



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**RODRIGO DE MELO GOMES**

**A ENFERMAGEM E AS NECESSIDADES VIVENCIADAS PELOS  
FAMILIARES DOS PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER.**

**Assis/SP  
2018**



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**RODRIGO DE MELO GOMES**

**A ENFERMAGEM E AS NECESSIDADES VIVENCIADAS PELOS  
FAMILIARES DO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

**Orientando(a): Rodrigo de Melo Gomes  
Orientador(a): Dr: Elizete Mello da Silva**

**Assis/SP  
2018**

## FICHA CATALOGRÁFICA

SOBRE NOME DO AUTOR, Prenome do autor.

**Título do trabalho** / Nome completo do autor. Fundação Educacional do Município de Assis –FEMA – Assis, ano.

Número de páginas.

1. Palavras-chave: Alzheimer, Demência, Família, Ações de Enfermagem.

CDD:  
Biblioteca da FEMA

RODRIGO DE MELO GOMES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, avaliado pela seguinte comissão examinadora:

**Orientador:** \_\_\_\_\_ Elizete Mello da Silva \_\_\_\_\_

**Examinador:** \_\_\_\_\_ ROSÂNGELA GONÇALVES DA SILVA \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia e socorro sempre presente na hora da angústia.

À minha mãe Mara C. S. G ao meu pai Jose de Melo Gomes

Ao Curso de Enfermagem da FEMA e às pessoas com quem tive a oportunidade de conviver ao longo desses anos possibilitando a experiência de trabalhar em parceria com os amigos proporcionando a melhor experiência de toda a minha, formação acadêmica.”

À Minha orientadora, **Elizete Mello da Silva** por seu desprendimento, apoio e amizade sincera que possibilitaram a conclusão do presente trabalho.

À professora e coordenadora do curso Rosângela Gonçalves pelo convívio, apoio, compreensão e amizade.

Aos professores que foram extremamente importantes em minha vida acadêmica e contribuíram para que eu pudesse concluir essa etapa com sucesso.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me possibilitar todo o aprendizado adquirido ao longo do curso.

Aos meus pais por estarem sempre ao meu lado oferecendo o apoio incondicional.

Aos amigos por tornarem a vida mais suave e alegre.

Aos professores por compartilharem seu conhecimento e enriquecerem o aprendizado ofertado.

Alzheimer.

“O teu cérebro enrola linhas de um novelo.

E o relógio que bate na tua mente Tem o  
ponteiro dos anos parado Como se quisesse  
fugir a um feio presente.

Sem saber, Alzheimer sonha, inventa e mente.

Os fios trocados da tua cabeça tecem novelas.

E como um poeta tonto, criam bagatelas.

Mas não é a vida feita de memórias E de fios  
presos a um mundo infantil E de imagens  
fugidias de um mundo pueril?

Sim. Alzheimer é apenas um contador de  
histórias.”

(Autor Desconhecido)

## RESUMO

O crescente envelhecimento da população mundial constitui uma grande conquista da humanidade. Todavia, tal situação também é extremamente preocupante, tendo em vista a significativa elevação da incidência de doenças crônicas e incapacitantes, que demandam uma série de cuidados constantes, pois tendem a piorar com o tempo e não têm cura, como no caso das demências. Entre as causas mais frequentes de demência, a Doença de Alzheimer é a causa mais frequente, apresentando percentuais de incidência que se elevam mais e mais a cada dia, gerando uma crescente demanda por cuidados especializados. Assim sendo, o presente trabalho tem por objetivo compreender o que vem a ser a Doença de Alzheimer bem como os acometimentos físicos e psicológicos ocasionados para cada indivíduo e como a equipe de enfermagem pode contribuir para prevenção a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com essa doença. Para tanto, realizou-se uma revisão da bibliografia pertinente ao tema, bem como em publicações como revistas, periódicos, sites. No intuito de compreender o que é assistência em enfermagem, o histórico da doença de Alzheimer, o idoso, a epidemiologia da doença, as manifestações clínicas, o diagnóstico, o tratamento e as ações de enfermagem.

**Palavras-chave:** Alzheimer. Demências. Ações de Enfermagem. Família.



## ABSTRACT

The growing aging of the world's population is a great achievement for humanity. However, this situation is also extremely worrying, given the significant increase in the incidence of chronic and disabling diseases, which require a series of constant care, since they tend to worsen over time and have no cure, as in the case of dementias. Among the most frequent causes of dementia, Alzheimer's disease is the most frequent cause, with incidence rates rising more and more each day, generating a growing demand for specialized care. Therefore, the present study aims to understand what Alzheimer's disease is, as well as the physical and psychological stresses caused to each individual and how the nursing team can contribute to prevention to improve the quality of life of patients with this disease. For that, a review of the bibliography pertinent to the theme was carried out, as well as in publications such as magazines, periodicals, websites, etc. in order to understand what is nursing care, the history of Alzheimer's disease, the elderly, the epidemiology of the disease, clinical manifestations, diagnosis, treatment and nursing actions.

**Keywords:** Alzheimer's disease. Dementias. Nursing actions. Family.



## SUMÁRIO

<b>1. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	11
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>3. A DOENÇA DE ALZHEIMER.....</b>	<b>14</b>
3.1. EPIDEMIOLOGIA .....	17
3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....	19
3.3 DIAGNÓSTICO .....	20
3.4 TRATAMENTO .....	21
<b>4. O IDOSO E A SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>23</b>
<b>5. AÇÕES DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>26</b>
5.1 ÍNDICE DE KATZ.....	26
5.2 IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ALZHEIMER .....	27
5.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM .....	29
<b>6. NÃO ME ESQUEÇAS .....</b>	<b>31</b>
6.1. HISTÓRIA INSTITUCIONAL .....	31
6.2. AÇÕES DO INSTITUTO NA PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA DA FAMÍLIA E DO PACIENTE COM ALZHEIMER .....	32
6.3. “TODOS NÓS PODEMOS AJUDAR” .....	33
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>33</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>34</b>

# **1. OBJETIVOS**

## **1.1 Objetivo Geral**

Compreender o que vem a ser a Doença de Alzheimer bem como os acometimentos físicos e psicológicos ocasionados para cada indivíduo e como a equipe de enfermagem pode contribuir para prevenção e melhoria da qualidade de vida dos pacientes com essa doença, bem como a assistência à família.

## **1.2 Objetivos Específicos**

- Compreender o que é assistência em enfermagem,
- Apresentar o histórico da doença de Alzheimer,
- Definir o que é o idoso,
- Definir a epidemiologia da doença, as manifestações clínicas, o diagnóstico, o tratamento
- Definir quais são as ações de enfermagem e sua contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com essa doença.
- Apoiar e orientar a família do paciente com Alzheimer.

## 2. INTRODUÇÃO

O Alzheimer consiste em um distúrbio cerebral irreversível, no qual as células se deterioram de forma progressiva ocasionando o envelhecimento cerebral, bem como a degeneração dos neurônios.

