

A busca por métodos e técnicas assistenciais que possam aliar o aprimoramento científico ao tratamento holístico das necessidades humanas, relacionada à doença de Alzheimer, tem sido tema de estudo pelos profissionais de enfermagem, visando ao cuidado e não deixando o cliente perder seus valores, seus costumes durante todo o tratamento.

Autores: COSTA,A.M.S.;SILVA,C.E.A.;
SOBRINHO,C.E.; FÁVARO,M.M.

Orientador: MUNHOZ, C.C.

UNIVERSIDADE DE MARÍLIA – UNIMAR

A busca por métodos e técnicas assistenciais que possam aliar o aprimoramento científico ao tratamento holístico das necessidades humanas, relacionada à doença de Alzheimer, tem sido tema de estudo pelos profissionais de enfermagem, visando ao cuidado e não deixando o cliente perder seus valores, seus costumes durante todo o tratamento. Objetivo: Ampliar os conhecimentos sobre a doença de Alzheimer nos idosos, identificar as respostas comportamentais e fisiológicas para direcionar uma assistência de enfermagem qualificada. Metodologia: Trata-se de um estudo de revisão literária, com natureza descritiva. A coleta de dados foi realizada através da base de dados Lilacs, Scielo, livros e manuais. Após realizou-se a localização do material selecionado, a documentação, fichamento e apreciação crítica. A identificação a temática central em cada fonte foi utilizada de tal forma que contemplasse o objetivo proposto. Resultados e Discussão: Foram analisadas 20 referências entre capítulos de livros, e artigos publicados entre 1992 e 2007. Após a análise, categorizou-se em: Conceito de Alzheimer, fatores predisponentes, características clínicas da doença na terceira idade, diagnóstico, tratamento, prevenção e assistência de enfermagem. Considerações finais: Sendo assim, para que se perceba o processo de adoecer e possa evitá-lo é necessário seguir algumas etapas que foram descritas, pois com o envelhecimento ocorrem diversas transformações (desequilíbrios orgânico, eventos vitais entre outros), fatores pré-disponentes, o que facilita o instalar da doença. Recursos financeiros mostram-se extremamente favoráveis para o tratamento e pesquisa da depressão na terceira idade, porém é preciso inseri-los na sociedade através de um adequado suporte social, a fim de evitar o isolamento melhorando assim sua qualidade de vida.

Palavras-chave:Ma l de alzheimer, idoso, assistência de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O mal de Alzheimer é uma doença que se caracteriza por uma diminuição das atividades mentais em especial da memória. O risco de contrair Alzheimer aumenta com a idade, acredita-se que afeta aproximadamente 4% das pessoas com idade entre 65 e 75 anos, 10% das que tem entre 75 e 85 anos e 17% de todas as pessoas com mais de 85 anos. (MARINHO,1997).

De acordo com CORRÊA (1996) a doença de Alzheimer é a patologia mais comum no grupo das demências e é a quarta causa de morte de adultos e em 2050 pode atingir 14 milhões de pessoas no mundo. Estima-se que 10 a 30% das pessoas com a doença tenha o tipo de doença degenerativa primária de etiologia desconhecida com aspecto neuropatológico e neuroquímicos característicos, essa doença se instala usualmente de

modo insidioso e desenvolve-se lentamente, mais continua por um período de anos pode ser curto de 2 a 3 anos.

Coloca-se como uma das maiores causas de morbidade entre os idosos, e sua prevalência está entre 2% a 5% dos pacientes com mais de 65 anos de idade (MANFRIM & SCHMIDT, 2006).

Dados demográficos e epidemiológicos indicam que o envelhecimento populacional em todo o mundo trouxe o aumento da prevalência de doenças degenerativas em geral; contudo, a demência do tipo Alzheimer (DTA) é considerada a causa mais comum e a forma mais freqüente de demência nos idosos. A sua prevalência vem aumentando expressivamente entre as diversas faixas etárias. Acomete pelo menos 5% dos idosos com mais de 65 anos, 15% a 20% após os 80 anos e 40% a 50% após os 90 anos de idade (MACHADO, 2006; PITELLA, 2006). É responsável pela maior parte das síndromes demenciais, atingindo 50% a 60% dos casos na Europa e na América do Norte. Entretanto, no Brasil não há dados estatísticos concretos; estima-se, porém, que essa demência atinge por volta de 500 mil pessoas (MACHADO, 2006).

De início insidioso, lento e de declínio evolutivo, o comprometimento da memória é a manifestação clínica mais marcante da demência do tipo Alzheimer (DTA). Nos estágios iniciais também se observam perdas episódicas de memória, desorientação espacial e temporal, dificuldades e perda de autonomia em atividades complexas e no aprendizado de novas informações. Alterações comportamentais costumam acompanhar essa evolução (MANFRIM & SCHMIDT, 2006; SAYEG *et al.*, 1993).

O diagnóstico da demência do tipo Alzheimer (DTA) baseia-se no quadro clínico e na exclusão de outras eventuais causas de demência, apresentando, contudo, dificuldades devido à aceitação da demência como consequência normal do processo de envelhecimento. O diagnóstico precoce é fundamental no retardamento do aparecimento de complicações (NITRINI, 2000; MACIEL Jr., 2006).

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

O Objetivo que pretendemos atingir com esta pesquisa é ampliar nossos conhecimentos sobre a Doença Mal de Alzheimer no idoso devido ao aumento da incidência dos números de casos e a falta de conhecimentos em relação a doença, com a finalidade de proporcionar uma assistência de enfermagem sistemática.

2.2 Objetivo Específico

O Objetivo específico deste trabalho é identificar e analisar trabalhos científicos, literaturas, artigos que abordem sobre a demência do tipo Alzheimer (DTA), para que possamos aprimorar nossos conhecimentos, prestando assim uma assistência de enfermagem atualizada e de boa qualidade ao doente.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, que tem como finalidade conhecer, identificar e analisar de forma sistematizada a literatura selecionada. Para o desenvolvimento desta pesquisa seguimos algumas etapas:

- definição do tema
- estabelecimento dos objetivos do trabalho;
- levantamento das bibliografias;
- leitura e fichamento das bibliografias relacionadas;

Utilizamos alguns critérios para que pudéssemos ir de encontro com o nosso objetivo; tais critérios foram:

- Sites disponíveis na Internet, acessados em 2008;
- Livros, artigos e manuais publicados entre 1990 e 2007, procurados através de palavras-chave como: doença do tipo Alzheimer, demência, assistência de enfermagem para o mal de Alzheimer.
- Participação em palestra oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília, com o tema "Alzheimer por que Eu".

