

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

BETHÂNIA CRISTINA DA SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA
PORTADORA DA DOENÇA DE ALZHEIMER**

**PATOS DE MINAS
2010
BETHÂNIA CRISTINA DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA
PORTADORA DA DOENÇA DE ALZHEIMER**

Monografia apresentada a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha

**PATOS DE MINAS
2010**

658.15
L732a SILVA, Bethânia Cristina
Assistência de Enfermagem à pessoa portadora da
Doença de Alzheimer.
Orientador(a): Prof. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha
Castro . Patos de Minas: [s.n.], 2010
60 pag.

Monografia de Graduação – Faculdade Patos de
Minas - FPM
Curso de Bacharel em Enfermagem

1. Envelhecimento 2. Doença de Alzheimer
3. Assistência de Enfermagem. I. Bethânea Cristina da Silva II.
Assistência de Enfermagem à pessoa portadora da Doença de
Alzheimer.

Fonte: Faculdade Patos de Minas - FPM. Biblioteca.

BETHÂNIA CRISTINA DA SILVA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA PORTADORA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Monografia aprovada em _____ de _____ de _____ pela comissão examinadora
constituída pelos professores:

Orientador: _____

Prof. Esp. Vânia Cristina Alves Cunha
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho a minha querida Mãe que sempre esteve ao meu lado apoiando-me e não medindo esforços para que este sonho concretizasse. Ao meu amor, Guilherme pelo incentivo, carinho e paciência em grande parte desta caminhada.

Expresso meu agradecimento à Deus pelo consentimento força e saúde para a realização deste trabalho, à minha orientadora Mestranda, Vânia Cristina pela condução do mesmo com paciência e sabedoria. A professora MS. Luciana pelo interesse pela turma.

*É tudo tão estranho...
Às vezes me sinto velha demais para minha
idade...
Às vezes me vejo como uma criança?!
Não era para ser assim, eu deveria ter o
controle. Isso tudo me deixa confusa e às
vezes com medo.*

Mara kiswhaili

RESUMO

Diante do grande crescimento mundial da população idosa e, sobretudo brasileira, nota-se o aumento da prevalência de doenças degenerativas em geral; contudo, a Doença de Alzheimer (DA) que constitui-se a causa mais comum e a forma mais freqüente da demência que acomete aos idosos; tornando-os progressivamente incapacitados para seu auto-cuidado e dependentes de terceiros. Diante de tal circunstância cada vez mais é necessário a assistência direta do enfermeiro para os cuidados e as orientações à família, bem como ao cuidador informal de forma que possa garantir ao idoso portador da DA melhor qualidade de vida através da estabilidade dos seus sinais e sintomas. O objetivo desse estudo foi apontar a importância da assistência de enfermagem junto ao idoso portador da DA. Assim foi proposto e desenvolvida uma pesquisa qualitativa

descritiva, com base em revisão literária. Destaca-se neste o envelhecimento, e a assistência de enfermagem à pessoa portadora da doença de Alzheimer em cada fase da doença. Diante dos aspectos acima citados pôde-se perceber que é essencial a assistência direta do enfermeiro e da enfermagem para as ações de cuidados e as orientações à família e ao cuidador informal, que visa garantir ao idoso uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento. Doença de Alzheimer. Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

With the large growth of the elderly population worldwide and especially in Brazil, there is the increased prevalence of degenerative diseases in general, however, the Alzheimer's disease (AD) that constitutes the most common and most frequent form of dementia that affects the elderly, making them progressively unable to self-care and dependent on the others. Faced with such circumstances it is increasingly necessary to direct care of nurses for the care and guidelines for family and informal caregivers in a

way that can reassure the elderly with AD better quality of life through stability of their signs and symptoms . The aim of this study was to highlight the importance of nursing care by the elderly with AD. Thus it was proposed and developed for descriptive qualitative study, based on literature review. Stands on aging, and nursing care to the person with Alzheimer's disease at each stage of the disease. Considering the above aspects could notice that it is essential to direct assistance of nurses and nursing care for the actions and guidelines to family and informal caregivers, which aims to guarantee the elderly a better quality of life.

Keywords: Aging. Alzheimer's disease. Nursing care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Perda da estatura ilustrada em três fases	17
Figura 2- Corte do cérebro, um atrofiado pelo Mal de Alzheimer e um sadio.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVDs- Atividade da vida diária
- OMS- Organização Mundial de Saúde
- DA- Doença de Alzheimer
- LCR- Líquido Céfalorraquidiano
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- HIV- Síndrome da Imunodeficiência Humana
- SNE- Sistema Nervoso Central
- APP- Proteína Percussora Amilóide
- TSH- Hormônio Tireo-Estimulante

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ENVELHECIMENTO.....	15
2.1	Processo de Envelhecimento.....	15
2.2	Aspectos Anatômicos do Envelhecimento.....	16
2.3	Envelhecimento Populacional.....	19
3	DOENÇA DE ALZHEIMER.....	20
3.1	Histórico da Doença de Alzheimer.....	21
3.2	Epidemiologia.....	21
3.3	Neuropatologia.....	21
3.4	Fatores de Risco.....	23
3.5.1	Sintomatologia.....	23
3.5.2	Fase Inicial.....	24
3.5.3	Fase Intermediária.....	24
3.5.4	Fase final.....	25
3.6	Diagnóstico	26
3.7	Tratamento	27
3.7.1	Farmacológico	27
3.7.2	Não farmacológico	29
4	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA PORTADORA DA	

	DOENÇA DE ALZHEIMER.....	29
4.1	Fase inicial.....	29
4.2	Fase moderada	32
4.3	Fase final	34
5	A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO E DO TERAPEUTA OCUPACIONAL	37
5.1	NA DA.....	37
5.2	Enfermeiro enquanto assistencialista	38
	A importância da terapia ocupacional na doença de Alzheimer.....	39
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41
	ANEXO 1.....	47
	ANEXO 2.....	50

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento acontece através do tempo e é uma experiência vital e singular do ser humano. Pesquisas apontam um grande crescimento da população idosa no Brasil e no mundo, e com o aumento da sobrevida, as doenças características desta fase têm acometido muitos idosos, sendo que a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência no idoso. Trata-se de uma doença neurodegenerativa que se inicia geralmente com a perda da capacidade funcional, aumentando a demanda por cuidados que são cada vez mais complexos.

O objetivo da realização deste trabalho foi aprofundar o conhecimento teórico sobre a assistência de enfermagem à pessoa portadora da doença de Alzheimer priorizando dessa forma o cuidado holístico para melhora da qualidade de vida das pessoas portadoras da doença em todas suas fases.

Para a construção do objetivo proposto foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica, com caráter descritivo de revisões bibliográficas utilizando livros, artigos, dissertações inclusive consultas à internet, entre outros; em que foram revisados descrições científicas, acerca do envelhecimento, da doença de Alzheimer e da assistência de enfermagem à pessoa com esta patologia.

O presente trabalho justifica-se por identificar o quanto a importância do enfermeiro assistencialista como profissional essencial no cuidado à pessoa portadora da doença de Alzheimer, valorizando o acolhimento, a escuta e o vínculo para com o idoso principal/e por reconhecer as manifestações psiquiátricas como as perdas cognitivas, perceptivas e motoras.

O estudo está estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo foi mencionado as principais características do envelhecimento, trazendo ao estudo o conceito, o processo de envelhecimento e os aspectos anatômicos do envelhecimento, o qual é caracterizado por mudanças fisiológicas, anatômicas, entre outras perdas evolutivas.

No segundo capítulo foram tecidos comentários acerca da doença de Alzheimer que constitui-se em uma das principais doenças crônico-degenerativas que acometem os idosos sendo que delimitou histórico da doença de Alzheimer, a epidemiologia, a neuropatologia, os fatores de risco, a sintomatologia descrita em três fases, o diagnóstico o tratamento sendo ele farmacológico e não farmacológico.

No terceiro capítulo, foi descrito o valor da assistência de enfermagem à pessoa portadora de Alzheimer em cada fase da doença, no quarto capítulo a importância do enfermeiro enquanto assistencialista e da terapia ocupacional como forma de tratamento não farmacológico que auxilia restabelecer habilidades do idoso em prol de sua melhor adaptabilidade ao meio em que vive visando melhor qualidade de vida, pois a doença os torna progressivamente incapacitados para cuidar de si mesmo, passando a depender de terceiros, fato que torna relevante a assistência direta do enfermeiro e da enfermagem para os cuidados e as orientações à família e ao cuidador informal de modo que visa garantir ao idoso uma melhor qualidade de vida.

2 ENVELHECIMENTO

2.1 O processo de envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural do ser humano gradativo e individual, que caracteriza uma etapa da vida marcada por importantes modificações sendo estas, fisiológicas bioquímicas psicológicas e decorrentes da ação do tempo.

Para Prado e Sayd (2006, p. 495):

[...] O envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. É interessante notar que o processo de envelhecimento engloba a velhice que, distintamente, é definida em termos mais amplos: É a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social restrição em papéis sociais e especialização cognitiva. À medida que o ciclo vital humano se alonga, a velhice passa a comportar subdivisões que atendem as necessidades organizacionais da ciência e da vida social.

Filho, Neto e Garcia (2006) acrescentam que o envelhecimento é um processo gradual que existe desde a concepção do organismo e vivenciam fases como o desenvolvimento, puberdade, maturidade. Esse processo altera gradativamente o organismo, tornando-o mais vulnerável à incidência de processos patológicos que terminam por levar a morte.

Moraes e Silva (2008) consideram que o processo de envelhecimento é chamado de senescência (do latim senescere, significado envelhecer) e se caracteriza por um declínio progressivo no funcionamento de todos os sistemas

do corpo. Tais alterações apresentam como característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional humana. Isto significa dizer que um organismo envelhecido em condições normais poderá sobreviver adequadamente. Porém quando submetido à situações de estresse físico emocional, entre outros evidenciar dificuldades em manter sua homeostase manifestando sobrecarga funcional que poderá acarretar em processos patológicos (NETTO; FILHO; SALLES, 2006).

Curiati e Garcia (2006) descrevem que o processo de envelhecimento é seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico e de deterioração de um organismo maduro, tornando-se ao longo do tempo menos capaz de suportar ao estresse do meio ambiente, e com isso há aumentada a capacidade de morte do indivíduo.

2.2 Aspectos anatômicos do envelhecimento

O envelhecimento humano é caracterizado por mudanças fisiológicas, anatômicas, entre outras perdas acidentais e evolutivas.