De acordo com Silva (1997) esta síndrome encontra-se relacionada a duas categorias de lesões cerebrais: na primeira, os neurônios exibem grandes placas de beta-amilóide, proteínas que produzem efeitos tóxicos sobre as células. Já na segunda, os neurônios formam nós nas peças essenciais para sua estrutura interna, os microtúbulos, deixando-os retorcidos e emaranhados prejudicando assim o funcionamento dessas células. Independentemente da categoria de lesão, o fato é que há um gene que pode contribuir significativamente para a elevação deste risco. O mesmo localiza-se no cromossoma 19, sendo o responsável pela produção de apolipoproteína E (ApoE). Podem ser encontradas três tipos principais desta proteína, sendo uma delas a ApoE4, que mesmo sendo considerada rara, pode ocasionar o desenvolvimento da doença de Alzheimer.

De acordo com Samuels (1992), praticamente todas as partes do córtex cerebral apresentam disfunção, tendo em vista que a degeneração cortical é difusa. Em resumo, a maioria dos pacientes com Alzheimer apresenta dificuldades nas funções dos lobos parietal e temporal resultando em perdas da memória e desorientação espacial. Conforme o avanço da doença é possível observar a perda de inibições sociais, a incontinência urinária e fecal e a perda da espontaneidade em virtude da disfunção do lobo frontal. Há ainda casos de pacientes com extensas disfunções do lobo temporal e parietal que apresentam diversos distúrbios do movimento.

Trata-se de um problema de saúde pública que vem se destacando na atualidade, tendo em vista o envelhecimento populacional e o fato dessa patologia ser a mais comum dentre todas as demências. Trata-se de uma doença crônica e degenerativa, que invariavelmente leva o paciente a dependência e gravidade.

Assim sendo, o presente trabalho tem por objetivo compreender o que vem a ser a Doença de Alzheimer bem como os acometimentos físicos e psicológicos ocasionados para cada indivíduo e como a equipe de enfermagem pode contribuir para prevenção a

melhoria da qualidade de vida dos pacientes com essa doença. Para tanto, realizou-se uma revisão da bibliografia pertinente ao tema, bem como em publicações como revistas, periódicos, sites, no intuito de levantar e compreender o histórico da doença de Alzheimer, o idoso, a epidemiologia da doença, as manifestações clínicas, o diagnóstico, o tratamento e as ações de enfermagem.

### 3. A DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer consiste em uma patologia caracterizada pelo declínio insidioso, progressivo da memória, linguagem, conceito, julgamento e habilidades visoespaciais. Alterações intelectuais e afetivas se instalam de forma progressiva, todavia os distúrbios de funções simbólicas como apraxias, agnosias e afasias, são os que mais se destacam. Pode ainda ocorrer manifestações psicóticas, como delírios e crises convulsivas, sendo os delírios geralmente relacionados a infidelidade conjugal e roubos (A.P.A, 2014)

Pacientes acometidos por essa patologia podem vagar, marchar, abrir e fechar gavetas rapidamente, assim como perguntar diversas vezes as mesmas coisas. Podem tornar-se evidentes anormalidades do ciclo sono-vigília e alguns pacientes desenvolverem uma marcha arrastada, evidenciando a rigidez muscular generalizada relacionada à lentidão e inadequação dos movimentos realizados. Pode ocorrer casos de reflexos tendíneos hiperativos e reflexos de sucção bem como abalos mioclônicos espontâneos ou em resposta a estímulos físicos ou auditivos (OLIVEIRA, 2005).

Elevam-se as perdas cognitivas tornando o indivíduo totalmente dependente para a execução de atividades consideradas básicas. Nos estágios mais avançados tende a não se alimentar, engasga com a alimentação e a saliva e o vocabulário limita-se a poucas palavras. Não domina mais a capacidade de sorrir e sustentar a cabeça. Fica acamado e complicações como pneumonia, desidratação ou sepse levam ao óbito.

Manfrim e Schmidt (2006) destacam três estágios para a Doença de Alzheimer:

- 1ª Fase – Doença de Alzheimer Inicial: nessa fase o paciente ainda se encontra consciente e manifesta déficit de esquecimento, ocorre a perda da memória recente, bem como a incapacidade de aprender e reter informações novas, problemas de linguagem, labilidade de humor e, possivelmente, alterações de personalidade. Podem ser observadas dificuldades progressivas para a realização das atividades cotidianas. Em resposta a perda de controle e memória pode ocorrer irritabilidade, hostilidade e agitação, todavia sem compreender a sociabilidade. Podem ocorrer ainda descuidos no ambiente de

trabalho, bem como as primeiras alterações de linguagem, contribuindo ainda mais para o comprometimento do cotidiano do paciente com Alzheimer.

- 2ª Fase – Doença de Alzheimer Intermediária: nessa etapa o paciente é completamente incapaz de aprender e lembrar-se de informações novas. Observam-se pacientes que se perdem com frequência, chegando a não encontrar o próprio quarto ou banheiro. Apresentam um risco significativo de quedas ou acidentes secundários à confusão, bem como dificuldade para executar funções básicas como se vestir ou realizar a higiene pessoal. A memória se encontra prejudicada significativamente e o paciente pode mostrar-se desorientado mesmo em lugares conhecidos e não reconhecer parentes. Pode ainda existir a necessidade de assistência para a realização das AVDs. A desorganização comportamental evidencia-se através da perambulação, agitação, hostilidade, falta de cooperação ou agressividade física. Evidencia-se ainda a perda total do senso de tempo e lugar. Todos os domínios intelectuais já demonstram danos. As alterações de linguagem são marcadas por um discurso fluente, alteração da compreensão e repetição parcialmente reservada. As memórias recentes e remotas são acometidas e os pacientes podem se perder na própria casa.
- 3ª Fase – Doença de Alzheimer Avançada: Nessa fase o paciente já se encontra sem condições de realizar as atividades cotidianas e se comunicar. Ocorre o comprometimento da função motora, evoluindo para uma hipertonia, impossibilitando a realização da marcha. Como pode ocorrer a perda da capacidade de deglutir, pode necessitar de alimentação através de sonda nasogastrica. Há também o risco de pneumonia, desnutrição e necrose da pele por pressão. Nessa etapa o paciente permanece acamado. Todas as funções cognitivas já se encontram seriamente prejudicadas. A fala é reduzida a ecolalia, palalia ou ao mutismo. Ocorre ainda a perda do controle dos esfíncteres e



os membros passam a apresentar rigidez generalizada. O óbito do portador da doença ocorre geralmente de 8 a 9 anos desde que se iniciam os sintomas, geralmente por infecção do trato urinário (ITU) com sepse ou pneumonia aspirativa.

A doença evolui de forma gradual, lenta e com um declínio constante, ainda que os sintomas pareçam estáveis por algum tempo em alguns pacientes. Não se observa sinais motores ou neurológicos focais até o estágio mais avançado da doença. A doença dura uma média de 8 a 10 anos, entretanto sua evolução pode variar de 1 a 25 anos. Por razões desconhecidas, há pacientes que evidenciam um declínio gradual e lento da função, enquanto outros possuem platôs prolongados sem sinais importantes de deterioração. No estágio final da doença o paciente entra em coma e morre.