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os levantamentos bibliográficos podemos observar que a maior quantidade de materiais literários encontrados são atualizados, de fácil acesso. É visível a preocupação das autoridades de saúde em transmitir informações sobre a doença, dessa maneira percebemos que mesmo diante de todos esses recursos ainda falta o conhecimento das pessoas sobre o assunto.

4.1 Categorias Temáticas

Passaremos a descrever alguns aspectos importantes para a relevância desta pesquisa:

- definição e prevalência da demência do tipo Alzheimer (DTA);
- etiológia;
- fisiopatologia;
- manifestações clínicas e estágios da demência;
- diagnóstico;
- tratamento;
- assistência de enfermagem

4.2 Definição

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa protática e caracterizada por varias anormalidade no encéfalo que ira afetar os neurônios de regiões específicas que estão associados com anormalidades do citoesqueleto e resultam na produção de proteína sináptica na região do encéfalo. Em todos estes pacientes as funções mentais e atividade da vida diária vão se tornando progressivamente prejudicadas e nos estágios tardios esses indivíduos ficam mudos ou acamados e normalmente morrem de outra doença. KANDEL; SCHWARTZ; JESSEL (2003)

O termo doença de Alzheimer em sentido amplo corresponde a uma síndrome clínica caracterizada pela alteração progressiva e irreversível das funções cognitivas, acompanhada de modificações neuro-histológicas particulares, compreendendo degenerência neurofibrilar e placas senis. Esta afecção pode se exprimir clinicamente antes ou depois dos 65 anos (MAGNIÉ, 1998).

Para Corrêa (1996), a demência do tipo Alzheimer é definida pela CID-10 como uma doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. Usualmente é de natureza crônica ou progressiva, na qual há perturbação de múltiplas funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Os comprometimentos de função cognitiva são normalmente acompanhados, e casualmente precedidos, por deterioração no controle emocional, comportamento social ou motivação.

De acordo com (CORRÊA, 1996), a demência do tipo Alzheimer (DTA), caracterizada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer (1907), é uma afecção neurodegenerativa

progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda de memória e diversos distúrbios cognitivos. Em geral de acometimento tardio, com incidência ao redor dos 60 anos de idade, ocorre de forma esporádica, enquanto que de acontecimento precoce, ao redor dos 40 anos, mostra recorrência familiar. Contudo, em ambas as situações, é uma mesma e indistinguível unidade clínica neurológica.

Manfrim e Schmidt (2006) conceituam a demência do tipo Alzheimer como uma síndrome clínica caracterizada pelo declínio progressivo em múltiplos domínios cognitivos como memória, linguagem, agnosia, praxia e funções executivas, comprometendo o funcionamento social e ocupacional do indivíduo. O grau de comprometimento varia de paciente para paciente e também de acordo com o tempo e evolução da doença. Porém, na fase final este se torna totalmente dependente de cuidados.

4.3 Prevalência da Demência do Tipo Alzheimer (DTA)

A prevalência de uma doença é a proporção de uma população que, em um dado momento, é acometida por essa doença. É o número de casos que existem, não importando se novos ou antigos, expressos em taxa para cem (100) habitantes, por exemplo. (MAGNIÉ & THOMAS, 1998). No contexto das demências, a do tipo Alzheimer se coloca como a principal causa de demência no idoso e sua prevalência aumenta especialmente entre os 65–95 anos, correspondendo a 60% de todas as demências. (MANFRIM, 2006).

Afirma Pitella (2006) que a prevalência da demência do tipo Alzheimer (DTA) aumenta consideravelmente entre 65–95 anos, e sua ocorrência é de 1% na população entre 65–69 anos. Após os 80 anos, atinge de 15% a 20%, e de 40% a 50% após os 95 anos.

Predomina em mulheres de idade mais avançada.

Segundo Ávila (2003), o envelhecimento populacional trouxe o aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas e, entre elas, destaca-se a demência do tipo Alzheimer (DTA), que é o tipo de demência cuja prevalência e incidência progredem dramaticamente com a idade, sendo, portanto, mais estudada.

Estima-se que supere 15 milhões o número de indivíduos acometidos pela demência do tipo Alzheimer (DTA) em todo o mundo. Nos Estados Unidos é a quarta causa de óbito na faixa etária entre 75 e 84 anos. É responsável por cerca de 50% a 60% dos casos na Europa e nos Estados Unidos (MACHADO, 2006).

Projeções já indicavam que no ano 2000 haveria em torno de 150 milhões de pessoas com algum tipo de distúrbio mental no mundo, e mais da metade delas seria vítima da demência do tipo Alzheimer (DTA). Ela responde por 70% das demências senis e é depois da depressão, o distúrbio mais freqüente (SHIMMA, 1995).

Corrêa (1996) salienta que em alguns estudos de prevalência o maior coeficiente da demência do tipo Alzheimer (DTA) é encontrado em mulheres, porém, não é um dado confirmado por outros estudos. Corrêa (1996) afirma que a maior predominância masculina é até os 75 anos e após, mas a prevalência é maior nas mulheres.

Magnié (1998) afirmam que em quase todos os estudos relata-se uma prevalência duplicada nas mulheres. Contudo, considerando a expectativa de vida das mulheres de pelo menos 5 anos maior que dos homens, essa correlação precisa ser estatisticamente ajustada e melhor esclarecida.

4.4 Etiologia

A demência do tipo Alzheimer (DTA) possui causa ainda desconhecida, tratando-se basicamente de hipóteses geradas por inúmeras pistas, alguns estudos apontam como fatores de risco genéticos (não-modificáveis) a idade, o gênero feminino (após os 80 anos),

a história familiar positiva (predisposição genética, não necessariamente hereditária) e a síndrome de Down. Entre os possíveis fatores ambientais são destacados o baixo nível sócio-econômico e educacional, trauma craniano, tabagismo, alcoolismo, hipotensão e hipertensão arteriais, diminuição de substâncias neuroquímicas (acetilcolina, serotonina), insuficiência cardíaca, aterosclerose, AVC, estresse psicológico e depressão (MACHADO, 2006; ENGELHARDT, 2004).

Afirma Engelhardt (2004) que os fatores de risco ditos não-genéticos são considerados em sua maioria como modificáveis e acrescenta que "a importância desse conhecimento é a possibilidade de intervenções terapêuticas cujo controle é objetivo primordial para prevenir ou diminuir a progressão da demência".

Referindo-se ao gênero, muitos estudos demonstram maior incidência da demência do tipo Alzheimer (DTA) na população feminina. A explicação para tal ocorrência está na maior incidência ou sobrevida mais longa nas mulheres acometidas por demência do tipo Alzheimer (DTA). Entretanto, estudos epidemiológicos revelam que, apesar de as mulheres com demência do tipo Alzheimer (DTA) viverem mais que os homens, existem aproximadamente duas vezes mais mulheres com demência do tipo Alzheimer (DTA) do que homens. O gênero feminino é constituído como fator de risco somente em mulheres de idade mais avançada, após os 80 anos de idade (PITELLA, 2006; MACHADO, 2006).