Para Canineu (2007) apud Viola (2010, p. 7):

[...] O envelhecimento proporciona mudanças nas funções gerais do organismo, portanto envelhecer pode significar maior fragilidade, vulnerabilidade e maior tendência a desadaptação. É importante ressaltar que o envelhecimento associa-se a maior prevalência e a incidência de doenças, e, devido às alterações do organismo, estas doenças tem uma tendência a cronificação.

Moraes, Silva (2008) esclarecem que a partir dos 40 anos de idade, a estatura do indivíduo diminui cerca de um centímetro por década devido a diminuição dos arcos dos pés, e aumento da curvatura da coluna, além de um encurtamento da coluna vertebral, em consequência da perda de cartilagem e afinamento das vértebras.

Os diâmetros do crânio, da caixa torácica tendem a aumentar gradualmente com o envelhecimento. O nariz, os pavilhões auditivos também continuam crescendo. Há mudanças na composição do corpo, com o aumento do tecido adiposo com tendência à depositar na região do abdômen. Há redução do teor total de água e potássio no corpo e também há perda de massa que afeta o fígado e os rins (SOUZA, 2006).

De acordo com Moraes e Silva (2008) o envelhecimento é marcado por perda progressiva de células musculares sendo que estas estão relacionadas com uma serie de fatores como: aspecto hereditário, nutrição e grau de atividade física. É valido ressaltar que os músculos sofrem processos distintivos de atrofia, sendo que os músculos do corpo menos utilizados com o envelhecimento sofrem maiores atrofia.

Souza (2006) complementa que o tecido ósseo também sofre alterações importantes com o passar do tempo. Os osteócitos diminuem em número e atividade, o que resulta em perda de cálcio e matriz óssea. Nas mulheres, este processo de perda é maior após a menopausa, o que está associado a alterações hormonais que poderá predispor à ocorrência de fraturas.

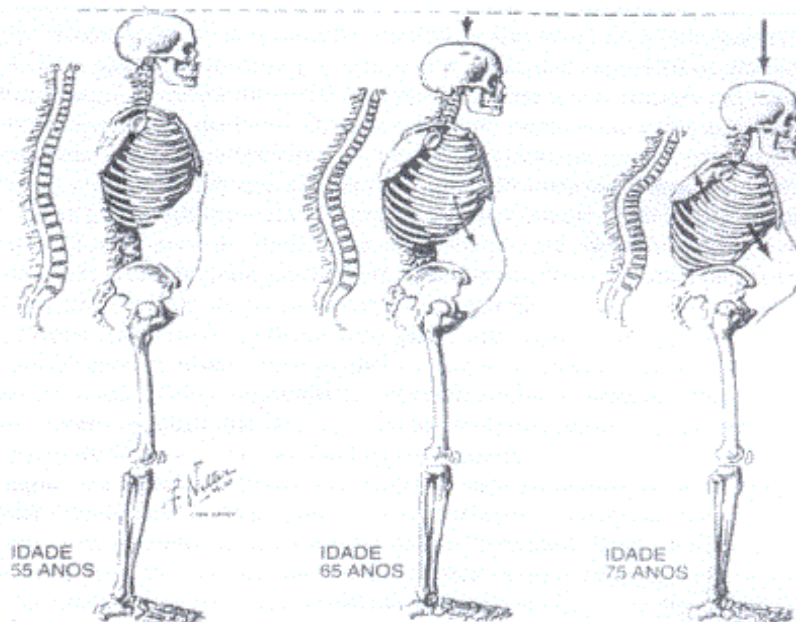


Figura 1: Perda da estatura ilustrada em três fases

Fonte: <http://www.efdeportes.com/efd101/enve02.gif>

A pele se torna menos elástica, mais fina e mais seca, devido à redução do número de melanócitos, e os que estão presentes aglomeram-se causando a pigmentação da pele em regiões como dorso das mãos, face e braços. Ocorre também diminuição de pelos com exceção das narinas, sobrancelhas e orelhas. Os cabelos ficam brancos, finos quebradiços e as unhas se tornam frágeis e opacas (ELIOPOULOS, 2005).

Com o envelhecimento as alterações mais significativas acontecem no cérebro. Souza (2006, p. 37) afirma que:

[...] O peso do cérebro diminui com a idade o mesmo ocorrendo com seu volume. Ocorre certo grau de atrofia no córtex cerebral com o progredir da idade, havendo também aumento volumétrico dos ventrículos encefálicos, o que pode ser constatado no vivo, através de tomografia computadorizada. A redução de massa nervosa encefálica está associada à perda de neurônios que ocorre no envelhecimento. O aumento do volume dos ventrículos ocorre devido a redução de massa encefálica.

A visão também diminui principalmente para objetos mais próximos, ocorre edema de pálpebra inferior, ptose conjuntiva fica mais fina e friável, o diâmetro da pupila reduz, a curvatura da córnea se modifica e o anel cinzento aparece ao redor da córnea. Há dificuldade de focalização devido à alteração da lente do cristalino, que se espessa e adquire cor amarelada (MORAES, SILVA, 2008).

No que se refere ao sistema cardiovascular, ocorre aumento do músculo cardíaco, dilatação aórtica e do ventrículo esquerdo do coração e aumento da pressão arterial (NETTO; FILHO; SALLES, 2006).

Alencar e Curiatti (2006) esclarecem que no aparelho digestório que no envelhecimento a maioria dos órgãos sofrem modificações estruturais, gerando dificuldades na digestão, devido as glândulas digestivas diminuírem com a idade. A túnica muscular, da parede do tubo digestório sofre atrofia. Moraes, Santos e Silva (2008) complementam que a irrigação sanguínea da parede intestinal sofre alterações, podendo levar a certo grau de isquemia.

Quanto ao sistema respiratório Filho e Leme (2006) mencionam que com o envelhecimento a traquéia se torna mais rígida devido a um processo de calcificação na cartilagem, e também observa-se aumento em seu diâmetro. Moraes, Santos e Silva (2008) complementam que com a diminuição da atividade física e imobilidade, a musculatura respiratória apresenta sua força e massa diminuída.

2.3 Envelhecimento populacional

As últimas décadas foram marcadas por um nítido processo de envelhecimento da população mundial. A organização das nações unidas considera o período de 1975 a 2005 como a era do envelhecimento (BEZERRA; SANTO; FILHO, 2005).

Pavarini et al., (2005) complementam que ao contingente populacional e pessoas com idade superior a 60 anos vem apresentando um crescimento acelerado em todo o mundo; tem-se a expectativa de que em 2025 o número de idosos no Brasil chegue a 32 milhões de pessoas. Podendo alcançar a média de 77,08 anos entre 2020 e 2025 (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO 2002). Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS) o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas idosas até 2025 (ARAÚJO et al.,2005)

Viola (2001, p. 3) acrescenta que:

[...] A transição da estrutura etária no Brasil se deu, com maior ênfase, a partir do final da década de 60, devido à redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos mais

privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, mas que disseminou-se rapidamente; e a diminuição da taxa de mortalidade. Sendo assim, podemos concluir que o Brasil está deixando de ser um país essencialmente jovem, passando a ter uma parcela considerável de sua população na chamada terceira idade.

O último Censo Demográfico feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que, no Brasil a população com idade igual ou superior a 60 anos resulta mais de 14,5 milhões de pessoas sendo 8,56% da população total (MARTINS; MASSAROLO, 2008).

De acordo com Souza et al. (2008) o Brasil está envelhecendo, principalmente em consciência e participação social, pois a cada dia aumenta o número de cidadãos preocupados com a saúde, com o crescimento cultural e reivindicando mais espaço na sociedade. Com o crescimento do número de pessoas idosas tornam-se necessárias várias mudanças, em especial no aspecto social. Diante disso foi criado o Estatuto do Idoso de acordo com a Lei N° 10.741 que foi aprovada em setembro de 2003 e sancionada em 1° de outubro de 2004 do qual concede os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos de idade (ANEXO 1).

Com o aumento da longevidade surgem doenças próprias do envelhecimento, como a doença de Alzheimer que será abordada no segundo capítulo.

3 DOENÇA DE ALZHEIMER

3.1 Histórico da doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer ou mal de Alzheimer, foi descrita pela primeira vez em 1907 pelo Dr: Alois Alzheimer, um médico neuropatologista alemão que identificou e descreveu os primeiros sinais e sintomas em uma paciente com 51 anos de idade. Tais sintomas identificaram rápida degeneração da memória, confusão mental e delírios (FONSÊCA; SOARES, 2007).

A doença de Alzheimer é uma das várias formas de demências que causam deterioração das funções mentais, é considerada a forma mais comum entre os diferentes tipos de demências que são em torno de 60 (CANINEU, 2002).

Esta doença é mais prevalente em pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos de idade. A demência também pode ocorrer em fase precoce por volta dos quarenta anos chamando esta fase pré senil, porém é menos observada (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

3.2 Epidemiologia

Segundo pesquisas existem em todo o mundo entre 17 e 25 milhões de pessoas com a demência de Alzheimer, representando assim 70% do conjunto das doenças que afetam a população de idosos (FONSÊCA; SOARES, 2007). Nos EUA, a doença afeta aproximadamente 4 milhões de pessoas. No Brasil não há dados precisos, mas estima-se que a DA atinge aproximadamente meio milhão de idosos (SMELTZER; BARE, 2005).

Com o aumento da expectativa de vida, aumenta também as doenças demenciais, sendo a DA a causa mais comum de demência no idoso atingindo tanto homens e mulheres bem como diferentes classes sociais.

Para Aprahamian, Martinelli e Yassuda (2009, p. 28):

[...] A prevalência da demência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo a idade o maior fator de risco para a doença. A partir dos 65 anos, sua prevalência dobra a cada cinco anos. Entre 60 e 64 anos apresenta prevalência de 0,7% passando por 5,6% entre 70 e 79 anos, e chegando a 38,6% nos nonagenários. A incidência parece não diminuir mesmo na faixa etária dos muito idosos, acima dos 95 anos.

3.3 Neuropatologia

A doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva, que resulta em inúmeras complicações físicas e mentais tornando o indivíduo cada vez mais dependente.

Fonsêca e Soares (2007) relatam que na demência de Alzheimer são encontradas degeneração simpáticas, perdas neuronais, deposição de placa senis depósito de Proteína Percussora Amilóide (APP) e emaranhados neurofibrilares (uma massa emaranhada de neurônios não funcionantes) que ocorre principalmente no córtex cerebral resultando em tamanho cerebral diminuído. As áreas afetadas pelas alterações degenerativas são aquelas que controlam as funções da memória, concentração e cognição ou raciocínio dificultando para o mesmo a realização das atividades da vida diária. Mendonça (2006) complementa que as alterações degenerativas podem ser encontradas no envelhecimento normal, mas em pacientes com diagnóstico de DA a densidade das placas senis e emaranhados neurofibrilares é muito mais alta do que seria de se esperar em pessoas da mesma idade, com a função cognitiva preservada.