Dentre as principais características estão:

- Perda de memória: são perdas que podem refletir na vida diária, de inúmeras maneiras, levando a distúrbios de comunicação, riscos de segurança e problemas comportamentais.
- Memória episódica: trata-se da memória relacionada a episódios da vida, compreendendo desde o mais mundano ao mais pessoalmente significativo.
- Memória semântica: trata-se de alterações da memória do significado das palavras, como por exemplo, uma flor ou um cão.
- Memória de procedimento: esta é a memória de como conduzir os nossos atos quer física como mentalmente, por exemplo, como usar uma faca e um garfo, ou jogar xadrez.
- Apraxia: trata-se da incapacidade para realizar movimentos voluntários e propositados mesmo apresentando força muscular, sensibilidade e coordenação intactas.
- Afasia: trata-se da dificuldade ou perda de capacidade para falar, ou compreender a linguagem falada, escrita ou gestual devido a uma lesão do respectivo centro nervoso.
- Agnosia: corresponde a perda de capacidade de reconhecer os objetos e para que servem.

- Comunicação: trata-se das dificuldades na emissão e compreensão da linguagem, levando a outros problemas.
- Mudança de personalidade: uma pessoa calma, educada e afável pode mostrar-se agressiva e doentia. Podem ser observadas mudanças bruscas e frequentes no humor.
- Mudanças físicas: pode ocorrer a perda de peso, redução de massa muscular, escaras de decúbito, infecções, pneumonia, entre outras.

Dessa forma é possível observar diversas mudanças no comportamento do paciente com Alzheimer durante a evolução da doença, ocasionando a diminuição cada vez maior da qualidade de vida desses pacientes.

### **3.1. Epidemiologia**

Atualmente um dos grandes desafios enfrentados pela sociedade brasileira é a expressiva elevação da população idosa, fator que pode ser observado também em outros países. De acordo com dados do IBGE (2012), atualmente para cada duas pessoas com menos de 15 anos de idade, há aproximadamente uma pessoa com 60 anos de idade ou mais.

Sem sombra de dúvidas trata-se de uma grande conquista da humanidade, sem dúvidas, entretanto tal situação também é extremamente preocupante, tendo em vista a significativa elevação da incidência de doenças crônicas e incapacitantes, que demandam uma série de cuidados constantes, pois tendem a piorar com o tempo e não têm cura, como no caso das demências.

De acordo com dados fornecidos pelo Relatório de 2015 da Associação Internacional de Alzheimer (ADI), estima-se atualmente que aproximadamente 46,8 milhões de pessoas apresentem demência em todo o mundo, e que este número praticamente irá dobrar a cada 20 anos, chegando a 74,7 milhões no ano de 2030 e a 131,5 milhões no ano de 2050. Ainda segundo este relatório, estima-se que em todo o mundo a cada 3,2 segundos um novo caso de demência e que no ano de 2050, será diagnosticado um novo caso a cada segundo.

Entre as causas mais freqüentes de demência, a Doença de Alzheimer é a causa mais frequente, com uma de 3% em indivíduos entre 60 e 65 anos de idade, chegando a 30% em pessoas com oitenta anos de idade ou mais, em âmbito mundial (PRINCE; GUERCHET; PRINA, 2013).

Para Herrera et al (2002) no Brasil, 55,1% dos casos de demência são decorrentes de Doença de Alzheimer e 14,1% são decorrentes da associação da doença com doenças cerebrovasculares.

Observou-se ainda neste estudo, uma maior prevalência entre as mulheres e em pessoas analfabetas (12,1%) do que em pessoas que possuem escolaridade igual ou superior a 8 anos (2%). Da mesma forma, as taxas de prevalência de demência também variam de acordo com a região estudada, a idade e a condição sócio-econômica. (HERRERA et al, 2002)

Um estudo realizado por Lopes e Bottino (2002), entre 1994 e 2000, indicam grande variação de prevalência de demência em diversas regiões do mundo: na África há uma prevalência de 2,2%; na América do Norte a prevalência é de 6,4%; na América do Sul, a prevalência é de 7,1%; na Ásia de 5,5% e na Europa de 9%. Com relação à idade, observou-se uma prevalência média de demência de 1,17% em indivíduos com idade entre 65 e 69, enquanto em indivíduos com idade acima de 95 anos, a prevalência média é de 54,83%. Já o estudo brasileiro realizado por Nitrini et al,(2004), indicou que após os 65 anos, a taxa de demência dobrou a cada 5 anos, confirmando que a idade constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento de Doença de Alzheimer e que o grupo de idosos com 80 anos de idade ou mais é o que apresenta o maior crescimento.

Outro estudo desenvolvido por Nitrini (1993) apontou a prevalência de Doença de Alzheimer em 54% dos casos de pessoas após os 85 anos de idade. Há estudos em que se observa uma variação de até 70% do total de casos. Já nos casos de Demência Vascular, considerada a segunda causa mais frequente de demência, a taxa cai para 20%.

A incidência global de demência tem se elevado significativamente nas últimas décadas. No ano de 2005 o percentual de incidência era de aproximadamente 7,5 pessoas em cada 1000 por ano, o que corresponde à descoberta de um novo caso a cada 7 segundos (FERRI; PRINCE; BRAYNE; BRODATY, FRATIGLIONI; GANGULI et al, 2005).

No ano de 2012 as estimativas indicavam um percentual de 7,7 pessoas em cada 1000 pessoas por ano, o que corresponde a descoberta de 1 novo caso a cada 4

segundos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). De forma relativa à prevalência, e conforme uma recente meta-análise, estima-se que a prevalência de demência em pessoas com mais de 60 anos de idade varie entre 5 e 7%, sendo possível observar uma maior elevação nos países que integram a América latina (8,5%), enquanto os percentuais mais baixos são observados na África sub-sariana, encontrando-se entre 2 e 4%. Assim sendo, estima-se que no ano de 2010, aproximadamente 35,6 milhões de pessoas apresentem alguma demência em todo o mundo, com projeções que apontam para uma duplicação desses valores a cada 20 anos, podendo chegar a 65,7 milhões no ano de 2030 e 115,4 milhões no ano de 2050 ( PRINCE; ALBANESE; RIBEIRO; 2012).

Todavia, estudos recentes indicam a estabilização ou mesmo a redução dos percentuais de incidência de demência em países desenvolvidos, tendo em vista sua associação à melhoria do estilo de vida e a diminuição das doenças vasculares, assim como o controle dos fatores de risco, o que promove ainda a redução da mortalidade, tornando difícil prever o verdadeiro impacto da demência (WU; BRAYNE, 2014; JACQMIN-GADDA; et al., 2013)

Vale ressaltar que a Doença de Alzheimer é democrática. Ela surge em qualquer pessoa, de qualquer nível sócio-econômico-cultural.

Snowdon (1997), em sua pesquisa sobre a incidência de Doença de Alzheimer relacionada à idade, encontrou dados que demonstram que a taxa dobrou a cada 5 anos até os 90 anos de idade, entretanto, observou-se que após os 93 anos, parecia existir uma relativa proteção, indicando que após esta idade, os riscos parecem não apresentar um crescimento significativo.