A história familiar positiva é também ponderada como fator de risco essencial para a demência do tipo Alzheimer (DTA). Assim, quando os membros de uma família têm pelo menos um parente de primeiro grau com demência, pode-se dizer que existe um componente familiar. O risco de um parente de primeiro grau desenvolver a demência do tipo Alzheimer (DTA) dependerá da longevidade, conforme dados estimados por um estudo que revela 5% em mulheres com 70 anos e 33% com 90 anos (MACHADO, 2006; SAYEG *et al.*, 1993).

Atualmente o fator genético é considerado fator de risco predominante. Aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos casos de demência do tipo Alzheimer (DTA) apresenta familiaridade. Esses casos, em geral, são acometidos mais freqüentemente na forma precoce, com início antes dos 65 anos, do que na forma tardia, com início após os 65 anos de idade (CORRÊA, 1996; MACIEL Jr., 2006).

A presença da demência do tipo Alzheimer (DTA) em gêmeos tem sido investigada e os resultados indicam haver maior incidência entre eles, se bem que o tempo de aparecimento da doença possa ter até 11 anos de diferença. Investigações feitas na Suécia com gêmeos confirmaram grande influência da herança genética para o desenvolvimento da demência do tipo Alzheimer (DTA) (MACHADO, 2006; SAYEG *et al.*, 1993).

Vários trabalhos epidemiológicos comprovaram maior incidência familiar, particularmente em padrão de herança autossômica dominante, para o desenvolvimento da demência do tipo Alzheimer (DTA) de início precoce. Por meio de pesquisas genéticas e moleculares realizadas, puderam-se identificar mutações capazes de causar a demência do tipo Alzheimer (DTA). Todavia, essas mutações genéticas atingem uma pequena parcela de casos na forma familiar de início precoce (MACHADO, 2006).

Segundo Maciel Jr. (2006) e Machado (2006), já foram comprovadas mutações em três grupos de genes e suas respectivas proteínas anômalas, sendo eles o gene da proteína precursora da β -amilóide (APP), o gene da presenilina 1 (PS-1) e o gene da presenilina 2 (PS-2), localizados nos cromossomos 21, 14 e 1. Essas mutações causam alterações no metabolismo da APP, favorecendo o aumento de substância amilóide, principal componente

das placas senis. Nenhuma dessas mutações foi encontrada nos casos de forma esporádica, contudo estudos recentes revelam probabilidades em algumas formas de início tardio.

4.5 Fisiopatologia

De acordo com Shimma (1995) e Magnié ,do ponto de vista microscópico se podem observar vários tipos de lesões no cérebro, as principais sendo: placas senis, degenerações neurofibrilares, degeneração grânulo-vascular e corpos de Hirano. Entretanto, a demência do tipo Alzheimer (DTA) se destaca pela presença de placas senis (neuríticas) e degenerações ou emaranhados neurofibrilares, seus marcadores neuropatológicos característicos. A neurodegeneração é cronologicamente seqüenciada e as manifestações clínicas (cognitivas e não-cognitivas) aparecem de modo geralmente previsível (ENGELHARDT, 2004).

De acordo com Smeltzer e Bare (2002) e Nettina (2001), nos pacientes com demência do tipo Alzheimer (DTA) ocorrem alterações neuropatológicas e bioquímicas específicas. Essas alterações compreendem os emaranhados neurofibrilares (massa entrelaçada de neurônios não-funcionais) e as placas senis ou neuríticas (depósito da proteína β -amilóide, parte de uma proteína maior, a PPA). Esse comprometimento neural ocorre principalmente no córtex cerebral, tendo como consequência a diminuição do tamanho do cérebro. Além do acúmulo de emaranhados neurofibrilares e de placas senis (neuríticas), levam também à degeneração cardiovascular. Há perda de células nervosas colinérgicas, importantes na memória, função e cognição.

O déficit colinérgico é precoce no curso da demência do tipo Alzheimer (DTA), entretanto estudos constataram um significativo déficit colinérgico em pacientes com demência do tipo Alzheimer (DTA), revelando que as taxas da enzima ativa na produção de acetilcolina foram reduzidas em mais de 90% (MAGNIÉ, 1998; SAYEG *et al.*, 1993).

Dada a importância dessas alterações, definem-se placas senis (neuríticas) e emaranhados neurofibrilares.

As placas senis são lesões extracelulares formadas por um núcleo central de substâncias amilóide, constituído por uma proteína chamada beta amilóide ou peptídeo beta A4 (o componente principal das placas senis). Essa proteína, que se acumula no cérebro dos idosos, é uma cadeia de 39 a 43 aminoácidos, 42 em sua forma mais tóxica, e é formada a partir de uma proteína precursora (glicoproteína) chamada beta amilóide APP (SAYEG *et al.*, 1993).

Salienta Magnié (1998) que a APP é codificada a partir de um gene situado no cromossomo 21 e esse gene se expressa no sistema nervoso central, particularmente nas células do hipocampo. A formação de depósitos amilóides tóxicos depende do acúmulo de proteína beta amilóide livre no meio extracelular e de sua associação com outras substâncias tóxicas como a apolipoproteína E (PS1), proteína tau, os metais como alumínio e o ferro, e radicais livres. Assim, a associação de proteína beta amilóide é um fenômeno patológico, dado a toxicidade da substância amilóide e suas alterações e efeitos neurotóxicos e neuroquímicos no cérebro.

Afirma Maciel Jr. (2006) que o processo patológico da demência do tipo Alzheimer (DTA) inicia-se no hipocampo. Nessa região tem inicio o depósito de substâncias beta amilóide ou β -amilóide, cujo processo produzirá as placas senis pela degeneração neurofibrilar.

Progressivamente esse processo se estenderá aos lobos temporal e frontal e, posteriormente, acometerá todo o córtex cerebral. Os achados fisiológicos demonstram uma

diminuição no aproveitamento de glicose pelo tecido cerebral quando avaliado pela tomografia computadorizada.

Afirmam Sayeg *et al.* (1993) que nos cérebros dos idosos normais com mais de 70 anos também existem placas senis e emaranhados neurofibrilares, porém em número menor que os verificados na demência do tipo Alzheimer (DTA).

As degenerações ou emaranhados neurofibrilares são caracterizadas pelo espessamento ou pela densidade e tortuosidade das neurofibrilas quando afetadas pelas lesões (PITELLA, 2006). Muitos dos neurônios restantes apresentam alteração peculiar em suas neurofibrilas, que, entrelaçadas, torcidas e espessadas, formam emaranhados neurofibrilares (SAYEG *et al.*, 1993).

