

FACULDADE DE PATOS DE MINAS

CURSO DE ENFERMAGEM

LUIZ OTÁVIO GURGEL DE OLIVEIRA

**ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM COM PACIENTES DE  
ALZHEIMER**

Patos de Minas

2013

LUIZ OTÁVIO GURGEL DE OLIVEIRA

# **ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM COM PACIENTES DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Banca Examinadora  
da Faculdade de Patos de Minas,  
curso de Enfermagem, sob a  
orientação do Prof. Ms. Elizaine  
Aparecida Guimarães Bicalho.

Patos de Minas

2013

## **Agradecimentos**

Agradeço,

Primeiramente a Deus, toda honra e glória a ele, por me conceder a dádiva da vida e da sabedoria, por ter me dado paciência quando precisei, por me guiar e por ter me dado força quando precisei principalmente na minha concretização deste trabalho e a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

Aos meus pais Geraldo Gurgel e Estella Márcia e ao meu irmão: Marcos Cesar, e irmã: Alicia Dara, pelo amor de todos e o carinho e a compreensão, pelos ensinamentos ao longo da minha jornada e esforços para minha formação, principalmente ao meu pai, que esteve do meu lado o tempo todo me dando força. Obrigado por ter me ajudado a vencer essa etapa da minha vida.

Aos meus amigos e colegas que sempre me ajudaram me dando força nessa etapa onde concretizo o fim de quatro anos de estudo. Aos meus primos que me apoiaram e me ajudaram quando eu precisei, aos meus antigos colegas, que não estão comigo nesse momento mais sempre vão estar na minha memória.

A minha orientadora Elizaine Aparecida Guimarães Bicalho. que me ajudou a desenvolver o meu trabalho, essa revisão literária, e durante os quatro anos de estudo sempre presente e também coordenadora do curso de enfermagem da FACULDADE DE PATOS DE MINAS\_FPM.

A algumas colegas especiais, Tatiana Cunha, Samira Machado e Carina, três pessoas que me ajudaram bastante tanto no lado da faculdade quanto pessoal.

## Resumo

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa caracterizada por varias anormalidade no encéfalo que afeta os neurônios de regiões específicas que estão associados com anormalidades do citoesqueleto. Os profissionais de saúde buscam novos métodos e técnicas assistenciais que possam aliar o conhecimento ao tratamento holístico das necessidades humanas melhorando a qualidade de vida dos idosos, descobrindo formas de associar as percam cognitivas e motoras ao mundo real deles, visando o cuidado e não deixando o cliente perder seus valores, seus costumes durante todo o tratamento e evolução da doença de Alzheimer. Objetivo deste estudo foi ampliar os conhecimentos sobre a doença de Alzheimer nos idosos e identificar as respostas comportamentais e fisiológicas para direcionar uma assistência de enfermagem qualificada. Tratou-se de um estudo de revisão literária, com natureza descritiva. A coleta de dados foi realizada através da base de dados Lilacs, Scielo. A identificação da temática central em cada fonte foi utilizada de tal forma que contemplasse o objetivo proposto. Sendo assim, para que se perceba o processo de adoecer e possa evitá-lo é necessário seguir algumas etapas, pois com o envelhecimento ocorrem diversas transformações (desequilíbrios orgânicos, eventos vitais entre outros). A 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, levando a uma degeneração neurofibrilar e aparecimento de placas senis. Esta afecção pode se exprimir clinicamente antes ou depois dos 65 anos.

**Palavras-chave:** Mal de Alzheimer, Idoso, Assistência de enfermagem

---

<sup>1</sup> Graduando do curso de Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas – FPM.  
luizotavio@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Orientadora e docente Mestra do curso Enfermagem da Faculdade Patos de Minas – FPM.  
elizainebicalho@yahoo.com.br