Segundo Filho (2006) ao observar macroscopicamente, o cérebro notou redução no peso do encéfalo e hipertrofia cortical difusa, bilateral e simétrica, predominando mais na parte medial dos lobos frontal e parietal de intensidade variável, caracterizado por estreitamento dos giros e alargamento dos sulcos, bem como, dilatação dos ventrículos laterais e do terceiro ventrículo tornando-o o dobro de volume em relação a um idoso com da mesma idade sem demência.

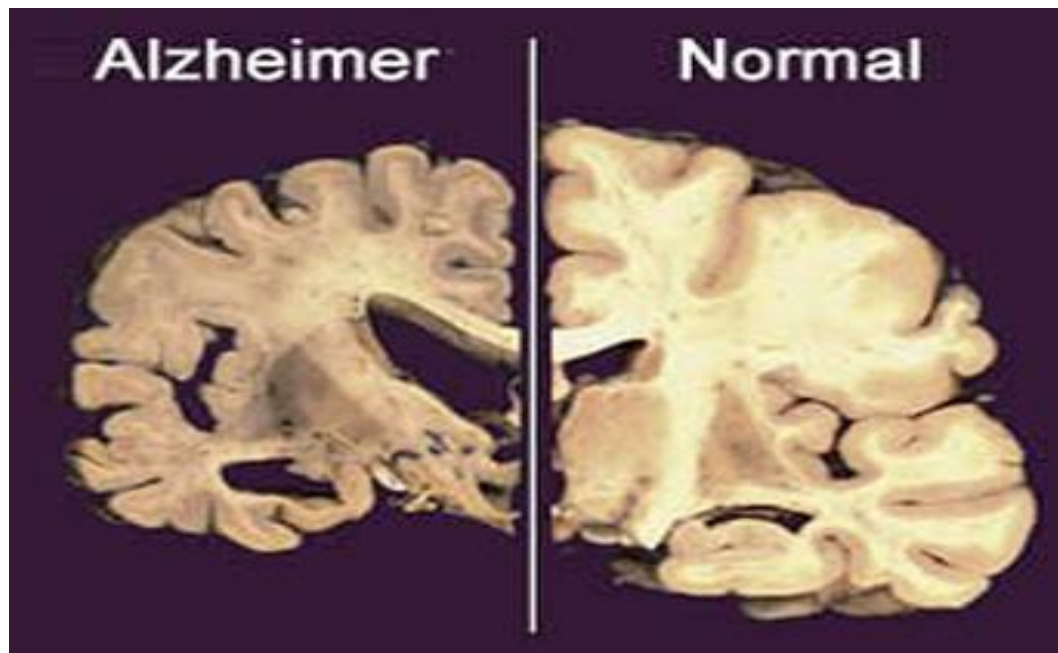


Figura 2 : Corte do cérebro, um atrofiado pelo Mal de Alzheimer e um sadio.

Fonte: www.faperj.br/home-boletim34A.phtml?ctx_cod=1...

3.4 Fatores de risco

Para Chaves e Silva (2006) estudos têm evidenciado que alterações genéticas em indivíduo do sexo feminino, desnutrição, baixa escolaridade estão relacionadas com o declínio cognitivo e demência. Filho (2006) enfatiza que a DA pode estar relacionada com a síndrome de Down no qual a trissomia do cromossomo 21 triplica o gene da APP favorecendo o aparecimento de alterações neuropatológicas similares com a da DA nas pessoas portadoras de síndrome de Down por volta dos 40 anos.

De acordo com Canineu (2002) a DA está associada à diminuição de várias substâncias, em especial a acetilcolina (a principal substância envolvida no processamento da memória), outra substância que também pode estar associada é o aumento de glutamato, um importante mediador da memória e do aprendizado que pode causar morte celular quando em excesso. Essas alterações causam hiperfosforilação de proteína TAU (um constituinte normal dos neurônios e na DA aparece anormalmente fosforilada, sendo depositada intracelularmente na forma de filamentos helicoidais pareados) e produção de proteína B-amiloide ambas responsáveis pelo dano celular.

Filho (2006) complementa que a idade é o fator mais importante para o desenvolvimento da DA, podendo ser relacionado através do grande aumento das demências a partir dos 60 anos de idade. Outro fator pode ser história de demência em parentes de primeiro grau.

3.5 Sintomatologia

Os sintomas mais comuns que caracterizam a DA é a perda gradual de memória, a diminuição do senso crítico, distúrbio da personalidade, dificuldade de aprendizado e desorientação em tempo e espaço; bem como declínio das atividades rotineiras (FONSÊCA; SOARES, 2007).

Os sintomas aparecem de forma gradual e lenta, sendo que cada indivíduo responde de uma forma diferente à doença podendo ter alterações na função cognitiva, motora e alterações nutricionais, tornando assim as fases em formas singulares e únicas para cada pessoa (CANINEU, 2002).

Muitas vezes o início da doença de Alzheimer pode ser confundido com alterações normais do envelhecimento, sendo aceito pelos familiares, e só com a progressão da doença que os familiares começam a dar importância.

A doença de Alzheimer pode ter os sintomas divididos em três partes sendo elas iniciais, intermediárias e avançadas.

3.5.1 Fase inicial

A fase inicial da doença de Alzheimer é caracterizada por sintomas vagos e difusos que se desenvolvem insidiosamente. O idoso começa a apresentar um déficit de memória, como dificuldade de recordar acontecimentos recentes, perda de concentração, agitação, depressão, dificuldade no trabalho, dificuldade para lidar com situações complexas e dificuldade para o aprendizado de novas coisas. O idoso passa a perder objetos pessoais, começa fazer uma atividade e esquece, como esquentar algo no fogão e esquecer; apresenta problemas espaciais e de percepção que é reconhecer faces e locais familiares; ocorre alterações na linguagem como certa dificuldade para encontrar alguma palavra para certa conversa espontânea, assim como interpretar o que lhe foi dito (MELLO, DRIUSSO, 2006).

A desorientação progressiva com respeito ao tempo e espaço, são sintomas da DA que pode despertar no idoso angústia e depressão devido ao seu estado mental que se deteoriza (SANTANA, 2003).

3.5.2 Fase intermediária

A fase intermediária é caracterizada pela deterioração acentuada da memória, surgem alterações no comportamento, freqüentes episódios de agitação, perambulação, recusa para realizar certas atividades como tomar banho, alimentar-se, é freqüente “emburrar, ficar bravo, ter a idéia de perseguição, relatos de visões” (FONSÊCA; SOARES, 2007).

Nesta fase há o aparecimento de sintomas focais, que incluem afasia (perda da capacidade de se comunicar mediante a fala, a escrita ou a mímica, devido lesão cerebral), apraxia (perda da capacidade da realização de atos motores na ausência de paralisias, devido lesão cerebral) e agnosia (perda da capacidade de reconhecer pessoas e objetos, sem ter lesão dos órgãos do sentidos, devido a lesão cerebral). Os distúrbios de linguagem podem progredir e o idoso poderá perder a capacidade de compreensão da palavra que lhe foi escrita ou falada. A capacidade de reconhecimento perceptivo- sensorial de interpretar o que houve e o que sente, alterações viso espaciais e dificuldade para executar movimento para um certo fim sem que haja paralisia, também são sintomas freqüentes (SANTANA, 2003).

A capacidade de julgamento é prejudicada, o idoso passa a apresentar comportamento inadequado, frequentemente inventa histórias e começa a não reconhecer as pessoas. Chaves e Silva (2006) enfatizam que a capacidade de fazer cálculos, abstrações, resolver problemas, planejar tarefas em etapas ficam seriamente afetadas e apresentam desorientação espaço-temporal podendo se perder até em casa.

3.5.3 Fase final

Na fase final da DA todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas, o idoso não reconhece os familiares e nem se reconhece no espelho, passam a se comunicar através de sons incompreensíveis, gestos ou expressões faciais (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). O idoso fica acamado e totalmente dependente, há comprometimento do músculo da deglutição sendo necessário administrar a alimentação através da sonda. Ocorre incontinência fecal e urinária e sofre grande risco pela imobilidade de apresentar pneumonia, úlceras por pressão e perda de peso mesmo com nutrição adequada. A fase final da DA pode durar meses ou anos ocorrendo à morte em consequência de complicações como a desnutrição ou desidratação, pneumonia entre outras complicações que o idoso acamado possa vir a ter (SMELTZER; BARE, 2005).

3.6 Diagnóstico

Para se ter o diagnóstico da DA é muito importante o médico conhecer toda a história pregressa do paciente, incluindo história da saúde, história clínica, cultural e social.

Almeida e Crocco (2000, p. 297) diz que:

[...] O diagnóstico da doença de Alzheimer baseia-se no uso de dados que indiquem presença de deterioração da capacidade intelectual e funcional do indivíduo. Essas informações podem ser obtidas através de avaliação direta do paciente ou a partir de entrevista com o cuidador. É fundamental,

porém que as informações que servem de base para o diagnóstico sejam confiáveis. Há evidências, por exemplo, de que pacientes com DA têm consciência limitada da gravidade dos déficits cognitivos associados à doença e, portanto, fornecem informações pouco precisas sobre seu estado clínico. Assim é importante obter informações sobre a condição clínica do paciente com seu cuidador.

De acordo com Canineu (2002) diante do paciente que preenche os critérios para o diagnóstico de demência especialmente se for idoso, deve-se pensar na possibilidade de uma pseudo demência, uma depressão não diagnosticada ou ainda uma situação clínica produzida por medicamentos.

Para Smeltzer e Bare (2005) para obter o diagnóstico da DA o paciente deve apresentar pelo menos dois domínios de função alterada sendo a memória e mais um dos sintomas que são perda de percepção, linguagem, dificuldade de fazer cálculos, entre outros.

Nitrini et al., (2005) dizem que uma série de exames podem ser realizados para se obter o diagnóstico de demência sendo eles, exames de sangue, hemograma completo, concentrações séricas de uréia, creatinina, tiroxina livre, hormônio Tireo-Estimulante (TSH), albumina, enzimas hepáticas, vitamina B12 e cálcio, reações sorológicas para sífilis e em pacientes com idade inferior a 60 anos sorologia para HIV, exame do Líquido Céfalorraquidiano (LRC) para descartar infecções no Sistema Nervoso Central (SNC), doenças neoplásicas e inflamatórias visto que este exame deve ser recomendado apenas para pacientes com suspeita de demência pré-senil (antes dos 65 anos).