No Brasil, os dados sobre a incidência de Demência são bastante escassos, todavia, de acordo com a literatura é possível estimarmos que 1,2 milhões de pessoas sofrem com a demência e cerca de 100 mil novos casos são diagnosticados todo ano. Certamente os dados seriam muito maiores, se fossem realizados novos estudos mais aprofundados.

### **3.2 Manifestações Clínicas**

Inicialmente as manifestações clínicas ocorridas em pacientes com a Doença de Alzheimer não podem ser observadas através de exames. Em geral, as pessoas mais

próximas percebem através de comportamentos da pessoa com a doença algo errado, como uma desorganização que até então não era percebida, a perda de objetos, perda de compromissos, entre outros.

A partir do avanço da doença comumente se observa manifestações psiquiátricas como a alteração da personalidade, comportamento agressivo, alucinações, distúrbio do sono. (BENATAR, et al., 2006).

Já nas fases mais avançadas da doença surgem sinais de parkinsonismo, tornando mais difícil sua diferenciação de outras demências, entretanto uma de suas características é a ausência de déficit motor pelo portador (ZABAR, 2006).

A Doença de Alzheimer possui três estágios que podem ser observados na maioria dos casos, embora sejam observadas variações em razão da idade em que surgem os sintomas, sexo do paciente, nível de escolaridade, além de alterações genéticas ou biológicas (AREZA-FEGYVERES, 2000).

### **3.3 Diagnóstico**

De acordo com Zabar (2006), menos de 50% dos casos de Alzheimer possuem seu diagnóstico comprovado, e o percentual de pessoas que recebem o tratamento medicamentoso é ainda menor.

Não existem testes ou exames, além da biópsia cerebral que sirvam para o estabelecimento de um diagnóstico da doença. Geralmente o diagnóstico é realizado apenas depois que o paciente apresenta manifestações clínicas. Utiliza-se exames complementares como a tomografia computadorizada por emissão de fóton único, PET e a SPECT para realização do diagnóstico do fluxo sanguíneo cerebral, diferenciando assim o Alzheimer das demais demências (BENATAR, et al., 2006).

Em geral, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) demonstram atrofia cerebral progressiva. O líquido e testes com o sangue se encontram normatizados. A progressão gradual dos déficits ou distúrbios neurológicos claramente focais diminuem a suspeita de que a doença não seja o Alzheimer (MUMENTHALER; MATTLE, 2007).

Embora em exames de imagem seja possível observar a dilatação dos ventrículos e o alargamento dos sulcos corticais, a TC e RM são mais úteis para a exclusão de outras

possíveis causas para as demências (SMAAL e MAYEUX, 2007). Small e Mayeux (2007) defendem que a Doença de Alzheimer não pode ser diagnosticada através de exames laboratoriais, tendo em vista o fato de que eles não sofrem alterações. Pode ocorrer apenas uma discreta elevação da taxa de proteínas encontradas no líquido céfalo raquidiano, todavia não se utiliza essa medida com frequência devido à necessidade de realização de uma punção lombar, considerada um procedimento invasivo que deve ser realizado pelo médico.

- Mini-exame do Estado Mental (MEEM): possibilita a avaliação da orientação temporal e espacial, aprendizagem e evocação, atenção e cálculo, linguagem e habilidades visuo-espaciais (BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI; BERTOLUCCI; OKAMOTO, 2003)
- Escala de Katz (KATZ): Avalia o desempenho do idoso para a realização das atividades de vida diária (LINO; etal, 2008).
- Escala de Lawton (LAWTON): possibilita a avaliação do desempenho funcional da pessoa idosa atividades instrumentais que possibilitem uma vida independente (SANTOS; 2008)
- Teste do Desenho do Relógio (TDR): Verifica as habilidades visuo-espaciais, funções executivas e memória ao solicitar ao idoso para desenhar um relógio (ATALAIA, 2008).
- Teste de Fluência Verbal (TFV): Avalia a memória semântica e fonética ao solicitar ao idoso que diga em um minuto o maior numero possível de nomes em grupos predefinidos (BRUCKI, 2004).

### **3.4 Tratamento**

Acredita-se que parte dos sintomas apresentados por paciente com Alzheimer seja decorrente de alterações na acetilcolina, uma substância presente no cérebro e que se encontra reduzida em pacientes com a demência.

Mesmo com todo o avanço tecnológico ainda não há um tratamento específico para o Alzheimer. Uma das possíveis formas de tratamento da doença consiste na utilização de medicações como: tacrina, donepezil, rivastigmina e a galantamina, cuja ministração

não deve não ser interrompida sob o risco de agravar ainda mais a doença (ZABAR, 2006).

A tacrina foi a primeira droga colinomimética a apresentar eficácia na cognição em parte dos pacientes, entretanto pode apresentar toxicidade para o fígado. O Donepezil e a Rivastigmina em geral apresentam melhor tolerância, atuando na diminuição dos sintomas do Alzheimer durante os níveis iniciais e intermediários. O Metrifonato também é considerado bastante eficaz e o uso da dergocrina eleva o humor e a capacidade de atenção (MUMENTHALER e MATTLE, 2007).

O tratamento medicamentoso consiste, além da profilaxia, na prevenção tanto dos sintomas e retardo da progressão, como nas manifestações já mencionadas. (BENATAR, et al., 2006).

Há também o tratamento não farmacológico que se baseia em evidências científicas que indicam que a estimulação cognitiva, social e física pode beneficiar a manutenção e preservação de habilidades e favorecer a funcionalidade, tendo em vista que o treinamento das funções cognitivas pode ser muito útil para a melhoria da qualidade de vida, assim como para a estimulação cognitiva, pois tornam os pacientes mais seguros e confiantes. Todavia, é preciso que se tenha muito claro que o objetivo dos tratamentos não farmacológico é possibilitar que a pessoa com demência desfrute do melhor convívio social possível a partir de novos e evolutivos parâmetros (INOUE; OLIVEIRA, 2004)

Podem ser realizadas intervenções em áreas diversas, cuja combinação contribui significativamente para a obtenção de melhores resultados. Entretanto a oferta de tratamento não farmacológico deve ser realizada com cautela e intervalo entre as atividades.

A estimulação cognitiva consiste na oferta de atividades ou programas de intervenção cujo objetivo é potencializar as habilidades cognitivas através da estimulação sistemática e continuada em situações práticas que exijam a utilização do pensamento, raciocínio lógico, atenção, memória, linguagem e planejamento (SCHLINDWEIN-ZANIN, 2010).

A estimulação social consiste em iniciativas que priorizam o contato social dos pacientes por meio do estímulo das habilidades de comunicação, convivência e afeto, proporcionando a integração e a superação da apatia e da inatividade frente as dificuldades (MACHADO, 2006 apud COSTA, 2008).

