

VIRGÍNIA TEIXEIRA OLIVEIRA ARÊDES

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA AO PACIENTE COM DOENÇA DE
ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES.**

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2012

VIRGÍNIA TEIXEIRA OLIVEIRA ARÊDES

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA AO PACIENTE COM DOENÇA DE
ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Alexandre da Silva Bispo

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2012

VIRGÍNIA TEIXEIRA OLIVEIRA ARÊDES

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA AO PACIENTE COM DOENÇA DE
ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Alexandre da Silva Bispo

Banca Examinadora

Prof. Alexandre da Silva Bispo

Prof^a. Fernanda Magalhães Duarte

Aprovada em Belo Horizonte: 04 de Fevereiro de 2012

Dedicatória

Dedico esta vitória a minha família e ao Moisés meu noivo, pelo esforço incondicional e por ser parte fundamental desta conquista, que é a realização de um sonho.

Muito Obrigada.

Agradecimento

Primeiramente agradeço a Deus pela dádiva da vida.

A minha grande amiga e companheira Natália Neves.

O meu reconhecimento a Equipe do PSF II, pelo apoio prestado.

Epígrafe

“Sonho que se sonha só, é apenas um sonho. Sonho que se sonha junto é realidade”.

Resumo

O estudo trata-se uma pesquisa bibliográfica que objetiva ampliar o conhecimento sobre a doença de Alzheimer, a repercussão no cuidador do idoso e a sua importância no contexto da enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Frente ao envelhecimento da população brasileira, torna-se crescente a demanda por prevenção e assistência aos pacientes idosos, havendo a necessidade de reestruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às suas necessidades, uma vez que essa faixa etária representa a maior consumidora dos serviços de saúde. A doença de Alzheimer, enquanto uma forma de demência; acomete principalmente a integridade física, mental e social, acarretando uma situação de dependência total, com cuidados cada vez mais complexos. Desta forma, os cuidadores de idosos devem estar preparados para lidar com esta realidade, que exige, dentre outros, ao pensamento crítico. Contudo, cabe à equipe da Estratégia Saúde da Família, enquanto integrante da rede da atenção básica, atuação primordial neste crescente cenário, visando e valorizando o processo de ensino-aprendizagem, como forma de promoção à saúde.

Palavras chave: Doença de Alzheimer. Cuidadores. Equipe de Saúde da Família.

Summary

The study deals a literature search that aims to increase awareness of Alzheimer's disease, the impact on caregivers of elderly and their importance in the context of nursing at the Family Health Strategy. Faced with an aging population, it is increasing the demand for prevention and care to elderly patients, with the need to restructure services and health programs that may meet your needs, since this age group represents the largest consumer health services. Alzheimer's disease as a form of dementia, primarily affects the physical, mental and social, leading to a situation of total dependence, with increasingly complex care. Thus, caregivers of the elderly should be prepared to deal with this reality, which requires, among others, critical thinking. However, it is the staff of the Family Health Strategy, as a member of the network of primary care, primary role in this growing scenario, targeting and enhancing the teaching-learning as a way to promote health.

Keywords: Alzheimer's disease. Caregivers. Family Health Team.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSF Programa de Saúde da Família

ACS Agente Comunitário de Saúde

AB Atenção Básica

DA Doença de Alzheimer

ESF Equipe de Saúde da Família

OMS Organização Mundial de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS.....	13
1.1.1 Objetivo Geral.....	13
1.2 Objetivos Específicos.....	13
2 METODOLOGIA	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER	16
3.1.1 Definição	16
3.1.2 Fisiopatologia	17
3.1.3 Diagnóstico e Tratamento.....	18
3.1.4 Fatores de Risco para Doença de Alzheimer.....	20
3.2 O CUIDADOR DO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	22
3.3 ASSISTENCIA DA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA COM PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES.....	24
4 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho, desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF), realiza-se na interação de diversos profissionais, considerando as características de uma população adscrita que tem realidades diversas, sofrimentos, alegrias e angustias. Nesse contexto, vemos que a relação profissional e usuário se tornam de extrema importância para desenvolver a prevenção e a promoção da saúde, principalmente diante das inúmeras atividades que o profissional de enfermagem pode realizar dentro da sua equipe de saúde da família.

