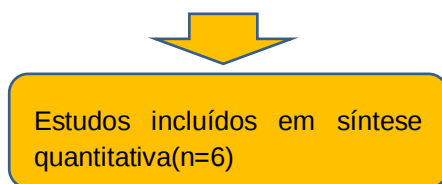
Desse modo, em conformidade com a metodologia delineada e a temática norteadora proposta para a pesquisa, a análise teórica foi composta a partir da avaliação de dados revelados que foram empregados como fontes, de forma que conseguíssemos realizar nossa pesquisa bibliográfica, e a sistematização das informações relacionadas abrangidas por estes quanto ao tema proposto, a saber: “A assistência do profissional de enfermagem aos familiares, cuidadores e idosos acometidos pela doença de Alzheimer”.

Os procedimentos para a pesquisa se deram pela análise e seleção da bibliografia, seguidos pela leitura seletiva, exploratória, reflexiva e elucidativa, dos materiais coletados, sobretudo estudos científicos que discorriam acerca do tema.

Para tanto, os parâmetros de inclusão empregados para triagem consistiram-se em: obras integrais, entre os quais, incluíam-se artigos e/ou ensaios, produtos de pesquisa ou revisão de literatura, publicados entre os anos 2009 e 2019, nos idiomas português e inglês abrigados nas bases de dados da ABRAZ (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER), Ministério da Saúde, BVS (BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE), MEDLAINE, SCIELO e LILACS, entre outros.

Imagem 1- Fluxograma de triagem dos estudos elegíveis. Vitória (ES), Brasil, 2020.





Fonte: composição do próprio autor

Dessa forma, foram excluídos artigos que se rediziam, ou que não atendiam integralmente ao propósito do estudo. Ao término da triagem, somaram-se 6 (seis) estudos.

Nesse contexto, conforme Botelho e outros (2011), esse processo deve ser escolhido no momento em que se almeja alcançar “a síntese e análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado” (BOTELHO et al, 2011, p.133)

A catalogação bibliográfica foi concretizada no primeiro trimestre do ano de 2020, valendo-se dos seguintes descritores: Doença de Alzheimer; Enfermagem; Atenção da Enfermagem para com pessoas idosas e cuidadores. Com a finalidade de executar a composição qualitativa, foram repassados e lidos todos os títulos e sínteses, excluindo-se as publicações que não atentassem aos parâmetros de inclusão e/ou que se mostravam em duplicidade. A coordenação foi efetuada através de uma ferramenta, abrangendo importantes informações para posterior apreciação e classificação, tais quais o nome do artigo, idioma, ano e local de publicação e resultados do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DA FORMAÇÃO ACADÊMICA ATÉ A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: OS SABERES DA ENFERMAGEM ACERCA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

É patente que o prévio conhecimento a respeito da doença, a partir de suas prováveis causas, até os indícios e manifestações mais frequentes, tal como de suas intervenções é de elevada significância para que exista uma ação apropriada dos agentes de saúde na atenção direta ao idoso com a DA, e/ou nas mediações juntamente aos familiares e cuidadores (RESENDE; DIAS, 2008).

Nesse sentido, torna-se importante a discussão em torno dessa temática, sempre objetivando e levando em consideração a qualidade máxima do cuidado dispensado (CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

Nesse contexto, como catedrático em saúde, o enfermeiro precisa estar capacitado e habilitado, de modo a, clara e confiavelmente prover essas relevantes informações, aos familiares e/ou cuidador(es) do paciente (NAVAB et al, 2012).

Diversas compreensões observadas a partir de explorações, consistem-se no reconhecimento relevante do fornecimento de educação em saúde voltada aos familiares e aos cuidadores das pessoas idosas com DA. Visto que, esse expediente, além de apresentar ganhos aos próprios idosos, assessora seus familiares e cuidadores no aprimoramento dos cuidados que são voltados a estes(CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

No entanto, posteriormente a apreciação dessas mesmas explorações, foram reconhecidas deficiências na aprendizagem dos profissionais de enfermagem no que diz respeito a DA, que procedem desde a sua formação, e influenciam no plano de estratégias e no cumprimento dos cuidados, ao ponto de serem vistos como atípicos os enfermeiros qualificados para a função(POLTRONIERE et al, 2011).