A estimulação física consiste na prática de atividade física e de fisioterapia para a promoção de benefícios neurológicos e melhoria da coordenação, força muscular,

equilíbrio e flexibilidade, podendo contribuir de forma significativa para a independência, percepção sensorial, além de retardar o declínio funcional nas atividades cotidianas. Estudos indicam que a prática de atividades regulares pode contribuir para uma evolução mais lenta da doença (FORBES, 2001 apud SMELTZER, 2006).

A Organização do ambiente tem por objetivo a inibição ou controle das manifestações de sintomas comportamentais como a ansiedade e agitação, delírios e alucinações e inadequações sociais. (GAUTHIER, et al., 2010).

Existem ainda os tratamentos específicos para problemas específicos que podem ser necessários em fases mais avançadas da doença, quando alguns pacientes podem necessitar de tratamentos específicos, visando a minimização das dificuldades para a realização das atividades diárias. São frequentes os tratamentos voltados para o estímulo à locomoção e motricidade, deglutição, comunicação e nutrição (BORGES, 2009)

#### **4. O IDOSO E A SAÚDE PÚBLICA**

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004), em seu artigo 15, assegura “a atenção integral à saúde do idoso, através do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o



acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.”

Assim sendo, a prevenção e a manutenção da saúde do idoso devem efetivar-se por meio de um cadastramento da população idosa em base territorial; atendimento ambulatorial geriátrico e gerontológico; formação voltada para o atendimento geriátrico de referência, recursos humanos especializados nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, especialmente nos casos de idosos que se encontram impossibilitados de locomoção, assim como os idosos asilados em instituições públicas ou filantrópicas conveniadas com o Poder Público, sejam elas no meio urbano ou rural; e, a reabilitação destinada a redução de seqüelas provenientes de agravos na saúde.

Assim como a dependência física, a dependência mental constitui um fator de risco significativo para a mortalidade, sendo mais relevante até que as próprias doenças crônico-degenerativas, tendo em vista que nem todo doente se torna dependente (RAMOS e COLS., 1993). Nesse sentido, a dependência mental exige uma atenção especial, pois frequentemente conduz à perda de autonomia. Vale destacar que a depressão e demência atualmente se encontram entre as principais causas de convívio com a incapacidade em todo mundo, levando à perda da independência e da autonomia, sendo possível observar um aumento significativo da incidência do Alzheimer e outras formas de demências (VOLLMANN et al., 2000).

A dependência por sua vez gera custos elevados, assim como a necessidade de grandes investimentos por parte de um membro da família ou um cuidador para auxiliar continuamente o idoso com expectativa de vida entre 10 e 20 anos, exigindo atenção integral, bem como o envolvimento de equipes multidisciplinares e multiprofissionais qualificados.

As diversas demências se destacam entre as doenças crônico-degenerativas, tendo em vista elevado grau de comprometimento com a incapacidade funcional dos idosos. Assim sendo, surge a necessidade de recursos de triagem, bem como de instrumentos capazes de definir uma avaliação e conseqüentemente o estabelecimento do risco individual de desnutrição, possibilitando assim uma intervenção precoce.

Trata-se de um instrumento composto por medidas e questões práticas que envolvem a avaliação do peso, circunferência do braço e panturrilha, altura e histórico da perda de peso, avaliação global (estilo de vida, medicamentos, mobilidade e doenças), assim como a avaliação dietética e a auto-avaliação (NAJAS, 2002). Assim, torna-se

possível avaliar o potencial de desnutrição no idoso, antes mesmo que as alterações clínicas possam ser observadas pelos serviços de saúde pública do Brasil (MARUCCI, 2003)

Os transtornos demenciais tornam a pessoa progressivamente dependente, o que pode ocasionar um grande sofrimento tanto para os pacientes quanto para seus familiares, pois são obrigados a reorganizarem sua vida em função dos cuidados necessários para a pessoa que adoece (GROISMAN, 2002).

A família, os amigos e voluntários constituem a fonte primária da assistência aos idosos em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, aproximadamente um quinto dos idosos recebe cuidados formais de natureza médica e social, todavia, apenas um terço desses cuidados ocorre em instituições, evidenciando que ainda predomina a manutenção dos idosos na comunidade e em suas casas (NERI, 2002).

No Brasil, onde são poucas as alternativas de apoio formal são oferecidas, o amparo dado pela família e por outros membros da rede informal é de fundamental importância.

No Brasil o apoio ao idoso praticado ainda é bastante precário, e por se tratar de uma atividade que na grande maioria das vezes se encontra restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso acaba sendo ocultado da opinião pública, tornando necessária uma visibilidade maior das ações desenvolvidas.

Embora o apoio informal e familiar seja um dos aspectos fundamentais no que se refere a atenção à saúde do idoso, o Estado não deixa de desempenhar um importante papel na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, com capacidade de otimização do suporte familiar sem que haja a transferência para a família da responsabilidade em relação que possui frente ao idoso.

No Brasil há ainda se observa um baixo nível de esclarecimento relacionado às diversas formas de demência e respectivos tratamentos, podendo levar a desfechos desfavoráveis, como situações de negligência, violência doméstica, abusos e exclusão das relações sócio-familiares por meio da internação em instituições (GROISMAN, 2002).

É indispensável que se ressalte a existência de inúmeras formas de intervenções capazes de promover a melhoria da qualidade de vida, tanto do idoso com demência como das pessoas responsáveis pelo cuidado. Todavia, para que as intervenções sejam bem sucedidas, é indispensável que haja a colaboração do médico com os demais serviços, sejam médicos ou não, tendo em vista os inúmeros recursos disponíveis

capazes de fornecer subsídios para tanto para o cuidador como para os familiares do paciente.

Também é preciso ressaltar que a demência representa um grande fardo para a família, seja do ponto de vista social, econômico, físico ou psicológico, e frequentemente o estresse psicológico gerado pelo cuidado não recebe o atendimento adequado e, para que seja possível que o cuidador ofereça uma assistência de qualidade é indispensável que seja preservada a saúde física e mental do familiar que cuida do doente, pois geralmente a pessoa que exerce o cuidado vive sobrecarregada e exausta. Assim sendo, o aconselhamento torna-se primordial para que haja o devido acompanhamento dos pacientes demenciados e de seus cuidadores (BENNETT, 2003).

## **5. AÇÕES DE ENFERMAGEM**

### **5.1 Índice de Katz**

Também conhecido como Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) ou Escala de Katz, foi desenvolvido por Sidney Katz e sua equipe é um índice utilizado para avaliar as atividades cotidianas de forma hierárquica e cuja organização serve para

mensurar a capacidade funcional do indivíduo para: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se.

De acordo com Moraes (2012) as atividades cotidianas básicas são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência. Ações como tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro são influenciadas pela cultura e exigem aprendizado, tornando-se conseqüentemente mais complexas. Já ações como mudar de posição, controle de esfínteres e urina e alimentação constituem ações vegetativas simples e assim são mais difíceis de serem perdidas.

A hierarquização de tarefas é extremamente útil, tendo em vista que é capaz de traduzir a gravidade do processo de fragilização do indivíduo. Dessa maneira, o declínio funcional se inicia nas ações mais complexas, progredindo de forma hierárquica até a dependência completa, fazendo com que o paciente necessite de ajuda até para se alimentar (MORAES, 2012).

