UNIVERSIDADE TIRADENTES

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

ALINE ANAXANDRA CAMPOS DA SILVA

ELZA BEATRIZ DOS SANTOS ARAGÃO

DOENÇA DE ALZHEIMER: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

ARACAJU

2015

ALINE ANAXANDRA CAMPOS DA SILVA
ELZA BEATRIZ DOS SANTOS ARAGÃO

DOENÇA DE ALZHEIMER: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Artigo apresentado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Tiradentes como Trabalho de Conclusão de Curso – TCC e como um dos pré-requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Msc. Luciano da Costa Viana.

ARACAJU
2015

ALINE ANAXANDRA CAMPOS DA SILVA

ELZA BEATRIZ DOS SANTOS ARAGÃO

DOENÇA DE ALZHEIMER: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Artigo apresentado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Tiradentes como Trabalho de Conclusão de Curso – TCC e como um dos pré-requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Msc. Luciano da Costa Viana.

Data de Aprovação: _____/_____/_____.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Profº LUCIANO DA COSTA VIANA
Orientador

_____
Profº. CONRADO MARQUES DE SOUZA NETO
1º Examinador

_____
Profº. Msc. ELIZANO SANTOS DE ASSIS
2º Examinador

Aracaju
2015

A nossa família que sempre nos incentivaram e contribuíram para a realização dos nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Deus

Por nós abençoar com fé e devoção, protegendo e guiando nos momentos fáceis e difíceis.

À família

Por ser nosso porto seguro em todos os momentos.

Aos professores

Por todos os ensinamentos e por fazer parte da nossa formação acadêmica nos tornar bons profissionais. Em especial ao nosso orientador Luciano pela paciência e por poder contribuir com o nosso estudo.

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)

DOENÇA DE ALZHEIMER: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

ALINE ANAXANDRA CAMPOS DA SILVA[1]
ELZA BEATRIZ DOS SANTOS ARAGÃO[2]
LUCIANO DA COSTA VIANA[3]

RESUMO

A Doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência na velhice entre idosos de 65 a 80 anos. É um distúrbio neurológico, degenerativo, progressivo e irreversível, que acomete o sistema cognitivo e comportamental dos idosos que afetam a qualidade de vida dessas pessoas. Diante desse contexto despertou-se a necessidade de conhecer sobre essa patologia, suas causas, prevenções, fatores de risco, diagnósticos, tratamentos e como a enfermagem pode contribuir nesse processo saúde-doença, doença-saúde ou doença-qualidade de vida. **O Objetivo do Estudo:** Foi conhecer a doença de Alzheimer tendo como foco a perspectiva da enfermagem, demonstrando os principais fatores de risco, tratamentos e prevenções disponíveis, e os fatores que influenciam na qualidade de vida do paciente. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica de artigos científicos publicados entre 2000 a 2015 de diversas revistas científicas na área de enfermagem, sendo uma investigação de evidências relacionada ao tema para a realização da produção científica. **Resultados:** Após leitura minuciosa de 36 artigos, foram selecionados 19 que corresponderam ao assunto proposto, foi consolidado em ordem cronológica descrevendo o tema, fonte, autores e ano de publicação, organizados em quadro. **Considerações Finais:** A assistência de enfermagem está voltada no suporte ou apoio aos cuidadores e ou familiares, pois estes são quem passam maior parte de seu tempo com os doentes, percebe-se que a enfermagem deveria ter uma maior atuação na atenção básica como educadores de cuidados para eventuais complicações geradas pela doença.

PALAVRAS-CHAVES: Doença de Alzheimer, Enfermagem, Qualidade de Vida, Tratamento.

---

[1] Graduanda do 8º período do curso de Bacharel em Enfermagem – Universidade Tiradentes
[2] Graduanda do 8º período do curso de Bacharel em Enfermagem – Universidade Tiradentes
[3] Orientador/Docente do curso de Enfermagem – Universidade Tiradentes

ALZHEIMER'S DISEASE: A LOOK OF NURSING

ABSTRACT

This article it is a literature review on Alzheimer's Disease is the most common cause of dementia in old age among elderly 65-80 years. Every day we see news in the growing rate of the elderly population and with those numbers we note the emergence of diseases that affect the quality of life of these people, in addition to diseases that we know as hypertension, diabetes and cardiovascular disease, dementias especially Alzheimer's Disease It has gained a large space among this population. Dementia has been the third cause of death after cardiovascular disease. In this context awakened to the need to know about this disease, its causes, prevention, risk factors, diagnosis, treatment, and how nursing can contribute to this process health-disease-health illness or disease-quality life. Since Alzheimer's disease is a condition that is added to the aging process and primarily affects the quality of life of patients and their families or caregivers and and has no cure for being a neurodegenerative disease. Objective: We know Alzheimer's disease with a focus on the nursing perspective and demonstrates the key risk factors, treatments and preventions available, and the factors that influence the quality of life of patients. Materials and Methods: This is a literature review of scientific articles published between 2000 to 2015 in various scientific journals in the nursing field, one research evidence related to the theme and the scientific production was conducted. Results: We found 19 articles, which was held in a consolidated form of selected articles of the framework and analyzed, we have described on the subject, source, author and year of publication. Final Thoughts: Nursing care is essential for patients with AD, since his diagnosis at the advanced stage. The main risk factors are still under study, but it is known that age is the main risk factor and that the bad living habits may contribute to the illness.

