

N. CLASS. M616.831
CUTTER A381p
NO/EDIÇÃO 2014

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG

ENFERMAGEM

EDILAINE CRISTINA ALEXANDRE

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A FAMÍLIA E O DOENTE DE ALZHEIMER

**Varginha
2014**

EDILAINÉ CRISTINA ALEXANDRE

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A FAMÍLIA E O DOENTE DE ALZHEIMER

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem sob orientação da Prof.^a Ma. Patrícia Alves Pereira Carneiro.

**Varginha
2014**

EDILAINE CRISTINA ALEXANDRE

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE A FAMÍLIA E O DOENTE DE ALZHEIMER

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem sob orientação da Prof.^a Ma. Patrícia Alves Pereira Carneiro.

Aprovado em / /

Prof. Ma. Patrícia Alves Pereira Carneiro

Prof. Ma. Luana Borges Guedes

Prof. Izaltina Raquel Lima

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me proporcionou sabedoria, coragem e discernimento para que eu não desistisse do meu sonho, me dando forças para que chegasse até o fim. A minha mãe (Evanilda) ao meu filho (Samuel) e toda a minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me proporcionar vida e saúde, minha família, meus amigos, colegas e a professora Ms. Patrícia Alves Pereira Carneiro pela paciência e orientação.

"A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!"

Florence Nightingale

RESUMO

Este trabalho aborda a relevância do que é a doença de Alzheimer considerada um problema de saúde pública, bem como a mesma se manifesta e porque vem aumentando novos casos a cada dia dessa demência. Demonstrando através de livros, publicações científicas e sites, esta pesquisa utiliza uma abordagem bibliográfica do tipo descritiva, que através de revisão da literatura científica teve como objetivo explicar a história da descoberta da doença no ano de 1906 pelo alemão Alois Alzheimer; a epidemiologia no Brasil; a neuropatologia, sendo compreendida em três fases até o óbito do paciente, detalhando assim as diferenças em cada estágio da doença de Alzheimer (DA); as manifestações clínicas, sendo estas menos percebidas no início da doença por achar que perder a memória ou ficar confuso faz parte do envelhecimento normal; o diagnóstico, que confirma a DA após necropsia do paciente por mostrar a identificação do número aumentado de placas senis e enovelados neurofibrilares; portanto não existe cura para a DA, porém os tratamentos podem ser não-farmacológicos (homeopático) e farmacológicos (drogas disponíveis que procuram reforçar a eficiência dos neurônios lesados); a relação familiar com esse doente é fundamental, sendo a família como sempre o elo de força maior ao ente querido e por fim a atuação fundamental do enfermeiro que presta cuidados direcionados para esse doente, devendo utilizar o processo de enfermagem através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), por ser uma metodologia científica e dinâmica.

Palavras – chaves: Doença de Alzheimer. Idoso. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

This paper discusses the relevance of what is Alzheimer's disease considered a public health problem, as the same is manifested and is increasing because new cases every day this dementia. Demonstrating through books, scientific publications and websites, this research uses a descriptive approach to literature, which through scientific literature review aimed to explain the history of the discovery of the disease in 1906 by the German Alois Alzheimer, the epidemiology in Brazil, neuropathology, and included three phases until the death of the patient, thus detailing the differences in each stage of Alzheimer's disease (AD), the clinical manifestations, which are less noticeable early in the disease find that losing memory or get confusing part of normal aging, diagnosis, confirming the DA after necropsy of the patient by showing identification of the increased number of senile plaques and neurofibrillary meandering, so there is no cure for AD, but the treatments can be non-pharmacological treatments (homeopathic) and pharmacological (drugs available that seek to increase efficiency of damaged neurons); family relationship with that patient is important, and the family as always the bond of force majeure to the loved one and finally the fundamental work of nurses providing care directed for that patient and should use the nursing process through the systematization of nursing care (SAE), as a scientific and dynamic methodology.

Key words: *Alzheimer's disease. Elderly. Nursing Care.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ADI** – Associação Internacional da Doença de Alzheimer
- APP** – Enzima de clivagem – b-secretase
- AVD** - Atividades de Vida Diária
- CID – 10** – Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão
- DA** - Doença de Alzheimer
- DAIP** – Doença de Alzheimer de Início Precoce
- DAIT** – Doença de Alzheimer de Início Tardio
- ECA** – Enzima Conversora de Angiotensina
- EEG** - Eletroencefalograma
- ENF**- Emaranhados Neurofibrilares
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI** - Instituição de Longa Permanência para Idosos
- LDL** – Proteína de Baixa Densidade
- MEEM** - Mini Exame do Estado Mental
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PPA** - Proteína Percussora b-amilóide
- PS** - Placas Senis
- QV**- Qualidade de Vida
- RM** – Ressonância Magnética
- SAE**- Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SNC** – Sistema Nervoso Central
- TC** – Tomografia Computadorizada
- VDRL** - Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 DOENÇA DE ALZHEIMER.....	12
2.1 História.....	12
2.2 Epidemiologia	14
2.3 Neuropatologia.....	16
2.4 Estágios da Doença de Alzheimer.....	18
2.5 Manifestações Clínicas.....	21
2.6 Diagnóstico.....	21
2.7 Tratamentos.....	24
2.7.1 Tratamento Farmacológico.....	24
2.7.2 Tratamento Não-Farmacológico.....	25
2.8 A Relação da Família com o Doente de Alzheimer.....	25
3 O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO AO DOENTE DE ALZHEIMER E SUA FAMÍLIA.....	28
4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	30
4.1 Processo de Enfermagem.....	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
6 REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO A.....	39
ANEXO B.....	40

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa bibliográfica teve como tema o papel do enfermeiro frente à família e o doente de Alzheimer, e abordar através da revisão da literatura científica como: revistas, monografias, livros, artigos científicos e sites. Apresentando-se como problema, o modo despreparado com o qual os familiares e o doente enfrentam a doença. O enfermeiro atuando de maneira holística nos fatores que podem intervir na qualidade da assistência prestada.

Quanto às hipóteses, será investigada a possibilidade de se prevenir a doença de Alzheimer e como a mesma se manifesta; o doente pode apresentar qualidade de vida, mesmo sendo uma doença neurodegenerativa progressiva? As demandas de cuidados produzidos pela Doença de Alzheimer (DA) têm exigido um novo olhar que contemple a integralidade e plenitude do ser humano como subsídios para assistência em saúde.

O estudo se justificou como a enfermagem destaca-se num processo baseado na compreensão de parâmetros físicos, emocionais e de ordem social. Utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) direcionada ao doente que apresente esta patologia, visando desta forma, ser agente facilitador do meio, intervindo e auxiliando as famílias e cuidadores quanto a melhor maneira de conviver com o doente de Alzheimer, bem como, oferecer suporte abordando cada caso para que haja eficácia na assistência prestada ao idoso, transcendendo um plano de cuidados em cada fase da doença.

Teve-se como objetivos: apresentar a patologia propriamente dita, bem como os respectivos estágios da doença; pesquisar o relacionamento da família com o doente de Alzheimer no ambiente domiciliar; investigar e apontar as dificuldades principais encontradas pelos familiares, e sugerir medidas educativas e preventivas que contribuam positivamente para uma boa convivência entre o doente de Alzheimer e as pessoas envolvidas neste meio; destacar o papel do enfermeiro junto ao doente de Alzheimer e sua família e demonstrar a importância de se utilizar a SAE.

O envelhecimento é um processo natural de alterações relacionadas com o tempo; condicionando o ser humano a um decréscimo progressivo nas funções fisiológicas em particular as funções cognitivas, como a demência. A DA constitui-se em uma das principais doenças crônico-degenerativas, progressiva e irreversível, geradora de altos custos financeiros que acomete geralmente os idosos.

Por isso, aqui se percebe a relevância desta pesquisa, que demonstrará quais as orientações e assistência de enfermagem para o cuidado humanizado com o doente de Alzheimer.

2 DOENÇA DE ALZHEIMER

2.1 História

No ano de 1906, foi descrita pela primeira vez, pelo Alemão Alois Alzheimer que comunicou o primeiro caso da doença, sendo denominada em 1910 como doença de Alzheimer. Supunha uma desordem de formas graves de demência¹ pré-senil de rápida evolução, apresentando grande quantidade de placas senis e de emaranhados neurofibrilares, ou seja, alterações no tecido cerebral. Este conceito foi se estendendo com o passar dos tempos (FREITAS, 2011, p. 178).

Alois Alzheimer foi o médico que descreveu a doença, onde a mesma recebeu seu nome. Quando publicou o caso estudado de uma paciente saudável que apresentou quadro de desorientação, distúrbio de linguagem e perda progressiva de memória aos 51 anos, tornando-se incapaz de seu auto cuidado. Que após o óbito da mesma foi possível um estudo minucioso de seu cérebro, que são as características conhecidas hoje da doença onde descreveu suas alterações (ASSOCIAÇÃO... 2013 a, p. 03).