Considerando que a atenção básica é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) é a ESF, que primeiro faz o contato com o indivíduo, acolhendo e escutando suas necessidades, procurando sempre, atender as necessidades dos indivíduos de forma equânime, integral e universal seguindo os princípios norteadores do SUS, sejam eles crianças ou adultos, observando sempre os sintomas como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, hipertensos, diabéticos entre outros, através de atividades coletivas e individuais, e visitas domiciliares.

Neste contexto, surge a vontade de aprofundar os conhecimentos sobre a doença de Alzheimer (DA) em idosos e suas repercussões nos cuidadores, pois se conhece que esta é uma doença que causa modificações no padrão normal dos indivíduos, e que nos municípios de pequeno porte, há certa dificuldade em se explicar para os familiares os principais sinais e sintomas que poderão ocorrer com este paciente.

O aumento da população idosa, em todo o mundo, aumentou igualmente a importância de dar atenção não só para a saúde física, mas também para a saúde mental da população com mais de 65 anos. A partir dessa idade, surgem afecções próprias dos idosos e uma das mais devastadoras para os familiares é a demência do tipo Alzheimer, devido à problemática de desconhecimento da doença do que fazer, de como agir, de como entender a pessoa afetada e, sobretudo, de como entender os próprios sentimentos em relação ao papel de cuidador (SANTANA; ALMEIDA; SAVOLDI, 2009).

O aumento da expectativa de vida da população fez com que a demência passasse a ser um dos mais importantes problemas de saúde pública. A incidência e prevalência das demências aumentam com a idade. Após 64 anos de idade, a

prevalência é de cerca de 5 a 10% e após os 75 anos de idade é de 15 a 20% segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). A demência é um quadro de diminuição progressiva da função cognitiva (SMELTZER; BARE, 2002).

A DA como uma forma de demência, que afeta o idoso e compromete principalmente sua integridade física, mental e social, acarreta uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos. A equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) pode contribuir nos cuidados a este paciente através da educação em saúde. Explicitando aos cuidadores as características da doença, a farmacoterapia, os fatores de risco, solucionando as dúvidas e, assim, desmistificando toda e qualquer aversão a esta patologia, visando a qualidade de vida a este paciente.

A estratégia saúde da família possui como principal finalidade atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças de sua população adstrita. Diante disso, a Equipe Saúde da Família passa a ter uma participação de grande valia com a realização das visitas domiciliares. No Diagnóstico Situacional do município de São João do Oriente¹, verificou-se que na zona rural, área de abrangência do PSF II, possui uma população de 735 famílias cadastradas, divididas em sete micros áreas, totalizando uma cobertura de 100% de abrangência, onde residem 350 idosos; que moram sozinhos ou com familiares, e que necessitam de um cuidado maior perante os riscos que possam sofrer no dia-a-dia. Através da realização periódica das visitas domiciliares, foram diagnosticados quatro casos de idosos portadores da DA, em que foi comum a dificuldade dos familiares diante da caracterização da doença, seu tratamento, perspectivas e as angústias diante desta patologia.

Os cuidadores são submetidos a mudanças em seu cotidiano para uma nova realidade, exigindo um cuidado maior com esse idoso, assumindo assim, a responsabilidade. A equipe de Saúde da família possui um papel primordial diante dessas situações no desenvolvimento de visitas domiciliares para orientações aos cuidadores e avaliações do estado geral de saúde do idoso portador de Alzheimer (LENARDT, *et. al.*, 2010).

A família é de fundamental importância no tratamento, na diminuição dos sintomas, na qualidade de vida do paciente e nas orientações ao cuidador, visto que esta doença não afeta apenas a pessoa idosa e sim o núcleo familiar em que ela vive (LENARDT, *et. al.*, 2010).

Contudo, revela-se a importância da realização deste estudo, no sentido de dimensionar as dificuldades enfrentadas pelas famílias e cuidadores, e aprimorar os conhecimentos para o planejamento de ações integradas em saúde que contemplem a multidimensionalidade dos aspectos gerontológicos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão bibliográfica para ampliar o conhecimento sobre a Doença de Alzheimer no idoso, a repercussão no cuidador do idoso e a sua importância no contexto da enfermagem da Estratégia Saúde da Família, com a finalidade de proporcionar uma assistência sistematizada.