Smeltzer e Bare (2005) complementam que se deve fazer exames de neuroimagem, tomografia computadorizada e ressonância magnética de crânio podendo ser necessário para afastar outras causas de demência como atrofia cerebral, tumor ou acidente vascular cerebral.

Crítérios para diagnóstico da DA, segundo Folstein (1975), adaptado por Bruckiet et al. (2003) podem ser vistos no (ANEXO 2).

3.7 Tratamento

O tratamento da doença de Alzheimer inclui abordagens farmacológicas e não farmacológicas (CANINEU, 2002).

3.7.1 Farmacológico

O tratamento da DA consiste em corrigir os déficits cognitivos e os distúrbios do comportamento, retardando o comprometimento da memória ou até mesmo melhorá-la (CANINEU, 2002).

As drogas medicamentosas utilizadas para o tratamento da (DA) segundo Engelhard et. al. (2005) são as seguintes: a Tacrina, a Rivastigmina e o Donepezil que são inibidores reversíveis da acetilcolinesterase. O tratamento colinérgico visa melhorar a transmissão colinérgica a nível cerebral. O nível de acetilcolina (neurotransmissor decisivo no desempenho cognitivo), está diminuído na DA ou por diminuição de produção ou por excessiva destruição pela enzima acetilcolinesterase.

Tacrina foi a primeira droga lançada especialmente para o tratamento dos déficits cognitivos da DA. No Brasil foi lançada comercialmente por dois laboratórios tendo como nome comercial de Tacrinal e Cognex . A prescrição compreende a necessidade de administrar a droga quatro vezes ao dia, e pode haver intensos efeitos colaterais. Com o lançamento de novas drogas e com menos efeitos colaterais houve diminuição no uso desta droga ou até mesmo deixou de ser prescrita.

Rivastigmina foi lançada no Brasil há alguns anos sendo conhecida também como Excelon e Prometax pode ser administrada duas vezes ao dia com efeitos colaterais menos intensos e com doses progressivas.. A rivastigmina inibe a acetilcolinesterase cerebral, esta droga atua de forma adequada no hipocampo e córtex cerebral, que são áreas significativamente comprometidas. Os efeitos adversos mais comuns são cefaléia, náusea, tontura e diarreia. Os dados

disponíveis até o momento quanto à eficácia clínica da rivastigmina ainda são preliminares.

O Donepezil aprovado há vários anos nos EUA foi lançada no Brasil com o nome comercial de Eranz, esta droga deve ser utilizada apenas uma vez ao dia havendo duas doses, sendo uma dose menor no primeiro mês e depois uma dose maior para dar continuidade ao tratamento. Os efeitos colaterais são referente ao aparelho digestivo.

Para Forlenza (2005) a memantina é outra droga medicamentosa para o tratamento da doença de Alzheimer, o uso da memantina reside nos seus efeitos sobre a neurotransmissão glutamatérgica que assim como a colinérgica que se encontra alterada. O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório cerebral, especialmente em regiões associadas as funções cognitivas e à memória. Quando em alta concentração promove a entrada anormal de cálcio no neurônio causando a morte neuronal. A memantina impede os níveis elevados de glutamato atuam sobre a molécula receptora do glutamato evitando o fluxo excessivo de cálcio que leva à morte neuronal. Geralmente essa droga deve ser tomada duas vezes ao dia. Os efeitos colaterais costumam ser leves e incluem, tonturas, cefaléia, agitação.

3.7.2 Não farmacológico

Nessa modalidade incluem-se atenção ao paciente, à família e aos cuidadores informais. E é nesse contexto que a Assistência de enfermagem se insere

4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CADA FASE DA DOENÇA DE ALZHEIMER

4.1 Fase inicial

Na fase inicial a assistência de enfermagem é voltada para o suporte familiar, onde o profissional enfermeiro deve orientar ao familiar/cuidador sobre o conhecimento da sintomatologia evolutiva e aceitação da doença bem como esclarecer as dúvidas do cuidador (SANTANA, 2003).

Nessa fase em que o paciente e familiar relatam desorientação espacial e temporal, comprometimento da memória e das funções executivas expressas na perda da iniciativa, dificuldade de planejar suas Atividades de vida Diária (AVDs), deve-se orientar ao cuidador quanto a necessidade de evitar estímulos constantes para resgatar informações esquecidas, procurando estabelecer rotinas e atividades repetitivas, preservando a capacidade do idoso e mantendo sua independência por maior tempo possível. É imprescindível que o enfermeiro juntamente com a família faça uma avaliação das atividades que precisam ser modificadas ou restringidas, considerando o grau de risco que elas podem oferecer à manutenção da integridade física e psíquica do paciente. A partir dessa avaliação é possível planejar atividades diárias de acordo com as habilidades disponíveis do paciente (QUEIROZ et. al., 2009).

Deve-se disponibilizar calendários pólo ambiente doméstico e utilizar cadernetas de anotações bem como relógios de parede que são estratégias que podem facilitar o manejo da desorientação temporal e do comprometimento da memória para fatos recentes, deve-se evitar fazer mudanças de móveis a fim de evitar que o idoso se perca em seu próprio ambiente físico (CHAVES; SILVA, 2007).

É importante orientar o cuidador para que supervisione o paciente todo o tempo com a intenção de prevenir acidentes, uma vez que o idoso não consegue discernir as situações que envolvem risco ou perigo e também porque existe constante presença de erros nas AVDs por não saberem mais como fazê-las.

Nessa fase o paciente pode se sentir ameaçado pela patologia, sendo cabível estimulá-lo a falar sobre suas preocupações sempre evitando comentários negativos sobre a doença, pois com isso pode aumentar o medo no

idoso e piorar seu enfrentamento. A família deve ser orientada à jamais discutir sobre gastos financeiros com a doença e outras dificuldades, e deve demonstrar afeto, e carinho para que o idoso se sinta protegido, amado e apoiado para o tratamento da patologia (CHAVES; SILVA, 2007)

Quanto à comunicação com o paciente, esta deve ser clara e objetiva. Deve-se falar pausadamente dando tempo necessário para que o paciente compreenda, elabore e emita a resposta, é necessário que a pergunta seja repetida quando se nota dúvida ou não entendimento do que foi dito. O fato de manter uma visualização direta com o paciente colabora para que os gestos, movimentos dos lábios e expressão facial possam ser observados e aproveitados na interpretação da conversa (SANTANA, 2003).

De acordo com Corrêa e Silva (2009) essa fase terá grande importância a participação de um grupo de terapia ocupacional para manutenção das habilidades físicas do idoso que visa retardar o aparecimento de perdas cognitivas.

Deve-se também incentivar o idoso quanto à prática de atividades físicas de acordo com prescrição médica visando manter sua mobilidade física e sua independência por maior tempo possível. O enfermeiro durante a consulta de enfermagem deve avaliar a função neurológica do idoso, incluindo a anamnese, o estado emocional e funções motoras, com o propósito de identificar alterações que indicam deterioração adicional (CANINEU, 2002).

Certos pacientes se queixam querendo informações a respeito do seu dinheiro onde está e como esta sendo usado. A manutenção de uma agenda onde se registra os números relativos às suas economias, relatadas de modo simples, ainda que não muito bem entendidos demonstra que alguém está tomando as decisões acertadas e isto costuma servir para acalmá-los (CHAVES; SILVA, 2007).

Após o diagnóstico da doença o familiar deve fazer uma análise no ambiente em que o idoso vive e que mostrará vários aspectos perigosos para o paciente e que deve ser adaptados imediatamente, como a presença de tapetes, tacos soltos, degraus, ambientes com portas cujas fechaduras podem propiciar que o paciente se tranque e depois tenha dificuldade em abrir, eletrodomésticos

perigosos, janelas sem grades ou telas de proteção moveis amontoados que prejudicam a circulação (PERRONI, 2007 apud CARVALHAES et. al.,1998).

O banheiro é um dos locais mais perigosos de uma casa sendo assim deve ser tomadas medidas preventivas de acidentes, barras de segurança devem ser instaladas na pia e no percurso normal para o acesso aos equipamentos como vaso sanitário e Box do chuveiro elas devem ser chumbadas na parede, a chave da porta do banheiro deve ser retirada na fechadura devem ser colocadas no chão as faixas de material antiderrapante no banheiro e em locais que possam ser escorregadios, tesouras, laminas de barbear e outros objetos potencialmente perigosos devem ser removidos do banheiro, deixando somente os objetos que o paciente precisa para as AVDs .

Estes e vários outros aspectos físicos devem ser considerados e solucionados visando evitar acidentes com o idoso (CHAVES; SILVA, 2007). Também é importante manter o ambiente iluminado com uma intensidade constante. Ao entardecer, as luzes devem estar ligadas antes que escureça. Melo e Driusso(2006) complementam que nessa fase o idoso apresenta tendência a se isolar, a se retrair podendo começar ter ações repetitivas e sem sentido. A terapia ocupacional é necessária nessa fase por permitir a interação social, da qual deve-se orientar à família para que incluam o idoso nas atividades de rotina da vida diária incentivando-o para que este se sinta útil.

4.2 Fase moderada

Nesta fase os sintomas de perda da memória são mais acentuados e até os rostos conhecidos podem aparecer estranhos, é importante sempre que for conversar com o paciente se apresentar de forma clara e encorajada e não ficar perguntando se o reconhece. Não se deve falar com o paciente sobre sua patologia e sempre ajudá-lo a elaborar seu discurso de conversação fazendo com que ele veja que foi entendido. Deve-se orientar a família quanto a deixar no bolso

do idoso um papel com identificação constando o seu nome, endereço, telefone e hospital de referência em caso de fuga do idoso (CHAVES; SILVA 2007).

O idoso apresenta dificuldade para vestir-se e arrumar-se, é preciso permitir a escolha do vestuário oferecendo como opções as roupas leves, confortáveis, de fácil vestimenta sempre de acordo com a temperatura do ambiente, pois o idoso começa a perder a noção se está calor ou frio.

De acordo com Coelho e Alvim (2004), o auxílio na higiene pessoal e o banho devem ser de acordo com o grau de independência, preservando sempre a autonomia do idoso. Deve-se ainda auxiliar na sua higiene bucal sempre após as refeições, lembrando ao paciente e deixando os objetos para tal atividade de fácil acesso. As escovas de dente devem ter cerdas macias, se o paciente tiver prótese dentária, deve-se retirá-la a mesma e higienizá-la fora da boca e após recolocá-las sempre limpando a cavidade oral.