Segundo Freitas (2011, p. 178) confirmado na década de 1970 que “as formas pré-senil e senil de demência que apresentavam o mesmo substrato neuropatológico.”

A doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa, irreversível e progressiva que começa de maneira insidiosa e caracteriza-se por perdas graduais da função cognitiva e distúrbios no comportamento e afetivos. A doença de Alzheimer é uma forma de demência, um transtorno cerebral complexo causado por uma combinação de diversos fatores como: genes, alterações do neurotransmissor, anormalidades vasculares, hormônios de estresse, alterações circadianas, traumatismo craniano e convulsões (SMELTZER; BARE, 2008, p. 202).

A distinção entre as formas pré-senil e senil, desde então se tornou supostas, como o conceito abrangente da doença de Alzheimer, ambas foram incluídas passando a ser considerada uma doença neurodegenerativa progressiva (FREITAS, 2011, p. 178).

Para Associação... (2013 a, p. 01), a DA “é um tipo específico de demência, a qual é comumente conhecida pelo público leigo pelo termo de esclerose, que é um distúrbio que acarreta a perda progressiva das funções intelectuais como a memória e funções físicas.”

¹Demência: Condição progressiva de perda da inteligência, geralmente encontrada na velhice e, às vezes, causada pelo Mal de Alzheimer. Eventualmente, pode ser necessária uma assistência hospitalar. Em geral, a demência se inicia com uma dificuldade para evocar nomes próprios, de pessoas, de ruas, depois de nomes comuns de classe de categoria de objeto (GUIMARÃES, 2009, p. 37).

Recorrendo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012); G300 Doença de Alzheimer de início precoce; G301 Doença de Alzheimer de início tardio e G308 outras formas de doença de Alzheimer. Obtemos demência como definição: uma síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza progressiva ou crônica na qual se registram alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a compreensão, o cálculo, a memória, a orientação, o raciocínio, o pensamento, julgamento e linguagem. Não está enevado o estado de consciência. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas do comportamento social ou da motivação, e por vezes precedidas por deterioração do controle social (BRASIL, 2010, p. 4).

Na segunda metade da década de 1980, foram descobertas mutações relacionadas à Doença de Alzheimer de Início Precoce (DAIP) para identificar possíveis genes de segregação mendeliana, ou seja, de princípios relacionados a transmissão hereditária, em grandes famílias, caracterizando nas diferentes gerações vários membros afetados, pois a DAIP tem relação principalmente com a mutação, sendo que esta representam 5% do total de casos dessa patologia relacionado a genes que sofreram mutações alterando proteínas por eles codificadas, influenciando a patologia, diferente da Doença de Alzheimer de Início Tardio (DAIT), com influencia maior de polimorfismo, que refere-se a uma variação que seja mais freqüente do que 1% na população, com isso tanto a DAIT quanto a DAIP tornam-se cada vez mais importantes problemas de saúde pública (LUCATELLI, BARROS, MALUF, ANDRADE, 2009, p. 27).

Com o advento da microscopia eletrônica, na década de 1960, foram descritas duas principais lesões cerebrais encontradas nos pacientes com DA, os ENF e as PS localizadas normalmente no citoplasma perinuclear, compostas de proteína tau fosforiladas anormalmente (BARROS, LUCATELLI, MALUF, ANDRADE, 2009, p. 17).

A Portaria nº 2.344, de 3 de novembro de 2010 recebeu a nomenclatura de “Doença de Alzheimer”. O “portador” de demência¹ ou de Doença de Alzheimer passa a ser considerado “pessoa” com a Doença de Alzheimer. Também, não se deve utilizar o termo “mal” por se tratar de uma doença, o correto é utilizar o nome Doença de Alzheimer (ASSOCIAÇÃO...2011 a, p. 01).

2.2 Epidemiologia

O Brasil tem uma das populações mais envelhecidas do planeta, chegando a 21 milhões de pessoas acima de 60 anos. Daqui a 15 anos, serão mais de 32 milhões! Assim entende-se o avanço das demências, em particular Alzheimer, na terceira idade (BORGES, 2010, p.17).

Com base nos dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2001), o número de idosos (60 anos e mais de idade) chega a 14,5 milhões passando a representar 9,1% da população brasileira, sendo que 11,4 milhões, isto é, 7,9% do total eram somados no início da década. A população brasileira pode ser considerada uma das maiores do mundo, apesar do processo de envelhecimento recente superior a da França, Itália e Reino Unido. Daqui ha 25 anos no Brasil esta população de idosos poderá ser superior a 30 milhões.

A etiologia permanece indefinida. Em relação a idade, têm-se um aumento da incidência e prevalência das demências, dobrando a cada 5 anos aproximadamente, a partir dos sessenta anos de idade (FREITAS, 2011, p. 179).

Segundo Freitas (2011, p. 180) os fatores de risco para a DA não modificáveis, até o momento “idade (fator de risco mais importante), gênero feminino (após oitenta anos de idade), síndrome de Down, história familiar positiva e gene de suscetibilidade.”

Quando falamos na idade avançada, não quer dizer que todos os idosos têm o mesmo risco de ter Alzheimer. Enquanto o risco aos 60 anos não passa de 1 a 2%, na casa dos 70 anos é de 10 % de risco, sendo que, após os 80 anos, a chance de desenvolver a doença de Alzheimer vai para 30%. Além da idade avançada, como vimos, outros fatores podem desencadear esta doença: hereditariedade, traumatismo craniano, sexo feminino (as mulheres vivem mais que os homens), baixa escolaridade, doenças cardíológicas e metabólicas, hipertensão e diabetes. (BORGES, 2010, p.18).

Em termos epidemiológicos, sendo a DA a forma mais comum de demência, com cerca de 56% totalizando um número de casos e aproximadamente 5% afeta os indivíduos com mais de 65 anos e os idosos com mais de 80 anos chega a 20% dos casos. Levando ainda em consideração que os tratamentos farmacológicos têm o objetivo principal de retardar a doença, principalmente em sua fase inicial, melhorando a parte cognitiva, psicológica e principalmente a qualidade de vida (QV) da pessoa idosa, que tende a ser mais inferior (INOUE, PEDRAZZANI, PAVARINI, 2010, p.115).

Para Silva, Santos (2010, p. 776) as estimativas apontam ainda que “de 1990 a 2025, a população idosa crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população total”.

Um novo caso a cada sete segundos, pois a cada ano, são registrados cerca de 4,6 milhões de novos casos de demência. Cem (100) milhões de pessoas afetadas para o ano de 2050. Por ser uma crise de grande magnitude, nenhum país estará preparado. A falta de informação e conscientização, não permite que haja recursos suficientes para administrar o problema (ASSOCIAÇÃO... 2013 c, p.10).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012) reconhece a dimensão e complexidade do desafio da demência, sendo a DA a causa mais comum, atingindo cerca de 70% dos casos, e convida os países a vê-la como um problema de saúde pública prioritário. Apenas oito dos cento e noventa e quatro estados membros da OMS, têm um plano nacional para tratar a doença, sendo esta tendo uma falta de diagnóstico mesmo em países desenvolvidos, onde se precisa executar aprimoramento de diagnóstico precoce, ressalta ainda, ampliação do apoio a cuidadores, melhoria no atendimento e conscientização social para reduzir o estigma, sendo ainda obstáculos a serem vencidos na luta para resolução do problema.

Um novo caso a cada quatro segundos surge no mundo. Simplesmente os sistemas atuais de saúde não podem suportar a explosão da crise de demência, à medida que estamos vivendo por mais tempo. Esse relatório deixa clara a questão de melhorias das pessoas com demência e familiares que cuidam delas. Em 2010 35.6 milhões de pessoas convivem com Alzheimer em todo o mundo, segundo Associação Internacional da Doença de Alzheimer (ADI), com estimativa de que esse número dobre praticamente a cada vinte anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e a 115,4 milhões em 2050 (JORNAL O GLOBO, 2013, p. 04).

Com base nos dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012), a transição demográfica é um processo contínuo, que explica o longo período de mudança para as doenças degenerativas e modernas, com maior frequência nas idades idosas e padrão de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e parasitárias, com maior frequência nas idades mais jovens. A DA é a principal causa de das síndromes demenciais, respondendo com cerca de 50 a 60% dos casos, acometendo pessoas na faixa etária dos sessenta anos e progredindo de forma exponencial diretamente relacionado com o aumento da idade, fazendo com que as pessoas atinjam um grau de dependência gradativa, chegando a níveis de dependência total.

2.3 Neuropatologia

Achados neuropatológicos principais encontrados na doença de Alzheimer são a degeneração sináptica intensas e a perda neuronal, com deposição e acúmulo no hipocampo e no córtex cerebral de duas lesões principais: emaranhados neurofibrilares (ENF) e placas senis (PS) ou neuríticas são características da DA (FREITAS, 2011, p. 182).