1.2 Objetivos Específicos

- Revisar os principais aspectos que envolvem a Doença de Alzheimer, como as características fisiopatológicas, farmacoterapia e fatores de risco.
- Descrever, segundo a literatura, a convivência com o portador de Alzheimer sob a perspectiva do cuidador.
- Identificar, segundo a literatura, a responsabilização da equipe da Estratégia Saúde da Família, em especial, a equipe de enfermagem, na assistência ao paciente portador de Alzheimer e cuidador.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa constituiu-se em uma revisão bibliográfica que visa revisar e reunir artigos já publicados em diversos sites que tenham fundamentação teórica e científica relacionados à doença de Alzheimer, cuidadores de idosos e enfermagem.

A revisão bibliográfica consiste em uma atividade de localização e consulta de diversas fontes de informações escritas, para a coleta de dados ou sua especificidade a respeito de determinado tema, procurando explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, buscando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema. E ainda propicia um exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, inovando com conclusões críticas (OLIVEIRA, 1999; MARCONI; LAKATOS, 1999).

Para a coleta de dados foi realizado um levantamento bibliográfico da literatura científica especializada utilizando-se de material disponível em livros, artigos e periódicos em bibliotecas universitárias e nos bancos de dados informatizados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - BIREME, que possui periódicos da SCIELO, LILACS, MEDLINE, dentre outros.

A opção pela utilização de periódicos on-line justifica-se pela atualidade dos estudos relacionados aos temas referidos, bem como a rapidez e facilidade da divulgação destas novas pesquisas, da mesma maneira que são também valorizados como produção bibliográfica.

Dessa forma, o primeiro passo para a coleta de dados foi à identificação do Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) sobre o tema abordado. O DeCS constitui-se de um vocabulário estruturado e trilingue, criado pela Bireme para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na BVS.

Em seguida, foi realizada uma pesquisa avançada com base nos descritores para doença de Alzheimer e cuidadores, na qual foram localizados 1.292 artigos científicos. No entanto, após a leitura do título e/ou do resumo, a amostra se delimitou por alguns critérios de exclusão, tais como artigos escritos em outras

línguas, por conta da intenção em analisar as produções nacionais; artigos que não tinham acesso na íntegra; os artigos que não tinham por objeto específico a temática abordada; e os artigos que foram publicados anteriores ao ano de 2005. Dessa forma, aqueles que atenderam ao critério previamente estabelecido foram incluídos para a análise, que, ao final constou-se com 560 artigos. Com esta definição, fez-se uma leitura exaustiva e exploratória dos textos, reunindo, ao final, 35 artigos. Destes, realizou-se de uma síntese e delimitação das unidades temáticas correspondentes segundo a análise das mesmas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER

3.1.1 Definição

Em 1907, a DA foi descoberta e caracterizada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer como uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos.

O termo demência, depois de ter qualificado nos princípios da história da neuropsiquiatria por um conjunto heterogêneo de perturbações mentais, é hoje empregado unicamente por referência a um grupo de alterações do córtex cerebral que se manifestam pela perda progressiva das funções intelectuais, sendo elas: perda da capacidade de raciocínio, perturbações das grandes funções neuropsicológicas, tais como a memória, a orientação, a linguagem, as percepções do gesto e da percepção, alterações dos comportamentos afetivos e inadequação comportamental ao contexto social (SMITH, 1999).

Demência é uma síndrome caracterizada pelo declínio progressivo e global das funções cognitivas, na ausência de um comprometimento agudo do estado de consciência, e que seja suficientemente importante para interferir nas atividades sociais e ocupacionais do indivíduo. O diagnóstico de demência exige a constatação de deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo (MACHADO; FREITAS, 2006).

Para Smith (1999), na DA observa-se uma região caracterizada por lesões unicamente microscópicas (depósitos de substância amilóide, degenerescência das fibrilas neuróticas) disseminadas no córtex, particularmente numerosas no hipocampo e nas regiões de córtex associativo frontal e temporo-parietal. Macroscopicamente, o cérebro mostra-se muitas vezes normal, ou discretamente atrófico, o que explica a ausência de interesse da imagiologia morfológica pelo diagnóstico da doença.