## **5.2 Importância da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Alzheimer**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é baseada na coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, que constituem o conjunto de etapas que se integram e estabelecem as ações que possibilitam que durante o seu trabalho o enfermeiro aplique os conhecimentos técnico-científicos adquiridos durante sua formação e possa contribuir para a elevação da qualidade do cuidado prestado, bem como para a organização das condições indispensáveis, para a prática da assistência ao idoso com Alzheimer. Essa sistematização constitui o instrumento por favorecer a atuação dos profissionais da enfermagem nos diversos ambientes de trabalho, assegurando a melhoria da assistência prestada. No que se refere à assistência à pessoa idosa, a SAE é adotada no intuito de facilitar tanto o atendimento ao idoso tanto em instituições de longa permanência, como também no intuito de orientar os familiares com relação aos cuidados prestados. Vale ressaltar que o estímulo dos idosos através da convivência familiar e do combate ao preconceito são ações indispensáveis para que seja possível promover mudanças na percepção social acerca do processo de envelhecimento, pois para um

grande número de pessoas, trata-se de um momento marcado pela incapacidade e invalidez (GRANDE; COUBE; GLORDANI, 2009).

A sistematização da enfermagem possibilita a análise do estado de saúde hodierno no intuito de proporcionar a assistência de enfermagem e de saúde aos idosos, através da coleta de dados que servirão como suporte para que o enfermeiro execute as orientações voltadas à proteção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde (JESUS; SENA; MEIRA; GONCALVES; ALVAREZ, 2010)

(MATTOS; et al., 2011) destaca que ao se realizar uma análise de enfermagem em pacientes com Alzheimer é preciso avaliar o cognitivo, pensamentos abstratos, concentração, introversão, capacidade verbal e memória, observar as alterações na habilidade de realização das atividades cotidianas, bem como a verificação do peso, nutrição, flexibilidade, tônus muscular e força.

As prescrições elaboradas pela enfermagem têm por objetivo auxiliar o paciente na estabilização de uma função cognitiva ideal, assegurando assim a segurança física, bem como o estímulo à independência durante a realização das atividades de autocuidado, contribuindo para a diminuição da agitação e da ansiedade, para o aprimoramento da comunicação, orientação e suporte aos familiares, tratamento dos distúrbios dos hábitos de sono, da socialização e da intimidade (NETTINA, 2015).

Pacientes com Alzheimer necessitam de assistência contínua, tendo em vista que o nível de dependência aumenta gradativamente, ocasionando a diminuição da autonomia na realização das atividades cotidianas, além de comprometer a disponibilidade de tempo e especificidade no atendimento do paciente. Assim sendo, é indispensável que seja implementado um processo de enfermagem no cuidado aos idosos com Alzheimer, no intuito de sistematizar a assistência, bem como qualificar o atendimento individual proposto, que serve como subsídio para o levantamento de dados específicos para seja possível a adoção de condutas que possibilitem a prevenção de possíveis complicações, assim como a promoção em saúde e tratamento das doenças e ferimentos já instalados, de forma eficiente (JESUS et al, 2010).

A equipe de enfermagem deve ser responsável por estimular que a família mantenha o paciente com a maior autonomia e independência possível (SMELTZER, et al., 2008). De acordo com Nettina (2015), cabe ainda ao profissional de enfermagem a promoção da independência no auto-cuidado, avaliação da capacidade de autonomia do paciente, estimulação da tomada de decisão com relação as diversas situações da vida

diária, facilitando que o paciente desenvolva ações simples de sua rotina, como utilizar roupas com velcro ou elástico, evitando roupas com muitos botões e zíper.

Sua fala com o paciente deve ser lenta, simples e breve, identificando-se sempre que encontrá-lo no intuito de melhorar a comunicação. Deve também solicitar óculos ou prótese auditiva para pacientes que apresentem distúrbios de visão ou audição, buscar conhecer os sentimentos do paciente. Não contestar o conteúdo de possíveis delírios, porém reforçar a realidade (NETTINA, 2015)

Para assegurar a segurança do paciente, deve-se observar o ambiente e remover os objetos que possam oferecer riscos ao mesmo, avaliando a comodidade e a segurança que ela oferecer, alertar a polícia e os vizinhos com relação aos comportamentos apresentados pelo paciente, instalar travas de segurança nas portas e barra de banheiro, estimular a prática de atividades físicas e manter o local onde o paciente esteja sempre iluminado.

Para melhorar seu convívio com a sociedade deve ser estimulado o paciente a participar de atividades em grupo como, danças, canto, pintura, estimular grandes grupos musculares. O cuidador deve falar de forma calma e tranquila, remover objetos que possam ser usados para dano próprio, distrair o paciente em situações desconcertantes, prevenindo da violência e agressões (NETTINA, 2015).

### **5.3 Intervenções de Enfermagem**

De acordo com o manual “Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE (Produções Didático-Pedagógicas) – volume II” publicado em 2013 consideram-se intervenções de Enfermagem:

#### **A) Melhoria da Resposta cognitiva**

- Simplificação do ambiente por meio da diminuição do ruído e da interação social até o nível que seja tolerável para o paciente.
- Manutenção de uma rotina rigorosa, com a diminuição das opções possíveis para o paciente e a utilização de fotografias para a identificação das atividades.

- Disponibilizar calendários e relógios grandes para o paciente e orientá-lo com frequência acerca do tempo, espaço e pessoa.
- Utilização de listas de introduções, como lembrete das atividades diárias.
- Manutenção das interações e introdução progressiva de novas pessoas.

#### B) Prevenção de Lesões

- Observar o paciente, estabelecendo restrições apenas caso seja necessário
- Proporcionar iluminação adequada no intuito de evitar imagens falsas no ambiente.
- Remover de equipamentos desnecessários.
- Providenciar cartões de identificações e/ou pulseira de Alerta Clínica.
- Assegurar que o paciente utilize sapatos não escorregadios, bem como chinelos que sejam calçados com facilidade.

#### C) Manutenção da Socialização

- Estimular a interação familiar significativa para o paciente.
- Instruir acerca da importância da presença familiar, ainda que a mesma seja limitada.

#### D) Garantia de Repouso Adequado

- Administração de antipsicótico para o tratamento da agitação.
- Propiciar a prática de atividades físicas visando o gasto de energia.
- Estimular a adoção de hábitos normais de sono e de deitar-se.
- Manter a regularidade do período de sono.
- Fazer o paciente colocar o pijama na hora de deitar-se.

- Possibilitar a realização de uma atividade prazerosa na hora de dormir

#### E) Manutenção da nutrição de qualidade

- Fornecer alimentos que sejam conhecidos pelo paciente.
- Fornecer refeições pequenas e freqüentes.
- Fornecer alimentos que sejam ricos em calorias e fibras.
- Estimular o paciente a ingerir líquidos.
- Assegurar uma boa adaptação das dentaduras, bem como a manutenção do cuidado dentário.
- Pesar o paciente semanalmente.