Nos pacientes com DA ocorrem alterações bioquímicas e neuropatológicas específicas. Essas alterações compreendem os emaranhados neurofibrilares (massa estrelada de neurônios não-funcionais) e as placas senis ou neuríticas (depósito da proteína b-amilóide parte de uma proteína maior e precursora, a PPA). Ocorre um comprometimento neural principalmente no córtex cerebral, tendo como consequência a diminuição de peso e tamanho do cérebro. Além do acúmulo de emaranhados neurofibrilares e de placas senis, levam também a degeneração cardiovascular. Há ainda perda da função; cognição e de células nervosas colinérgicas, importantes na memória (SMELTZER, BARE, 2008, p. 153).

No cérebro de pacientes com DA os ENF são mais compactos no hipocampo², que os observados no envelhecimento normal, depois se espalham para frontal, parietal e temporal do córtex cerebral. O beta-amilóide é uma grande molécula que atravessa a membrana das células nervosas, está presente em níveis anormais desses pacientes, não está claro se ele é um subproduto da lesão neuronal causada por outro processo degenerativo ou é uma proteína neurotóxica que causa destruição dos neurônios. Seja em cultura ou em modelos animais, o beta-amilóide é destrutivo para os neurônios do hipocampo, segundo sugerem vários estudos. No entanto, não conseguiram demonstrar um efeito tóxico do beta-amilóide sobre esse neurônio, segundo estudos neuroquímicos (COHEN, 2001, p. 415).

Já segundo Poltroniere, Cecchettob, Souza, (2011, p. 132) fala da retrogênese “a evolução transforma-se em involução, a organização vertical ascendente, em desorganização vertical descendente”.

Fonseca, um estudioso da psicomotricidade, publicou em 1998 o livro *psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*, com os resultados de sua pesquisa a respeito da retrogênese na velhice. Nessa obra, o autor enfatiza a retrogênese observada na DA, propondo uma teoria cerebroendócrina na velhice, na qual se postula que o código genético contém genes programadores que iniciam e conduzem o processo de retrogênese. Essa teoria propõe que mutações cumulativas no DNA mitocondrial contribuem para o declínio fisiológico no envelhecimento e em doenças degenerativas tais como a DA (POLTRONIERE, 2011, p. 132).

²Hipocampo: Circunvolução situada na face inferior de lobo temporal do cérebro, subdividido do sistema límbico, onde o hipocampo tem a função de auxiliar na memória (SILVA, 2003, p. 97).

Observou-se nesse contexto, que existem vários tipos de retrogênese no idoso com DA. Levando em consideração de que a mesma faz parte da psicomotricidade da evolução humana. Retrogênese funcional, retrogênese cognitiva, retrogênese emocional, retrogênese neurológica e retrogênese neuropatológica; entendendo-se respectivamente: redução progressiva das funções; perda cognitiva com grau de demência avançado; comportamentos e sintomas psicológicos aumentando o sofrimento e a dificuldade da assistência prestada; na DA especificamente existem certos reflexos primitivos que são característicos dessa doença, sendo os reflexos de apreensão e muxoxo e como já foi citado a neuropatologia a respeito da degeneração sináptica, placas senis e emaranhados neurofibrilares (POLTRONIERE, CECCHETTOB, SOUZA, 2011, p. 113).

Na substância branca do cérebro: regiões Peri ventriculares e no corpo caloso é onde acontecem os pequenos infartos, desencadeando sintomas de demência; mostrando uma depressão tardia tendo como consequência o comprometimento cognitivo leve (POLTRONIERE, CECCHETTOB, SOUZA, 2011, p. 135).

Segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR); a Doença de Alzheimer (DA) é um tipo de demência senil, de declínio cognitivo crescente e irreversível, com múltiplos déficits cognitivos, dos quais um obrigatoriamente é a memória, suficientemente intensos para causar impacto nas atividades de vida diária (AVDs), excluindo outras doenças que poderiam explicar os sintomas observados (INOUE, PEDRAZZANI, PAVARINI, 2010, p. 10).

Também conhecida como enzima de clivagem APP, a enzima b-secretase o sítio beta 1 divide uma parte da molécula no lado externo da membrana celular para formar a proteína beta-amilóide, que possui agregados insolúveis, conhecidos como placas amilóides ou senis, acumuladas nos espaços entre os neurônios, nesses onde contêm vesículas de transporte que armazenam as proteínas sinápticas e os neurotransmissores dos corpos celulares para os terminais nervosos. Para estabilizar as estruturas de transporte é feito através da proteína tau, onde a mesma torna-se anormal sendo incapaz de manter as estruturas unidas, sendo estas causadoras de formar os ENF no interior dos neurônios, causando morte dos neurônios o que leva a demência (APSEN, CD- 2010).

Na DAIT, tem etiologia multifatorial e seu desenvolvimento é influenciado por grande número de marcadores genéticos que descreve uma variação na seqüência alélica como: receptores e transportados da serotonina (neurotransmissor importante para o SNC e periférico onde é responsável pelo controle do apetite, humor e sono), gene da paraoxonase (sistema transportador de lipídios), genes da interleucina I (IL1A e IL1B, mediadores potentes

de inflamação e imunidade), gene da proteína relacionada ao receptor de proteína de baixa densidade (LDL), medeia a degradação a APP a endocitose, as duas moléculas implicam na fisiopatologia da DA), gene da alfa 2 macro globulina, gene da enzima conversora de angiotensina (ECA), gene do receptor sigma tipo 1 (modula intra e extracelularmente o papel do íon Ca^{2+}), gene $\alpha 1$ – antiqumiotripsina, gene da apo lipoproteína CI e apo lipoproteína E (manter estrutura e regular o metabolismo), são polimorfismos mais relacionados com o início tardio do desenvolvimento da doença (BARROS, LUCATELLI, MALUF, ANDRADE, 2009, p. 18 a 21).

2.4 Estágios da Doença de Alzheimer

O comprometimento da memória parece ser apenas um déficit cognitivo importante, nos estágios iniciais da doença. Pois na medida em que a pessoa se torna mais apática e reservada, podem-se notar alterações da personalidade de maneira delicada. As alterações do comportamento e da aparência, geralmente tornam-se mais perceptíveis no estágio médio da doença, com isso, os distúrbios da personalidade e intelectuais tornam-se cada vez mais evidente. Depressão ou fantasias, alterações cognitivas profundas, incluindo uma acentuada desorientação pessoal e têmporo-espacial são observadas no estágio final da doença (COHEN, 2001, p. 414).

Para Freitas (2011, p. 184) a doença de Alzheimer é compreendida em três fases até o óbito do paciente, podendo durar de três a vinte anos entre a fase inicial, fase intermediária e fase avançada.

Fase inicial: Uma média de dois a três anos; o paciente ainda consciente apresenta sintomas difusos e vagos, desenvolvendo insidiosamente como dificuldade de lembrar-se de fatos recentes; déficits de memória; dificuldade de aprender coisas novas; desorientação progressiva em relação ao tempo; distração; apatia e perda de iniciativa para o convívio social; mania de esconder objetos e seus trabalhos rotineiros passa a ser realizados mais vagorosamente. Nesta fase muitos familiares por falta de conhecimento, acreditam que o doente de Alzheimer apresenta quadro depressivo devido a mudança de comportamento sendo reconhecida como doença a partir da segunda fase (FREITAS, 2011, p. 183).

No início o processo de aprendizado está prejudicado e há comprometimento de memória de evocação, os sintomas são pouco percebidos e pelos olhos dos familiares passam despercebidos. A memória de longo prazo ou semântica pode ser testada pelo teste de fluência

verbal. O esquecimento ou troca de palavras vão se empobrecendo e lentamente há perda de orientação no espaço e tempo (BARBOSA, CALDEIRA, 2012, p. 29).

O hipocampo e o lobo temporal são afetados nos estágios iniciais da doença, resultando em perda da memória de curto prazo. Lapsos de memória e esquecimento de palavras familiares são apresentadas por esses pacientes, bem como localização e nomes de objetos do cotidiano. Esses sintomas, entretanto podem não ser perceptíveis para familiares e amigos, podendo ainda não ser evidenciados durante um exame médico. Onde se segue por um leve declínio na memória, podendo ser evidenciado durante o exame médico, e geralmente percebido pelas pessoas queridas e próximas (APSEN, CD- 2010).

Fase intermediária: Uma média de dois a dez anos; nesta fase é notório perda de memória de curto em longo prazo. O raciocínio pouco funciona; o julgamento torna-se alterado; as habilidades verbais são reduzidas; confusão mental com movimentos e palavras; alterações de comportamento; dentre estas: frustração, inquietação, agitação e agressão física e verbal. Pode apresentar também alucinações; problemas com o sono; incontinência urinária e passa a se dependente da ajuda de terceiros para realizar suas atividades da vida diária, como: vestir-se, alimentar-se e banhar-se. Para este diagnóstico existem escalas de avaliação para os sintomas neuropsiquiátricos: como a depressão, psicose e agitação na DA (FREITAS, 2011, p. 184).