Clinicamente, a doença de Alzheimer se inicia por volta dos 55 anos de idade com perturbações da memória, que são facilmente banalizadas no início, mas que se tornam rapidamente incomoda, e se complicam com alterações progressivas das funções intelectuais, caracterizadas por desorientação espacial, perturbações da linguagem, dificuldades vasoconstrutivas, apraxia gestual, dentre outros. Posteriormente, aparecerão comportamentos anormais: indiferença afetiva, episódios de agressividade, perturbações perceptivas alucinógenas, com e incapacidade para atividades domésticas como alimentar-se, vestir-se e controle dos esfíncteres (CAMÕES; PEREIRA; GONÇALVES, 2009).

A demência do tipo Alzheimer é a mais comum entre as demências em idosos. São 15 milhões de indivíduos acometidos pela DA em todo o mundo e sua prevalência vem aumentando de forma significativa. No Brasil, 500 mil pessoas são acometidas por esta doença (PAPALÉO NETTO; CARVALHO FILHO; SALLES, 2005).

Dentre os critérios clínicos mais utilizados para o seu diagnóstico incluem-se o comprometimento da memória e, ao menos, outro distúrbio como apraxia, agnosia e afasia. Tal declínio interfere nas atividades da vida diária e, portanto, na autonomia do indivíduo. A abordagem do paciente com demência deve incluir, sempre, a avaliação e monitoramento das habilidades cognitivas, da capacidade para desempenhar atividades da vida diária, do comportamento e da gravidade global do quadro, com a intenção de proporcionar melhoria na qualidade de vida do paciente.

3.1.2 Fisiopatologia

A DA caracteriza-se, histopatologicamente, pela maciça perda sináptica e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral.

A área cerebral mais patologicamente afetada é o hipocampo. Há perda dos marcadores colinérgicos colina acetiltransferase e acetilcolinesterase. A colina acetiltransferase é diminuída em estágios iniciais da doença e está associada com a redução da alta afinidade de captação de colina acetiltransferase e o declínio no

resultado dos níveis mentais, assim como a perda da memória induzida por escopolamina em pessoas normais, conduziu à hipótese colinérgica da DA, que tem servido de base para as pesquisas terapêuticas. Estudos subseqüentes demonstram ser esta uma doença de deficiência de vários neurotransmissores, como um déficit noradrenérgico pré- sináptico e depleção de serotonina, somatostatina (SMITH, 1999).

Caracteriza-se também a D.A. como uma perda sináptica e neuronal cerebral associado ao acúmulo anormal da proteína tau fosforilada, compondo novelos neurofibrilares, gerando o acúmulo de elementos de degeneração neuronal e substância beta-amilóide, resultando na formação de placas cerebrais e atrofia cerebral com aumento de sulcos corticais e dilatação ventricular (PAPALÉO NETTO; CARVALHO FILHO; SALLES, 2005).

As alterações observadas nos cérebros dos afetados podem também ser encontradas em idosos saudáveis, porém não conjuntamente e em tal intensidade. O curso da doença varia entre 5 e 10 anos e a redução da expectativa de vida situa-se ao redor de 50% (PAPALÉO NETTO; CARVALHO FILHO; SALLES, 2005).

3.1.3 Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico clínico da DA se baseia na observação do quadro clínico compatível, na exclusão de outras causas de demência por meio de exames laboratoriais e de neuroimagem estrutural. A tomografia computadorizada e, particularmente, a ressonância magnética, revela atrofia da formação hipocampal e do córtex cerebral, de distribuição difusa ou de predomínio em regiões posteriores. Outra possibilidade para o diagnóstico, são para pacientes que apresentam variações na forma de apresentação ou evolução clínica, e também, nos casos em que outras condições passíveis de produzir demência estejam presentes, porém sem serem consideradas, com base em juízo e experiência clínica, responsáveis pelo quadro demencial. O diagnóstico definitivo só é possível por exame anatomopatológico (SAYEG et al., 1993).

Observando a trajetória histórica, a sociedade julga normal que os idosos apresentem esquecimentos freqüentes. O diagnóstico do indivíduo acometido por

DA, geralmente é feito quando ele já está na fase moderada. Para o diagnóstico podem ser utilizados, além da entrevista médica, testes que avaliam as respostas física, comportamental e emocional do indivíduo, solicitam-se também, exames complementares de sangue, urina e de imagem cerebral.