Durante o banho deve-se preservar a intimidade do paciente, fechar portas e janelas e manter uma rotina determinada com horário para o banho, preferencialmente de manhã à tarde ou a noite, para que o idoso adquira um hábito para tal atividade (MELO; DRIUSSO, 2006).

Algumas pessoas idosas, doentes ou com incapacidades podem às vezes se recusar a tomar o banho. É preciso que o cuidador identifique as causas. Pode ser que a pessoa tenha dificuldade para locomover-se, tenha medo da água ou de cair, pode ainda estar deprimida, sentir dores, tonturas ou mesmo sentir-se envergonhada de ficar exposta a outra pessoa, especialmente se o cuidador for do sexo oposto. É preciso que o cuidador tenha muita sensibilidade para lidar com essas questões. Respeite os costumes da pessoa cuidada e lembre que confiança se conquista, com carinho, tempo e respeito (CHAVES; SILVA, 2007).

Para a realização do banho é preciso deixar todos os objetos preparados e organizados, para que não seja necessário deixá-lo sozinho, o que pode contribuir para a confusão do paciente. Controlar a temperatura da água durante o banho e orientar ao cuidador para que inspecione a pele do paciente durante o banho procurando alguma lesão que possa estar escondida. Para os idosos que gostam de tomar banho, pode ser um recurso para acalmar quando o mesmo

estiver agitado e quando apresentar resistência. O cuidador deve evitar auxiliar ao paciente em sua higiene íntima após a realização das suas necessidades fisiológicas na maioria do tempo estimulando sua independência, lembrando-o de dar descarga e lavar as mãos (LUZARO; GORINI; SILVA, 2006).

Se o idoso apresentar episódios de alucinações, agitações, confusões e delírios, deve-se manter a calma e evitar discutir e falar alto com idoso, na tentativa de acalmá-lo e amenizar a situação. Os fatores desencadeantes de estresse e agitação no idoso com a DA podem ser, programas de televisão que mostram cenas de violência e tragédias (SANTANA, 2003).

A consulta de enfermagem deve ser realizada em ambiente calmo e tranqüilo, podendo utilizar estratégias como músicas suaves para relaxamento do idoso. O idoso pode também apresentar episódios de comportamento inadequados em certos ambientes e situações, quando isto acontecer deve-se retirar o mesmo cuidadosamente do local e evitar situações embaraçosas (CHAVES; SILVA, 2007).

Nessa fase o idoso pode perder o interesse por comidas saudáveis, tendo preferências por guloseimas e por isto ter ganhado de peso, pode também esquecer de se alimentar no horário certo, resultando em desequilíbrio nutricional, em que deve-se adotar horários para as refeições e pequenos lanches o ideal é que seja a cada três horas ao longo do dia alternando as refeições principais com pequenos lanches deve ser oferecida uma alimentação saudável, bem equilibrada na composição, qualidade de nutrientes essenciais, o prato para servir a alimentação deve ser de material inquebrável. Deve-se auxiliar o paciente de acordo com o grau de independência. Alguns pacientes se esquecem de mastigar tendo que ser lembrados para que mastiguem o alimento antes de deglutí-los. Nesses casos, o uso de dieta pastosa ou alimentos cortados em pequenos pedaços que favorecem a alimentação. Certos alimentos como sopas cremosas, gelatinas, pudins, purês e outros alimentos nesta consistência devem ser priorizados e inseridos no cardápio. Outra providência é se certificar de que o alimento se está sendo oferecido em temperatura adequada. É necessário ficar

atento para episódios de intolerância gástrica aos medicamentos usados no tratamento, observando se há diarreia, vômitos e náuseas (CANINEU, 2002).

Em fase intermediária e avançada da D.A, os “banhos de sol” em horários adequados são importantes para absorção de vitamina D, mantendo os níveis de cálcio para manter ossos fortes e prevenindo fraturas decorrentes de quedas

4.3 Fase final

Esta fase é caracterizada por perda grave de memória em que o paciente não reconhece rostos e objetos familiares. O cuidador deve-se apresentar toda vez que for realizar os cuidados com o paciente a fim de evitar confundí-lo. É preciso orientar quanto a tempo e espaço, proporcioná-lo a oportunidade de ver a luz do dia e a escuridão da noite pela janela. A dificuldade com o banho e higienização fica aumentada, sendo que a higiene bucal deve ser realizada com gases enroladas em uma espátula e embebidas com solução anti-séptica. Nesta deve-se introduzir para o auxílio ao banho de aspensão a cadeira de banho e optar por vestimentas leves, confortável e os calçados emborrachados são os mais indicados (QUEIROZ et al., 2009).

O vocabulário do idoso fica incoerente, desconexo e restrito a poucas palavras sendo importante compreender a linguagem corporal sendo imprescindível ficar atento para sinais de dor e desconforto. É o cuidador/familiar utilizar uma linguagem de expressões faciais, corporal e gestos para facilitar a comunicação do paciente. O cuidador ainda deve conscientizar a família quanto ao uso dos equipamentos de auxílio, como colchão de ar e as almofadas infláveis entre outros (CHAVES; SILVA, 2007).

Com a evolução da doença de Alzheimer o idoso passa a ficar restrito no leito e pouco períodos curtos em poltrona e cadeira de rodas e conseqüentemente pode haver complicações como úlcera por pressão que ocorrem devido à hipóxia, edema e inflamação resultando em morte celular.

Cuidados com a pele, nutrição equilibrada e mobilidade adequada ajudam a revertê-las quando em estágio inicial ou é possível controlar o estágio avançado. Quando o paciente já apresenta úlceras por pressão, estas precisam ser avaliadas quanto ao grau de desnutrição da camada tecidual, localização anatômica, tamanho, drenagem aspecto formação de túneis, dor ou hipersensibilidade e a temperatura para que possa planejar e intervir na cura da ferida (MELO; DRIUSSO, 2006).

Quanto a alimentação do paciente esta deve ser observada com muito critério pois para pacientes restritos no leito com pouca movimentação, o número de calorias necessárias é evidentemente menor do que para pacientes não doentes com esta patologia.

O paciente com dificuldade para engolir, provavelmente aceita melhor alimentos macios, mais leves como os líquidos engrossados com cereais, amido de milho e alimentos pastosos como sopas batida em liquidificador, purê de batata e/ou caldo de feijão. É aconselhável evitar alimentos com consistência dura como farofas, bolachas, pão francês e torradas (NAJAS, 2002).

A alimentação para o paciente jamais deve ser com ele deitado, pois facilita a possibilidade de aspiração o que pode acarretar sérias complicações, assim a alimentação deve ser oferecida com o paciente o mais sentado possível de preferência, com alimentos pastosos ao invés de dietas muito líquidas. A posição semi-sentada deve ser confortável, com o paciente bem posicionado com o auxílio de almofadas. Ao alimentar o paciente no leito deve proteger a roupa de cama para evitar que suje e armazene restos de alimentos, , é necessário testar a temperatura dos alimentos antes de administrá-lo. Na fase final do idoso com Alzheimer é aconselhável priorizar alimentos pastosos, obedecendo sempre a preferência do paciente, a colher deve ser preenchida 2/3 de sua capacidade e pressionada de vagar contra os lábios do paciente, avisando-o que será alimentado. O uso de canudos para líquidos é um ótimo recurso mais fácil do que o copo, sendo necessário que o médico estabeleça a quantidade para cada paciente, assim como o uso de açúcar, sal, gorduras e outros alimentos relacionados com determinadas doenças (CHAVES, SILVA, 2002).

Com a evolução da doença alguns pacientes podem ficar sem condições de receber a alimentação pela boca, sendo indicado pelo médico o uso de sonda nasoentérica. Alguns pacientes podem a médio e longo prazo voltar a se alimentar por via oral, outros necessitam que a terapia nutricional enteral seja mantida para o resto de suas vidas, nestes casos, ou as ostomias (sondas que podem ser instaladas no estômago ou no jejuno através de ostomias) que permitem o acesso direto da sonda no órgão São utilizadas como boa opção de oferta de nutrientes em longo prazo (MENDES; TCHAKMAKIAN, 2009). Quanto à dieta, esta deve ser industrializada ou caseira dependendo da escolha do profissional nutricionista, e também levando em conta as condições socioeconômicas do paciente.

Unamuno e Marchini (2002) esclarecem que a infusão da dieta no estômago deverá ser realizada com o paciente sentado ou na posição semi-sentado a pelo menos 45 graus e esta posição deverá ser mantida durante uma hora após a administração da dieta, prevenindo o refluxo e oferecendo mais conforto ao paciente. Para eliminar os resíduos de dieta, ela deverá ser irrigada com 20 ml de água, de preferência morna, após cada administração de dieta ou medicamentos. Na ocorrência de obstrução, injetar água morna, com leve pressão usando uma seringa de 50 ml para que a sonda não se danifique. O fio guia não deverá ser introduzido na sonda na tentativa desobstruí-la porque pudera perfurá-la e lesar a mucosa digestiva.

Com a evolução da doença o idoso passa a ficar restrito no leito não conseguindo tomar o banho de aspersão, sendo necessário realizar o banho de leito.

Para Figueiredo, Carvalho e Tyrrell (2006, p. 21) o banho de leito deve ser uma atividade realizada a fim de promover bem estar ao paciente acamado

- Preparar todo o material necessário para o banho;
- Preparar psicologicamente o paciente, isto é, explicar o que vai ser feito;
- Preparar o ambiente;
- Cercar a cama com biombos e desocupar a mesa de cabeceira;
- Colocar a cadeira aos pés da cama;

- Trazer a comadre e apoiá-la sobre a cadeira(caso o paciente não tenha uma para uso individual).
- Trazer o material de banho e apoiá-lo sobre a mesa de cabeceira.
- Soltar a roupa de cama, começando pelo lado oposto;
- Dobrar a colcha e colocá-la na cadeira;
- Posicionar a (o) cliente em posição ginecológica, e instalar a comadre protegida com peça de tecido para evitar diferenças bruscas de temperatura entre o corpo e o metal / plástico;
- Passar a mesa de cabeceira para os pés da cama;
- Fazer a lavagem dos órgãos genitais externos e secá-los;
- Retirar o lençol móvel e o impermeável;
- Retirar a camisa do paciente;
- Posicionar a toalha de rosto sob a cabeça, forrando o travesseiro;
- Lavar, enxaguar e secar o rosto com a toalha de rosto;
- Posicionar a toalha de banho sobre o peito, descer o lençol em leque até a região pubiana, deixar os braços sobre a toalha, lavar e enxugar primeiro o braço mais distante e, a seguir o mais próximo;
- Lavar as duas mãos juntas imersas na água da bacia, lavá-los separadamente e enxugá-los;
- Lavar e enxaguar o peito e as axilas; um cuidado todo especial deve ser dado à base dos seios se for mulher;
- Proteger o peito do paciente com a toalha e lavar e enxaguar o abdome, primeiro o lado mais distante e, depois, o mais próximo; e, na seqüência, lavar e enxaguar o dorso e nadegas, primeiro o lado mais próximo, enxugando em seguida;
- Trocar a roupa, refazer a cama e verificar se o paciente está em posição confortável.
- Lavar o material usado na técnica e deixar o quarto organizado.