Afirmam Magnié e Thomas (1998) e Pitella (2006) que o elemento principal da degenerência neurofibrilar é a proteína tau. Essa proteína é resumida ou sintetizada no neurônio e é normalmente alterada por um processo de fosforilação de resíduos específicos de sua cadeia de aminoácidos.

A proteína tau garante a polimerização e a estabilidade dos microtúbulos do citoesqueleto neuronal. Assim, uma hiperfosforilação dessa proteína no curso da demência do tipo Alzheimer (DTA) tem como consequência funcional a instabilidade da rede microtubular, o que leva à progressiva degeneração neuronal (PITELLA, 2006).

4.6 Manifestações Clínicas e Estágios da Demência

Ramos (2005) esclarece que foram identificados na doença de Alzheimer quatro estágios previsíveis que continuam até persuadir totalmente incapaz de se auto cuidar.

- Estagio inicial, fase de esquecimento e incerteza.
- Estágio médio, fase de confusão.
- Fase de demência.
- Estágio final, fase, terminal.

As manifestações clínicas ou sintomas mais comuns da doença do tipo Alzheimer incluem: perda de memória para os fatos recentes, dificuldades de realizar tarefas, problemas de linguagem, desorientação temporal e espacial, julgamento deficiente ou reduzido, alterações do conteúdo do pensamento abstrato, da conduta, da percepção e da personalidade, mudanças de humor ou de comportamento, perda da iniciativa e não reconhecimento de objetos anteriormente conhecidos.

Essas manifestações clínicas são descritas por fases ou estágios evolutivos, sendo que em seu curso típico podem apresentar variações de paciente para paciente. Contudo, é de início insidioso e de deterioração progressiva.

No estágio 1, ou fase inicial da doença, as alterações são lentas e variáveis. A primeira manifestação clínica que marca o início da demência está relacionada ao comprometimento da memória. As alterações da memória não são constantes e apresentam-se como falhas esporádicas que vão se repetindo com freqüência variável. São observados pequenos esquecimentos sobre fatos e conversas recentes e dificuldade em pensar com clareza, registrar novas informações e comunicar-se. Começam também episódios de desorientação temporal e espacial, especialmente em lugares desconhecidos, além de se apresentar queda no rendimento funcional, ou seja, no trabalho, nas atividades diárias, como banhar-se e alimentar-se, e em tarefas mais complexas, como telefonar, dirigir, fazer compras, dentre outras (SAYEG *et al.*, 1993; SMELTZER & BARE, 2002). Como essas alterações não se repetem com freqüência, são compreendidas como fato natural da própria idade.

Alterações no comportamento, como irritabilidade, ansiedade, apatia e depressão, acompanham a evolução da demência e, lenta e gradualmente, ocorrem mudanças no comportamento habitual (personalidade), perdendo-se o senso crítico. Essas alterações de comportamento e conduta podem estar ligadas ao ambiente, a mudanças bruscas de costumes e a situações estressantes. As reações são diversas, desde inquietação e xingamentos até agressão física.

Ainda nessa fase aparecem os distúrbios do sono, com a troca de horários e alterações no pensamento abstrato. O paciente demonstra dificuldade em relacionar o conceito com o objeto, não encontrando palavras certas para nomeá-lo (SHIMMA, 1995).

É importante ressaltar que essa fase é considerada a mais crítica devido a determinados sintomas iniciais serem explicados pelos familiares como parte do processo normal do envelhecimento. Dessa forma, os sintomas tornam-se muitas vezes irrelevantes, adiando-se a investigação diagnóstica e consequentemente a tentativa de um diagnóstico de probabilidades (MACIEL Jr., 2006; MAGNIÉ, 1998).

O estágio 2, ou fase intermediária, caracteriza-se pelo agravamento dos sintomas apresentados na fase inicial, podendo ocorrer outras manifestações, como dificuldade em reconhecer familiares e ambientes conhecidos e necessidade de maior ajuda ao executar as tarefas de rotina por perder a capacidade de funcionar de um modo independente, tornando-se dependente de um cuidador (MAGNIÉ, 1998).

De um modo geral, nessa fase se observa diminuição dos movimentos superiores ao andar, instabilidade postural, emagrecimento, fala repetitiva, dificuldades motoras e perambulação durante o dia e a noite. Pode ocorrer incontinência fecal e urinária. Instalam-se as afasias (perda de expressão pela fala e pela escrita), as apraxias (incapacidade de executar movimentos) e as agnosias (perda do reconhecimento perceptivo, auditivo, visual, tátil, etc.) (SAYEG *et al.*, 1993; MAGNIÉ, 1998).

No estágio 3, ou fase final da demência, existe dependência completa. O paciente torna-se incapaz de qualquer atividade de rotina diária, exigindo cuidados totais. Os sintomas podem englobar: incontinência total (fecal e urinária), edema, apatia e prostração, problemas renais e pulmonares, indiferença ao meio externo, mutismo e estado vegetativo; as funções cognitivas desaparecem quase por completo.

Essa fase caracteriza-se por restrição ao leito / poltrona praticamente durante todo o tempo, e o óbito geralmente acontece após 10–15 anos de evolução, em consequência de complicações, como pneumonia, desnutrição, desidratação e incontingências (ENGELHARDT, 2007; LAKS, 2007).

Afirmam Smeltzer e Bare (2002) que, no estágio terminal, o paciente fica imóvel e exige cuidado integral: "Ocasionalmente pode reconhecer a família e os profissionais da saúde".

4.7 Diagnóstico

De acordo com Ramos (2005) não existe um exame específico para diagnosticar a doença de Alzheimer, porém é importante fazer uma avaliação médica e neurológica completa para identificar distúrbios tratáveis com sintomas semelhantes da doença de Alzheimer ex: depressão, hipotiroidismo, deficiência da vitamina B12, hidrocefalia, paralisia. Os exames abrangem e são necessários para excluir esses possíveis diagnósticos e fazer um diagnóstico provável da doença de Alzheimer. Combinar exames físicos e neuropsicológicos juntamente com dados levantados pelo enfermeiro resulta em cerca de 90% de precisão no diagnóstico da doença de Alzheimer, o diagnóstico definitivo pode ser feito apenas na necropsia que revele placas senis, redes de neurofibrilas e corpos granulam

vasculares presentes no tecido cerebral que são lesões no cérebro que consiste em fibras grosseiras que percorre todo o córtex cerebral.