Infelizmente ainda não há cura para a DA, portanto, o principal objetivo do tratamento é minimizar os danos e a progressão da doença. Como a DA é uma doença que se manifesta por alterações do comportamento e afeta o cérebro de idosos, as especialidades médicas que geralmente tratam de indivíduos com DA são a psiquiatria, a neurologia e a geriatria.

Existem duas classes principais de medicamentos para o tratamento da patologia. Uma é representada pelos medicamentos denominados de anticolinesterásicos e a outra, até o momento representada por um único medicamento, é a do antagonista dependente de voltagem dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). Os medicamentos chamados de anticolinesterásicos diferem entre si por terem ações sobre duas enzimas do tipo colinesterase, a acetilcolinesterase e/ou a butirilcolinesterase, além de ação sobre receptores nicotínicos. Essas duas classes de medicamentos agem de forma totalmente diferenciada no cérebro e podem ser usadas isoladamente ou associadas (PAPALÉO NETTO; CARVALHO FILHO; SALLES, 2005).

No cérebro de indivíduos com DA, há uma diminuição da amplitude do sinal e um aumento do ruído de fundo, o que dificulta todos os processos. Os anticolinesterásicos agem através da amplificação do sinal e o antagonista dependente de voltagem dos receptores NMDA diminui o ruído de fundo. Dessa forma, a resultante do tratamento com um destes medicamentos - ou com ambos - é uma modificação das alterações inerentes à doença, o que resulta na diminuição da progressão da mesma (NITRINI; CARAMELLI, 2003).

Outras substâncias já foram estudadas no tratamento da doença, tais como as vitaminas C e E, alguns antiinflamatórios, o ginkgo biloba, dentre outros. Porém, não há evidências em estudos científicos que justifiquem a utilização das mesmas. Atualmente, existem pesquisas de novos medicamentos e vacinas em andamento, que poderão representar opções promissoras para o tratamento.

Contudo, o tratamento envolve estratégias farmacológicas e intervenções psicossociais para o paciente e seus familiares. Inúmeras substâncias psicoativas têm sido propostas para restabelecer ou preservar a cognição do paciente

demenciado. Porém, os efeitos limitam-se a um retardo na evolução natural da doença, permitindo apenas uma melhora temporária do estado funcional do paciente. Os inibidores da acetilcolinesterase são, atualmente, as drogas licenciadas para o tratamento específico da DA. Tem efeito sintomático discreto sobre a cognição, algumas vezes beneficiando também as alterações não-cognitivas da demência e apresentam efeitos colaterais importantes (MACIEL JUNIOR, 2006).

Faz parte do tratamento à presença de cuidadores, que devem ser adequadamente orientados sobre como lidar com o paciente e sobre mudanças ambientais que devem ou não ser feitas. O trabalho do cuidador torna-se, diariamente, cansativo, pois há um grande esforço físico e emocional. O ideal é que mais de um profissional, ou familiar, assumam esta responsabilidade, para o estabelecimento de turnos de repouso. Essas orientações buscam proporcionar o máximo de segurança e a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e, por consequência, aos seus cuidadores.

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).

A par disto, 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, conseqüentemente, o ajustamento do plano de ensino para satisfazer as necessidades de cada paciente, de acordo com o grau de sua incapacidade nos diversos déficits.

3.1.4 Fatores de Risco para Doença de Alzheimer

Diversos autores têm se ocupado desse tema e determinadas constatações estão bem esclarecidas e fundamentadas. O único fator de risco bem conhecido e

aceito universalmente é a idade. Aceita-se que esta patologia seja uma doença idade-dependente, ou seja, à medida que a idade avança, maior é a probabilidade de sua ocorrência.

Esse fato é tão bem estabelecido que alguns autores têm questionado se a DA não seria nada mais que um processo de envelhecimento acelerado, exacerbado e de aparecimento prematuro. Parece claro, que esta não tem uma única causa, sendo provavelmente devida a uma combinação de fatores genéticos e ambientais.