## Abstract

Alzheimer's is a neurodegenerative disease characterized by several abnormalities in the brain that affects neurons from specific regions that are associated with abnormalities of citoesqueleto. The health professionals seeking new methods and techniques that can combine healthcare knowledge to the holistic treatment of human needs improving quality of life of the elderly, finding ways to involve cognitive and motor losses to their real world, seeking care and not leaving the customer to lose their values and customs throughout the treatment and progression of Alzheimer's disease. This study aimed to broaden the knowledge of Alzheimer's disease in the elderly and identify the behavioral and physiological responses to direct assistance of a qualified nurse. This was a study of a literature review with a descriptive nature. Data collection was performed by the Lilacs, SciELO. The identification of the central theme in each source was used in such a way that considered the proposed objective. Therefore, to realize that the process of becoming ill and can avoid it is necessary to follow some steps, once aging occur several transformations (organic imbalances, vital events among others). Alzheimer's disease broadly corresponds to a clinical syndrome characterized by the progressive and irreversible changes in cognitive function accompanied by neuro- specific histological changes, leading to the appearance of neurofibrilar tangles and senile plaques. This condition may be expressed clinically before or after age 65.

**Keywords:** Alzheimer's disease, elderly nursing care.

## INTRODUÇÃO

O Mal de Alzheimer é uma patologia que se manifesta com o comprometimento das funções intelectuais e cognitivas, sendo de natureza progressiva, afetando sobremaneira o funcionamento ocupacional, social e a memória dos indivíduos acometidos pela doença (FORLENZA, 2005; BASTOS; GUIMARÃES; SANTOS, 2009; CARMELI, 2005).

Ainda não foi descoberta a cura para a Doença de Alzheimer – DA, a sua causa também não é plenamente estabelecida, todavia devido à progressão da doença nos últimos anos, a comunidade científica tem dado uma atenção maior ao Mal de Alzheimer, notadamente no que tange ao tratamento farmacológico, seus benefícios e limitações para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com Mal de Alzheimer (BASTOS; GUIMARÃES; SANTOS, 2009).

A Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz, traz dados preocupantes acerca das possibilidades de expansão da doença para os próximos anos, que, segundo as estimativas da entidade, nos próximos 25 anos haverá cerca de 35 milhões de pessoas com o Mal de Alzheimer em todo o mundo e, somente nos Estados Unidos, a cada 69 segundos uma pessoa recebe o diagnóstico da Doença de Alzheimer (SAYGE, 2013).

Caracterizada como uma forma de demência mental, devido as suas características e particularidades, a DA é mais frequente em idosos a partir dos sessenta anos de idade e tem como característica principal o progressivo e irreversível declínio das funções intelectuais, como a perda gradual da memória, distúrbios da linguagem e da comunicação, perda da orientação no tempo e espaço, agressividade, etc., até chegar-se ao ponto em que o indivíduo não é mais capaz de cuidar de si mesmo, dependendo da família ou dos cuidadores para a realização de funções básicas (BASTOS; GUIMARÃES; SANTOS; 2009; SAYGE, 2013; CARMELI, 2005; SANTOS *et al*, 2011).

Realizada estas considerações preliminares, este estudo teve por objetivo ampliar os conhecimentos sobre a doença de Alzheimer nos idosos identificar as respostas comportamentais e fisiológicas para direcionar uma assistência de enfermagem de qualidade.

Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica, com natureza descritiva. A coleta de dados foi realizada através da base de dados Lilacs, Scielo e livros da biblioteca Patos de Minas no período de março de 2013 a novembro de 2013. Para acesso aos dados e informações dos artigos eletrônicos foram utilizados como critério os seguintes descritores Mal de Alzheimer, idoso, assistência de enfermagem.

A relevância do tema se deu pelo fato de que, com o aumento da expectativa de vida cresceu muito o numero de indivíduos com Alzheimer. O envelhecimento da população associado a epidemiologia da doença requer estudos aprofundados ,com foco para as causas ,sintomas e conseqüências da patologia e benefícios para a melhoria da qualidade de vida dos idosos com Mal de Alzheimer .

## **1 O MAL DE ALZHEIMER: conceito, sintomas.**

Há décadas o homem busca compreender e classificar as doenças mentais, com a finalidade de facilitar o diagnóstico e promover tratamento mais eficaz aos portadores de transtornos mentais. A doença mental compromete a capacidade de pensamento do indivíduo, ocasiona a perda do cumprimento das regras e normas sociais, prejudica substancialmente as relações afetivas e trabalhistas, além de ocasionar a instabilidade emocional (TENGAN; ANNE, 2004).

Não é tarefa fácil estabelecer o conceito de doença mental, até porque, isso perpassa vários pontos de vista de modo que médicos e enfermeiros encontram

certa dificuldade em explicar do ponto de vista científico a doença mental (NASCIMENTO; BRAGA, 2009).