Para Machado (*apud* FREITAS *et al.*, 2006), o primeiro passo para o estabelecimento do diagnóstico da doença do tipo Alzheimer é a confirmação do diagnóstico de demência. O segundo passo é o reconhecimento dos déficits cognitivos e não-cognitivos presentes e sua correlação com as características clínicas próprias, possivelmente associadas à demência do tipo Alzheimer, ao desempenho na avaliação cognitiva ou neuropsicológica e aos resultados dos exames laboratoriais e de neuro imagem cerebral. Por meio desses procedimentos, busca-se rastrear o diagnóstico da doença do tipo Alzheimer.

Segundo SAYEG *et al.* (1993) e MACIEL Jr. (2006), o diagnóstico da demência do tipo Alzheimer é realizado a partir de anamnese detalhada, exame físico, avaliação neuropsicológica e exames complementares básicos, como análises laboratoriais, tomografia computadorizada do crânio, eletrocardiograma, radiografia de tórax, eletroencefalograma, provas genéticas (apoE genótipo) e ressonância magnética.

A Tomografia Computadorizada do crânio e a Ressonância Nuclear Magnética (RNM) são métodos de imagem cerebral que visam a avaliar áreas específicas de importância para a demência do tipo Alzheimer, como o hipocampo. A neuro imagem da demência é obtida pelos métodos SPECT (Tomografia por Emissão de Fóton Único) e PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons), que possibilitam a observação das alterações das funções cerebrais normais e patológicas, ou seja, das partes ativas ou não-ativas do cérebro. Também é possível avaliar o funcionamento das diferentes regiões do cérebro no desenvolvimento das atividades mentais, como pensar, lembrar, falar e ouvir, entre outras. Dessa forma, a PET e a SPECT são úteis para estudar o fluxo sanguíneo cerebral, o consumo de glicose pelos neurônios e a atividade dos neuro receptores cerebrais. Enfim, são úteis na avaliação das funções cognitivas (SAYEG *et al.*, 1993; MACIEL Jr., 2006; RAMOS, 2005).

Como não existem marcadores biológicos específicos para a demência do tipo Alzheimer, o diagnóstico permanece fundamentalmente clínico, isto é, alicerçado em evidências clínicas, sintomas e sinais, complementados por exames imaginológicos e laboratoriais, cujo objetivo é descartar formas secundárias de demência.

O emprego sistemático de critérios clínicos internacionais tem favorecido o diagnóstico de diversas formas de demência primária, dentre elas a do tipo Alzheimer, e tem sido considerado uma ferramenta essencial para a realidade epidemiológica das síndromes demenciais, visto o trabalho de investigação científica em demência primária tornar-se impossível sem a referência ao uso de critérios operacionais e descrições clínicas de consenso internacional (MACIEL Jr., 2006; RAMOS *et al.*, 2005).

Como visto, apesar do diagnóstico baseado no quadro clínico ser considerado um diagnóstico de exclusão, é importante uma avaliação inicial investigativa, detalhada e abrangente sobre o histórico de saúde do paciente, incluindo a anamnese, a história social e cultural, a história medicamentosa, o exame físico com ênfase no sistema neurológico, a confirmação pelos familiares mais próximos e o estado de saúde funcional e mental. Essas pistas clínicas permitem alcançar uma precisão de diagnóstico de até aproximadamente 90% dos casos da doença do tipo Alzheimer. Contudo, devido ao fato da demência do tipo Alzheimer ser de um diagnóstico de exclusão, ao se descartarem outras eventuais causas de demência, a única confirmação da doença do tipo Alzheimer é dada por necropsia (de 85% a 90% dos casos), cujo material diz a respeito da presença de cicatrizes neurofibrilares

dentro de neurônios, bem como de placas neuríticas de proteína amiloide (SAYEG *et al.*, 1993; MAGNIÉ & THOMAS, 1998).

Afirma Machado (*apud* FREITAS *et al.*, 2006; SAYEG *et al.*, 1993) que a avaliação do estado mental é indispensável em todos os pacientes com suposto déficit cognitivo quando demonstrado a partir das preocupações do paciente ou de familiares e mesmo durante a consulta. A presença do déficit cognitivo pode ser manifestada a partir de avaliações simples – como a aplicação do Minisexame do Estado Mental (MEEM), que avalia funções cognitivas específicas, como orientação, memória, linguagem e atenção – ou por intervenções mais sofisticadas, como a realização de exames neuropsicológicos administrados por profissionais especializados, mas de difícil aplicação prática no consultório.

A investigação completa do estado cognitivo exige a aplicação de vários testes e escalas que, associados a outros, colaboram na exclusão de outras doenças, como depressão, múltiplos enfartos, etc. Devem estabelecer o diagnóstico precoce do déficit (natureza e importância) e avaliar o grau de dependência e autonomia do paciente para as atividades básicas da vida diária (AVD). Do ponto de vista prático, o MEEM é o de maior validade, porém pode ser complementados com os testes do desenho de um relógio, nomes de animais (no período de um minuto) e operações matemáticas elementares (SAYEG *et al.*, 1993; *apud* SHIMMA, 1995).

4.8 Tratamento

Embora não haja até agora tratamento específico para a cura da demência do tipo Alzheimer, existem abordagens terapêuticas que, associadas, produzem efeitos benéficos: a abordagem medicamentosa (tratamento farmacológico sintomático e tratamento dos sintomas neuropsiquiátricos não-cognitivos) e a abordagem social (tratamento não-farmacológico com pacientes, familiares e cuidadores) (MACHADO, 2006). Todavia, o tratamento disponível atualmente tem sua estratégia terapêutica alicerçada em três pilares: melhorar a cognição, adiar a evolução e tratar os sintomas e as alterações de comportamento (SAYEG *et al.*, 1993; MACIEL Jr., 2006). Assim, devido à progressão da doença, a demanda de diversas necessidades médicas, psicológicas e sociais tornam-se inevitáveis, e a intervenção interdisciplinar vem se destacando e se intensificando na promoção e na manutenção das funções cognitivas, na minimização das alterações comportamentais e na melhora do funcionamento global para que haja um impacto positivo na qualidade de vida do paciente.

O tratamento farmacológico sintomático é estritamente paliativo e particularmente indicado em agitações, crises de agressividade, depressão, alterações comportamentais e regularização do sono. Dessa maneira, os medicamentos para a demência do tipo Alzheimer dispõem-se em duas grandes categorias: drogas para conservar ou melhorar a cognição (tratamento específico) e drogas para controle dos distúrbios comportamentais (tratamento sintomático) (SAYEG *et al.*, 1993; ÁVILA, 2003; ENGELHARDT, 2004).

O tratamento sintomático ou dos sintomas neuropsiquiátricos não-cognitivos visa ao controle das alterações ou dos distúrbios de comportamento, pois o manejo inadequado desse quadro pode muitas vezes definir situações em que o paciente é internado em hospitais sem que haja uma real necessidade (SAYEG *et al.*, 1993; MACHADO, 2006).