Com a evolução da doença, aparecem apraxias ideomotoras e ideatórias – execução de um gesto sob comando ou seqüência de atos motores. Sintomas não cognitivos ou comportamentais e mudança de personalidade. Estes podem piorar com a evolução ou estar presentes anos antes do início dos sintomas cognitivos. Como distúrbios de alucinações, agressividade, alimentares, desinibição, delírios e perambulação (BARBOSA, CALDEIRA, 2012, p. 30).

Nos estágios intermediários, as placas espalham-se para o lobo frontal, caracterizados por grandes lacunas de memória surgindo déficits em funções cognitivas. Os pacientes passam a precisar de assistência em AVD, tornando-se incapazes de lembrar detalhes importantes, como o número de telefone ou seu endereço; dificuldade de lembrar a data atual ou dia da semana; problemas com simples cálculos aritméticos. Constante deterioração da memória e alterações de personalidade. Alterando também o ciclo normal de sono e vigília; apresentar com frequência incontinência urinária e fecal; alucinações e delírios, desenvolvendo portanto comportamentos repetitivos e compulsivos a vagar-se e perder, sendo importante este idoso andar com uma identificação (APSEN, CD- 2010).

Fase avançada: Uma média de 8 a 12 anos, o paciente totalmente dependente da ajuda de terceiros para realizar todas as atividades de vida diária. Todas as funções cognitivas estão comprometidas: observa-se perda da linguagem verbal; irritabilidade constante ou total apatia; não reconhece mais os familiares; ficam acamados; apresenta dificuldade de deambular; perda de peso, mesmo se alimentando corretamente; disfagia; pneumonia; o aparecimento de úlceras de decúbito; passando a fazer o uso de fraldas geriátricas devido à incontinência; conseqüentemente as infecções urinárias (FREITAS, 2011, p. 184).

Nos estágios avançados, surgem problemas com ataxia, disartria, incontinência urinária e fecal e rigidez. O paciente já deixou de ter o autocuidado a essa altura, e são muito presentes as intercorrências infecciosas, bem como a bronco aspiração e úlceras por pressão. Para evitar iatrogenias e o prolongamento do sofrimento do paciente a família já deve estar preparada e ciente sobre os cuidados paliativos, pois o curso clínico é lento e progressivo (BARBOSA, CALDEIRA, 2012, p. 30).

Os ENF aumentam em áreas como os lobos parietais e núcleo amidalóide, durante o estágio final, tornando-se os pacientes totalmente acamados e dependentes de cuidados constantes. Suas funções cognitivas apresentam declínio grave, perdendo a capacidade de controlar os movimentos e de falar ou reconhecer a fala; sofrem de incontinência; perdem a capacidade de caminhar sem auxílio; a capacidade de responder-se deteriora e se instala a rigidez muscular, perdendo a capacidade de sorrir e deglutir. Para algumas pessoas podem levar uma década para atingir os estágios finais, enquanto para outras levam somente cinco anos. Contudo, as pessoas com DA não morrem em decorrência da doença propriamente dita, mas de complicações de uma queda, infecções do trato urinário e pneumonia (APSEN, CD-2010).

Para identificar e avaliar a relevância das queixas ou dos sintomas, o enfermeiro deve estar atento, em todas as oportunidades, dessa forma, observar a diminuição da capacidade mental e intelectual, considerando a idade e o grau de escolaridade; alterações psicológicas; no cuidado pessoal e de personalidade. Existe uma divergência entre a perda de memória e o simples esquecimento. Pois a falta de memória de certa forma dificulta a aproximação das pessoas, bem como nas relações afetivas, familiares e sociais. Já o esquecimento faz parte do processo de aprendizagem, e todos nós que somos pessoas consideradas “normais” passamos por isso no nosso cotidiano (SMELTZER, BARE, 2008, p. 154).

Conforme Inouye, Pedrazzani, Pavarini (2010, p. 2) o idoso tende a se confundir com facilidade na fase inicial da doença e esquecer-se de fatos recentes. Com a progressão da doença passa a apresentar dificuldades para simples tarefas como alimentar-se, vestir-se,

cuidar-se da própria aparência e no manuseio de utensílios domésticos. Com isso quando chega à fase final da doença aparecem os distúrbios graves de linguagem, ficando restrito no leito, com perda gradativa da autonomia e conseqüentemente sob supervisão, orientação e execução de quem cuida do mesmo, uma vez que o idoso não consegue discernir as situações que envolvam risco ou perigo.

Segundo Talmelli, Gratão, Kusumota, Rodrigues (2010, p. 934) já no estágio inicial da doença, ocorre um declínio em relação as Atividades de Vida diária (AVDs) como um todo, e para o enfermeiro que avalia o nível de independência funcional logo de início, através da consulta de enfermagem, ele antecipa o planejamento do cuidado para o idoso com DA.

2.5 Manifestações Clínicas

Segundo Araujo, Araújo (2012, p. 4), perder a memória ou ficar confuso não faz parte do envelhecimento normal, com isso muitas pessoas deixam de valorizar sinais que podem contribuir para o diagnóstico precoce do problema, retardando, assim, a possibilidade de tratamento. É necessário, no entanto ter atenção em alguns sinais que servem de alerta para a necessidade de avaliação médica imediata como: perda de memória, perda de iniciativa, perda de objetos, mudanças na personalidade, problema com a linguagem, desorientação no tempo e no espaço, problemas com pensamento abstrato, mudanças no humor e no comportamento, dificuldade na execução de tarefas já conhecidas, pobreza ou declínio de julgamento (perda de crítica).

Os declínios da capacidade intelectual e mental constituem a essência da demência. Lembrando que os sinais e sintomas dependem do estágio da doença, bem como a evolução. Ocorre também desorientação quanto auto, alo e crono, apresentando diminuição no rendimento funcional e reações mais complexas como agressão física, agitação, irritação e ridicularizar (SMELTZER; BARE, 2008, p.158).

2.6 Diagnóstico

O diagnóstico precoce da doença é uma condição de extrema importância para que sejam desenvolvidas intervenções paliativas melhoradas. Fazendo com que a pessoa se prepare mental e emocionalmente para as mudanças que virão. Com isso são essenciais a história de saúde, história clínica, história social e cultural; história medicamentosa; e o exame físico (SMELTZER, BARE, 2008, p. 171).

O processo de envelhecimento normal é confundido com os sintomas iniciais da DA. Por isso a doença é diagnosticada tardiamente, demorando a família a buscar orientações por profissionais e/ ou serviços de saúde especializados. É possível um prognóstico, se a doença for diagnosticada no estágio inicial (ASSOCIAÇÃO... 2013 a, p. 03).

Percebe-se segundo as pesquisas a evidência de uma atrofia cerebral extensa, ou seja, há uma mudança no cérebro característica quanto ao peso e o tamanho. Não existe nenhum exame precocemente e fidedigno que possa diagnosticar esta enfermidade. Alguns exames como: Tomografia computadorizada, raios-X, ressonância magnética, cintilografia cerebral, podem ajudar quanto à deterioração da doença, ou excluir outras demências (BORGES, 2010, p. 19).

O diagnóstico definitivo da DA pode ser confirmado somente por meio de estudo histopatológico de tecido encefálico, e por três grupos diferentes, critérios para o diagnóstico anatomopatológico da DA, fundamentados na gravidade e na disseminação dos emaranhados neurofibrilares (ENF) e/ ou placas senis (PS) : os do Instituto Nacional de Saúde dos EUA (critérios quantitativos para a densidade de placa senil e, mais recentemente, de placas neuríticas – lesões mais maduras e ENF em três áreas do neocórtex de acordo com a faixa etária; os do CERAD - Consórcio para o estabelecimento de registro da doença de Alzheimer (critérios qualitativos para os diagnósticos neuropatológicos da DA ausente, possível, provável definido baseado na análise semiquantitativa de PS por mm² classificadas como esparsas, moderadas ou freqüentes em pelo menos cinco regiões cerebrais, incluindo-se áreas neocorticais e o hipocampo ajustadas para três faixas etárias distintas; e os do Instituto Nacional do Envelhecimento e Instituto Regan dos EUA (1997) (critérios semiquantitativos para classificação como de probabilidade alta da DA com base no exame neuropatológico de cinco áreas neocorticais, formação hipocampal, substância negra locus coeruleus. Nessas regiões são avaliadas a densidade de OS de acordo com os critérios do CERAD e é feita a classificação dos ENF de acordo com os estágios de acometimento de Braak e Braak: I a VI descritos em 1993) (FREITAS, 2011, p. 188 e 189).

Segundo Brasil (2010, p. 5), o diagnóstico definitivo de DA só pode ser realizado por necropsia, onde será realizada uma identificação específica encontradas do número de placas senis e enovelados neurofibrilares, em regiões específicas do cérebro. Somente após o constatado de óbito do cliente é que se pode realmente dar um diagnóstico preciso da DA.