KEYWORDS: Alzheimer's Disease, Nursing Quality of Life, Nursing, Treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 11

2 MATERIAIS E MÉTODOS..... 12

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 13

3.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER..... 15

3.2 FISIOPATOLOGIA..... 16

3.3 EPIDEMIOLOGIA..... 17

3.4 SINAIS E SINTOMAS..... 18

3.5 DIAGNÓSTICO..... 19

3.6 TRATAMENTO..... 20

3.7 O PAPEL DA ENFERMAGEM..... 22

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 24

REFERÊNCIAS..... 25

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) foi descrita pela primeira vez por Alois Alzheimer há mais de cem anos. É uma doença neurodegenerativa progressiva que apresenta duas lesões cardinais características: placas senis e emaranhados neurofibrilares. Estas alterações neuropatológicas podem ser provocadas por alterações genéticas e ambientais (PEREIRA, 2013). É uma patologia associada à idade, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até certo estágio da doença, com a evolução ocorrem alterações na memória e na cognição (SERENIKI, 2008).

A DA é uma demência, que causa comprometimento cognitivo e comportamental do idoso. Ela afeta cerca de 10% dos indivíduos com idade de 65 anos e 40% estão acima de 80 anos. Estudos de 2010 apontam que existem cerca de 35 milhões de casos no mundo e sua prevalência vêm aumentando de acordo com o aumento da expectativa de vida. Estima-se que no Mundo, em 2050, 22% da população seja composta por idosos (POLTRONIERE, 2011). No Brasil existem cerca de 17,6 milhões de idosos o que caracteriza o aumento de doenças crônico-degenerativas (BRUM, 2013).

O profissional de enfermagem deve se atualizar e acompanhar a evolução de novas discussões. A partir do conhecimento técnico e científico a enfermagem se torna capaz de encontrar a resolutividade para alguns diagnósticos de enfermagem levantados e assim, prescrever ao paciente e à família orientações importantes que poderão intervir na melhora do prognóstico, da qualidade de vida e evitar complicações através de medidas simples de promoção da saúde (MATTOS, 2011).

Para a equipe de saúde a avaliação da capacidade funcional torna-se tão essencial quanto o diagnóstico, pois se refere ao impacto da doença ou da condição limitante do indivíduo, impedindo ou dificultando a realização das atividades diárias, refletindo em sua qualidade de vida com repercussão para o sistema de saúde como um todo (TALMELLI, 2013).

O objetivo deste estudo surgiu da visualização da necessidade de uma atuação do enfermeiro frente a esta temática, questionando-se qual a visão da Enfermagem no cuidado ao paciente portador da Doença de Alzheimer? Mostrando quais os principais fatores que desencadeiam a doença, quais os tratamentos e prevenções disponíveis, os principais diagnósticos de enfermagem e os fatores que influenciam na qualidade de vida do paciente com Alzheimer.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática, tendo como principal enfoque a pesquisa literária de produção científica, utilizando como fonte de dados à literatura sobre o tema "DOENÇA DE ALZHEIMER: UM OLHAR DA ENFERMAGEM". A característica fundamental desta é a investigação de evidências relacionadas ao tema. Seu seguimento baseia-se, sobretudo na sistematização de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Para alcançar o objetivo proposto da pesquisa, foi utilizada revisão literária de artigos realizando levantamento da produção científica nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Sciello), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Foram incluídos os artigos segundo os seguintes critérios: artigos publicados entre os anos de 2000 a 2015; disponibilizados de maneira integral e gratuitos. Para tal, utilizaram-se os descritores: doença de Alzheimer, tratamento, enfermagem, qualidade de vida. Os descritores escolhidos foram os que possibilitaram o levantamento de maior número de artigos que se adequassem ao tema proposto, sendo que outros descritores utilizados não tiveram sucesso para a busca de artigos.