5 A ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO E DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA DOENÇA DE ALZHEIMER

5.1 O enfermeiro enquanto assistencialista

A importância da assistência de enfermagem consiste em assistir e tratar o paciente com responsabilidade aos cuidados físicos psicológicos e sociais do paciente, tratando com carinho, afeto, compreensão, respeito, solidariedade e entendendo os medos e as tristezas. A assistência é um processo dinâmico e depende de ações planejadas a partir do conhecimento e da realidade em que o idoso e sua família vivem (FONSECA; SOARES, 2006).

A assistência envolve o idoso e toda sua família, especialmente o cuidador que geralmente se torna responsável pelos cuidados com o idoso portador de DA, mas que na maioria das vezes não possui conhecimento científico, o qual necessita de orientações de um profissional enfermeiro para desenvolver o cuidado adequado ao paciente, visando promover sempre o seu bem estar

O cuidado de enfermagem como atribuição do enfermeiro possui característica sistematizada incluindo fases como orientação, identificação e solução (VILAÇA et al. 2005 apud BELCHER et al., 2000).

De acordo com Queiroz et al., (2009, p. 216):

[...] A enfermagem é uma ciência que tem como propósito oferecer/proporcionar o cuidado direto aos pacientes, familiares e comunidade por meio da consulta de enfermagem, um instrumento valioso para se coletar dados da real necessidade do cliente, dos familiares e da comunidade, e com isso planejar a assistência a ser prestada, de maneira personalizada, humanizada, valorizando o indivíduo como um ser biopsicossocial.

Uma das maneiras do enfermeiro intervir no processo de cuidado informal, é a visita domiciliar, em que o enfermeiro é possibilitado à observar e registrar as atividades das famílias proporcionando oportunidades de planejar e promover uma assistência que estimule o auto cuidado de acordo com sua própria realidade tornando-os mais independentes dos serviços de saúde. Além disso, esta forma faz com que o enfermeiro conheça melhor o idoso dentro de seu meio, que é caracterizado pelas condições de higiene, habitação, saneamento básico e pelas relações sócias afetivas entre os familiares. Estes fatores são importantes para o enfermeiro identificar a prestação de um cuidado integral à saúde a fim de proporcionar um melhor relacionamento do profissional com a família, assegurando uma prática menos formal, buscando terapias e formas alternativas para melhor qualidade de vida do paciente (VILAÇA et. al. 2005).

Melo e Driusso (2006) ressalta que o idoso necessita de uma avaliação holística para detectar complicações precocemente principalmente em fases intermediária e final.

5.2 A importância da terapia ocupacional na doença de Alzheimer

A terapia ocupacional é uma terapia que procura explorar o potencial ainda existente no paciente, estimulando as habilidades funcionais e cerebrais, melhorando a cognição, adiando a evolução e tratando os sintomas e as alterações de comportamento. O enfoque principal do tratamento para o paciente é direcionado para medidas de intervenções sobre as alterações cognitivas, do humor, e dos sintomas comportamentais e psicológicos. Os tratamentos

indicados devem consistir em técnicas pautadas dentro das limitações impostas pelo estágio da doença, considerando as reais possibilidades e potenciais do paciente como, motivação, circunstâncias sociais, recursos financeiros, aptidão, e disponibilidade de serviços (BOTTINO et al 2002).

A terapia ocupacional pode ser feita em pequenos grupos ou individualmente, no domicílio do paciente, em consultório ou clínica.

De acordo com Ferrari (2002, p.62):

[...] Um programa de atividades com o portador de Alzheimer pode ser feito pela terapia ocupacional que vai reestruturar o seu dia a dia tentando preservar suas habilidades remanescentes, minimizar as conseqüências dos déficits cognitivos e funcionais e criar um ambiente para a interação social.

O programa de atividades deve priorizar as atividades de estimulação física, cognitiva e social. As atividades para estimulação cognitiva devem ser aquelas que mantenham a memória, consciência, amplitude da atenção, seqüência do pensamento, capacidade de fazer escolhas e estimular o paciente a verbalizar, por tanto devem ser utilizadas atividades como jogos de números, de dominó, bingo adaptado, jogos de letras, jogos de mesa, entre outros (COELHO et al. 2009).

A música é uma atividade que estimula a resposta verbal e que ajuda a reduzir problemas para encontrar as palavras certas. Deve obedecer a preferência do paciente podendo ser cantos religiosos, carnaval, folclóricas e músicas de fundo que invoque lembranças (FERRARI, 2002).

A estimulação física deve ter o objetivo de promover o bem estar físico através de exercícios de relaxamento, bolas e bastões. A reminiscência e a história de vida podem ser trabalhadas utilizando fotos, cartões postais, conversas sobre o passado, poesias, orações, ler jornais, ouvir rádio, assistir televisão entre outros (BOTTINO et al., 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos diante de um cenário em que podemos observar grande crescimento da população idosa. Com o aumento da expectativa de vida tem despertado a atenção de profissionais da área da saúde, pois provocará o aparecimento de novas demandas e novos problemas.

O processo de envelhecimento decorre da ação do tempo, e pode trazer alterações que comprometem as funções e habilidades físicas e cognitivas.

A demência é a doença que mais atinge a população de idosos e entre os vários tipos a doença de Alzheimer é a mais comum.

Contudo consideramos que o trabalho do enfermeiro enquanto assistencialista é de suma importância, podendo orientar e dar suporte a família e orientar sobre cuidados para estimular o idoso, mantendo suas capacidades remanescentes, habilidades perceptivas, cognitivas, motoras e funcionais, oferecendo melhor qualidade de vida para o idoso demenciado e retardando as perdas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; CROCCO, E. I. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. Arquivo de Neuropsiquiatria v. 58. n. 2, p. 292-299, jan. 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2010.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J. E.; YASSUDA, M.S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. Revista Brasil Clínica Médica. Campinas. v. 7, p. 27-35. Disponível em: <<http://lildbi.bireme.br/pdf>>. Acesso em: 16 jun 2010.

BEZERRA, A. F. B; SANTO, A. C. G. E; FILHO. M. B. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. Revista Saúde Pública. v. 39. n. 5, p. 809-815. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26303>>. Acesso em 20 abr. 2010.

BOTTINO, C. M. C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer, relato de trabalho em equipe multidisciplinar. Arquivo de Neuropsiquiatria. v. 60. n. 1, p. 70-79. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf>>Acesso em 11 ago. 2010.

CAOVILLA, V. P. Você não está sozinho. ABRAZ, 2002.

CHAVES, L.; SILVA, M. S. A. Sistematização do atendimento de enfermagem ao idoso portador da doença de Alzheimer em domicílio. Revista Meio Ambiente e Saúde. Manhuaçu, V. 2, n. 1 p. 60-75, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.iesman.edu.br/revista/2007pdf>>. Acesso em: 13 de set 2010.

COELHO, F. G. M.; et al. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. v. 31. n. 2, p. 163-170. jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>> Acesso em: 23 set. 2010.

COELHO, G. S; ALVIM, N. A. T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. Revista Brasileira de enfermagem. v. 57, n. 5, p. 541-544. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 20 mai 2010.

CORRÊA, S. E. S.; SILVA, D. B. Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com doença de Alzheimer. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. v. 12. n. 3, p. 463- 74 Mar. 2009. Disponível em: <<http://www.crdeunati.uerj.br>>. Acesso em: 13 ago. 2010.

CURIATI, J. A. E.; GARCIA, Y. M. Aspectos propedêuticos. In: CARVALHO FILHO, T.; PAPALEO NETTO, M.; Geriatria: Fundamentos Clínica e Terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 5, p.63-71.

DAMASCENO, B. P. Envelhecimento cerebral. Revista Arquivos de Neuropsiquiatria. V. 57, n. 1. p. 78-83. São Paulo, mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em; 14 mai 2010.

ELIOPOULOS, C.; Modificações comuns no envelhecimento. Enfermagem gerontológica. 5. ed, Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 6, p.74-93.

ENGELHARDF, E. et al. Tratamento da doença de Alzheimer, Recomendações e sugestões do departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da academia brasileira de neurologia. Arquivo de neuropsiquiatria. Rio de Janeiro. v. 63. n. 4, p. 1104-1112. jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 24 jul. 2010.

FERRARI, M. A. C. Dando sentido à vida. In: CAOVILO VERA, P; CANINEU PAULO, R. Você Não Está Sozinho. ABRAZ. P. 61-68. 2002.

FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V.; TYRRELL, M. A. R. Gestos e falas de enfermeiras sobre o banho de leito, uma técnica/tecnologia de enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. v. 10. n. 1, p. 18-28. abr. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>>. Acesso em: 22 out. 2010.

FILHO, E. T. C; LEME, L. E. G. Envelhecimento do sistema respiratório . In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. Geriatria: Fundamentos Clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 22, p. 297-309.

FILHO , E. T. C.; NETTO, M. P.; GARCIA, Y. M.; Biologia e teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO , M.; Geriatria: Fundamentos Clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 1, p. 3-17.

FONSÊCA, A. M.; SOARES, E. Interdisciplinaridade em grupos de apoio a familiares e cuidadores do portador da doença de Alzheimer. da doença de Alzheimer. Revista Saúde. v. 3 n. 1 mar. 2007 p. 3-11. Disponível em : <http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a01.pdf>. Acesso em: 07 de out 2010.

FONSÊCA, A. M.; SOARES, E. O processo saúde doença e o cuidado domiciliário ao portador da doença de Alzheimer. Família, Saúde e Desenvolvimento. Curitiba, v. 8, n. 2, p. 163-167. set. maio/ago. 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refase/article>.