No contexto de Talmelli, Gratão, Kusumota, Rodrigues (2010, p. 934), a equipe multidisciplinar junto com a avaliação da capacidade funcional da enfermagem que também visa o cuidado centrado na família, torna-se tão essencial quanto ao diagnóstico. Com isso o enfermeiro consegue avaliar, elaborar e executar o cuidado prestado ao idoso, e para que ocorra uma resposta efetiva e desejável precisa criar um vínculo junto com a família, ao mesmo tempo preparando ambos para a progressão da doença.

O Mini Exame do Estado Mental - MEEM é um teste de avaliação cognitiva, que tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial. Este teste é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhadas para avaliar 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 de um mínimo (0) até o total máximo (30). No Brasil foi traduzido e adaptado por Bertolucci et al.⁽⁹⁾; em 1994. Nesse estudo, que se tornou uma referência obrigatória em nosso meio, foi demonstrada a importância da escolaridade no escore total do teste (TALMELLI, GRATÃO, KUSUMOTA, RODRIGUES, 2010, p. 934).

O beta-amiloide e a proteína fosfo-tau, são marcadores biológicos que passam a fazer parte da investigação clínica da DA. Como se sabe a proteína beta-amiloide que é acumulada normalmente no cérebro, é acumulada nas placas senis, um dos marcos patológicos da doença. Sendo que há evidências de que pequena quantidade delas é necessária para manter os neurônios viáveis. A beta-amiloide é eliminada pelo líquido, porém na DA tem um acúmulo no cérebro, fazendo com que haja redução pelo líquido. Ocorrendo fosforilação simultaneamente da proteína tau, que é o que forma dentro dos neurônios, os chamados ENF, sendo outra alteração patológica da DA. A fosfo-tau é eliminada pelo líquido, após a morte neuronal, aumentando sua concentração. Portanto o que ocorre na DA é um aumento da concentração de fosfo-tau no líquido e diminuição da concentração de beta-amiloide (ASSOCIAÇÃO..., 2013 a, p. 02).

Idem, “o problema na DA é que sua produção aumenta muito e moléculas acumulam-se como oligômeros, levando à alteração nas sinapses, o primeiro passo para a série de eventos que leva à perda de neurônios e aos sintomas da doença.”

Para Barbosa, Caldeira (2012, p. 29), pode-se avaliar a perda cognitiva pelo minixame do estado mental (MEEM) ou outra escala; juntamente com exames clínicos compatíveis e a história é outra forma de diagnóstico provável da DA. O MEEM faz com que através de perguntas pertinentes ao paciente, observando sua atenção quanto a si mesmo; ao lugar que está; ao calendário; repetições das mesmas palavras mais de três vezes; cálculos; reconhecimento e identificação de objetos como, por exemplo, um relógio e outras perguntas que podem ser identificadas no protocolo clínico de diretrizes terapêuticas (ANEXO A). Confirmando assim a DA, excluindo-se outras demências como: Demência vascular; Demência Frontotemporal, Doença de Lewy, doença de Binswanger e outras demências.

2.7 Tratamentos

Não existe cura para a DA, até o momento. Mas mesmo na fase grave da doença, os pacientes podem ter uma qualidade de vida, devido ao avanço da medicina. Os tratamentos podem ser farmacológicos e não farmacológicos (ASSOCIAÇÃO... 2013 a, p. 01).

As interações pessoais e os cuidados às vezes não bastam para acalmar o comportamento desafiador ou aliviar os sintomas de depressão ou ansiedade. Não se dispõe de medicamentos capazes de interromper ou modificar o curso da DA nem de impedir sua progressão, porém o tratamento medicamentoso tem o objetivo de propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo, da realização e do comportamento das atividades da vida diária, minimizando os efeitos adversos (BRASIL, 2010, p. 2).

2.7.1 Tratamento Farmacológico

Para tratar a DA deve-se ter um assistência multidisciplinar, envolvendo suas peculiaridades de condutas e os diversos sinais e sintomas da doença. Os fármacos colinérgicos são considerados os de primeira linha como: rivastigmina, galantamina e donepezila, (inibidores da acetilcolinesterase) sendo todos recomendados para o tratamento da DA leve à moderada, sendo assim o paciente precisa assinar o termo de esclarecimento e responsabilidade (ANEXO 2) (BRASIL, 2013, p.7).

O fundamento para o uso de fármacos colinérgicos recai no aumento da secreção ou no prolongamento da meia-vida da acetilcolina na fenda sináptica em áreas relevantes do cérebro. É sabido há muitos anos que a degeneração das vias colinérgicas cerebrais desencadeia algumas das manifestações da DA avançada e, em particular, contribui para os déficits característicos da cognição. Diversas abordagens colinérgicas, como agonistas muscarínicos e nicotínicos e compostos para aumentar a liberação da acetilcolina, foram experimentadas como tratamento para a DA, mas sem efeitos clínicos úteis. Alguns compostos foram muito efêmeros em seus efeitos terapêuticos, e um problema comum e previsível foi a incidência de efeitos adversos devido à ação colinérgica periférica (BRASIL, 2010 p.7).

A administração crônica de selegilina, um inibidor seletivo da monoamino oxidase, para combater o estresse oxidativo que ocorre durante a DA, pode reduzir a concentração de radicais livres e de outras neurotoxinas no cérebro. Estão sendo estudado em ensaios clínicos, outro antioxidante comum, a vitamina E tanto quanto a selegilina (COHEN, 2001, p. 416).

As drogas disponíveis procuram reforçar a eficiência dos neurônios lesados, bem como aliviar alguns dos sintomas como agitação, ansiedade, insônia e depressão. Para reduzir

o declínio cognitivo existem duas classes de drogas: anticolinesterásicos que atuam aumentando os níveis de neurotransmissores no cérebro e antiglutamatérgicos como a memantina que é usada para tratar estágios moderados a grave da DA, prevenindo a lesão neuronal por glutamato (neurotransmissor), podendo ser combinada com um inibidor da colinesterase. As drogas ansiolíticas ajudam a aliviar a ansiedade; as drogas antipsicóticas tratam sintomas como alucinações, agressividade e delírio e os antidepressivos quando o paciente mostra sinal de depressão (APSEN, CD- 2010).

São recomendados alguns exames complementares como: hemograma completo, albumina, creatinina, concentrações séricas da uréia, enzimas hepáticas, hormônio tireoestimulante, vitamina B12 e cálcio, tiroxina livre, reações sorológicas para VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ou sífilis, em pacientes com idade inferior a sessenta anos, sorologia para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e em situações particulares o exame do líquor cefalorraquidiano (NITRINI, et al., 2005, p. 716).

2.7.2 Tratamento Não – Farmacológico

A romã está se tornando uma combinação no tratamento da DA, encontrados na casca da romã, sendo potentes aliados na prevenção da doença, segundo um estudo desenvolvido da Universidade de São Paulo (USP), Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz. Pois segundo a pesquisa a casca da romã contém mais antioxidante do que sua polpa e seu suco, sendo estes essenciais para prevenção dos radicais livres que matam as células do nosso corpo, o que conseqüentemente acarreta doenças degenerativas (ASSOCIAÇÃO... 2013 b, p. 20).

É possível evitar, atrasar ou reduzir seu risco, através de hábitos saudáveis, como manter o estresse sob controle rigoroso, ficar socialmente e mentalmente ativo, fazer atividade física, ter qualidade no sono e seguir uma dieta saudável. São escolhas que vão proteger o cérebro (ASSOCIAÇÃO..., 2013 e, p. 30).

2.8 A Relação da Família Com o Doente de Alzheimer

Cuidar significa a doação do amor ao próximo, entender outrem, demonstrar empatia, responsabilidade, carinho e altruísmo, portanto para cuidar de outra pessoa, primeiramente, é preciso estar bem consigo mesmo. Vai muito além do atendimento das necessidades básicas de cada ser humano no momento de fragilidade. Para isto, é necessário paciência e

experiência, pois muitas vezes o cuidar limita-se a atenção, ao carinho e a emoção. Cuidar de um paciente com Alzheimer é ainda mais difícil, pois dependendo do estágio da doença, o doente se encontrara totalmente dependente para realizar as atividades da vida diária (ADV) e apresentará limitações para: locomover-se, banhar-se, vestir-se, alimentar-se, entre outras atividades básicas (TELHA, 2007, p. 07).

As freqüentes e maiores dificuldades encontradas pelos familiares no cuidado desse doente é saber quando identificar suas escolhas, assumindo a tomada de decisão, ou seja, quando este estava orientado e consciente de seus atos ele deambulava para onde queria; portanto com a doença instalada ele vai onde querem o levar. O idoso com DA é um adulto que antes conduzia sem interferências e cuidava de sua vida sem precisar diretamente de outra pessoa. Tirar sua autonomia envolve sentimentos de compreensão e culpa (ASSOCIAÇÃO..., 2013 a, p. 02).

Os familiares de doentes com Alzheimer precisam se conscientizar quanto a importância de seu papel, que é fundamental, mas não devem abandonar suas atividades normais. Para evitar o estresse e o cansaço emocional, a família e o cuidador devem conversar sobre a doença e procurar ajuda profissional quando necessário. O cuidar vivencia as mais diversas emoções: medo, ansiedade, depressão, culpa e frustração. Por isso, é muito importante identificar esses sentimentos para não adoecer. Muitas vezes, esses anseios são regados de situações constrangedoras que contribui para uma série de problemas, como: descontrole emocional, dificuldades de relacionamento, abandono da família e alienação (FUNDAÇÃO..., 2010, p. 01 a 19).