Porém, o cunho educacional do profissional de enfermagem, atribui a este, a incumbência de instruir o grupo de trabalho de enfermagem com conteúdos inerentes aos cuidados dispensados ao paciente com DA e cabe de suporte para oferecer atendimento, esclarecer e orientar os familiares e cuidadores para uma atenção dirigida exitosa. Importa destacar que os cuidados precisam considerar aspectos psicológicos, físicos e emocionais(NAVAB et al, 2012).

4.1.1Assessoramento da enfermagem dirigida aos familiares e cuidadores: como prestar assistência a esses agentes.

Os cuidados dispensados a pessoa idosa com DA, tem evidenciado como resultado, vários distúrbios que afetam também a saúde dos familiares e cuidadores, estando diretamente associado à excesso de trabalho destes. Diferentes estudos descrevem

esse episódio entre os familiares e os cuidadores (LENARDT et al, 2010; MARTINS et al, 2007; FREITAS et al, 2008).

Nesse contexto, a sobrecarga de trabalho conduz o familiar e/ou o cuidador do paciente, ao déficit de atenção para com suas próprias necessidades, intensificando e tornando pior a condição de saúde (emocional, mental e física) do próprio (WILLIAMS, 2011).

Dessa forma, se torna frequente entre estes, o desenvolvimento entre outras, de enfermidades como a depressão, stress e doenças cardiovasculares, resultantes do fatigante exercício de seu trabalho (NAVAB et al, 2012).

Nesse sentido, é importante incluir a família no contexto, desde o momento do diagnóstico, de forma a desenvolver uma rede de suporte familiar em que as responsabilidades são divididas, sendo possível reduzir a vulnerabilidade do cuidador principal (BORGHI, 2013, p.5).

Nesse contexto, resultado da adversidade, a ausência ou a insuficiência de conhecimento que os familiares e cuidadores apresentam, quanto ao processo da doença de Alzheimer, mostram-se como das causas cooperadoras para essa degradação (RESENDE; DIAS, 2008; WILLIAMS, 2011).

Servindo de contraste, foram descobertos alguns estudos nos quais os cuidadores expuseram que, ainda que muito desgastante, a ação de cuidar de um idoso com doença de Alzheimer, para eles, se mostrava algo bastante recompensador (FREITAS et al, 2008).

O ato de cuidar, muitas vezes, é realizado com base apenas no senso comum, visto que essa ação não caracteriza o cuidador do idoso como profissional de saúde (SANTIAGO; LUZ, 2012, p. 137).

Alcançar um programa de cuidados que também abranja o cuidador pode consistir-se em uma estratégia empregada de maneira específica para cada situação (MARTINS et al, 2007).

4.2 A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS VOLTADOS A MELHORA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Os cuidados voltados ao idoso acometido pela doença de Alzheimer, possuem associação direta com o grau de autonomia funcional, e análise cognitiva desses assistidos. Nesse sentido, estes precisam ser favorecidos por um cuidado que objetive fornecer independência, individualidade, convivência, funcionalidade, comunicabilidade e estímulo para execução das práticas cotidianas (RESENDE; DIAS, 2008).

Dessa forma, as experiências de trabalhos em grupo e serviços manuais, impulsionam a autoestima, promovem a sociabilização e expandem a autonomia deste paciente (SENA et al, 2004).

Nesse contexto, o enfermeiro, gestor no processo de cuidados, precisa manifestar conhecimento e entendimento em relação ao estado de dependência do idoso acometido pela doença de Alzheimer e pode esquematizar e empreender intervenções de cuidado ao idoso e familiares, objetivando conter a evolução da doença (RESENDE; DIAS, 2008).

Por parte dos profissionais de enfermagem, é interessante que se promovam e se difundam intervenções instrutivas e orientações, que sejam capazes de capacitar o cuidador para dar atendimento as necessidades do doente, até mesmo de forma paliativa, havendo como propósito atenuar o seu sofrimento ao longo desse processo de estar perdendo sua saúde (SANTIAGO; LUZ, 2012).

