

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

SELMA PEREIRA FLORES

O ENVELHECER COM ALZHEIMER FRENTE À ENFERMAGEM

Juína-MT

2017

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE DO
JURUENA**

SELMA PEREIRA FLORES

O ENVELHECER COM ALZHEIMER FRENTE À ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Contábeis e de Administração do Vale do Juruena, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Profa. Ma. Leila Jussara Berlet.

Juína-MT

2017

**FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA**

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FLORES, Selma Pereira. **O envelhecer com Alzheimer frente à enfermagem.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena. Juína-MT, 2017.

Data da defesa: 23/11/2017

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof. Ma. Leila Jussara Berlet

Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena.

Membro Titular: Prof. Dr. Vinícius Antônio Hiroaki Sato

Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena.

Membro Titular: Prof. Dr. Isanete Geraldini Costa Bieski

ISE/AJES.

Local: Associação Juinense de Ensino Superior

AJES – Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena.

AJES – Unidade Sede, Juína-MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

*Eu, Selma Pereira Flores, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 1528512-0 SSP/MT, e inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 002000121-50, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnico-científica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **O envelhecer com Alzheimer frente à enfermagem**, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.*

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

Juína, de de 2017

Selma Pereira Flores

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente nas horas de angústia, agradeço também ao meu esposo, Josué, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades e aos meus filhos e família pelo apoio, amo todos vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e a todos que estiveram presentes em minha trajetória acadêmica.

Ao meu esposo Josué que de forma especial e carinhosa me deu força, coragem e apoio nos momentos de dificuldades durante esses cinco anos, bem como tem suportado minhas ausências, meu mau humor e ansiedade, sempre com muita paciência e muito amor. Pelo pai maravilhoso e dedicado com nossos filhos Willian e Wesley. Muito obrigado meu amor, não sei se teria conseguido sem seu incentivo, apoio e confiança. “TE AMO” por todo sempre, meu eterno amor.

Aos meus filhos Willian e Wesley, por terem sido tão companheiros e compreensivos nas noites das minhas ausências, por terem me apoiado nos dias difíceis, me ajudando nas suas orações e por terem sido esses filhos tão maravilhosos e especiais, por dizer “te amo mãe” nos momentos de desânimo. Obrigado meus filhos por vocês existirem e me fazerem tão feliz, Amo vocês.

Agradeço aos meus irmãos Sandra, Edson e Edinaldo por terem me dado apoio nos momentos difíceis, por terem acreditado que eu seria capaz. Amo vocês, meus irmãos queridos, obrigada!

E não deixando de agradecer de forma grata e grandiosa meus pais, Creusa e Tadeus, a quem eu rogo todas as noites a minha existência. Amo vocês por existirem em minha vida. E não deixando de agradecer também ao meu primo Jair Lopes, por ter me dado apoio nos momentos difíceis, por ter acreditado que eu seria capaz.

A todos os professores que durante toda minha graduação contribuirão de uma forma direta e indireta para a minha formação. Deus abençoe vocês, pelo carinho, paciência, dedicação e esforço de todos.

Agradeço em especial a minha professora e orientadora Leila Jussara Berlet, pela disponibilidade de me orientar e me ajudar nos momentos difíceis de indecisões, angústia, medo e insegurança, obrigada por ter feito parte desse momento tão especial para mim. Agradeço em especial a professora de estágio Lídia Catarina Weber e os professores Alesson Oliveira de Freitas e Suzamar Leite Brandão e a todas as equipes dos campos de estágios, que nos acolheram com muito carinho e respeito, nos ajudando e nos apoiando, obrigada a todos.

As minhas amigas Mirian, Regiane Santana, Regiane Amaral e meu amigo Ricardo Machado companheiros inseparáveis dos estudos e dos trabalhos em grupos, vivemos

momentos tensos e momentos bons. Muito obrigada minhas amigas queridas e você Ricardo. Aos que não estão mencionados aqui, mas que de uma forma ou de outra me ajudaram na construção desse trabalho.

Obrigada a todos que confiaram em mim.

RESUMO

Sendo considerada uma epidemia no século XXI a doença de Alzheimer traz consigo a necessidade de uma visão holística de gestores da saúde e o surgimento de novas políticas públicas que atendam essa demanda para melhorar a qualidade de vida. O objetivo desse estudo visa identificar os diagnósticos de enfermagem sobre a doença de Alzheimer em idosos a partir de publicações científicas na área de saúde. Para isso foi realizada uma Revisão da Literatura a partir de pesquisas utilizando Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A partir dos descritores: “Alzheimer” AND “Idoso” AND “Diagnósticos de Enfermagem”, 381 resultados, limitando para o período de 2011 a 2016, apenas artigos na língua portuguesa, retirando patentes e citações e considerando o tema da pesquisa foram localizados 07 artigos que após a leitura dos resumos foram obtidos 2 estudos que se adequaram aos objetivos dessa pesquisa. Ao realizar a pesquisa é notável a escassez de estudos sobre a doença de Alzheimer, principalmente os que elencam o processo de enfermagem.