Aceitar e lidar com o diagnóstico de Alzheimer é um desafio para a família e para o idoso, pois a doença provoca deficiência cognitiva, ou seja, o retardo da memória e dificuldades para reter informações recentes, o que interfere na relação doente X família. Com a evolução da doença, o idoso passa a apresentar uma série de dificuldades, como: desorientação; dificuldades de relacionamento; agressividade e em alguns casos a depressão. Outros sintomas surgem ao longo do tempo e compromete ainda mais o cotidiano do idoso. Dentre estes sintomas estão a apraxia (dificuldades de realizar movimentos especializados) e agnosia visual (dificuldade de reconhecer pela visão). O reconhecimento diminui a ponto do paciente não reconhecer mais os familiares e amigos (TELHA, 2007, p. 08).

Nota-se que tanto a família quanto o cuidador familiar e/ou contratado precisam de apoio emocional para cuidar do idoso com Alzheimer, pois o cuidar está voltado para o campo da subjetividade. É preciso entender suas necessidades, tanto no tratar, como no pensar e no agir. Observa-se que em muitos casos é delegada a função de cuidador para uma pessoa

que carece de cuidados. Este é o maior desafio encontrado nos referenciais internos do cuidador (FONSECA; SOARES, 2008, p. 117).

Sistema de suporte informal é um tipo de cuidado direcionado aos idosos que inclui membros da comunidade, vizinhos, amigos e família, até mesmo voluntários que não recebem nenhuma remuneração. O Estado ainda não tem preparo para atender as necessidades das famílias em relação as doenças que acomete os idosos. Por conta disso muitas famílias optam por institucionalizar os idosos, buscando como alternativa viável uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Pois é um lugar que presta assistência gerontogeriatrica, utilizando sistema de cuidado continuado de forma integral (SILVA, SANTOS, 2010, p. 146).

O sistema “informal” tradicional de cuidado pela família, comunidade e amigos vai exigir muito mais apoio. Pessoas com sessenta anos ou mais, cerca de 13% globalmente, precisam de cuidados a longo prazo, principalmente para as pessoas com demência, totalizando cerca de oitenta por cento dos idosos. Através desse relatório foram descritas algumas recomendações como: a qualidade dos cuidadores em domicílio; pode haver uma qualidade de vida em casa pelo trabalho não remunerado da família e amigos (ASSOCIAÇÃO..., 2013 d, p. 40).

3 O PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO AO DOENTE DE ALZHEIMER E SUA FAMÍLIA

Aliviar o sofrimento, promover a saúde, evitar a doença e restaurar a saúde são responsabilidades fundamentais da enfermeira segundo o Conselho internacional de Enfermeiras (DU GAS, 2008, p. 39 a 42).

Idem, a visão holística da enfermeira significa participar da descoberta e tratamento da enfermidade como a DA. Protegendo este paciente dos fatores nocivos que podem agravar ainda mais sua saúde. O papel da enfermeira neste contexto é de ser conselheira e professora em assuntos de saúde, sendo ao mesmo tempo uma enfermeira assistencial: necessidade de alimentação, conforto, hidratação, sono e repouso, apoio emocional para o paciente e sua família, ajudar a enfrentar seus problemas de saúde, assim como a ansiedade e o estresse que acompanham os desvios da saúde. Executar atividades de enfermagem como: compreensão, delicadeza, empatia e respeito pelo paciente como um indivíduo de dignidade e valor, significam a preocupação em relação ao paciente. Enfermeira no aspecto da proteção: ajudar o paciente a tomar as medidas que o irão proteger das influências adversas do ambiente, bem como preservação de sua capacidade de defesa e proporcionar proteção. No aspecto curativo: a administração das medicações e a execução dos tratamentos ilustram algumas das medidas terapêuticas tomadas pelas enfermeiras. E outros aspectos como: defensora do paciente, coordenar e ensinar.

A enfermeira pode incluir, em seu plano de assistência, diretrizes para outros membros da equipe de enfermagem, no sentido de encorajar o paciente a se alimentar e vestir, e a assumir responsabilidade cada vez maior, em relação à sua própria higiene. No desempenho dessas atividades, a enfermeira funciona *interdependentemente*, isto é, baseando suas decisões na consulta com outras pessoas da área da saúde (DU GAS, 2008, p. 42).

No contexto de multidisciplinaridade na ILPI, o enfermeiro desenvolve várias atividades com a pessoa idosa, considerando os aspectos espirituais e biopsicossociais vivenciados pela família e o doente. Sendo de competência do enfermeiro algumas funções como: administrar, cuidar, gerenciar, investigar e pesquisar. Tão relevante, para se tornar satisfatório a pessoa idosa que terá uma vida mais sossegada e ficará sob o cuidado institucionalizado com uma equipe multidisciplinar para atender suas necessidades, bem como a confiança e tranquilidade da família que sentirá menos culpada por colocar seu idoso em uma institucionalização (SILVA, SANTOS, 2010, p. 776).

Segundo, Polaro, Gonçalves, Alvarez (2013, p.161), para desenvolver ações no cuidado de pessoas que iniciam um processo de deterioração da saúde, como a DA é fundamental demonstrar afeto, cautela e dedicação. Isso é evidenciado no senso comum, pela perceptibilidade da enfermagem como profissão da saúde.

A atuação do enfermeiro é importante em qualquer circunstância ou lugar que o mesmo vai trabalhar, ou seja, tanto numa institucionalização, domicílio e azilos que presta cuidado ao idoso, oferecendo assistência integral a saúde do mesmo e sua família. Levando em consideração que o idoso com DA no decorrer de seu estadiamento ele fica mais susceptível a quedas, sendo importante deixá-lo em lugares que possam trazer conforto, segurança e tranquilidade (SILVA, SANTOS, 2010, p. 277).

Idem, no Brasil para o ano de 2026, “exigirá a realização dos cuidados de enfermagem para os idosos residentes em ILPI, onde irá requerer equipe multiprofissional habilitada para o cuidado da pessoa idosa”.

O enfermeiro é um profissional que está habilitado a integrar a equipe multidisciplinar dando apoio e suporte para realização dos cuidados intra e extradomiciliares, já que reúne experiência e conhecimento necessários para dedicar atenção especial aos cuidadores leigos, almejando a prepará-los para os cuidados com os idosos diariamente, utilizando a enfermagem como prática social em que se pode aplicar o cuidado holístico para o atendimento dos seus clientes de acordo com suas necessidades, e contribuir para o planejamento das ações de cuidado reguladas na educação em saúde (GAIOLI, FUREGATO, SANTOS, 2012, p. 07).

Uma abordagem educativa do enfermeiro é procurar identificar primeiramente as reais necessidades de cada indivíduo, conhecer a fase da doença do idoso e quais as possibilidades do cuidador e da enfermagem em relação à família, é importante conhecer o grau de escolaridade tanto do idoso quanto do cuidador. É realizado pelo enfermeiro um “diagnóstico” sobre o cuidador, onde poderá trazer informações valiosas para promover sua própria capacidade resiliente (GAIOLI, FUREGATO, SANTOS, 2012, p. 08).

Uma enfermeira carinhosa, atenciosa e competente passa confiança para o idoso, mesmo na DA em longo prazo tanto no domicílio como em uma institucionalização. A mesma deve considerar a cultura, religião e costumes desse idoso para planejar um plano de cuidados (POTTER, PERRY, 2004, p. 210).

4 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

4.1 Processo de Enfermagem

Para Alfaro-Lefevre (2005, p.44), “Elemento fundamental no uso do processo de enfermagem é o reconhecimento de seu papel como defensora do cliente e de seu modo de agir, com profissionalismo e ética.”

O processo de enfermagem utiliza-se de uma metodologia científica e dinâmica para se introduzir, no exercício profissional, uma teoria de enfermagem, para que as idéias sejam estabelecidas na prática (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 38).

Utilizando a SAE, o enfermeiro predomina a consulta de enfermagem, que favorece assistir o cliente na dimensão social, com uma ampliada ação no processo saúde/doença. Criando um vínculo com a pessoa idosa juntamente com a família, sem a especificidade de cuidados gerontológicos (POLARO, GONÇALVES, ALVAREZ, 2013).

Importante salientar a atuação do enfermeiro na utilização do diagnóstico de enfermagem para cuidado do doente de Alzheimer. Sendo o este o agente principal na coleta dos dados por meio do julgamento clínico para dar sentido aos dados coletados como a base e o oferecimento de intervenções para o alcance de resultados positivos de saúde, que é definido como:

Uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, as preocupações ou os problemas de saúde do paciente e / ou a decisão de agir (ou não), usar ou modificar abordagens padronizadas, ou improvisar novas abordagens entendidas como apropriadas, por meio da resposta do paciente (GARCEZ, 2012, p. 112).