Após a seleção dos artigos, foram lidos, agrupados em questões temáticas e então, feito análise e discussões dos dados. O principal benefício envolveu a confecção de uma nova fonte de dados, além de agregar conhecimento aos seus pesquisadores.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 19 artigos encontrados a partir dos descritores: doença de Alzheimer, tratamento, enfermagem, qualidade de vida foi realizado um consolidado em forma de quadro descrevendo quanto ao tema, fonte, autores e ano de publicação (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre doença de Alzheimer no período de fevereiro a junho de 2015.

FONTE	AUTORES	ANO	TEMA
ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer.	CAOVILLA, V.P.; CANINEU, P.R.;	2002	Você não está sozinho.
Infarma	INOUYE, K.; OLIVEIRA, G.H.;	2004	Avaliação crítica do tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer.
Revista de psiquiatria clínica	FRIDMAN, C.; et al.;	2004	Alterações genéticas na doença de Alzheimer.
Revista de Iniciação Científica Cesumar	CALIMAN, G. T.; OLIVEIRA, R.M.W.;	2005	Novas perspectivas no tratamento da doença de Alzheimer.
Envelhecimento e Saúde	MELO, A.M.; DRIUSSO, P.;	2006	Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de portadores da Doença de Alzheimer.
Desvendando o sistema nervoso	BEAR, M.F.; CONNORS, B.W.; PARADISO, M.A.;	2008	Neurociências.
Revista de psiquiatria	SERENIKI, A.; VITAL, M.A.B.F.;	2008	A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos.
Revista Brasileira de Enfermagem	FREITAS, I. C. C.; ET al	2008	Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectiva do familiar cuidador.
MINISTÉRIO DA SAÚDE	BRASIL	2010	Portaria nº 491.

Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento	MATTOS, C. M. Z.; et al	2011	Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação.
Revista Gaúcha de Enfermagem	POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N.;	2011	Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem?
Revista Inf.	PIERINO, C. L.; et al.	2012	Assistência de Enfermagem aos Pacientes com Doença de Alzheimer.
Mostra Acadêmica	SILVA, Luciana Henrique.	2012	Doença de Alzheimer Epidemiologia e Alternativas Diagnósticas.
Revista Cogitare de Enfermagem	LIMBERGER, J. B.; SANTOS, G. O.; ZAMBERLAN, C.;	2013	Atenção farmacêutica ao cuidador de paciente com doença de Alzheimer.
Instituto de Biociências de Rio Claro	COSTA, I. P.;	2013	Neurobiologia da doença de Alzheimer.
Portal dos psicólogos	LUCAS, C.O.; FREITAS, C.; MONTEIRO, M .I.	2013	A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções.
Revista de Enfermagem	MATOS, V. T.; SCHINIDER, L. C.;	2013	A importância da assistência de enfermagem ao idoso portador da Doença de Alzheimer (DA).
Revista Acta Paulista de Enfermagem	TALMELLI, L. F. S.; et AL	2013	Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência.
Revista Brasileira de Enfermagem	BRUM, A. K. R.; et al	2013	Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência.
Revista de Enfermagem Contemporânea	SOARES, J. S.; CANDIDO, A. S. C.;	2013	Assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus cuidadores: Revisão integrativa do período 2005-2013.

Fonte: Elaborado pelos Autores.

3.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer (DA) foi inicialmente identificada em 1907 por Alois Alzheimer, que relatou o caso de uma senhora de 51 anos que apresentava delírios de ciúmes em relação ao seu marido. Com o passar do tempo, sua memória deteriorou e ela passou a apresentar sintomas de apraxia, desorientação espacial e parafasias. Somente após a morte da paciente, foi possível a realização de um exame anatomopatológico, que mostrou um cérebro atrofiado, com a presença de emaranhados neurofibrilares, placas senis e perda neuronal (COSTA, 2013).

A DA é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais (BRASIL, 2010). Esta patologia surge independente da raça, nível socioeconômico, etnia e região geográfica, afeta cerca de 5% da população com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, registrando uma maior probabilidade de desenvolvimento da patologia em indivíduos a partir dos 85 anos (LUCAS, 2013).

Atualmente, é um dos grandes problemas de saúde pública e um dos maiores desafios da geriatria. O indivíduo acometido apresenta dificuldade ou total incapacidade de realizar atividades comuns da vida diária (AVD), comprometendo não só a sua qualidade de vida, mas também a qualidade de vida dos familiares (INOUYE, 2004). A DA apresenta grande complexidade. Mediante as etapas de seu quadro clínico, percebe-se a necessidade de conhecimento tanto da doença sendo a enfermagem aquela que norteará quais as assistências específicas a serem prestadas, proporcionando uma melhor qualidade de vida (SOARES, 2013).