O tratamento farmacológico com antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos está disponível, mas não especificamente aprovado por organismos como a FDA (Food and Drug Administration) para serem utilizados na doença do tipo Alzheimer. É particularmente

usado e pode ser efetivo nos distúrbios de humor e do sono e nos sintomas psicóticos (delírios e alucinações).

Como mencionado, com a evolução da doença se deterioram cada vez mais as funções cognitivas e a funcionalidade, e, em decorrência disso, os distúrbios comportamentais acabam atingindo 90% dos pacientes. Depressão, insônia, irritabilidade, ansiedade e alucinações são comuns e, dessa maneira, os sedativos potentes e as drogas psicóticas devem ser usados com segurança, com dosagens suficientes e controladas. O uso de antidepressivos pode ser considerado. Quando indicado, seu uso é limitado a situações esporádicas ou por curto período de tempo (CORRÊA, 1996; ÁVILA, 2003).

O tratamento não-farmacológico, ou intervenções não-farmacológicas, objetiva atender o paciente, a família e os cuidadores formais e informais. Isso devido aos problemas ou impactos psicossociais que a doença acarreta ao paciente e à família, que passa a assumir o papel de cuidador e viver em função dessa nova tarefa. (CALDAS *apud* SANTANA, 2003).

O enfoque principal do tratamento para o paciente é direcionado para as medidas de intervenção sobre as alterações cognitivas, do humor e dos sintomas psicológicos e comportamentais. Os tratamentos indicados devem consistir em técnicas pautadas dentro das limitações impostas pelo estágio da doença, considerando-se, portanto, as reais possibilidades e potenciais do paciente: motivação, aptidão, ambiente, circunstâncias sociais, recursos financeiros e disponibilidade de serviços (MACHADO, 2006; ÁVILA, 2003).

Os tratamentos baseados na reabilitação cognitiva e neuropsicológica, com abordagem terapêutica interdisciplinar, têm demonstrado eficiência em seus resultados na prática clínica. As técnicas de reabilitação cognitiva privilegiam: orientação para a realidade, treinamento de memória, reminiscência, técnica de estimulação por meio da arte e terapias ocupacionais, sociais e de recreação (dança, exercícios e música) (MACHADO, 2006).

Afirmam Argimon e Trentini (2006) que técnicas psicológicas vêm sendo desenvolvidas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos doentes e de seus cuidadores. São destacadas mudanças ambientais, comportamentais, cognitivas e na comunicação entre doentes e cuidadores. Estudos mostram que relacionamentos familiares harmoniosos estão relacionados ao bem-estar psicológico do idoso.

Para as desordens de linguagem (fase inicial) e os distúrbios de glutinação (estágios mais avançados), a intervenção da fonoaudiologia é sugerida. (MACHADO, 2006; JACKSON, 2001).

Os familiares responsáveis pelos pacientes com demência do tipo Alzheimer freqüentemente não compreendem as peculiaridades da doença ou os princípios para manejo adequado do doente. Dessa forma, restringem-se aos cuidados básicos da alimentação, higiene e medicação.

Segundo Santana (2003), a dependência progressiva do indivíduo decorrente dos transtornos demenciais pode provocar sofrimento tanto para os pacientes como para seus familiares, que são forçados a se reestituírem para viabilizarem os cuidados necessários à pessoa que adoece. Isso muitas vezes pode levar a uma sobrecarga, a fadiga, a sentimentos de culpa, a tensão e a disfunção familiar, com repercussões negativas em sua saúde e satisfação (SMELTZER & BARE, 2002).

Para Machado (*apud* FREITAS *et al.*, 2006), a demência do tipo Alzheimer pode gerar "desagregação e desestruturação das relações pessoais, financeiras e pessoais".

O atendimento familiar é de suma importância para o tratamento, pois, por meio de informação, orientação, reflexão e aconselhamento, muitos conflitos são direcionados para

a busca de decisões para melhores soluções. O aconselhamento e a orientação familiares devem ser prestados por profissionais habilitados para essa função, como, por exemplo, enfermeiras, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e outros; contudo, a tarefa é de todos os membros da equipe (MACHADO, 2006; SMELTZER & BARE, 2002).

Ainda nesse contexto biopsicossocial que cerca o quadro demencial do tipo Alzheimer, os grupos e as associações de apoio exercem um papel de especial importância ao promoverem o bem-estar dos familiares e dos cuidadores, colocando-os a par dos últimos avanços científicos na área e orientando-os sobre como cuidar do paciente. Muitos dos grupos se dispõem a prestar atendimento ao próprio paciente, dando suporte nas fases iniciais da doença. No Brasil, a única referência que os portadores do distúrbio têm é a ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer, Doenças Similares e Idosos de Alta Dependência (CORRÊA, 1996; SHIMMA, 1995; SMELTZER & BARE, 2002).

4.9 Assistência de Enfermagem

Como visto a demência do tipo Alzheimer (DTA) constitui-se de uma das principais doenças crônico-degenerativas que acomete os idosos, tornando-os progressivamente incapacitados para seu autocuidado. Também a família, por não possuir um conhecimento técnico, passa a ter limitações no ato de cuidar do paciente.

A assistência de enfermagem junto ao idoso é centrada na educação para a saúde, no cuidar com base no conhecimento do processo do envelhecimento (senescênci) e senilidade e no retorno da capacidade funcional. As ações são direcionadas para um processo de reabilitação que vise ao autocuidado. É fundamental nesse processo a ação conjunta dos profissionais e seus familiares no apoio a decisões dos tratamentos de cuidado de saúde oferecidos.

No ambiente hospitalar, uma das principais atribuições da assistência de enfermagem é cuidar para que a prescrição médica e terapêutica seja seguida. A assistência de enfermagem tem o papel de fiscalizar o trabalho da equipe de auxiliares; ajuda os pacientes antes, durante e depois de procedimentos e exames; ministra medicamentos; convoca médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e terapeutas quando surge a necessidade. Muitas vezes ela conforta o doente e sua família, mas, de um modo geral, os tratamentos, os cuidados, o banho, o medicamento e a alimentação realizados pelas enfermeiras são determinados pelos regulamentos e critérios do hospital (SMELTZER & BARE, 2002).

Cabe ainda aos profissionais de saúde repassar aos familiares e cuidadores informais orientações e esclarecimentos embasados em sua competência técnica, sem perder a ternura, os quais possam minimizar o medo de ser um cuidador e também ampliar o vínculo do paciente com sua família. Tal atitude trará conforto e tranqüilidade para aquele que receberá ajuda, pois se sentirá seguro e, quanto maior for o grau de empatia, melhor será a resposta de um paciente com seqüelas neurológicas. O cuidador é a ancora do idoso e, assim, sua segurança e sua tranqüilidade vão depender da compreensão que o cuidador lhe transmite. (CALDAS, 2006; SMELTZER & BARE, 2002).