Na medicina, a doença mental é uma patologia que pode ser diagnosticada em razão dos sintomas apresentados pelo paciente, podendo comprometer substancialmente a sua qualidade de vida (TENGAN; ANNE, 2004). Na área social, é uma disfunção orgânica que torna o indivíduo incapaz de desempenhar papéis sociais. Nas instituições que cuidam do doente mental, a doença mental é uma desordem mental que transforma o portador da doença em um ser distinto, atípico e disfuncional no seio familiar (NASCIMENTO; BRAGA, 2009).

Independentemente da dificuldade de conceituação, a doença mental permaneceu incompreendida por vários séculos e, ao longo da história, a origem das patologias e enfermidades que acometiam a mente eram atribuídas aos castigos dos deuses. Foi com a evolução da sociedade e da medicina que as doenças mentais passaram a ser caracterizadas como uma patologia e/ou enfermidade (TENGAN; ANNE, 2004).

O Alzheimer é uma doença conhecida como neurodegenerativa progressiva que compromete o cérebro se manifesta por perdas cognitivas, em particular da memória, da linguagem e das funções visuoespaciais, com empobrecimento progressivo das habilidades e atividades diárias, podendo se manifestar a partir dos 40 anos de idade, sendo que sua incidência se intensifica a partir de 60 anos. Se o seu início ocorrer antes dos 65 anos, denomina-se de “subforma pré-senil”; se ocorrer após os 65 anos, denomina-se “subforma senil” (DALGALARRONDO, 2008).

A duração da doença de Alzheimer é difícil de precisar, pois o início é insidioso e o grau de comprometimento varia para cada paciente de acordo com o tempo de evolução da doença, geralmente lenta. Após o início lento e insidioso, segue curso constante por período variável até a morte. O déficit cognitivo, no início, compromete o funcionamento social e a capacidade de trabalho, sendo progressivo. Com a evolução da doença, há o desenvolvimento de déficits graves no domínio cognitivo, intelectual e funcional até o estágio em que a pessoa se torna muda incontinente, incapaz de deambular e acamada (SANTI, et al. 2000).

A doença mental sempre foi cercada de preconceito e estigma, sendo que os mecanismos e representações sociais da doença mental começaram a serem

desvendados no final do século XIX, com o aperfeiçoamento de ciências como a psiquiatria, psicanálise e psicologia (DALMOLIN, 2000). Na medida em que os estudos sobre os transtornos mentais avançaram, construíram-se novos caminhos e práticas para o diagnóstico e tratamento das doenças mentais (DALMOLIN, 2000; TENGAN; ANNE, 2004).

Algumas doenças levam a demência e por isso acabam estando no âmbito das doenças mentais, embora não seja uma doença mental propriamente dita. Este é o caso do Mal de Alzheimer, doença degenerativa que, à medida que progride, leva o indivíduo a demência em seus estágios mais avançados. Trata-se de uma patologia para qual a medicina ainda não achou uma cura, mas através do tratamento farmacológico é possível retardar o seu avanço e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida do portador do Mal de Alzheimer (LOPES; BOTTINO, 2002; SANTOS *et al*, 2011).

Foi nos primórdios do século XX que a doença foi descrita pela primeira vez, pelo Psiquiatra Alemão Alois Alzheimer, mais precisamente no ano de 1904. Graças aos seus estudos em relação às doenças psicóticas e mentais, foi possível estabelecer a diferença entre doença mental e degenerativa (LOPES; BOTTINO, 2002).

O Mal de Alzheimer tem crescido substancialmente nos últimos anos, segundo os dados da Organização Mundial de Saúde - OMS, o número de portadores da doença em todo o mundo é de aproximadamente 25 milhões de pessoas, com maior prevalência entre indivíduos com idade acima de 60 anos de idade. No Brasil, os dados do Ministério da Saúde apontam para a existência de um milhão de portadores do Mal de Alzheimer (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009).

Na Europa, a DA ocorre em 0,02% dos indivíduos com 30 a 39 anos de idade, sendo que este número aumenta substancialmente nas faixas etárias mais avançadas, chegando a atingir 10,8% da população com 80 a 90 anos (SANTOS *et al*, 2011).