Palavras-chave: Alzheimer; Idoso; Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRAT

Being considered an epidemic in the 21st century, Alzheimer's disease brings with it the need for a holistic view of health managers and the emergence of new public policies that meet this demand to improve the quality of life. The objective of this study is to identify the nursing diagnoses on Alzheimer's disease in the elderly from scientific publications in the health area. For this, a Literature Review was carried out using researches using Descriptors in Health Sciences (DeCS) in the Virtual Health Library (VHL). From the descriptors: "Alzheimer" AND "Elderly" AND "Nursing Diagnostics", 381 results, limiting to the period from 2011 to 2016, only articles in Portuguese language, removing patents and citations and considering the research theme were located 07 articles that after reading the abstracts were obtained 2 studies that were adapted to the objectives of this research. When conducting the research is remarkable the scarcity of studies on Alzheimer's disease, especially those that list the nursing process

Keywords: Alzheimer; Old man; Nursing.

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1- Critérios diagnósticos para a doença de Alzheimer- DSM V | 18 |
| Quadro 2- Critérios diagnósticos para a doença de Alzheimer da National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA)..... | 19 |
| Quadro 3- Sinopse dos artigos selecionados para revisão da literatura sobre o envelhecer com Alzheimer frente à enfermagem | 28 |
| Quadro 4- Principais diagnósticos de enfermagem encontrados na literatura | 30 |
| Quadro 5- Algumas alterações fisiológicas com o envelhecimento..... | 35 |
| Quadro 6- Prováveis sintomas de comprometimento cognitivo na Doença de Alzheimer | 36 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|---|
| ADI | Associação Internacional de Alzheimer |
| AVDs | Atividades da Vida Diária |
| BDENF- | Base de dados de enfermagem |
| BVS | Biblioteca Virtual de Saúde |
| DA | Doença de Alzheimer |
| DEcS- | Descritores em ciências de Saúde |
| IBGE- | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MS | Ministério da Saúde- |
| NANDA | North American NursingDiagnosisAssociation (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem) |
| NIC- | Nursing Interventions Classification (Classificação das Intervenções de Enfermagem) |
| NOC | Nursing Outcomes Classification (Classificação dos resultados de enfermagem) |
| SCIELO | Scientific Electronic Library Online |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 2.1 ENVELHECER: “OS CAMINHANTES GRISALHOS E SULCADOS PELA VIDA” .. | 15 |
| 2.2 O ENVELHER COM A DOENÇA ALZHEIMER: “UMA LONGA FATALIDADE” | 16 |
| 2.3 O ENFRENTAMENTO FAMILIAR COM AUXILIO DA ENFERMAGEM PROVENDO PARA MELHOR QUALIDADE DE VIDA AO IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER..... | 20 |
| 3 MATERIAL E MÉTODO | 23 |
| 3.1 TIPOS DE ESTUDO | 23 |
| 3.2 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA | 23 |
| 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO | 23 |
| 3.4 COLETAS DE DADOS | 24 |
| 3.5 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS | 24 |
| 3.6 ANÁLISES DOS DADOS | 24 |
| 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 24 |
| 4 RESULTADOS..... | 27 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A DOENÇA DE ALZEHEIMER EM IDOSOS | 27 |
| 4.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER EM IDOSOS..... | 29 |
| 5 DISCUSSÃO | 31 |
| 5.1 ALTERAÇÕES NO ENVELHECIMENTO E COMPROMETIMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER E AS CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM | 35 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 39 |
| REFERÊNCIAS | 40 |

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a expectativa de vida vem aumentando devido os avanços tecnológicos na área da saúde, refletindo assim na diminuição das taxas de mortalidade e aumento do envelhecimento populacional que, conseqüentemente, também aumenta as taxas de doenças crônicas não transmissíveis como as doenças neurodegenerativas, visto muitas vezes na população idosa (SILVA, *et al.*, 2013).

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa caracterizada como uma demência que acarreta importantes problemas no sistema cognitivo, definida por um aglomerado de sinais e sintomas clínicos que com o avançar da doença vão prejudicando os afazeres da vida diária e a funcionalidade do portador, acarreta prejuízos de memória, alterações comportamentais, problemas na fala, na alimentação, levando inevitavelmente ao estado vegetativo e morte (DIAS *et al.*, 2013).