Os fatores de risco bem estabelecidos para DA são idade e história familiar da doença (o risco aumenta com o número crescente de familiares de primeiro grau afetados). A etiologia da DA permanece indefinida, embora progresso considerável tenha sido alcançado na compreensão de seus mecanismos bioquímicos e genéticos. Algumas proteínas que compõem os enovelados neurofibrilares, mais especialmente a proteína *Tau Hiperfosforilada e a Ubiquitina*, foram identificadas, mas a relação entre a formação das placas, a formação do enovelado neurofibrilar e a lesão celular permanece incerta (BRASIL, 2010).

Ao saber do diagnóstico e das implicações da DA, muitas pessoas, tais como profissionais e familiares, dedicam-se, quase que exclusivamente, ao cuidado do paciente, por

vezes abrindo mão da vida social e afetiva. Tal situação compromete sua qualidade de vida, e aumenta o risco de desenvolver depressão, ansiedade e distúrbios de imunidade. O desgaste e ambivalência entre cuidar dos outros e descuidar-se, no limiar entre razão e emoção (LIMBERGER, 2012). Quando diagnosticada no início, é possível retardar o seu avanço e ter mais controle sobre os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e à família (ABRAZ, 2002).

Como parte da avaliação clínica de pacientes com demência, é necessário verificar a capacidade dos indivíduos de manter as atividades cotidianas. Para equipe de saúde a avaliação da capacidade funcional torna-se tão essencial quanto o diagnóstico, pois se refere ao impacto da doença ou da condição limitante do indivíduo, impedindo ou dificultando a realização das atividades diárias, refletindo em sua qualidade de vida e de seus familiares com repercussão para o sistema de saúde como um todo (TALMELLI, 2013).

O déficit cognitivo causado pela DA causa diversos sentimentos como de impotência, desamparo, fragilidade e falta de perspectiva para o futuro. As etapas degenerativas da doença aceleram a decadência psíquica e funcional, comprometendo a qualidade de vida. A enfermagem possui o poder de trazer um novo ponto de vista aos pacientes, família e cuidadores sobre a doença, pois mesmo que ela seja incurável ela é tratável e a Assistência de Enfermagem pode melhorar a Qualidade de Vida, minimizar danos à saúde e evitar complicações (MATOS, 2013).

3.2 FISIOPATOLOGIA

Na década de 1960, com o advento da microscopia eletrônica, foi possível descrever as duas principais lesões cerebrais encontradas nos pacientes com DA: placas neuríticas (ou senis), que contêm depósitos extracelulares de proteína β-amilóide (APP) e um emaranhado neurofibrilar localizado normalmente no citoplasma perinuclear e composto de proteínas Tau Hiperfosforiladas. Essas lesões clássicas podem ocorrer de maneira independente e, até hoje, não há um consenso se as mesmas seriam causas ou conseqüências do desenvolvimento da DA (FRIDMAN, 2004).

As características histopatológicas presentes no parênquima cerebral de pacientes portadores da doença de Alzheimer incluem depósitos fibrilares amiloidais localizados nas

paredes dos vasos sangüíneos, associados a uma variedade de diferentes tipos de placas senis, acúmulo de filamentos anormais da proteína tau e consequente formação de novelos neurofibrilares, perda neuronal e sináptica, ativação da glia e inflamação (SERENIKI, 2008).

A presença de placas amilóides extracelulares, constituídas de depósitos amorfos de proteína b-amilóide e de emaranhados neurofibrilares-intraneuronais, constituídos de filamentos de uma proteína fosforilada associada à micro túbulos, a proteína tau, têm sido considerados os principais achados histopatológicos da DA, sendo os mesmos freqüentemente relacionados à gravidade da doença (NASLUND et al., 2000 apud CALIMAN, 2005).

A DA está relacionada à alteração em um mapa dos axônios, a chamada proteína Tau. Essa proteína exerce o papel de manter a conexão entre os microtúbulos nos axônios garantindo seu paralelismo. Especificamente na DA à proteína Tau desconecta-se dos micros túbulos, se acumulam no soma e em suas projeções ramificadas impossibilita que as informações e nutrientes percorram os neurônios. Acredita-se que a secreção anormal de beta-amilóide, seja o primeiro passo para o desencadeamento dos emaranhados neurofibrilares (BEAR, 2008).

3.3 EPIDEMIOLOGIA

O mundo vem enfrentando um envelhecimento progressivo de sua população. Em 1950, havia 214 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e as estimativas indicam que serão 1 bilhão em 2025. No Brasil, está cada vez mais evidente o envelhecimento populacional, aumentando a suscetibilidade destas pessoas às mais diversas formas de demências. Com o aumento da expectativa de vida indicam que em 2025 o Brasil terá cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos, ou seja, 10% da população, sendo o país com a sexta maior população de idosos em todo o mundo (SILVA, 2012).