Segundo Nettina (2001), a assistência de enfermagem, no processo de cuidar do idoso doente e dependente de habilidades interativas para a construção do bom relacionamento entre paciente, família e prestadores de cuidados, utiliza-se de comunicação clara ao fornecer ensino efetivo ao paciente, à família e a prestadores de cuidados e compartilhar informações com a equipe de cuidadores domiciliares, tendo ainda competência cultural adequada e sensível para orientar, esclarecer e transmitir conhecimento acerca de valores

e crenças sobre doença/saúde, nutrição e práticas de saúde alternativas que influem no estilo de vida saudável. Enfim, deve reavaliar seus saberes, crenças e valores sobre esses conceitos antes de se dedicar ao atendimento (cuidado) à pessoa idosa demenciada do tipo Alzheimer.

Portanto, no cuidar do idoso com demência do tipo Alzheimer, a humanização deve estar presente em todas as atividades realizadas pelas enfermeiras, servindo como modelo a ser seguido por familiares, amigos e outros cuidadores, e havendo um olhar de compreensão, respeito e solidariedade para com esses pacientes.

Conforme Carroll e Brue (1991), o cuidado para com pessoas idosas é o campo mais complexo da enfermagem. A enfermagem precisa de habilidades clínicas específicas, facilidade de relacionamento e, sobretudo, amor e respeito por pessoas idosas, aspectos essenciais para a qualidade do serviço oferecido.

Na área de saúde do idoso, a capacidade funcional é o principal indicativo de qualidade de vida, pois o desempenho nas tarefas diárias, enquanto parâmetro reconhecido, permite a enfermagem uma visão mais abrangente da demência, sua gravidade e seqüelas. Com isso, torna-se possível o desenvolvimento de um plano de ação e intervenção geriátrica, de acordo com as necessidades imediatas do paciente e prováveis alterações futuras (RAMOS; DIOGO & DUARTE *apud* SANTANA, 2003).

A enfermagem deve atuar estimulando o autocuidado, o individualismo, o cuidado a partir das primícias de que cada idoso apresenta grau diferente de dependência, distinguindo dessa forma o modo de assistência. O trabalho é realizado em conjunto abordando o paciente, a família e a equipe de saúde. (DIOGO & DUARTE, 2006).

Para Caldas (2006, p. 1117), o cuidado primário em saúde é "predominantemente e basicamente o autocuidado". A enfermagem deve estabelecer um relacionamento efetivo, aberto e colaborativo com o paciente na tomada de decisões para participar do cuidado. A vontade ou o desejo de participar, de negociar ou de recusar a tomada de decisões é uma questão de escolha individual. O paciente deve ser respeitado e ter liberdade de decisão.

Por outro lado, o profissional de enfermagem deve motivar a mudança de comportamento e hábito para atitudes de vida saudável, propondo como meta a aderência ao esquema terapêutico. É necessário avaliar o nível de funcionamento fisiológico e psicológico, a capacidade do paciente quanto à percepção de sua doença, as barreiras, os recursos de que dispõe e as reações e variáveis que dificultam a adoção de comportamentos específicos e hábitos saudáveis (CALDAS, 2006).

A adesão ao esquema terapêutico requer do paciente mudança no estilo de vida, na promoção e manutenção da saúde. São muitas as variáveis que influem na não-adesão à terapia prescrita, sobretudo quando as medidas são complexas e de longa duração.

Podem-se destacar como exemplos de comportamentos facilitadores à saúde: tomar as medicações prescritas, manter uma dieta, limitar atividades, praticar medidas de higiene específica, buscar avaliações periódicas e adotar medidas preventivas e terapêuticas (SMELTZER & BARE, 2002).

Com relação ao paciente idoso e demenciado do tipo Alzheimer, a não-adesão pode levar ao aumento da morbidade e da mortalidade, além do aumento dos custos do tratamento. Entretanto, esses pacientes apresentam inúmeros problemas quanto à terapia prescrita pela enfermeira devido ao acometimento de várias doenças crônicas. Conseqüentemente, com a administração de muitos medicamentos, aumenta a sensibilidade e os efeitos colaterais dos mesmos, dificultando na adaptação às mudanças e ao estresse, esquecimentos, restrições

financeiras, hábito de automedicação, diminuição da acuidade visual e auditiva e limitações de mobilidade (SMELTZER & BARE, 2002).

Os familiares devem sempre estar envolvidos nas sessões de ensino. Podem fornecer informações importantes sobre a situação de vida e outras necessidades a serem acrescentadas ao ensino. Assim, o trabalho em conjunto com paciente, enfermeiros, família e equipe de saúde deve resultar na melhoria da capacidade de autocuidado, no aumento da auto-estima e em motivação para aprender nas sessões seguintes ou futuras (SMELTZER & BARE, 2002).

A par disso, é indispensável o ensino sobre a auto-administração do medicamento por meio de perguntas ao paciente e a solicitação do retorno para verificar a ocorrência do aprendizado, a compreensão das perdas cognitivas, sensoriais e auditivas para orientações mais adequadas e, consequentemente, o ajustamento do plano de ensino para satisfazer as necessidades de cada paciente, de acordo com o grau de sua incapacidade nos diversos déficits.

Ainda nesse contexto, salientando a situação de vida no ambiente familiar, apesar da enfermagem divergir em alguns procedimentos, condutas ou estilo de vida, sem expressar julgamento com o idoso portador de demência do tipo Alzheimer, devem ser adotadas algumas medidas de cuidado visando à saúde do paciente. A enfermagem deve e pode encorajar um ambiente calmo e tranquilo, seguindo a rotina que propicie um espaço que ofereça segurança, conforto e privacidade ao paciente.

Ressaltam Smeltzer e Bare (2002) que a enfermagem tem controle mínimo sobre o estilo de vida, a situação de vida e as práticas de saúde dos pacientes. A restrição de autoridade para a tomada de decisão pode gerar conflito e resultar em problemas na relação paciente-enfermeiro.

Nesse contexto, a enfermagem deve estar apta para desenvolver atitudes efetivas e importantes de atenção à saúde do idoso, entre elas aceitar suas limitações sem julgá-lo e estabelecer um relacionamento seguro, amável e humanizado, baseado na confiança, no respeito mútuo e na empatia (DIOGO & DUARTE, 2006).

A enfermagem poderá estimular a função cognitiva, promovendo a segurança física, reduzindo a ansiedade e agitação, melhorando a comunicação, promovendo a independência nas atividades de autocuidado, atendendo às necessidades de socialização e intimidades, promovendo a nutrição adequada, e promovendo a atividade e o repouso balanceados.