Assim, com a expansão da doença em todo o mundo, atualmente, a DA é um dos grandes problemas de saúde pública, além de se caracterizar como um dos maiores desafios da geriatria (INOUE; OLIVEIRA, 2004; MACIEL JUNIOR, 2007).

O Mal de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, progressiva e irreversível para a qual ainda não existe uma prevenção e poucas são as alternativas de tratamento (BASTOS; GUIMARÃES; SANTOS, 2009). Na fase inicial da patologia, o sintoma mais comum é a perda gradativa da memória, porém, nem sempre isso significa que a pessoa esteja com o Mal de Alzheimer, uma vez que outras patologias também podem causar a perda de memória (SANTOS *et al*, 2011).

Não é apenas a perda progressiva da memória que caracteriza a existência desta patologia, com o avançar da doença aparecem outros sintomas, como a confusão mental, agressividade e irritabilidade, alterações no humor, falhas na linguagem etc (INOUE; OLIVEIRA, 2004). Estes sintomas se agravam com o tempo, pois a evolução da doença perpassa quatro fases distintas e, à medida que avança o quadro clínico do portador de Mal de Alzheimer piora significativamente (LOPES; BOTTINO, 2002).

A primeira fase da doença se manifesta com a perda progressiva da memória, em especial a denominada memória recente, ou de curto prazo. Ou seja, a pessoa se lembra de eventos passados há algum tempo de sua vida, mas não de eventos recentes, também é comum a pessoa não ter mais noção de espaço ou tempo, isto é, não saber aonde está, qual o dia ou o mês da semana (SANTOS *et al*, 2011).

A segunda fase tem como característica principal, a morte gradativa dos neurônios e dos neurotransmissores, sendo que este processo agrava ainda mais a perda da memória, a pessoa passa a ter dificuldade de linguagem, e a ser “relaxada” na realização das tarefas cotidianas.

Na terceira fase, a pessoa também começa a perder a memória de longo prazo, não consegue mais se lembrar das pessoas, nem mesmo as mais próximas, a apatia, irritabilidade, agressividade aumentam substancialmente (SANTOS *et al*, 2011).

Na quarta e última fase do Mal de Alzheimer, a condição clínica do indivíduo acometido pela doença piora muito, passa a ser totalmente dependente dos outros, há uma degeneração dos músculos, o que leva a pessoa a viver acamada e a ter dificuldades para se alimentar. Essa última fase implica na morte da pessoa (SANTOS *et al*, 2011).

## 1.1 Histopatológicas do Mal de Alzheimer

A DA, histopatologicamente, tem como característica principal a perda sináptica e a morte neuronal em regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, ou seja, o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral (SERENIKI; VITAL, 2008; BROKS; BASTOULY, 2004).

À medida que os estudos avançaram sobre a doença e sua etiologia os pesquisadores criaram duas hipóteses para explicar a doença e seus efeitos no cérebro. A primeira hipótese afirma que a neurodegeneração na doença de Alzheimer se dá inicialmente com a clivagem proteolítica da proteína baseada nesses marcadores neuropatológicos, precursora amilóide (APP) e resulta na produção, agregação e deposição da substância  $\beta$ -amilóide ( $A\beta$ ) e placas senis (SERENIKI; VITAL, 2008). No que diz respeito à hipótese colinérgica, acredita-se que a disfunção do sistema colinérgico resulta na deficiência de memória (SERENIKI; VITAL, 2008).

Comparativamente com os cérebros normais, verifica-se que os cérebros de pacientes com DA apresentam degeneração dos neurônios colinérgicos, bem como redução dos marcadores colinérgicos, sendo que a colina acetiltransferase e a acetilcolinesterase apresentam atividade reduzida no córtex cerebral de pacientes portadores da doença de Alzheimer (SERENIKI; VITAL, 2008).

A título de exemplificação, a Figura 1 mostra como é um cérebro normal e outro acometido pela doença. Conforme observado, o cérebro doente apresenta uma redução significativa das células normais, pois o córtex encolhe, notadamente a área que abrange o hipocampo e os ventrículos ficam maiores (BROKS; BASTOULY, 2004).

## 1.2 Diagnóstico

Este talvez seja um dos aspectos mais controvertidos em relação ao DA, já que a patologia tende a ser confundida com outras doenças neurológicas que acometem os indivíduos e que também resultam em alguns sintomas semelhantes ao Alzheimer.