Estudos realizados em 2010 apontam que existem cerca de 35milhões de casos no mundo, e sua prevalência vem aumentando de forma significativa. Com base na expectativa de vida que aumenta em países em desenvolvimento, estima-se que, no mundo, em 2050, 22% da população seja composta por idosos. No Brasil, conforme estimativas para 2020, a expectativa de vida ultrapassará os setenta e cinco anos, chegando a 15% da população. Nesse contexto, o Brasil será o sexto país no mundo com pessoas idosas, existindo uma expectativa

de aumento de doenças crônico-degenerativas, dentre elas o Alzheimer (POLTRONIERE, 2011).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), a doença de Alzheimer afeta atualmente entre 24 e 37 milhões de pessoas. Esse número está crescendo a cada ano e, segundo estimativas da organização podem chegar a 115 milhões de pessoas até 2050. No Brasil não existem dados precisos sobre quantas pessoas têm a doença, mas a OMS estima que seja algo em torno de um milhão. E em Sergipe não existe estimativa.

3.4 SINAIS E SINTOMAS

Esses sintomas são frequentemente acompanhados por distúrbios comportamentais, como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade, depressão, como a apatia, a lentificação (da marcha ou do discurso), a dificuldade de concentração, a perda de peso, a insônia e a agitação, transtornos do humor afetam em algum ponto da evolução da síndrome demencial (SERENIKI, 2008).

Segundo Inouye et al (2003), o portador da DA passa por três fases da doença: na fase inicial ocorre formas leves de esquecimento, dificuldade de memorizar, descuido da aparência pessoal e no trabalho, perda discreta de autonomia, desorientação no tempo e espaço, perda de espontaneidade e iniciativa, alteração de personalidade; na fase intermediária- incontinência urinária e fecal, incapaz de julgamento e pensamento obcecado; na fase final - perda de peso, total dependência, mutismo, estrito ao leito, incapaz para atividades diárias, irritabilidade extrema, funções cerebrais deterioradas e morte.

Na fase inicial a pessoa ainda está consciente, porém percebe que algo está errado; existe a perda da memória recente, dificuldade de aprender e de reter informações; na fase intermediária, o paciente é completamente incapaz de aprender e de reter novas informações, a memória está comprometida, e na fase final, o paciente está totalmente debilitado, é incapaz de andar, apresenta incontinência, está restrito ao leito e não fala mais (MELO, 2006). Quando diagnosticada no início, é possível retardar o seu avanço e ter mais controle sobre os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e à família (ABRAZ, 2002).

O óbito ocorre de 8 a 9 anos desde o início dos sintomas, geralmente por infecção do trato urinário (ITU) com sepse ou pneumonia aspirativa. Os portadores de Doença de

Alzheimer apresentam grande risco de pneumonias aspirativas e, em um estágio avançado, tornam-se acamados. Podem apresentar disfagia, que evolui para o uso de sondas enterais, úlceras de pressão, infecções pulmonares, embolias e outras patologias relacionadas à dependência (POLTRONIERE, 2011).

Na doença avançada, observa-se a tríade afasia, apraxia e agonia, caracterizada pela perda cognitiva e da memória. Alterações psíquicas e comportamentais, tais como psicose, alterações do humor e do sono, agitação psicomotora e agressividade, estão presentes em até 75% dos casos, em algum estágio da evolução da demência, causando grande desgaste para os cuidadores, e necessitando de intervenções farmacológicas (ORESTES, 2005 apud MATOS, 2013).

3.5 DIAGNÓSTICO

Os pacientes com suspeita de DA devem ser encaminhados para serviço especializado em Neurologia, Geriatria ou Psiquiatria, para diagnóstico da doença, que também pode ser feito por médico com treinamento na avaliação de demências. Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de doentes de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2010).

O diagnóstico clínico depende da existência de declínio de habilidades intelectuais como memória, linguagem, percepção, atividade motora, abstração e planejamento. Sendo baseadas em informações fornecidas pelo cuidador do paciente. O diagnóstico da DA é essencialmente clínico, sendo o diagnóstico diferencial com outras causas de demência, em geral, difícil. Por sua evolução insidiosa, comprometendo inicialmente a memória, a DA é muito confundida com uma condição benigna e freqüente entre idosos, ou seja, o declínio cognitivo naturalmente associado à idade (CALIMAN, 2005).

Segundo o MS (2010), o diagnóstico de DA devem seguir o Protocolo de tratamento a paciente que preencherem todos os critérios: Diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Strokeandthe Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA); MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade; tomografia ou ressonância magnética do

encéfalo e exames laboratoriais como hemograma, avaliação bioquímica, avaliação de disfunção tiroidiana, sorologia para lues (VDRL) e nível sérico de vitamina B12;

O Mini Exame do Estado Mental – MEEM é um teste de avaliação cognitiva, que tem o objetivo de auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial. O teste são questões que são agrupa das em sete categorias, onde cada uma delas avaliam funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (5 pontos), lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia (0) mínimo até (30) máximo (TALMELLI, 2013).