Conforme o avanço da doença observa-se a elevação da perda cognitiva e do nível de dependência para a realização das atividades cotidianas. Assim sendo, o paciente passa a necessitar de auxílio para realização da higiene pessoal, vestir-se e alimentar-se. Observa-se ainda em paciente com Alzheimer, a perda da capacidade de sorrir, sustentar a cabeça e o mesmo passa a ficar acamado e conseqüentemente surge a necessidade de cuidados especiais no intuito de prevenir escaras, encurtamentos e dores.

## **6. NÃO ME ESQUEÇAS**

### **6.1. HISTÓRIA INSTITUCIONAL**

O Instituto Não Me Esqueças é uma pessoa jurídica de direito privado, constituída sob a forma de associação. Fundado em 22 de março de 2017, o Instituto Não Me Esqueças encontra-se estabelecido no município de Londrina. É formado por um grupo de familiares-cuidadores e profissionais da área da saúde cuja missão consiste em defender



os direitos e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com Alzheimer, seus familiares e cuidadores.

Realizou sua primeira campanha de conscientização durante o mês de setembro de 2015, com o tema “Não Me Esqueças” que acabou por se tornar o nome do Instituto.

Seu principal objetivo consiste em sensibilizar a sociedade acerca da importância do cuidado e do diagnóstico precoce do Alzheimer através da divulgação de informações e desafios aos estigmas que envolvem a doença, pois acredita que o amplo acesso ao conhecimento, bem como a participação plena da sociedade civil organizada junto a órgãos públicos e de fomento são indispensáveis para a diminuição dos riscos oferecidos pela doença e seus impactos biopsicossociais, além de estimular a busca por novos tratamentos e a cura da doença.

O instituto não possui qualquer vinculação político-partidária, finalidade lucrativa ou econômica, contando com autonomia administrativa e financeira.

Dentre suas finalidades estão:

- Promover a assistência social, a educação e a saúde dos pacientes com Alzheimer, seus familiares e cuidadores;
- Expandir a conscientização pública e a compreensão acerca do Alzheimer na comunidade em geral, através de ações socioeducativas;
- Fomentar a capacitação de profissionais da área, a fim de estimular melhores práticas direcionadas aos pacientes com Alzheimer, seu familiares e cuidadores;
- Defender os direitos das pessoas com Alzheimer.

## **6.2. Ações do Instituto na Promoção e Assistência da Família e do Paciente com Alzheimer**

O Instituto Não Me Esqueças atua no município de Londrina, oferecendo suporte, informações e atenção aos pacientes com Alzheimer. Entre as ações desenvolvidas destacam-se: Campanha Setembro Lilás, Encontro de Cuidadores de Familiares de Idosos com Alzheimer, Grupos de apoio, Combate ao Estigma e Grupos de Atendimento e Estimulação para Doentes de Alzheimer.

### **6.3. “Todos Nós Podemos Ajudar”**

O Instituto Não Me Esqueças desenvolve suas ações através de voluntários, sejam pessoas leigas que convivem em seu cotidiano com pessoas com Alzheimer ou profissionais das áreas da saúde, do desporto, da educação, jurídica etc.

Todos podem ser voluntários independentemente do número de horas disponíveis, bastando o comprometimento com a causa, compartilhando histórias, advogando em favor da causa, tornando-se um disseminador dos programas de conscientização, fazendo doações e auxiliando no combate aos estigmas, bastando entrar em contato com o instituto para saber como é possível fazer a diferença.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sem sombra de dúvidas o crescente envelhecimento da população mundial constitui uma grande conquista da humanidade. Todavia, tal situação também é extremamente preocupante, tendo em vista a significativa elevação da incidência de doenças crônicas e incapacitantes, que demandam uma série de cuidados constantes, pois tendem a piorar com o tempo e não têm cura, como no caso das demências.

Entre as causas mais freqüentes de demência, a Doença de Alzheimer é a causa mais frequente, apresentando percentuais de incidência que se elevam mais e mais a cada dia, gerando uma crescente demanda por cuidados especializados.

O Alzheimer é uma doença que compromete progressivamente a qualidade de vida das pessoas acometidas por essa doença e ainda que existam medicações compõem um tratamento farmacológico, é fato que estes não tem se mostrado suficientes para a manutenção da qualidade de vida dos pacientes por ela acometidos.

Nesse sentido, a assistência de enfermagem torna-se indispensável para os pacientes com Alzheimer, desde seu diagnóstico ao estágio mais avançado, pois dispõe de recursos técnicos e teóricos adequados tanto para a orientação dos familiares na prestação da assistência necessária, bem como para o retardo da evolução da doença, possibilitando a conquista de resultados satisfatórios.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR). 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

AREZA-FEGYVERES, R. Psiquiatria geriátrica. 1<sup>o</sup>ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

ATALAIA-SILVA KC, LOURENCO RA. Translation, adaptation and construct validation of the Clock Test among elderly in Brazil]. Rev Saude Publica [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 19];42(5):930-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/en\\_5765.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/en_5765.pdf)

BASTOS, Carina Côrrea; GUIMARÃES, Layana de Souza; SANTOS, Mari Luci Avelar Di Sabatino. Mal de Alzheimer: Uma Visão Fisioterapêutica. Disponível: [http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos\\_revistas/114.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/114.pdf). Acesso em: 08/06/2011.

BENATAR, et al. Neurologia. 2<sup>o</sup>ed. Revinter, 2006.

BENNETT, D. A. Doença de Alzheimer e Outros Tipos de Demência. In: WEINER, W.J.; GOETZ, C. G. (Orgs.). Neurologia para o não especialista – Fundamentos básicos da Neurologia Contemporânea. Editora Santos, São Paulo, ano 2003. p.233-234.

BORGES, M.F. **Convivendo com Alzheimer**: Manual do Cuidador, Juiz de Fora: Inedutc Ltda, 2011.

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRUCKI SMD, NITRINI R, CARAMELLI P, BERTOLUCCI PHF, OKAMOTO IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2003 [cited 2014 Dec 19]; 61(3B):777-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf> Portuguese.

BRUCKI SMD, ROCHA MSG. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. Braz J Med Biol Res [Internet]. 2004 [cited 2014 Dec 19];37(12):1771-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bjmb/v37n12/5347.pdf>.

COSTA; A.M.S., SILVA; C.E.A., SOBRINHO, C.E. Assistência de Enfermagem ao Paciente com Alzheimer. **Saúde Beleza**, Marília, n. , p.1-14, 17 nov. 2008.

FERRI CP, PRINCE M, BRAYNE C, BRODATY H, FRATIGLIONI L, GANGULI M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet. 2005; 366:2112-7. 11.