FORLENZA, O. V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. Revista Psiquiatria Clínica. v. 32.n. 3, p. 137-148. 2005. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf>>. Acesso em 13 set. 2010.

LURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-exame do estado mental: características psicometricas em idosos ambulatoriais. Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 40. n. 4, p. 712-719. fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 13 set. 2010.

LUZARDO, A. R; GORINI, M.I. P.C.; SILVA, A. P. S. S. Característica de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma serie de casos em um serviço de

neurogeriatria. Texto Contexto enfermagem. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html>.

MARTINS, M.S; MASSAROLLO, M.C. K.B. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. Revista Escola Enfermagem USP. v. 42. n. 1, p. 26-33. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf> >. Acesso em: 22 abr. 2010.

MELO, M. A; DRIUSSO, P. Proposta fisioterapêutica para cuidados de portadores da doença de Alzheimer. Envelhecimento e Saúde. v. 12. n. 4, p. 11-18. 2006 . Disponível em:< <http://www.cuidardeidosos.com.br/> > . Acesso em: 20 abr. 2010.

MENDES, F.S; TCHAKMAKIAN, L. A. Qualidade de vida e interdisciplinaridade; a necessidade do programa de assistência domiciliar na prevenção das complicações em idosos com disfagia. O mundo da Saúde. São Paulo. v. 33. n. 33, p. 320-328. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/>>. Acesso em 20 mai. 2010.

MORAES, E. N.; SANTOS, R. R.; SILVA, A. L. Fisiologia do envelhecimento aplicada à prática clínica. In: NUNES, M. E. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. cap. 3, p.37-59.

MORAES, E. N; MEGALE; R.Z. Avaliação da Mobilidade. In: NUNES, M. E. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. 1. Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, Cap. 6, p.105-122.

MORAES, E. N; SILVA, A. L. A. Bases do envelhecimento do organismo. In: NUNES, M. E. Princípios Básicos de Geriatria e gerontologia. 1. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. cap. 2, p. 21-36.

NAJAS, M. Existe uma alimentação adequada?. In: CAOVILO VERA, P; CANINEU PAULO, R. Você Não Está Sozinho. ABRAZ. p. 43-48. 2002.

NETTO, M. P; FILHO, E. T. C; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T; PAPALÉO NETTO, M. Geriatria: Fundamentos Clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 4, p. 43-61.

NITRINI, R.; et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil, Critérios diagnósticos e exames complementares. Arquivo de Neuropsiquiatria. São Paulo, v. 63. n. 3, p. 713-719, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2010.

PAVARINI, S. C. I. et al.; Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 10. n. 3. p. 580-590. Set. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3>. Acesso em 13 de jul. 2010.

PELZER, M. T. T. A enfermagem e o idoso portador de demência tipo Alzheimer: desafios do cuidar do novo milênio. Estud. Interdiscip. Envelhec. Porto Alegre, v. 4, p. 97-11. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php>>. Acesso em: 12 de abr 2010.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. E.; ETCHEPARE, L. S. O envelhecimento e o sistema músculo esquelético. Revista digital Buenos Aires, ano 11. n.101. p.1-4, out. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 10 de ago.

PERRONI, G. G. Capacidade funcional de indivíduos portadores da doença de Alzheimer. 2007. 90 f. Dissertação de mestrado apresentada a faculdade de medicina de Ribeirão Preto /USP. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar/pdf>>. Acesso em: 20 out. 2010.

PITTELLA, J. E. H. et al. Sistema Nervoso. In: BRASILEIRO FILHO, G. Bogliolo, Patologia. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 25, p. 854-978.

PRADO, S. D.; SAYD, J. D. A gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político . Revista ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11. n. 2, p. 491-501, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em 12 set. 2010.

QUEIROZ, R.C.; et al. Protocolo para consulta de enfermagem aos portadores do mal de Alzheimer. Revista de Enfermagem UFPE on line. v. 3. n. 3, p. 214-222. jul/set. 2009. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem>>. Acesso em: 22 set. 2010.

SANTANA, R. F. Grupo de orientação em cuidados na demência: relatos de experiência. Textos Sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro. v. 6. n. 1. jun. 2003. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>> . Acesso em: 17 junh. 2010.

SANTANA, R.F. Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência. Textos Sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jun. 2003. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielophp>>. Acesso em: 23 de ago 2010.

Secretaria Estadual da Saúde do Estado de Minas Gerais- Centro de Referência do Idoso- Prof. Caio Benjamin/HC-UFMG- Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Portaria MS/ Gm nº 03 de 12 de 2002. Critérios para diagnóstico da DA. FOLSTEIN (1975), adaptado por BRUCKIET et al. (2003).

SIQUEIRA, R. L; BOTELHO, M. I. G. A velhice; algumas considerações teóricas e conceituais. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 899-906. jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v7n4/146pdf>>. Acesso em: 20 de mar 2010.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B.G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogogan

SOUZA, R. R. Anatomia do envelhecimento. In: **CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M.** Geriatria: Fundamentos Clínica e terapêutica. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 3, p. 35-42.

UNAMUNO, M. R. D. L.; MARCHINI, J. S. Sonda nasogástrica/nasoentérica: Cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Revista Escola Enfermagem. Ribeirão Preto. v. 35. n. 3, p. 95-101, jan/mar. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf>>. Acesso em: 29 set. 2010.

VILAÇA et al. O auto cuidado de cuidadores informais em domicílio- Percepção de acadêmicos de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 7. n. 2, p. 2221-226. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br>>. Acesso em: 14 set. 2010.

VIOLA, L .F. A avaliação do efeito de um programa multiprofissional de estimulação cognitiva e funcional em pacientes portadores de Doença de Alzheimer leve e moderada. 2010. 59f. (Dissertação de mestrado em ciência) – Faculdade de Medicina da universidade de são Paulo.

ANEXO 1

ESTATUTO DO IDOSO

A lei do Estatuto do idoso 10.741 foi aprovada em setembro de 2003 e sancionada em 1 de outubro de 2004 concedendo direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos de idade.

Alguns pontos do estatuto:

Transporte coletivo

- Idosos maiores de 65 anos têm direito ao transporte coletivo público gratuito. Nos veículos de transporte coletivo é obrigatória a reserva de 10% dos assentos para os idosos.

- **Nos transportes coletivos interestaduais, o estatuto garante a reserva de duas vagas gratuita em cada veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos.**

Saúde

- Atendimento preferencial no Sistema Unico de Saude (SUS).
- Deve ser gratuita a distribuição de remédios aos idosos, especialmente os de uso contínuo como diabetes, hipertensão entre outros, bem como próteses e órteses.
- O idoso hospitalizado em qualquer unidade de saúde tem direito a acompanhante, pelo tempo determinado pelo profissional de saúde que o atende.

Violência e Abandono

- **Nenhum idoso poderá ser objeto de violência, discriminação, negligência, opressão ou crueldade.**
- **Quem discriminar o idoso, dificultando ou impedindo seu acesso a operações bancárias aos meios de transporte ou a qualquer outro meio de exercer sua cidadania pode ser condenado e multado.**
- **Famílias que abandonem o idoso em hospitais e casas de saúde, sem dar respaldo para suas necessidades básicas, podem ser condenados e multados.**
- **Em caso de idosos submetidos a condições desumanas, privados da alimentação e de cuidados importantes, a pena para os responsáveis é de dois meses a um ano de prisão, além de multa. Se houver a morte do idoso a punição será de 4 a 12 anos.**
- **Qualquer pessoa que se aproprie ou desvie bens, pensão cartão de crédito, ou qualquer rendimento do idoso é crime e o mesmo é condenado e multado pelo ato.**

Entidades de Atendimento ao Idoso

- **O dirigente de instituição de atendimento ao idoso responde criminalmente e civil pelos atos praticados contra o idoso.**
- **A punição em caso de mau atendimento aos idosos vai de advertência e multa ou até mesmo a interdição do estabelecimento como a proibição do atendimento aos idosos.**

Lazer, esporte e cultura

- **todo idoso tem direito desconto de 50% em atividades de esporte, lazer e cultura.**

Trabalho

- **O idoso tem todo direito ao exercício de atividades profissionais, respeitando suas condições físicas, psíquicas e intelectuais.**
- **O primeiro critério para desempate em concurso público é o da idade.**

Habitação

- **É de direito do idoso a moradia digna, no seio da família natural ou substituta ou desacompanhado de seus familiares se for vontade do mesmo, ou morar em**

instituição pública ou privada, desde que mantenham os padrões de habitação, higiene e alimentação regular compatíveis com a deles.

O estatuto do idoso institui penas severas para quem abandonar ou desrespeitar os idosos

ANEXO 2

***SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS
CENTRO DE REFERÊNCIA DO IDOSO PROF. CAIO BENJAMIN/HC-UFMG***

*PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER PORTARIA MS
/ GM N° 703*

(12 de abril de 2002; No 843 de 06/11/2002)

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO**

**PORTARIA N.º 703, DE 12 DE ABRIL DE 2002
16/4/02**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,
Considerando a Portaria GM/MS n° 702, de 12 de abril de 2002, que cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria SAS/MS n° 249, de 12 de abril de 2002, que aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e as Orientações Gerais para a Assistência ao Idoso;

Considerando o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de

PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:
Sexo:
Idade:
Escolaridade:

DATA DA AVALIAÇÃO: _____
 INÍCIO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____

Avaliação cognitiva
Mini exame do estado mental

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki <i>et al</i> (2003)			
Orientação Temporal (05 pontos) <i>Dê um ponto para cada ítem</i>	Ano		
	Mês		
	Dia do mês		
	Dia da semana		
	Semestre/Hora aproximada		
Orientação Espacial (05 pontos)	Estado		
	Cidade		
	Bairro ou nome de rua próxima		

<i>Dê um ponto para cada ítem</i>	<i>Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)</i>		
	<i>Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)</i>		
Registro (3 pontos)	<i>Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA</i>		
Atenção e Cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	<i>Subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$</i>		
	<i>Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM</i>		
Memória de Evocação (3 pontos)	<i>Quais os três objetos perguntados anteriormente?</i>		
Nomear dois objetos (2 pontos)	<i>Relógio e caneta</i>		
Repetir (1 ponto)	<i>“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”</i>		
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)	<i>“Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão”</i>		
Escrever uma frase completa (1 ponto)	<i>“Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim”</i>		
Ler e executar (1 ponto)	<i>FECHE SEUS OLHOS</i>		
Copiar diagrama (1 ponto)	<i>Copiar dois pentágonos com interseção</i>		
PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)			

Testes Específicos para memória de evocação

RECONHECIMENTO DE FIGURAS	Número de acertos / 10	COMENTÁRIOS
Percepção visual/Nomeação correta		
Memória incidental		
Memória imediata 1		
Memória imediata 2		
Evocação de 5 minutos		
OU		
LISTA DE 10 PALAVRAS (CERAD)	Número de acertos / 10	
1ª tentativa:		
2ª tentativa:		
3ª tentativa:		
Evocação de 5 minutos		

Testes Cognitivos Complementares

TESTE DO RELÓGIO (SCORE DE SHULMAN)	0	Inabilidade absoluta para representar o relógio
	1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;
	2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso;
	3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora;
	4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos;
	5	Relógio perfeito;

FLUÊNCIA VERBAL (1MINUTO)	Número de animais ou frutas em 1 minuto
Animais	
Frutas	

Avaliação funcional (Atividades de Vida Diária - AVD's)

Auto-Cuidado (AVD's básicas)

AVD's Básicas (Katz, 1963)	Independente	Dependente
Banhar-se		
Vestir-se		
Uso do banheiro		
Transferir-se		
Controle esfincteriano		
Alimentar-se		

Atividades de Vida Diária Instrumentais

Avaliação das Atividades de Vida Diária, segundo Pfeffer						
0. Normal			0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo			
1. Faz, com dificuldade			1. Nunca o fez e agora teria			
2. Necessita de ajuda						
3. Não é capaz						
	0	1	2	3	0	1
Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?						
Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?						
Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?						
Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?						
Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?						

Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?									
Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?									
Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?									
Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?									
Ele (Ela) é capaz de ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura? 0. Normal 1. Sim, com precauções 2. Sim, por curtos períodos 3. Não poderia	0. Nunca ficou, mas poderia ficar agora 1. Nunca ficou e agora teria dificuldade								
PONTUAÇÃO FINAL									

Alterações comportamentais

Critérios de Depressão segundo DSM-IV:

	Presente	Ausente
Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos		
Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)		
Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite		
Insônia ou hipersonia		
Agitação ou retardo psicomotor		
Fadiga ou perda de energia		
Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada		
Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se		
Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente		
PONTUAÇÃO FINAL		

Inventário Neuro-Psiquiátrico

INVENTÁRIO NEUROPSIQUIÁTRICO (NPI – CUMMINGS <i>et al.</i> , 1994 Intensidade: 1 = leve; 2 = moderado; 3 = grave; Freqüência: 1 = ocasionalmente, menos de uma vez por semana; 2 = pouco freqüentemente, cerca de uma vez por semana; 3 = freqüentemente, várias vezes por semana, mas não todo dia; 4 = Muito freqüentemente, uma ou mais vezes por dia ou continuamente								
SINTOMATOLOGIA	NÃO	SIM						
		INTENSIDADE			FREQUÊNCIA			
		1	2	3	1	2	3	4

Delusão: idéias de cunho persecutório, de furto ou infidelidade.									
Alucinações: visuais/ auditivas/ táteis/ olfativas									
Agitação, inquietude, agressividade									
Disforia: baixa de humor, tristeza									
Ansiedade									
Euforia									
Apatia: comportamento passivo, falta de iniciativa, Desinibição									
Irritabilidade/Labilidade emocional									
Atividade motora aberrante: perambulação,...									

**Avaliação cognitiva-funcional global
(clinical dementia rating - cdr)**

Função	Comprometimento Funcional				
	Nenhum 0	Questioná vel 0,5	Leve 1	Moderad o 2	Grave 3
Memória					
Orientação					
Julgamento e resolução de problemas					
AVDI's comunitárias (assuntos comunitários)					
AVDI's domiciliares (tarefas domésticas)					
AVD's básicas					
PONTUAÇÃO FINAL DA C.D.R.	0	0,5	1	2	3

Diagnóstico diferencial da síndrome demencial

Diagnóstico diferencial com demência vascular

	Modificada por Loeb
Início súbito	1
Antecedentes de AVC	2
Sintomas neurológicos focais	2
Sinais neurológicos focais	2
Áreas hipodensas na neuroimagem	
Únicas	2
Múltiplas	3
SCORE	
Sugestivo de Demência Vascular	≥ 5
Sugestivo de Demência de Alzheimer	≤ 2

Achados sugestivos de demência não-alzheimer (outras etiologias)

	Pesente	Ausente
Alteração precoce na marcha (ataxia)		
Incontinência urinária precoce		
Flutuação na cognição: variação pronunciada na atenção e/ou alerta		
Alucinações visuais precoces, recorrentes e bem estruturadas		
Presença de parkinsonismo precoce		
Quedas de repetição		
Sensibilidade exagerada a neurolépticos		
Comportamento anti-social ou desinibição precoces		
Hiperoralidade, hiperfagia ou hipersexualidade precoces		

Exames complementares

TSH	
B12	
Ácido Fólico	
Sorologia para sífilis	
Hemograma	
Creatinina	
Sódio	
Potássio	
Neuro-imagem	
Tomografia Computadorizada	
Ressonância Magnética	
Outros exames relevantes:	

HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA

Etilismo () sim () não
 Tipo de bebida: Dose diária: Duração/anos:

Uso de Medicamentos

Droga	Dose	Tempo de Uso	Indicação Médica

CO-MORBIDADES

	Presente	Ausente
Insuficiência cardíaca grave		
Arritmia cardíaca não controlada		
Síndrome parkinsoniana		
Doença péptica sem resposta ao tratamento		
Diarréia crônica ou persistente		

Especificar outras co-morbidades presentes:

Impressão final

	SIM	NÃO
SÍNDROME DEMENCIAL?		
ETIOLOGIA		
1. DEMÊNCIA DE ALZHEIMER?		
2. DEMÊNCIA NÃO-ALZHEIMER?		
2.1 Demência Vascular?		
2.2 Demência Mista?		
2.3 Demência de Corpos de Lewy?		
2.4 Demência Fronto-Temporal?		
2.4 Outras?		
<i>Especificar</i>		

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome:

CRM:

Telefone de contato:

E-mail:

Carimbo e assinatura do médico responsável

**PARECER FINAL DO CENTRO DE REFERÊNCIA DO IDOSO PROF.CAIO
BENJAMIN DIAS/HC-UFMG**

PROCESSO DEFERIDO

PROCESSO INDEFERIDO

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER PORTARIA SAS No 843 (31 de novembro de 2002) – MINISTÉRIO DA SAÚDE		
MOTIVO DO INDEFERIMENTO		
NÃO PREENCH E CRITÉRIO S DE INCLUSÃ O, segundo Protocolo de Tratament o do Ministério da Saúde	1. Ter sido avaliado por um neurologista e/ou psiquiatra e/ou geriatra;	
	2. Preencher os critérios clínicos de demência por doença de Alzheimer possível ou provável:	
	<i>2.1 Preenchimento incorreto dos testes cognitivos</i>	
	<i>2.2 Comportamento incomum dos testes cognitivos</i>	
	<i>2.3 Ausência de informações relevantes para definição do caso</i>	
3. Apresentar Mini-exame do Estado Mental com score entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e entre 8 e 17 para pacientes com até 4 anos de escolaridade e Escala CRD 1 ou 2 (demência leve ou moderada).		
PREENCH E OS CRITÉRIO S	4. Avaliação, por parte do médico assistente e/ou comitê de especialistas, que o paciente apresentará má aderência ao tratamento	
	5. Evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultâneas	

DE EXCLUSÃ O, segundo Protocolo de Tratament o do Ministério da Saúde	6. Insuficiência cardíaca grave ou arritmia cardíaca	
	7. Síndrome parkinsoniana (doença de Parkinson ou parkinsonismo)	
	8. Diarréia crônica, persistente	
	9. Doença péptica sem resposta ao tratamento	
<u>OUTROS COMENTÁRIOS RELEVANTES NO PROCESSO:</u>		

Coordenador do Centro de Referência do Idoso

Carimbo

Instrumentos ou testes consensualmente recomendados na avaliação do idoso com déficit cognitivo:

<p>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</p>	<p>ÍNDICE DE KATZ (Auto-Cuidado)</p> <p>KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, v. 185, p.94-99, 1963</p> <hr/> <p>ÍNDICE DE PFEFFER (AVD's Instrumentais)</p> <p>PFEFFER, R.I. et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. Journal of Gerontology, v. 37, p. 323-329, 1982.</p>
<p>BEHAVIOR (COMPORTAMENTO)</p>	<p>NPI: INVENTARIO NEUROPSIQUIATRICO</p> <p>CUMMINGS, J.L. et al. The neuropsychiatry inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology, v.44,p. 2308-2314, 1994</p>
<p>COGNIÇÃO</p> <p>Memória, Linguagem, Função Executiva, Gnosia, Praxia, Habilidade visuo-espacial</p>	<p>MINI-MENTAL DE FOLSTEIN</p> <p>FOLSTEIN ,F., FOLSTEIN S.E., McHUGH P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, v.12, p.189-198, 1975;</p> <p>BERTOLUCCI P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em um população geral. Impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr, v. 52, p.1-7, 1994.</p> <p>BRUCKI et al. Sugestão para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr, v. 61, p. 777-781 , 2003.</p> <hr/> <p>RECONHECIMENTO DE FIGURAS</p> <p>NITRINI R. et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. Arq Neuropsiquiatr, v. 52, p.457-465, 1994.</p> <hr/> <p>LISTA DE PALAVRAS DO CERAD</p> <p>MORRIS J.C. et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Neurology, v.39, p.1159-1165, 1989;</p> <p>BERTOLUCCI P.H.F. et al. Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Rev Psiq Clin, v.25, p.80-83, 1998</p> <hr/> <p>FLUENCIA VERBAL</p> <p>BRUCKI S.M.D. et al. Dados normativos para o Teste de Fluência Verbal (categorias animais), em nosso meio. Arq Neuropsiquiatr, v. 55, p.156-161, 1997.</p> <hr/> <p>TESTE DO RELOGIO</p> <p>SHULMAN K.I. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriat Psychiatr, v.15, p.548-561, 2000.</p>

C.D.R. (Clinical Dementia Rating)

MORRIS, J.C. The Clinical Dementia Rating: Current version and scoring rules. Neurology, v. 43, p.2412-2414, 1993

Escala Isquêmica de HACHISNKI

**HACHISNKI V.C, et al. Multi-infarct dementia. Arch Neurol, v.32, p.632-637, 1975;
LOEB C., MEYER J.S. Vascular dementia: still a debatable entity? J Neurol Sci, v.143,
p.31-40, 1996**

CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO SEGUNDO DSM-IV