3.6 TRATAMENTO

Embora não haja cura para DA, a descoberta de que é caracterizada por déficit colinérgico resultou no desenvolvimento de tratamentos medicamentosos que aliviam os sintomas e, assim, no contexto de alguns países onde esta questão é extremamente relevante, retardam a transferência de idosos para clínicas. Inibidores da acetilcolinesterase é a principal linha de tratamento da DA. Tratamento de curto prazo com estes agentes tem mostrado melhora da cognição e de outros sintomas nos pacientes com DA leve a moderada (BRASIL, 2010).

O tratamento da DA é realizado com o uso de agentes farmacológicos, intervenções psicossociais, educacionais multidisciplinares e interdisciplinares direcionadas aos portadores, familiares e cuidadores que resultam na amenização de problemas na vida dessas pessoas. Algumas técnicas destacadas dentro dos processos de intervenções: grupos socioeducativos e psicoterapia para os familiares e cuidadores; técnicas para melhor estruturação e organização do ambiente; orientação nutricional, fisioterápica e odontológica; programas de exercícios físicos; reabilitação neuropsicológica (INOUYE; PEDRAZZANI; PAVARINI, *2010* apud MATOS, 2013).

Os principais objetivos do tratamento da doença visam estimular e/ou manter as capacidades mentais, fortalecer as relações sociais e dar mais segurança e aumentar a autonomia do paciente, estimular a identidade e autoestima, minimizar o stress e evitar reações psicológicas anormais, melhorar o rendimento cognitivo e funcional, melhorar o

estado de saúde e a qualidade de vida do paciente (LUCAS, 2013). Os medicamentos mais utilizados pelos profissionais médicos são: Donepezil, Rivastigmina, Galantamina, estes são usado nas fases inicial e intermediária. E a Memantina, que é utilizada nas fases intermediária e final (POLTRONIERE, 2011).

O tratamento da DA é dividido em 4 níveis: no nível 1- a terapêutica é específica, como objetivo reverter processos patofisiológicos que irão conduzir à demência e morte neuronal; no 2º nível - a abordagem profilática, visa prevenir o declínio cognitivo ou retardar o início da demência; no nível 3 - realiza-se o tratamento sintomático a fim de restaurar de forma parcial ou provisória as habilidades funcionais, capacidades cognitivas e o comportamento dos pacientes portadores de demência; e no 4º nível - tem-se a terapêutica complementar, que buscará o tratamento da demência das manifestações não cognitivas, como agitação psicomotora, psicose, agressividade, depressão e distúrbio do sono (SOARES, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o tratamento deve ser suspenso em 3 situações distintas como: Após 3-4 meses do início do tratamento; Não havendo melhora ou estabilização da deterioração do quadro à reavaliação (por falta de benefício); Mesmo que os pacientes estejam em tratamento continuado, este deve ser mantido apenas enquanto o Mini Exame Mental (MEEM) estiver acima de 12 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e acima de 8 para pacientes com menos de 4 anos de escolaridade, abaixo do que não há qualquer evidência de benefício; de forma semelhante, somente devem ser mantidos em tratamento pacientes com Escala de Avaliação Clínica de Demência (CDR) igual ou abaixo de 2; em casos de intolerância ao medicamento, situação em que pode-se substituir um medicamento por outro.

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal dos potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados de acordo com o protocolo. O termo de esclarecimento e responsabilidade é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. É necessário relatório médico com descrição da apresentação da doença referente à duração e a monitorização do tratamento, como a verificação periódica das doses prescritas e a adequação de uso dos medicamentos, e para dispensação dos medicamentos (BRASIL, 2010).

3.7 O PAPEL DA ENFERMAGEM

"A enfermagem, desde seus primórdios, vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural". O objeto da enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, sendo essas, os entes da enfermagem. Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem (HORTA, 1979).

As fases do processo incluem: histórico, diagnóstico, plano de cuidados, prescrição de enfermagem e evolução. O histórico de enfermagem envolve a coleta e a organização de dados sobre o estado de saúde; o diagnóstico de enfermagem compreende a identificação, o delineamento e a validação das respostas do cliente às situações de saúde. Os resultados esperados referem-se à definição de metas que são individualizados. A implementação refere-se à realização do plano de cuidados e também ao alcançados resultados esperados; e o processo da evolução envolve a comparação entre a resposta do cliente ao cuidado de enfermagem e os resultados esperados (MATTOS, 2011).