Divide-se em cinco etapas inter-relacionadas o processo de enfermagem:

A investigação é a primeira etapa do processo de enfermagem, que busca informações abrangentes para verificar a condição de saúde ou de doença, com o intuito de identificar os problemas, as necessidades, medos e receios desse cliente. Com isso há cinco etapas a serem seguidas, para que o enfermeiro consiga de forma persistente e organizada a eficácia na entrevista: é indispensável a coleta de dados (entrevista e exame físico); validação dos dados; agrupamento dos dados; identificação de padrões; comunicação e registro, fazendo com que o enfermeiro tenha uma visão holística do mesmo (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 39).

A segunda etapa do processo de enfermagem é o diagnóstico, sendo este fundamental, trata-se de analisar, identificar e interpretar os dados obtidos na investigação. O diagnóstico é formado por problemas reais ou complicações potenciais, junto com a etiologia e a sintomatologia (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 41).

Segundo Garcez, (2013), o diagnóstico de Enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde. O Diagnóstico de Enfermagem proporciona a base para seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Alguns diagnósticos direcionados ao paciente com DA, segundo Garcez (2013).

Ansiedade relacionada à morte: relacionado com a percepção da proximidade da morte, caracterizado por tristeza (p. 406).

Comunicação verbal prejudicada: relacionado com alteração no sistema nervoso central (SNC), caracterizado por dificuldade para formar palavras (p. ex. afonia, dislalia, disartria), (p. 335).

Confusão crônica: relacionado com Doença de Alzheimer, caracterizado por memória recente prejudicada (p. 328).

Constipação: relacionado pela confusão mental, caracterizado por dor abdominal e maciez à percussão abdominal (p. 259).

Deambulação prejudicada: relacionado por prejuízo cognitivo, caracterizado por capacidade prejudicada para percorrer as distâncias necessárias (p. 280).

Déficit no autocuidado para banho: relacionado por prejuízo cognitivo, caracterizado por incapacidade de lavar o corpo (p. 310).

Deglutição prejudicada: relacionado aos problemas de alimentação devido ao comportamento, caracterizado por engasgo antes da deglutição (p. 227).

Fadiga: relacionado ao esforço físico aumentado, caracterizado por aumento das queixas físicas (p. 287).

Incontinência urinária funcional: relacionado por cognição prejudicada, caracterizado por perda de urina antes de alcançar o banheiro (p.255).

Insuficiência na capacidade do adulto para melhorar: relacionado com a depressão, caracterizado por apatia, anorexia e declínio cognitivo (p. 409).

Integridade da pele prejudicada: relacionado com proeminências ósseas, caracterizado por rompimento da superfície da pele (p. 494).

- Medo:** relacionado ao dano sensorial, caracterizado por capacidade de aprendizagem diminuída (p. 427).
- Negação ineficaz:** relacionado com a ansiedade, caracterizado por demonstrar afeto inadequado (p. 429).
- Nutrição desequilibrada:** menos que as necessidades corporais, relacionado a capacidade prejudicada de ingerir os alimentos, caracterizado por perda de peso com ingestão adequada de comida (p. 233).
- Padrão de sexualidade ineficaz:** relacionado por déficit de conhecimento sobre a doença ou tratamento médico, caracterizado por alterações na percepção do papel sexual (p. 389).
- Padrão de sono prejudicado:** relacionado com imobilização física, caracterizado por capacidade funcional diminuída (p. 275).
- Perambulação:** relacionado com atrofia cortical, caracterizado por comportamentos como se procurasse alguma coisa (p. 289).
- Planejamento de atividade ineficaz:** relacionado com a capacidade de processar informações, caracterizado por falha em um padrão de comportamento (p.436).
- Proteção ineficaz:** relacionado com a nutrição inadequada, caracterizado por agitação, desorientação, fraqueza e úlceras de pressão (p. 221).
- Religiosidade prejudicada:** relacionado com crises do estágio final da vida, caracterizado por dificuldade em aderir crenças religiosas prescritas (p.468).
- Resiliência individual prejudicada:** relacionado por pouca inteligência, caracterizado por aumento renovado de angústia, culpa, isolamento (p. 444).
- Risco de aspiração:** relacionado com nível de consciência reduzido (p. 489).
- Risco de infecção:** relacionado por desnutrição (p.485).
- Sentimento de impotência:** relacionado à doença, caracterizado por dependência de outros (p. 423).
- Tristeza crônica:** relacionado com crises relativas aos estágios do desenvolvimento, caracterizado por relato de sentimentos expressos de tristeza (p.448).
- O planejamento é a terceira etapa do processo de enfermagem, onde o enfermeiro traça-se um plano de cuidados, estabelecendo prioridades, para atingir resultados relacionados aos diagnósticos que foram identificados na etapa de diagnóstico de enfermagem. Para que o processo seja ainda mais eficaz, faz-se necessário o levantamento de dados e organização da implantação e execução do plano abrangente de cuidados (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 46).

A quarta parte do processo é a implementação, onde são realizadas ações baseadas no plano de cuidados em busca de resultados satisfatórios, ou seja, onde o enfermeiro faz uma intervenção e conseqüentemente cria estratégias, de forma que seja possível assistir o cliente em suas atividades, educar e orientar a família e o cliente. Com isso o enfermeiro vai descrever a forma de reduzir a probabilidade de danos decorrentes de alguma intervenção (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 49).

A avaliação ou evolução constante e sistemática é a quinta etapa do processo de enfermagem, são ações ou intervenções de enfermagem com o objetivo de analisar se o que foi feito houve resultado; há necessidade de mudanças ou adaptações; qual o tempo, a quantidade, a satisfação do cliente e os recursos materiais requeridos na execução do cuidado individualizado, de maneira criteriosa, detalhada e determinada do cuidado do paciente de vários aspectos (TANNURE, GONÇALVES, 2008, p. 51).

O uso do termo “diagnóstico de enfermagem” deixou claro que os enfermeiros diagnosticam, porém é importante ressaltar que o processo do diagnóstico na enfermagem é diferente do da medicina. O foco de atendimento desse profissional é a pessoa como um todo, ou seu alcance bem-estar e da autorealização. Tendo os diagnósticos de enfermagem como fundamento do atendimento, os enfermeiros precisam desenvolver competências para diagnosticar, dentre estes o domínio intelectual, interpessoal e técnico (GARCEZ, 2013, p. 113).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que Alois Alzheimer diagnosticou a DA no ano de 1906, logo confirmada como patologia neurológica as pesquisas não pararam por aí. Pode-se observar através de várias referências que a DA vem aumentando a cada dia originados a partir de outros fatores de risco diferentes como: idade, hereditariedade, sexo, traumatismo craniano, educação, estilo de vida, toxicidade e síndrome de Down.

Os dados demográficos deixaram claro que esta é e será uma das doenças mais comum a ser discutida ainda futuramente, pois a incidência vem aumentando no cotidiano, onde afetará milhões de pessoas, chegando há cento e quinze vírgula quatro milhões no ano de dois mil e cinquenta, segundo o Jornal o Globo, 2013.

Compreende que o Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa que causa morte progressiva de neurônios e irreversível das funções cognitivas e não cognitivas, devido ao comprometimento das células neuronais, ocasionando lesões descritas como placas senis e emaranhados neurofibrilares. Através dos sinais e sintomas foi possível explicar a doença, sendo subdividida em três estágios ou fases que vai da primeira (déficits de memória); segunda (perdas de funções cognitivas e não cognitivas) e terceira (todas as funções comprometidas até que o mesmo fique acamado levando ao óbito por agravo de outras doenças).

Quanto aos tratamentos farmacológicos, demonstrou que o cliente deve assinar um termo de livre esclarecimento e responsabilidade e os não farmacológicos, bem como o MEEM. E mais do que isso, ressaltou a importância da família no contexto, pois é um elo de grande ajuda e auxílio no tratamento do doente com a DA.