Em virtude da progressiva ampliação de restrições físicas e degenerações emocionais incididas, os métodos de cuidados em enfermagem, se tornam mais problemáticos àqueles em fase avançada crônica degenerativa da doença, abrangendo inclusive o comprometimento de sua personalidade (SOARES et al, 2012).

O envelhecimento é um fenômeno natural, com início no período da fecundação e término com a morte. Dessa forma, o processo de envelhecimento é entendido como o processo de vida, ou seja, envelhecemos porque vivemos muitas vezes sem nos darmos conta disto. O processo de envelhecimento contém, pois, a fase da velhice, mas não se esgota nela. A qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento, relacionam-se com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, bem como com o “estilo de vida” conferido a cada ser [...] (BRÊTAS, 2003, p. 63).

De forma geral, para que exista o controle apropriado na relação cuidador/ idoso com DA, é patente a significância de discernir os problemas no cuidado a pessoa acometida pela doença, visto que, possibilita o estabelecimento de proposições de cuidados de enfermagem que provoquem melhoramentos na qualidade de vida do paciente, tais como: incentivar a atuação e cooperação do aluno de enfermagem em intervenções pertinentes a temática; formação de uma equipe de suporte para o intercâmbio de experimentações e vivências e fomentação de práticas educativas; prestar atendimento ao idoso com DA, seus familiares e cuidador em seu próprio ambiente; incremento de programas de capacitação de famílias, cuidadores e demais agentes da saúde; estímulo de diálogos em relação a cuidados paliativos, tornar patente o cuidado ao indivíduo com DA, além do impulsionamento na elaboração de pesquisas (SANTIAGO; LUZ, 2012).

Para tanto, se faz necessária na formação de novos enfermeiros, conteúdos e práticas mais apropriados e receptivos às demandas concernentes à demência, e consequentemente e sobretudo à doença de Alzheimer (BRÊTAS, 2003).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oferecendo resposta aos objetivos pretendidos, por intermédio da análise dos elementos alcançados ao longo da revisão integrativa, nos foi possível inteirar-se e compreender melhor nosso objeto de pesquisa. Depreendeu-se que os estudos abrangendo a assistência dos profissionais de enfermagem aos acometidos pela doença de Alzheimer, assim como, de seus cuidadores apresentaram como aspectos fundamentais, a relevância da estruturação na assistência do enfermeiro nos cuidados ao paciente de DA, os efeitos em relação à aplicação prática dos cuidados ao acometido pela mesma, as contribuições da enfermagem para com os cuidadores desses doentes, e sobretudo, aos fatores fundamentalmente associados à assistência da enfermagem a ser provida aos portadores da doença. Assim sendo, deduziu-se, que os cuidadores de doentes de Alzheimer, que comumente consistem-se de seus familiares para a efetivação dos cuidados, por conta de não possuírem um conhecimento sistêmico, como também pela escassez de

suporte, assessoramento e subsídios, sobretudo especializado, lidam com graves abalos em sua qualidade de vida pessoal, social e econômica.

Neste cenário, evidencia-se a indispensabilidade da intervenção de um especialista da área da saúde capaz de orientar as ações a serem empreendidas.

À vista disso, entende-se que a enfermagem, seja sim capaz de atuar na perspectiva da promoção, facilitação, e proteção da saúde também desses prestadores de cuidados. Contudo, para tal fim, se mostra imprescindível que exista uma formação adequada desse profissional da enfermagem, de modo que, os conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação, se mostrem pertinentes à suas futuras demandas de atuação, para que esse direcionamento aos familiares e/ou cuidadores se tornem possíveis e, cooperando para o trato e atenuação de aspectos da doença, tendo em vista uma resposta assertiva e afirmativa na coordenação da assistência integral, promovendo melhor qualidade de vida, e consequentemente, menor sofrimento a todos os abrangidos. Nesse sentido, o enfermeiro passaria a ser observado como um possibilitador e/ou mediador, atuando no âmbito da assistência especializada, no prestamento de cuidados, não apenas para a pessoa com DA, mas também àqueles que cuidam desta, associando os cuidados com a saúde destinados a estes envolvidos, os processos técnico-educativos inerentes à função do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L.; NICOLI, J. S. **Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, vol.13, n.1, junho 2010. p. 231- 44. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4872>. Acesso em 05 jun. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER (ABRAZ). **Mudanças na vida cotidiana e familiar.** Disponível em: <http://abraz.org.br/orientacao-a-cuidadores/cuidados-com-o-familiar-cuidador/mudancas-na-vida-cotidiana-e-familiar>. Acesso em: 07 Maio de 2020

ÁVILA, R. (2003). **Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve.** Revista de Psiquiatria Clínica, 30 (4), 139-146.