A enfermagem auxilia nos cuidados físicos, psicológicos e sociais do paciente o que abrange seu ambiente, seus cuidadores e família. A importância da assistência de enfermagem se torna de maior relevância na medida em que progride a doença e o paciente torna-se dependente total de necessidades básicas. A importância da Enfermagem no Cuidado com o Paciente de Alzheimer consiste em assistir o cliente no seu estado psicológico, até os cuidados clínicos hospitalares especializados, satisfazendo suas necessidades de atenção básica (SANTANA; ALMEIDA; SALVODI, 2008 apud MATOS, 2013).

A avaliação da capacidade funcional do idoso pela enfermagem e equipe multidisciplinar torna-se tão essencial quanto o diagnóstico. A sistematização da assistência de enfermagem pode identificar problemas, auxiliar o desenvolvimento de planejamento, priorizar o apoio da família, executar e avaliar o plano assistencial individualizado, respeitando os diferentes estágios de demência e o nível de dependência de cada idoso. Os cuidados de enfermagem vão além da avaliação funcional (TALMELLI, 2013).

A assistência de enfermagem é indispensável para os pacientes portadores da DA, desde seu diagnóstico ao estágio mais avançado. No início, o enfermeiro tem o papel de orientar a família sobre os devidos cuidados, visando minimizar os riscos e preservar a

integridade do mesmo. Na fase terminal o profissional deve estabelecer os cuidados paliativos além da orientação ao cuidador (PIERINO, 2012).

O profissional enfermeiro pode contribuir para que as ações em saúdes e tornem resolutivas e permanentes não sendo apenas tratadas como questões passageiras, incluindo dentro da estratégia de atenção à saúde vigente, um programa capaz de suprir as necessidades desse núcleo familiar (FREITAS, 2008). A enfermagem possui o poder de trazer um novo ponto de vista aos pacientes, família e cuidadores sobre a doença, pois mesmo que ela seja incurável ela é tratável e a Assistência de Enfermagem pode melhorar a Qualidade de Vida, minimizar danos à saúde e evitar complicações (MATOS, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que os principais fatores que desencadeiam a DA ainda estão em estudo, mas já se sabe que a idade é o principal fator de risco, porém pesquisas apontam que os maus hábitos de vida podem ser grandes vilões, analiticamente o sedentarismo, a hipertensão, doenças cardiovasculares e especialmente a diabetes mellitus podem ser grandes fatores que aceleram o aparecimento da doença, anti-inflamatórios esteroides também entram nessa lista.

Os tratamentos apesar de não serem eficazes por não promover a cura, ainda é a principal opção de tratamento para retardar a evolução da doença e minimizar os sintomas, além de farmacológicos, as terapias ocupacionais com uma equipe multidisciplinar, atividades físicas, musicoterapias devem ser inseridas como forma de tratamento para promover uma melhor qualidade de vida.

As prevenções estão totalmente somadas a um excelente hábito de vida, atividades físicas, alimentação saudável com alimentos leves como: frutas, grãos, verduras, legumes, bastante ingestão de água, interação social, atividade intelectual, boa qualidade de sono com duração mínima de 6 a 8 horas dia. O que não afirma que o indivíduo não possa desencadear a Doença de Alzheimer, mas que esta pode retardar seu aparecimento. O indivíduo que geneticamente pode ter a DA, se este possuir hábitos saudáveis, o aparecimento dos primeiros sintomas que poderiam desencadear aos 65 anos irá aparecer apenas aos 75 anos.

Por não se tratar de um caso clínico e entender que cada indivíduo portador da DA tem sua singularidade e particularidade, o levantamento dos diagnósticos de enfermagem não podem estar voltados simplesmente a sinais e sintomas, onde podemos extrair estes da taxonomia NANDA, NIC e NOC, mas de diagnósticos focados nas repercussões destes na vida da pessoa. Entendemos que a atuação da enfermagem está justamente voltado ao apoio dos cuidadores e ou familiares, os quais passam maior parte do seu tempo com esses doentes, pois os cuidados são mais domiciliares do que hospitalar, é onde destacamos que a enfermagem da atenção básica deve ser mais presente, para que as possíveis complicações sejam tardadas evitando hospitalização precoce por coisas evitáveis.

REFERÊNCIAS

ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer. **O que é Alzheimer**. Disponível em: <http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer>Acesso em 10 mar.2015.

BEAR M. F.; CONNORS, B.W.; PARADISO, M. A.; **Neurociências**. Desvendando o Sistema Nervoso; 3° Edição; Porto Alegre, 2008. Disponível em: < http://pt.scribd.com/doc/77285956/Bear-M-F-Connors-B-W-Paradiso-M-ANeurociencias-Desvendando-o-sistema-nervoso#scribd> Acesso em 10 mar.2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 491, 2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0491_23_09_2010.html>. Acesso em 10 mar.2015.