Alguns estudos demonstraram que, enquanto a incidência aos 80 anos é de aproximadamente 20%, aos 85 anos é de 40%, ou seja, o dobro em cinco anos. Desta forma, a idade continua sendo o único fator de risco inquestionável e, se a demência tem início antes dos 75 anos, os fatores mais prováveis são: história familiar prévia e síndrome de Down.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, estamos assistindo esse fato cada vez com maior impacto, o que vai resultar no aumento dramático da frequência desta doença no nosso meio.

Estudos sugerem fortemente, que as mulheres sejam mais afetadas do que homens mas, como a expectativa de vida das mulheres é pelo menos 5 anos maior que dos homens, essa correlação ainda precisa ser estatisticamente ajustada e melhor esclarecida.

O nível de educação parece ser uma proteção para a doença, ou seja, quanto maior o número de anos de estudo formal menor seria o risco de desenvolvimento. Essa possibilidade deve ser analisada com reserva a partir da constatação de que pessoas com mais escolaridade administram suas limitações cognitivas com maior facilidade que analfabetos ou com baixo nível de escolaridade.

Traços de alumínio encontrados no cérebro de pacientes com DA levou vários pesquisadores suspeitarem de que esse metal estivesse implicado na sua etiologia. A partir dessa constatação, inúmeros ensaios bem desenhados e conduzidos foram incapazes de demonstrar essa correlação ou apresentaram resultados extremamente questionáveis. A presença de alumínio no cérebro de pacientes com DA pode apresentar níveis superiores do que nos não portadores, porém não em todos; e parece ser a consequência da morte neuronal e não sua causa.

Entretanto, sabe-se da presença de alumínio nas placas neuríticas e nos novos neurofibrilares. Não há evidências de que a exposição às fontes de alumínio como, antiácidos, desodorantes, enlatados e utensílios de cozinha sejam fatores de

risco para a DA. O alumínio é um elemento extremamente comum na crosta terrestre gerando sentimentos equivocados de temor no uso de produtos que contém esse metal em sua composição ou embalagem.

Outros possíveis fatores de risco têm sido estudados, porém com pouco resultado prático como: exposição ou ingestão de substâncias tóxicas como álcool, chumbo, e solventes orgânicos, medicamentos diversos, trauma craniano, exposição à radiação, estilo de vida, estresse, infecções, doenças imunológicas e câncer.

3.2 O CUIDADOR DO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER

As alterações fisiológicas e biológicas no idoso exigem participação e ajuda dos familiares e/ou dos cuidadores. Através da proximidade física e dos vínculos emocionais, o sistema emocional da família é profundamente abalado, passam-se impor privações e modificações no estilo de vida para incluir as novas necessidades de seu membro doente. A família se vê envolvida por sentimentos intensos e conflitantes, difíceis de manejar que acabam por lhe impor certo isolamento. O diagnóstico de demência traz uma realidade contundente, que implica em muitas perdas envolvendo a autonomia do corpo e o afastamento do *eu* para o indivíduo. Com isso, o cuidado dispensado a esse idoso torna-se muito complexo.

Por mudar profundamente o cotidiano das famílias, pode-se visualizar a DA como uma doença familiar. A carga de ministrar cuidados tornam os familiares vítima da doença, esgotando suas reservas, incertezas e a imprevisibilidade abala sua moral e crença de que estejam proporcionando um cuidado digno ao seu familiar. Os cuidadores se deparam com numerosos fatores, que incluem a aceitação do diagnóstico, lidar com um stress cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro. Com isso, o cuidador ficará vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, a sofrer abuso físico e verbalmente do paciente, de álcool e de medicamentos psicotrópicos (CARROLL; BRUE, 1991).

O ato de cuidar de uma pessoa portadora de DA pode ser difícil em alguns momentos. Requer principalmente amor, solidariedade e tudo que estas duas palavras englobam: paciência, dedicação e, sobretudo, uma assistência que merece a divisão de tarefas entre os familiares, visto que os cuidados exigem atenção

diuturna, gerando grande desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com o portador.

A intervenção junto aos familiares é tão relevante quanto o atendimento ao paciente. As dificuldades de memória e de linguagem comprometem o relacionamento interpessoal, afetando a estrutura familiar. O paciente com DA torna-se, com o decorrer da doença, dependente dos familiares ou dos cuidadores. Então, a orientação sobre a doença e seu prognóstico diminui a ansiedade e a depressão gerada pela presença de doença grave na família (BOTTINO, *et al.*, 2002).