Assim, a enfermagem, de posse do conhecimento específico e treinamento de habilidades apropriadas na área da saúde do idoso, poderá fornecer tal apoio aos pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer, que, dessa forma, serão capazes de manter níveis mais elevados da saúde percebida e real (SMELTZER & BARE, 2002).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se concluir por este estudo que, apesar dos avanços tecnológicos e das intensas investigações e pesquisas científicas, a demência do tipo Alzheimer constitui-se ainda em uma demência de entendimento complexo. É considerada a epidemia do século XXI um importante problema de saúde pública.

Verificou-se pelo estudo que a doença passa por fases caracterizadas por alterações e déficits profundos, gerando ao idoso portador angústia, tristeza, depressão e dependência total. Todos esses transtornos provocam grande sofrimento tanto ao idoso como a seus

familiares, que muitas vezes assumem a função de cuidadores e passam a viver em função dessa tarefa, em grande parte sem informação e esclarecimento sobre a doença.

Constatou-se também que o cuidar do idoso é um processo ativo vinculado à interação e ao planejamento de ações a partir do conhecimento e do respeito à realidade do idoso demenciado do tipo Alzheimer e sua família, e que o ato de cuidar humanístico é uma atitude contínua de trabalho, envolvimento e preocupação que exige da profissional enfermeira conhecimento específico e habilidades interativas, psicomotoras e éticas no atendimento à saúde desse paciente. Portanto, o processo de cuidar da saúde do paciente com demência do tipo Alzheimer implica numa relação dialogal interativa e contínua entre paciente, família e enfermeira, juntamente com uma equipe multiprofissional, porque o cuidado desse paciente se situa em vários níveis e dimensões, envolvendo-o como um ser biopsicossocial e espiritual. Nesse sentido, é necessária uma mudança de mentalidade que dê a essa população um novo olhar, o qual conduza a um enfoque ativo, consciente da doença e de suas perspectivas terapêuticas.

O estudo, além de propiciar uma reflexão sobre a evolução da complicação da doença, alertou para a importância da profissional enfermeira em aprofundar conhecimentos na especificidade da assistência à pessoa idosa, demenciada ou não, para melhor qualificar a sua atuação e conscientizar-se que a formação generalista é insipiente para esse tipo de cuidado. Há necessidade da formação em recursos humanos com conhecimento em gerontologia.

6 REFERÊNCIAS

- ALZHEIMERMED: informação & solidariedade. 2004/2005. Disponível em: <<http://www.alzheimermed.com.br>>. Acesso em 10 jul. 2007.
- ARGIMON, I. L.; TRENTINI, C. M. A presença da doença de Alzheimer e suas repercussões na dinâmica familiar. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 3, n. 1, p. 98–104, jan./jun. 2006.
- ÁVILA, R. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 57–69, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jul. 2007.
- BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CALDAS, C. P. O autocuidado na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- CARROLL, M.; BRUE, L. J. *Enfermagem para Idosos: Guia prático*. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda., 1991.
- CORRÊA, A. C. O. *Envelhecimento, Depressão e Doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health, 1996. p. 135–138; 145–149.
- DESAFIOS para a Enfermagem diante das perspectivas para a saúde do idoso no Brasil. *Enfermagem Atual*, [S. I.], ano 7, n. 38, p. 10–13, mar. 2007. Coordenadora: Célia Pereira Caldas.
- DIOGO, M. J.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ENGELHARDT, E. Demência mista: do conceito ao tratamento. *Rev. Bras. Neurol.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 33–54, out./dez. 2004.

- FREITAS, E. V. *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriátrica: conceito e prática. *In: FREITAS, E. V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- JACKSON, O. Demência senil e comprometimento cognitivo. *In: KAUFFMAN, T. Manual de Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 112–116.
- KANDEL, R. E; SCHWARTZ, H. J; JESSEL, M.T. *Princípios da neurociência*. 4º ed. 2003. Editora: Manole. Cap. 58 pág. 1149 á 1159.
- MACHADO, J. C. Doença de Alzheimer. *In: FREITAS, E. V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 25, p. 261–279.
- MACIEL Jr., J. A. Demências primárias e doença de Alzheimer: como diagnosticar e tratar. *Rev. Bras. Med.*, v. 63, p. 88–94, dez. 2006.
- MAGNIÉ, M. N.; THOMAS, P. *Doença de Alzheimer*. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda., 1998. p. 26–33.
- MAMFRIM, A.; SCHMIDT, S. Diagnóstico diferencial das demências. *In: FREITAS, E. V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 23, p. 243–246.
- MARINHO, V.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E.. Aspectos neurológicos e neuropsiquiátricos das demências degenerativas não-Alzheimer. *Rev. Bras. Neurol.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 31–37, 1997.
- MARQUES, P. R. A Medicina frente à doença sem alma. *Rev. Bras. Neurol. e Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 1–32, 1999.
- MORLEY, E. J; COL M. R; STRONG R; GROSSBERG T. G. A memória e os distúrbios ligados à saúde. 1º ed. 1997 Editora: Andrei LIDA. Pág. 133 á 140.
- NETTINA, S. M. *Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Diagnóstico da doença de Alzheimer no Brasil: critérios, diagnósticos e exames complementares. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 1–8, 2000.
- NÚCLEO de Informações sobre o Mal de Alzheimer. Disponível em:
<http://br.geocities.com/alzheimerni/>. Acesso em 15 jul. 2007.
- PITELLA, J. E. H. Neuropatologia da doença de Alzheimer e da demência vascular. *In: FREITAS, E. V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 21, p. 225.
- PORTAL ABRAZ: Associação Brasileira de Alzheimer. Disponível em:
<http://www.abraz.com.br/>. Acesso em 15 jul. 2007.
- RAMOS, L. R. *et al.* Distúrbios da memória e demência no idoso. *Rev. Bras. Med.*, v. 62, edição especial, p. 29–32, dez. 2005.
- SANTANA, R. Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência. *Textos sobre Envelhecimento*, v. 6, n. 1, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:
http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 ago. 2007.
- SAYEG, N. *et al.* Doença de Alzheimer: Como diagnosticar e tratar. *Rev. Bras. Med.*, v. 50, n. 11, p. 1429–1450, nov. 1993.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 22 ed., São Paulo: Cortez, 2006. 143 p.

- SHIMMA, E. Alzheimer: da perda de memória à demência. *Globo Ciência: Saúde*. São Paulo, n. 38, p. 52–55, jun. 1995.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1.
- TRUZZI, A.; LAKS, J. Doença de Alzheimer esporádica de início precoce. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 80–84, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jul. 2007.