GAUTHIER S, CUMMINGS J, BALLARD C, BRODATY H, GROSSBERG G, ROBERT P, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. Int Psychogeriatr [Internet]. 2010 May [cited 2014 Dec 19];22(3):346-72. Available from: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7453540&fileId=S1041610209991505>

GRANDE AM, COUBE MA, GLORDANI AT. O idoso portador de Alzheimer: cuidados de enfermagem e orientações aos familiares para o cuidado domiciliar. Universidade Estadual do Paraná, 2009 [acesso em 15 de fevereiro de 2018]. Disponível em:[http://fio.edu.br/cic/anais/2009\\_viii\\_cic/Artigos/07/07.55.pdf](http://fio.edu.br/cic/anais/2009_viii_cic/Artigos/07/07.55.pdf)

GROISMAN, D. Oficinas terapêuticas para idosos com demência. Rio de Janeiro (RJ): IPUD, 2002.

GUYTON, A.C. Fisiologia humana. 6<sup>o</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUYTON, A.C; HALL, J.E. Fisiologia humana e mecanismos da doença. 6<sup>o</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

HERRERA, EJ; CARAMELLI, P; SILVEIRA, AAS; NITRINI, R. **Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population**. Alzheimer Dis Assoc Disord, v.16, n.2, p. 103-8, 2002.

HERRERA, EJ; CARAMELLI, P; NITRINI, R. **Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil**. Ver. Psiquiatr.clín; 25(2):70-3,1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira (2012)**. Rio de Janeiro: IBGE.

INOUYE K, OLIVEIRA GH. Avaliação crítica do tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer. *Infarma*. 2004;15:80-4.

JESUS IS, SENA EL, MEIRA EC, GONCALVES LHT, ALVAREZ AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Rev.gaucha enferm*. 2010 [acesso em 15 de fevereiro de 2018];31(2):285292. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11628>>.

JACQMIN-GADDA H, ALPEROVITCH A, MONTLAHUC C, COMMENGES D, LEFFONDRE K, DUFOUIL C, et al. 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors. *Eur J Epidemiol*. 2013; 28:493–502

KULJIS, Rodrigo. Epidemiologia, manifestações clínicas e diagnósticos diferenciais da Doença de Alzheimer. Nova York, 10/03/2008. Disponível: <http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?id=7336>. Acesso em: 08/08/2017.

LARSON EB, YAFFE K, LANGA KM. New insights into the dementia epidemic. *N Engl J Med*. 2013; 369:2275–7.

LINO VTS, PEREIRA SRM, CAMACHO LAB, RIBEIRO FILHO ST, BUKSMAN S. [Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index)]. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2008 [updated 2015 May 22; cited 2014 Dec 19];24(1):103-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf> Portuguese.

LOPES, MA; BOTTINO, C. **Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000**. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, v.60, n.1, p.61-9, 2002.

MANFRIN,A; SCHIMDT,S. Diagnóstico diferencial das demências, *Tratado de Geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MATTOS CMZ, GARCES SBB, COSTA FTL, ROSA CB, BRUNELLI AV, HANSEN D. et al. Processo de Enfermagem Aplicado a Idosos com Alzheimer que participam do Projeto Estratégias de Reabilitação. *Estud. interdiscip. envelhec*. 2011 [acesso em 20 de fevereiro de 2018]; 16 (edição especial): 433-447. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17921/16307>.

MATTHEWS FE, ARTHUR A, BARNES LE, BOND J, JAGGER C, ROBINSON L, et al. A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet*. 2013; 382:1405–12.

MELO, Marília Agua de; DRIUSSO, Patrícia. *Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer*. São Paulo: São Caetano do Sul, 2006.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, Representação Brasil; 2012.

MUMENTHALER, M; MATTLE, H. Neurologia. 1<sup>o</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NAJAS, M.; PEREIRA, F.A.I. Nutrição. In: Freitas, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2002. p. 838 – 845.

NÃO ME ESQUEÇAS. Instituto Londrinense de Alzheimer. Disponível em: <http://www.naomeesquecas.com.br/conteudo/informacoes-uteis#nos-podemos-ajudar>. Acesso em 15 de julho de 2018.

NERI, A.L.; CARVALHO, V.A.M.L. O bem-estar do cuidador. Aspectos Psicossociais. In: FREITAS, E. V. et al. (orgs.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 2002. p. 778-789.

NETTINA, Sandra M. Prática de enfermagem / Sandra M. Nettina; revisão técnica Isabel Cruz; tradução Carlos Henrique de Araújo Cosendey, Patrícia Lydie Voeux. – 10. ed. – Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2015.

NITRINI, R. **Diagnóstico de demência: avaliação clínica, neuropsicológica e através da tomografia computadorizada por emissão de fóton único.** Tese (livre-docência). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1993.

NITRINI, R; CARAMELLI, P; HERRERA, JR, et al. **Incidence of dementia in a community-dwelling brazilian population.** Alzheimer Dis. Assoc. Disord., v. 18, n 4, p. 241-6, 2004.

OLIVEIRA, Sheila Gemelli de. Doença de Alzheimer e Tratamento Fisioterápico. Rio Grande do Sul, 31/08/2005. Disponível em: [http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/doenca\\_alzheimer.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/doenca_alzheimer.htm). Acesso em: 05/08/2017.

PRINCE, M.; GUERCHET, M.; PRINA, M. *Policy brief for heads of government: the global impact of dementia 2013–2050.* London: Alzheimer's Dases International, 2013. Disponível em: <<https://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2018.

PRINCE M, BRYCE R, ALBANESE E, WIMO A, RIBEIRO W, FERRI CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement.* 2013; 9: 63 -75.

RAMOS, L.R., PINACINI M., ROSA T.E., KALACHE A. “Significance and management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil”, *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8:313-323, 1993.

RELATÓRIO 2012: **Demência - uma prioridade de saúde pública.** Disponível em: <http://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report> . Acesso em: 19 de fevereiro de 2018.

SAMUELS, M. A. Manual de Neurologia, Diagnóstico e Tratamento. 4ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

SANTOS RL, VIRTUOSO JUNIOR JS. [Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living]. *Rev Bras Promoc Saude* [Internet]. 2008 [cited

2014 Dec 19];21(4):290-6. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575/2239> Portuguese.

SCHLINDWEIN-ZANIN R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. Rev Neurocienc. 2010; 18:220-6.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem- Cirúrgica**. 10ªed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SMALTZER, S.C, et al. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SILVA, Carlos Eduardo Lins da. O retrato do mal antes da hora. Revista Superinteressante, 1997. Disponível: <http://super.abril.com.br/saude/alzheimer-retrato-mal-antes-hora-436883.shtml>. Acesso em: 05/08/2017.

SNOWDON, D; GREINER LH; MORTIMER JA; RILEY KP; GREINER, PA; MARKESBERY, WR. **Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease -The Nun Study**. JAMA 1997;227:813-7.

VOLLMAN, J.; BURKE, W. J.; KUPFER, R. Y.; TESSLER, S.; FRIEDEL, D. M.; OZICK, L. A.; GILLICK, M. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. NEJM, 342:206-10, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dementia: a public health priority. Genebra: WHO; 2012.

WU YT, MATTHEWS FE, BRAYNE C. Dementia: time trends and policy responses. Maturitas. 2014; 79: 191–5.

ZABAR, Y. Neurologia de Netter. 1ºed. Porto Alegre: Artmed, 2006.