Por outro lado, a qualidade de vida dos pacientes com demência depende, primordialmente, daqueles que são responsáveis pelo seu cuidado. Dessa forma, a grande maioria das abordagens terapêuticas inclui trabalhos com grupos de familiares e cuidadores. Os grupos geralmente têm dois objetivos principais:

1) Ajudar a família a lidar melhor com sua sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo cuidado intensivo;

2) Prestar apoio econômico à família que poderá ser sobre a forma de subsídios, pedido de cartão de invalidez, isenção de taxa moderadora, prestações sociais, etc.

Podemos também encontrar alguns aspectos fundamentais a serem abordados junto aos familiares:

1) Informações sobre a doença e os recursos disponíveis na comunidade,

2) Aconselhamento sobre como lidar com situações do dia a dia e possibilidade de trocar experiências e falar de seus sentimentos com pessoas que vivem situações semelhantes.

Portanto percebemos a necessidade de conhecermos e aprimorarmos o cuidado direcionado à família, principalmente à família cuidadora de um portador de Alzheimer, pois ao reconhecer a família como unidade social bastante complexa, e ainda acrescentar que a diversidade dos aspectos que a envolvem nos faz reconhecer que somente conhecemos parte de sua realidade sobre seus valores, crenças e experiências, porque cada família apresenta suas próprias peculiaridades e construções (BOTTINO, *et al.*, 2002).

Percebe-se, dessa forma, que a assistência à saúde de pessoas idosas com enfermidades que exigem período prolongado de tratamento e acompanhamento, especificamente a DA, requer do enfermeiro conhecimento, adequação e aplicação de uma abordagem que inclua a família no planejamento das ações de cuidado.

Então, o cuidador torna-se o indivíduo mais importante desse processo, sendo responsável por todos os cuidados que envolvem o idoso. O indivíduo que assume o papel de cuidar possui uma concepção de saúde e doença que está diretamente associada à maneira como ele, no decorrer de sua história de vida, foi apropriando-se da natureza para transformá-la, buscando atender às suas necessidades (CARROL; BRUE, 1991).

A concepção de saúde e doença dá suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade; isto é, a prática cotidiana de assistência junto aos indivíduos e aos grupos sociais é orientada pela visão que se tem de saúde, doença, vida, trabalho, entre outros. Assim, observa-se a necessidade do enfermeiro conhecer e incluir a realidade da vida diária do cuidador do idoso com DA, resgatando valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas.

3.3 ASSISTENCIA DA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA COM PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS CUIDADORES

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 da equipe de saúde da família junto ao idoso é centrada na educação para a saúde, no cuidar com base no conhecimento do processo do envelhecimento (senescência), 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.

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) lançou como fonte de educação para a saúde, o Guia Prático do Cuidador, na qual orienta “cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais. Tem o objetivo de esclarecer, de modo simples e ilustrativo, os pontos mais comuns do cuidado no domicílio; ajudar o cuidador e a pessoa

cuidada; estimular o envolvimento da família, da equipe de saúde e da comunidade nos cuidados, e promover melhor qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, ressaltando que apesar de todas essas orientações, é indispensável à orientação do profissional de saúde” (BRASIL, 2008).

Por isso, enfatiza-se que cabe aos profissionais de saúde repassar aos familiares e cuidadores, informais orientações e esclarecimentos embasados em sua competência técnica, que possam minimizar o medo de ser um cuidador e também ampliar o vínculo do paciente com sua família. Tal atitude trará conforto e tranquilidade para aquele que receberá a 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 tranquilidade vão depender da compreensão que o cuidador lhe transmite. (CALDAS, 2006; SMELTZER & BARE, 2002).

Nesse sentido, além da iniciativa do MS, outras fontes inerentes ao conhecimento para a educação em saúde devem ser consultadas e divulgadas; como as cartilhas e cadernos de orientação, cursos de aprimoramento e treinamento para cuidadores, e leis; em especial a Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso; considerando a perspectiva da participação social; valorizada e qualificada; representando um dispositivo essencial para formulação de ações da política de saúde, e desta forma, contribuindo, para a afirmação do SUS como política pública.