A despeito da complexidade da doença o seu diagnóstico, em regra, é feito quando presente o quadro clínico caracterizado pelo declínio cognitivo global, que passa a interferir na vida diária do paciente, prejudicando a sua qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Devido à dificuldade de se fazer o diagnóstico da doença, foi criado ao longo do tempo alguns critérios que acabaram sendo uniformizados no sentido de auxiliar no diagnóstico clínico do DA. Utilização de questionários, exames de licor, tomografia computadorizada, dentre outros, são ferramentas que auxiliam sobremaneira na detecção da doença, ou no descarte da patologia em vista da presença de outras doenças degenerativas (BROKS; BASTOULY, 2004).

Os primeiros passos passam 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 neuroimagem cerebral. Por meio desses procedimentos, busca-se rastrear o diagnóstico da doença do tipo Alzheimer (FREITAS, 2006).

Segundo 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 e ressonância magnética.

Os pesquisadores são unânimes em afirmar que o diagnóstico deve ser feito de forma cuidadosa e criteriosa, com avaliação do passado e do comportamento do paciente e com a realização de todos os exames necessários para a detecção do DA ou de outras doenças mentais (BROKS; BASTOULY, 2004).

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 (PITELLA, 2006).

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 considerada uma ferramenta essencial para a realidade epidemiológica das síndromes demências, 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).

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 Miniexame 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 (FREITAS, 2006).

Em linhas gerais, o diagnóstico da DA é de exclusão, ou seja, o profissional de saúde deve incluir exames para avaliar se o paciente de fato está com a patologia ou outra doença neurológica que também afeta a cognição, o comportamento, como é o caso da depressão. Os exames físicos e neurológicos precisam avaliar o estado mental, o déficit de memória, dificuldades de linguagem, etc.

## **2- Assistências de Enfermagem ao Paciente com Doença de Alzheimer**

Como visto a demência do tipo Alzheimer (DTA) constituiu em 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 (senescência) 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 seus familiares no apoio a decisões dos tratamentos de cuidado de saúde oferecidos (MONTANHOLI, 2010).

No ambiente hospitalar, uma das principais atribuições da assistência do enfermeiro 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 tranquilidade 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

tranquilidade 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 os prestadores de cuidados. A 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 (MONTANHOLI, 2010)

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 de 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

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 sequelas. Com isso, torna-se possível o desenvolvimento de um plano de ação e intervenção geriátrica, de acordo com as necessidades imediatas do

paciente e provável alteração 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. À 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.

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 demenciada 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).

Mal de Alzheimer, conforme sublinhado anteriormente é uma doença neurológica para o qual a medicina ainda não alcançou a cura e atinge não somente o indivíduo, mas todo o núcleo familiar (GONÇALVES; OLIVEIRA, 2008).

Na verdade, a família desenvolve importante papel no cuidado com o indivíduo com DA, além de auxiliar o profissional no diagnóstico da patologia, informando as mudanças de comportamento do paciente ao geriatra ou outro profissional da saúde. O melhor tratamento das doenças neurológicas e psiquiátricas é aquele em que a família fornece o apoio necessário ao tratamento do paciente. Assim, a conscientização familiar sobre a doença, suas conseqüências para o acometido e qual a melhor forma de cuidar deste paciente é fundamental para promover a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos pelos impactos causados pelo Mal de Alzheimer (SALOMÃO, 2010).

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 autoestima e em motivação para aprender nas sessões seguintes ou futuras(SMELTZER& BARE, 2002).

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 (SMELTZER, BARE; 2002)

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, poderão 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).

A família tem sido desafiada a assumir o cuidado do idoso fragilizado e dependente, promovendo suporte tanto por parte do lado do enfermeiro quanto de organizações não governamentais para poder afrontar as demandas diárias do cuidar. A enfermagem brasileira precisa arranjar seu corpo de conhecimento para fazer frente à difícil dinâmica do cuidador ao idoso que vivencia um processo de demência, proporcionando novas e efetivas estratégias de intervenção (PELZER; TEDA; 2002).

Os aumentos da ciência e as qualidades sanitárias são fatores que vem contribuindo para o aumento da população idosa. Nos países em crescimento como o Brasil, este aumento está ocorrendo rapidamente, tornando-se necessária à reorganização dos serviços de saúde, a fim de aprimorar a assistência prestada a esta crescente população (MONTANHOLI, 2010).