BORGHI, Ana Carla, et al. **Overload of families taking care of elderly people with Alzheimer's Disease: a comparative study**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.21, n.4, p.876-883, Ago. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0104-20111692013000400007&pid=S0104-116920130004000876&pdf_path=rlae/v21n4/0104-1169-%20rlae-21-04-0876.pdf Acesso em 12 mai. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Programa saúde do idoso**. Dados estatísticos sobre os idosos. Saúde em Movimento. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2002

BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei n. 10741: de 2003, **que dispõe sobre o Estatuto do Idoso**. Brasília (DF): Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações; Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2003

BRASIL. **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, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde, 2008.

BRÊTAS, A. C. P. **Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 56, n. 3, p. 298-301, maio/jun. 2003. Disponível em: . Acesso em: 10 Maio. 2020.

CAIXETA L. **Evolução do conceito de doença de Alzheimer**. In: Caixeta L (Org.). Doença de Alzheimer. Porto Alegre: Artmed; 2012.

CARAMELLI P, BOTTINO CMC. **Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD)**. J Bras Psiquiatr. 2007;56(2):83-7.

CARAMELLI, P.; BARBOSA. **Revista Brasileira de Psiquiatria ...** Cl et al., 2005;

CARPENTER BD, ZOLLER SM, BALSIS S, OTILINGAM PG, GATZ M. Demographic and contextual factors related to knowledge about Alzheimer's disease. **Am J AlzheimersDisOther Dement**.2011;26(2):121-6.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**.4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

FERREIRA, Dhuani Claro; MAINARDES, Sandra Cristina Catelan. **Doença de alzheimer: como identificar, prevenir e tratar**. VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar Editora CESUMAR. Disponível em: . Acesso em 7 de Abril de 2020.

FREITAS, Iara Cristina Carvalho et al, A. C. M. **Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador**. Rev. Bras. de Enf., Brasília, jul./ago. 2008. Disponível em: Acesso em 28 de Abril de 2020.

FRIDMAN C.; GREGÓRIO S.P.; NETO E.D.; OJOPI E.P.B. **Alterações genéticas na doença de Alzheimer**. Rev. psiquiatr. clín. 2004; 31(1):19-25. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 14 Maio de 2020

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LENARDT MH, DA SILVA SC, SEIMA MD, WILLIG MH, FUCHS PAO. **Desempenho das atividades de vida diária em idosos com Alzheimer**. Cogitare Enferm. 2010;16(1):13-21.

LOPES LO, CACHIONI M. **Psychoeducational intervention for caregivers of elderly with dementia: a systematic review**. J Bras Psiquiatr. 2012;61(4):252-61. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832004000100004&script=sci_arttext. Acesso em: 19 Abril de 2020

LOPES, A.C. **Tratado de clínica médica**. São Paulo: Roca Ltda, 2006.

KAMITSURU; tradução: Regina Machado Garcez; **revisão técnica: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros [et. al]**. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

MARTINS JJ, ALBUQUERQUE GL, NASCIMENTO ERP, BARRA DCC, SOUZA WGA, PACHECO WNS. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):254-62.

MARTINS, E. S. **Os papéis sociais na formação do cenário social e da identidade**. Kínesis, v. 2, n. 4, p. 40-52, São Paulo, 2010.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 1 v.

MCKEITH I, CUMMINGS J. **BEHAVIOURAL changes and psychological symptoms in dementia disorders.** Lancet Neurol. 2005;4(11):735-42.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** São Paulo: Hucitec, 1993

MORAES EN, SANTOS RR. **Demências irreversíveis.** In: Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.

NAVAB E, NEGARANDEH R, PEYROVI H. **Lived experiences of Iranian family member caregivers of persons with Alzheimer's disease:** caring as 'captured in the whirlpool of time'. J ClinNurs. 2012;21(7-8):1078-86.