Segundo Nettina (2001), a assistência de enfermagem, no processo de cuidar do idoso doente depende de habilidades interativas para a construção do bom relacionamento entre paciente, família e prestadores de cuidados, utilizando-se uma comunicação simples, de fácil entendimento, ao fornecer ensino efetivo e ao compartilhar informações, 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-se reavaliar seus saberes, crenças e valores sobre esses conceitos antes de se dedicar ao cuidado à pessoa idosa demenciada do tipo Alzheimer.

Portanto, no cuidar ao idoso, 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, através do pensamento crítico, de acordo com as necessidades imediatas do pacientes e prováveis alterações futuras.

O profissional enfermeiro, enquanto coordenador e participante ativo das ações da ESF; 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).

O cuidado primário em saúde é "predominantemente e basicamente o autocuidado". A equipe 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).

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, como forma de compartilhar os sofrimentos entre outros cuidadores. 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).

Smeltzer e Bare (2002) ressaltam 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, os profissionais de saúde devem estar aptos 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 ESF 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 equipe de saúde da família, 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).

4 CONCLUSÃO

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 equipe de saúde da família conhecimento específica e habilidades interativas, psicomotoras e éticas no atendimento à saúde desse paciente.

Portanto, o processo de cuidar da saúde do paciente portador desta patologia 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 das profissionais, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem 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.

REFERÊNCIAS

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?=_arttext&=S0101-60832003000400004&=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília, 2008.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES, Sheila de Melo et al . Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2010.

BOTTINO, C.M.C., CARVALHO, I.A.M., ALVAREZ, A.M., ÁVILA, R., ZUKAUSKAS, P.R., BUSTAMANTE, S.E.Z. et al. **Reabilitação cognitiva em pacientes com**

Doença de Alzheimer. Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. Arquivos de Neuropsiquiatria, 60(1): 70-79, 2002.

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

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

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do Idoso.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172p.

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. l.], 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.** Rio de Janeiro: Guanarabara 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: Guanarabara Koogan, 2006.

FREITAS, Iara Cristina Carvalho *et al.* Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, ago. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000400018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2010.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. **O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática.** Rio de Janeiro: Guanarabara 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. Editora: Manole, 2003.

LEMOS, Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov 2010.

LENARDT, Maria Helena; *et. al.* Ao idoso portador da Doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Rev. Mineira de Enfermagem.** v.14, n.3, jul/set, p. 301-07, 2010.

MACHADO, J. C. **Doença de Alzheimer.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MACIEL Jr., J. A. Demências primárias e doença de Alzheimer: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med.**, v. 63, dez., 2006. p. 88–94.

MAGNIÉ, M. N.; THOMAS, P. **Doença de Alzheimer.** São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda., 1998.

MAMFRIM, A.; SCHMIDT, S. **Diagnóstico diferencial das demências.** Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan, 2006.

MARINHO, V.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Aspectos neurológicos e neuropsiquiátricos das demências denegerativas 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.

MARZIDE, MHP. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Rev Latinoam Enfermagem** [periódico na internet]. 2003. Nov-Dez. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000600001&1 >. Acesso em: 29 nov 2010.

MORLEY, E. J; COL M. R; STRONG R; GROSSBERG T. G. **A memória e os distúrbios ligados à saúde**. 1º ed. Editora: Andrei LIDA, 1997.

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.

PAPALEO NETTO M, CARVALHO FILHO, ET, SALLES RFN. **Fisiologia do envelhecimento**. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2005.

PINTO, Meiry Fernanda *et al.* Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov 2010.

RAMOS, L. R. *et al.* Distúrbios da memória e demência no idoso. **Rev. Bras. Med.**, v. 62, edição especial, p. 29–32, dez. 2005.

REICHEL, W. **Assistência ao Idoso – Aspectos Clínicos do Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ROACH, S. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

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 2010.

SANTANA, Rosimere Ferreira; ALMEIDA, Katia dos Santos; SAVOLDI, Nina Aurora Mello. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2010.

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.

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082008000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. **Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, 2002.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. Doença de Alzheimer. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mar. 2011.

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?=_arttext&=S0101-60832005000100006&=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2010.

ZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov 2010.