## REFERÊNCIAS:

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. **Doença de Alzheimer**. Disponível em:<[http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico\\_alzheimer.asp](http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico_alzheimer.asp)>. 2013. Acesso em: 25 jun. 2013.

ALMEIDA, O.P. Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do tunel? **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.43, p.77-81, jun., 1997.

APRAHAMIAN, I; MARTINELLI, J.E; YASSUDA, M.S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.7, p.27-35, 2009.

BASTOS, K.C; GUIMARÃES, L.S; SANTOS, M.L.A.D.S. **Mal de Alzheimer: uma visão fisioterapêutica**. Disponível em:<<http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos>> 2009. Acesso em: 22 jun. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. V. 02, Brasília, 2010.

BROOKS, J.B.B; BASTOULY, V. Doença de Alzheimer: Uma visão histórica, genética. clínica e terapêutica. **Revista Médica Ana Costa**, v. 9, n. 3, jul./set., 2004.

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

CARAMELLI, P. Doença de Alzheimer. **Apsen Saúde Mental**, 2005.

CHAVES, M.B; FERREIRA, T.A.A. Terapia medicamentosa do Mal de Alzheimer. **Revista Eletrônica de Farmácia**. REF - ISSN 1808-0804 Vol. N. 1,p. 1-7, 2008.

DALMOLIN, B. M. Trajetória da saúde mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. Mundo. **Revista Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2000, p. 51-58.

DALGALARRONDO P. (2008). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª edição. Porto Alegre: Artemd.

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: Guanarabara Koogan, 2006.

ENGELHARDT, E. Demência mista: do conceito ao tratamento. *Rev. Bras. Neurol.*, Rio de Janeiro, v.40, n 4.

FLICKER L; Eficácia do tratamento farmacológico da demência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.(Supl I), p. 11-14, 2002.

FREITAS, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan, 2006

LOPES, Marcos A; BOTTINO, Cássio M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arquivo Neuropsiquiátrico**; v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002.

MACIEL JUNIOR, J. A. Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v.64, n.11, p.30-44, nov., 2007.

MACIEL Jr., J. A. Demências primárias e doença de Alzheimer: como diagnosticar e tratar. dez. 2006.

MONTANHOLI, LL ; Nunes LME ; Teixeira VPA ; Oliveira FA . Liga de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro: relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, p. 397-401, 2010.

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

NÚCLEO de Informações sobre o Mal de Alzheimer. Disponível em: <http://carcereri.br.tripod.com/alzheimer/> Acessado 10/10/2013

NASCIMENTO, A.A. M; BRAGA, V.A.B. **Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa de Saúde da Família de Caucaia – CE**. Disponível em <<http://www.ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download>> Inserido em 2009. Acesso em 27 set. 2013.

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: Guanarabara Koogan, 2006. cap. 21, p. 225.

RAMOS. Distúrbios da memória e demência no idoso. *Rev. Bras. Med.*, v. 62, edição especial.

SALOMÃO, R.F. **O olhar do psicomotricista sobre a Doença de Alzheimer**. Disponível em: <<http://www.unifai.edu.br/publicações/artigos/pdf.>> 2010. Acesso em: Acesso em: 22 jun. 2013.

SANTOS, D.F. *et al.* **Alzheimer: envelhecimento, fatores genéticos, hereditariedade: uma revisão bibliográfica.** Faculdade União de Goyazes, 2011.

SAYGE, N. **Doença de Alzheimer: a cada 69 segundos, nos Estados Unidos, uma pessoa recebe esse diagnóstico.** Disponível em: <[http://www.portalterceiraidade.com.br/dialogo\\_aberto/saude\\_equilibrio/geriatria](http://www.portalterceiraidade.com.br/dialogo_aberto/saude_equilibrio/geriatria)> 2013. Acesso em: 22 jun. 2013.

SERENKI, A; VITAL, M.A.P.F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev Psiquiatr.** Rio Grande do Sul, 30 (supl1), 2008.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner&Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. v.1. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1034 p.

TEGAN, S.K; ANNE, K.M. Psicoses funcionais na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 2(supl), 2004.

**Data de entrega do artigo:** Ex. 06/01/13