Portanto a orientação e conscientização dos cuidados adequados a cada cliente devem ser repassadas de forma sutil pela enfermagem, devendo implantar os processos de humanização diante da fragilidade adquirida pela enfermidade, resultando numa visão holística, visando o espiritual, o emocional, a intuição e o racional. O enfermeiro contemporâneo deve atentar as várias manifestações que o idoso venha apresentar como: a desorientação no tempo e espaço; dificuldades na alimentação e para reconhecer familiares e distúrbios cognitivos, comportamentais e funcionais. Utilizar a SAE para traçar diagnósticos direcionados com o cliente que apresente a DA, formulando assim um plano de cuidados, bem como através da consulta médica orientar a família e cuidadores em relação aos sinais apresentados em cada estágio da doença, visando o bem-estar não somente do cliente como também de sua família.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- APSEN. (CD). Desenvolvido e produzido por Focus Medica Pte Ltd., **Alzheimer: Alois (cloridrato de memantina)**. Cingapura, 2010.
- ARAUJO, Silvio; ARAUJO André. Guia do cuidador. **Novartis**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER (ABRAZ). **Estudo aponta sete medidas para evitar Alzheimer**. 2011. Disponível em: <<http://www.abraz.com.br/noticia.php?Id=8>>. Acesso em: 06 julho 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Romã é usada na prevenção do Alzheimer**. 2013. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/archive/12002>. Acesso em 05 de out. 2013.
- ASSOCIAÇÃO DOS AMIGOS E PARENTES DE AMIGOS DE PESSOAS COM ALZHEIMER, DOENÇAS SIMILARES E IDOSOS DEPENDENTES (APAZ). **Alzheimer**. 2013. Disponível em: <http://www.apaz.org.br/alzheimer.html>. Acesso em: 05 out. 2013.
- ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE ALZHEIMER (ALZ). **Relatório Mundial de Alzheimer 2013. Uma análise dos cuidados de longa duração para a demência**. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2013>. Acesso em 05 de out. 2013.
- ASSOCIAÇÃO URUGUAIA DE ALZHEIMER (AUDAS). **O que é a doença de Alzheimer e como evitá-lo?** 2013. Disponível em: <http://www.audas.org.uy/index.php/informacion/que-es-el-alzheimer>. Acesso em 05 de out. 2013.
- BARBOSA, Atílio Gustavo Blanco; CALDEIRA, Sandriani Darine. **Geriatría e Cuidados Paliativos**. 1º ed. São Paulo: Medcel, 2012.
- BARROS, Alessandra Chiele; LUCATELLI, Juliana Faggion; MALUF, Sharbel Weidner; ANDRADE, Fabiana Michelsen de. Influência Genética da Doença de Alzheimer de Início Tardio. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.36, n.1, São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 03 de Nov. 2013.
- BORGES, Marcio F. **Sete Histórias de Alzheimer**: histórias que ajudam a cuidar de idosos com a doença de Alzheimer. Juiz de Fora: Cortez, 2010.
- BRASIL - **Secretaria de Atenção à Saúde**. Portaria N 491, de 23 de Setembro 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_alzheimer.pdf>. Acesso em: 11 de julho 2013.

COHEN, Helen. **Neurociência para Fisioterapeutas**: incluindo correlações clínicas. São Paulo: Manole Ltda, 2001.

DU GAS, Beverly Witter. **Enfermagem Prática**. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FONSECA, Aline Miranda; SOARES, Enedina. O Cuidador e os Cuidados ao Portador de Doença de Alzheimer: Contribuições à Enfermagem. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.12, n. 4, p.501-507, out/dez. 2008.

FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FUNDAÇÃO AFFEMG DE ASSISTÊNCIA E SAÚDE (FUNDAFFEMG). **III Grupo de Orientação aos Cuidadores de Idosos**. Belo Horizonte: Clínica Fisior, 2010. p.1-19.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto e contexto – enferm.** Vol. 21 no 1 Florianópolis Jan./ Mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100017. Acesso em 09 de mar. 2014.

GARCEZ, Regina Machado (tradutora). **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA** Internacional: Definições e classificação. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GUIMARÃES, Diocleciano Torrieri (Org.). **Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem / Organização**. São Paulo: Rideel, 2009.

INOUE, Keika; PEDRAZZANI, Elizete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. **Rev. esc. Enferm. USP**. Vol.44 no.4 São Paulo Dec. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400034. Acesso em 13 de set. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/0404sintese.shtm>. Acesso em 11 de out. 2013.

JORNAL O GLOBO SAÚDE - **Alzheimer deve ser prioridade mundial, diz OMS**. 2013. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/saude/alzheimer-deve-serprioridade-mundial-diz-oms-4615868>. Acesso em 09 de out. 2013.

LUCATELLI, Juliana Faggion; BARROS, Alessandra Chiele; MALUF, Sharbel Weidner; ANDRADE, Fabiana Michelsen de. Influência genética sobre a Doença de Alzheimer de Início Precoce. **Rev. psiquiatr. Clin.** Vol. 36 no.1 São Paulo 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832009000100004&script=sci_arttext. Acesso em 03 de Nov. 2013.

NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo; BOTTINO, Cássio Machado de Campos; DAMASCENO, Benito Pereira; DOZZI BRUCKI, Sônia Maria; ANGHINAH, Renato. **Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil**. Critérios Diagnósticos e Exames Complementares: Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq. Neuro Psiquiatr. vol.63 no.3a São Paulo Set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2005000400034&script=sci_arttext. Acesso em 12 de nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) **Prevê que Mundo Terá 65,7 Milhões de Pessoas com Demência até 2030**. Notícias, 12 de abril de 2012. Disponível em: <http://www.onu.org.br/oms-preve-que-mundo-tera-657-milhoes-de-pessoas-com-demencia-ate-2030/>. Acesso em: 03 de Nov. 2013.

POLARO, Sandra Helena Isse; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras de estratégia saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP** vol. 47 no. 1 São Paulo Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100020&script=sci_arttext. Acesso em 23 de set. 2013.

POLTRONIERE, Silvana; CECCHETTOB, Fátima Helena; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**. Vol. 32 no. 2 Porto Alegre jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 de ago. 2013.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ed.5, 2004.

SILVA, Josineide Costa. **Dicionário de Termos Técnicos e Populares de Enfermagem e Medicina**. 2º ed. Rio de Janeiro: 2003.

SILVA, Bárbara Tarouco da; SANTOS, Silvana Sidney Costa. Cuidados aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paul. Enferm.** Vol. 23 no 6 São Paulo 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600010. Acesso em 21 de set. 2013.

SMELTZER, S.C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ed.11, v.1, 2008.

TALMELLI, Luana Flávia da Silva; GRATÃO, Aline Cristina Martins; KUSUMOTA, Luciana; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Rev. esc. Enferm. USP**. Vol.44 no.4 São Paulo Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400011&script=sci_arttext. Acesso em 13 de set. 2013.

TANNURE, M.C; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ed. 1, 2008.

TELHA, Celita Salmasco; et al. **Manual para cuidadores de idosos.** Londrina: Midiograf, 2007.

ANEXO A

A memantina, antagonista de receptor glutamatérgico, é utilizada em casos de moderados a graves da doença de Alzheimer, somente, só ou em combinação com anticolinesterásicos. A dose inicial é de 5mg/d, aumentando-se semanalmente até atingir a dose de 10mg 2x/d.

6. Miniexame do estado mental

1. Em que dia estamos? a) () Ano b) () Semestre c) () Mês d) () Dia do mês e) () Dia da semana
2. Onde estamos? a) () Local da consulta (consultório/hospital) b) () Rua c) () Bairro d) () Cidade e) () Estado
3. Repita as palavras (as 3 de uma vez, e o paciente repete): a) () Caneca - <i>Caneca</i> b) () Tijolo - <i>Tijolo</i> c) () Tapete - <i>Tapete</i>
4. Subtrações: 100 - 7 (5 vezes sucessivas) ou perguntar com dinheiro (se de R\$ 100,00 gastar R\$ 7,00, quanto fica?) a) () 93 b) () 86 c) () 79 d) () 72 e) () 65 <i>Observação: caso o paciente não saiba fazer contas ou se recuse, pedir para soletrar a palavra "mundo" de trás para frente (1 ponto para cada letra).</i>
5. Repita as palavras que disse há pouco (caneca, tijolo, tapete) – 1 ponto para cada palavra.
6. Mostre um relógio e pergunte "O que é isto?", e repita o mesmo com uma caneta – 1 ponto para cada objeto nomeado corretamente.
7. Repita o seguinte: "Nem aqui, nem ali, nem lá".
8. Siga uma ordem em 3 estágios: a) () Pegue este papel com a mão direita b) () Dobre-o ao meio c) () Ponha-o no chão
9. Leia e execute o seguinte: mostre uma folha escrito "Feche os olhos".
10. Escreva uma frase e permita que o paciente escreva uma sentença (deve haver sujeito e verbo).

ANEXO B

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
Donepezila, galantamina e rivastigmina.

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de DONEPEZILA, GALANTAMINA e RIVASTIGMINA, indicadas para o tratamento de DOENÇA DE ALZHEIMER.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico
_____ (nome do médico que
prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- redução na velocidade de progressão da doença;
- melhora da memória e da atenção.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso destes medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos da donepezila mais comuns: insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, dispepsia, câibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite e manchas roxas na pele;
- efeitos adversos da galantamina mais comuns: náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária, anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos;
- efeitos adversos da rivastigmina mais comuns: tontura, dor de cabeça, náusea, vômito, diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns: depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas;
- contra-indicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a super dosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- donepezila
- galantamina
- rivastigmina

Local: _____ Data: _____
Nome do paciente: _____
Cartão Nacional de Saúde: _____
Nome do responsável legal: _____
Documento de identificação do responsável legal: _____

Assinatura do paciente ou do responsável legal
Médico Responsável: CRM: UF: _____

Assinatura e carimbo do médico
Data: _____

OBSERVAÇÃO:

Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.