_____. Ministério da saúde. Portaria. **DATAUS Departamento de Informática do SUS**. 2008. Disponível em:< http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>. Acesso em 10 mar.2015.

BRUM, A. K. R. et al. **Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência.** Revista Brasileira de Enfermagem.Vol. 66, 4, 2013. Disponível em:< http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400025>. Acesso em: 27 abr.2015.

CALIMAN, G.T.; OLIVEIRA, R.M.W. **Novas perspectivas no tratamento da doença de Alzheimer.** CESUMAR, vol. 07, 2, 2005, Maringá, PR. Disponível em:< http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/112/291>. Acesso em 10 mar.2015.

COSTA, I. P. **Neurobiologia da doença de Alzheimer**. Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2013. Disponível em:< http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/118771/000775217.pdf?sequence=1>. Acesso em Acesso em: 27 abr.2015.

FREITAS, I. C. C.; et al. **Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2008, Brasília, DF. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/18.pdf>. Acesso em 10 mar.2015.

FRIDMAN, C.; GREGORIO, S.P.; DIAS NETO, E. and OJOPI, É. P. B. **Alterações genéticas na doença de Alzheimer**. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2004, vol.31, n.1, pp. 19-25. ISSN 1806-938X. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000100004 >Acesso em 10 mar.2015.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INOUYE, K.; OLIVEIRA, G.H. **Avaliação crítica do tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer.** Infarma, vol.15, 11, 2004, Araraquara, SP. Disponível em:< http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/84/i08-alzheimer.pdf >. Acesso em 10 mar.2015.

LIMBERGER, J. B. SANTOS, G. O.; ZAMBERLAN, C.;. **Atenção farmacêutica ao cuidador de paciente com doença de Alzheimer.** Revista Cogitare Enfermagem, 2013, Santa Maria, RS. Disponível em: <file:///C:/Users/Atendimento01/Downloads/34920-128297-1-PB.pdf>. Acesso em 10 mar.2015.

LUCAS, C.O.; FREITAS, C.; MONTEIRO, M. I. **A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções**. Psicologia. PT O Portal dos psicólogos. 2013. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0662.pdf> Acesso em 10 mar. 2015

MATOS, V. T.; SCHNIDER, L. C. **A importância da assistência de enfermagem ao idoso portador da Doença de Alzheimer (DA).** Revista de Enfermagem, 2013, Brasília, DF. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/40dbc1ada55134611e91a270879f94ba.pdf>. Acesso em 10 mar.2015.

MATTOS, C.M.Z.; et al. **Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação.** Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento, vol. 16, edição especial**,** 2011, Porto Alegre, RS. Disponível em:< http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17921 >. Acesso em 10 mar.2015.

MELO, A.M.; DRIUSSO, P.. **Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer**. Envelhecimento e Saúde, vol. 12, 4, 2006. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/ http://.br/>. Acesso em: 30 abr. 2015.

PEREIRA, P. C. M.; **Doença de Alzheimer: Perspectivas de Tratamento.** Universidade da Beira Interior, 2013, Covilhã, Portugal. Disponível em: <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/1484/1/doen%C3%A7a%20de%20alzheimer%20-%20perspetivas%20de%20tratamento%20-%20Pedro%20Melo.pdf>. Acesso em 10 mar.2015.

PIERINO, C. L.; et al. **Assistência de Enfermagem aos Pacientes com Doença de Alzheimer.** Disponível em: <http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/JOuSEgEJb13Zobq_2014-4-22-15-51-40.pdf> Acesso em 30 abr. 2015.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F.H.; SOUZA, E.N. **Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem?**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2011, Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200009>. Acesso em 10 mai.2015.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C.; FONSECA, S.T. **Prática baseada em evidência: buscando informação para fundamentar a prática clínica do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional.** Rev. Bras. Fisioter. 2002; 6(3):113-8. Disponível em: <http://rbf-bjpt.org.br/files/v6n3/v6n3a02.pdf>Acesso em 10 mar.2015.

SERENIKI, A.; VITAL, M.A.B.F. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos.** Revista Psiquiatria, 2008, Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082008000200002>. Acesso em 10 mar.2015.

SILVA, L. H. **Doença de Alzheimer Epidemiologia e Alternativas Diagnósticas.** Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/10mostra/5/454.pdf>. Acesso em 30 abr. 2015.

SOARES, J.S.; CANDIDO, A. S. C.. **Assistência de Enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus cuidadores: Revisão Integrativa do Período 2005-2013.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 3, n. 1, 2014, Salvador, BA. Disponível em: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/313/297>. Acesso em 30 abr.2015.

TALMELLI, L. F. S.; et al. **Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência.** Revista Acta Paulista de Enfermagem, Vol26, 3,2013, São Paulo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300003>. Acesso em: 30 abr.2015.