NOVELLI, Márcia Maria Pires Carvalho; NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo. **Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 139-147, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14097/15915> Acesso 24 Abril 2020

OMS – Organização Mundial da Saúde.1946. Constituição. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en .Acesso em: 13 Maio. 2020.

PATON J, JOHNSTON K, KATONA C, LIVINGSTON G. **What causes problems in Alzheimer's disease: attributions by caregivers.**A qualitative study. Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19(6):527-32.

PENA, S. D. 2010. **Uma epidemia iminente.** Instituto Ciência Hoje.perspectivas do familiar cuidador. RevBrasEnferm [online]. 2008;61(4):508-13.

PESTANA, Luana Cardoso; CALDAS, Célia Pereira. **Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais.** Rev. Bras. de Enf., vol. 62, n. 4, Brasília, Jul./Ago. 2009. Disponível em . Acesso em 8 de Maio de 2020.

POLTRONIERE S, CECCHETTO F, SOUZA EN. **Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem?.**Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):270-8.Acesso em 14 de Abril de 2020.

REZENDE, M. C.; TURRA, D.D. ; ALVES, F.; PEREIRA, F.B.; SANTOS, S.A. P.; TREVISAN, V.C. **Cuidar de idosos com Alzheimer: influencias sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa.** Revista Brasileira de Ciências Envelhecimento Humano, v. 5, n.1, p. 19-31, 2008.

ROQUE FP, ORTIZ KZ, ARAÚJO MSC, BERTOLUCCI PHF. **Eficácia de treinamento de estratégias comunicativas a cuidadores de pacientes com demência.** Pró-Fono R Atual Cient. 2009;21(3):225-30.

ROQUE, F. P.; PAULA, J. A.; ARAUJO, F. S. **Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer.** J. Bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008. Disponível em: . Acesso em: 07 Maio 2020.

SABOIA, VM. **Caminhos pedagógicos na enfermagem: outros modos de ensinar, fazer e conceber educação em saúde.** Tese (Professor titular) Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2004.

SALES ACS, REGINATO BC, PESSALACIA JDR, KUZNIER TP. **Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de alzheimer.** Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2011.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a28v43n2.pdf>>.Acesso em: 8 Abril 2020.

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: . Acesso em: 06, mai, 2020.

SAYEG N. **Alzheimer – Diagnóstico e tratamento.** São Caetano do Sul: Yendis; 2012.

SERENIKI, Adriana; V. Maria Aparecida Barbato Frazão. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos.** Rev. Psiquiatr. RS. 2008;30(1 Supl). Disponível em: . Acesso em 13 de Abril de 2020.

SILVA, Lúcia; GALERA, Sueli Aparecida Frari; MORENO, Vânia. **Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes.** Acta Paulista Enferm, São Paulo, v. 20, n. 04, p. 397-403, out./dez. 2007.

SILVA, P. T. P., & CASTRO, S. D. F. F. D. **A percepção do idoso sobre a velhice. Revista de enfermagem.** UFPE online, p. 3851-3859, 2016.

SOARES CD, BRANDÃO L, LACERDA MC. **Linguagem e discurso na doença de Alzheimer.** In: Caixeta L (Org.). Doença de Alzheimer. Porto Alegre: Artmed; 2012.

SOARES, Jessica Santos.; CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor. **Assistência de enfermagem ao portador de alzheimer e aos seus cuidadores:** revisão integrativa do período 2005-2013. Rev. Enf. Contemporânea, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: . Acesso em 14 de Maio de 2020.

TALMELLI LFS, GRATÃO ACM, KUSUMOTA L, RODRIGUES RAP. **Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer.**São Paulo: RevEscEnferm USP. 2010;44(4):933-9.

TURATO ER. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.**Rev SaúdePública. 2005;39(3):507-14.

WANG, Jing, et al. **Family caregiver challenges in dementia care in a country with undeveloped dementia services.**Journal of Advanced Nursing., v.70, n.6, p. 1369–1380, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jan.12299> .Acesso em 25 mai. 2020.

WILLIAMS CL. **What spouse caregivers know about communication in Alzheimer's disease:** development of the AD communication knowledge test. Issues Ment Health Nurs.2011;32(1):28-34.