A doença de Alzheimer não tem causa definida, mas com os vários estudos da comunidade científica acredita-se que existem fatores de riscos para desencadear a doença, sendo eles multifatoriais, como a idade, histórico familiar como ter um membro de 1º grau com a doença, síndrome de Down, mutações genéticas de 3 cromossomos (1, 14, 21) e a presença do gene apolipoproteína 4 (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

Portanto, esta pesquisa pretende responder o seguinte questionamento: quais os diagnósticos de enfermagem relacionados à assistência a saúde do cliente idoso portador do mal de Alzheimer encontrados a partir de publicações científicas na área de saúde?

Sendo considerada uma epidemia no século XXI a doença de Alzheimer traz consigo a necessidade de uma visão holística de gestores da saúde e o surgimento de novas políticas públicas que atendam essa demanda para melhorar a qualidade de vida dos portadores da doença e familiares, uma vez que a mesma causa perdas graduais da cognição e funcionalidade, trazendo consigo um longo sofrimento aos pacientes/clientes e familiares que o rodeiam (SILVA; SANTOS, 2012).

Para melhorar a qualidade de vida dos portadores da doença é necessária uma equipe multiprofissional capacitada e rodeada de conhecimento, para apoiar o paciente/cliente com terapias psicológicas, estimulações cognitivas, quanto aos familiares são necessárias estratégias como o apoio, educação e orientações, pois é uma grande sobrecarga o cuidar do idoso com

esta doença. Além destas estratégias ainda temos o fármacos que não curam, mas auxiliam a manter o bem estar (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

O profissional enfermeiro deve estar capacitado para atender esta demanda, pois há um aumento nos índices de pessoas com mais de 65 anos com demências no Brasil, sendo 70% de todos os casos a doença de Alzheimer. O país apresenta a prevalência média mais alta que a mundial com 55.000 novos casos por ano. Mundialmente em 2010 apontava-se 35,6 milhões de casos, estimando que esses números dobrassem a cada 20 anos, sendo a cada ano 7,7 milhões de novos casos, acarretando um novo caso a cada 4 segundos (GUTIERREZ *et al.*, 2014).

Assim, para responder a problemática da pesquisa tem-se a seguinte hipótese: os estudos não utilizam diagnósticos de enfermagem associados à doença de Alzheimer; abordam as estratégias de qualidade de vida aos idosos portadores de Alzheimer; poucos estudos discutem ou propõe como aplicar os diagnósticos associados à doença de Alzheimer.

Devido à doença de Alzheimer ser crônica e degenerativa, trata-se de uma doença de alto impacto econômico, foi estimado que o custo direto com a doença em 2010 foi de US\$ 604 bilhões. No Brasil parte destes custos é coberto pelo Sistema Único de Saúde, principalmente aqueles custos aplicados aos fármacos, o que nos faz repensar em estratégias para diminuir os custos e ao mesmo tempo proporcionar qualidade de vida aos portadores deste mal e familiares, já que veem aumentando a cada ano novos casos com esta doença (COSTA *et al.*, 2015).

Como a doença de Alzheimer cresceu na população idosa, foi criada pelo Ministério da Saúde a portaria nº. 703 de 12 de abril de 2002 que institui no Sistema Único de Saúde o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, que deve “assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem-estar e direito à vida” (BRASIL, 2002).

Consideramos a criação da legislação supracitada uma grande conquista, pois o idoso portador de Alzheimer está assegurado por legislações vigentes do ministério da saúde, que devem garantir o envelhecer deste com qualidade de vida.

Fui capturada pela temática por se tratar de um grupo em nossa sociedade que aumenta com o passar dos anos. O envelhecer com Alzheimer trata-se de um longo período de sofrimento para familiares e portador da doença, portanto compreende-se que o profissional enfermeiro é uma importante peça para ajudar na melhoria da qualidade de vida desses doentes e familiares, visto que este profissional assiste os mesmo em várias atenções da saúde, como na atenção primária, secundária e terciária. O enfermeiro com uma boa formação profissional elabora

estratégias para orientar, educar, esclarecer dúvidas e apoiar familiares e doentes, ajudando-os a passar pelos longos períodos de declínio com menos sofrimento (GUTIERREZ *et al.*, 2014).

Esta pesquisa teve como objetivo geral: conhecer os diagnósticos de enfermagem sobre a doença de Alzheimer em idosos a partir de publicações científica na área de saúde.

Os objetivos específicos que levaram a discussão do tema foram: Analisar os diagnósticos de enfermagem sobre a doença de Alzheimer em idosos a partir de publicações científicas na área de saúde; identificar as prescrições de enfermagem para melhorar a qualidade de vida de idosos com a doença de Alzheimer a partir de publicações científicas na área de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECER: “OS CAMINHANTES GRISALHOS E SULCADOS PELA VIDA”

O ser humano passa por muitas etapas inevitáveis durante a vida, sendo essa infância, a juventude, a fase adulta e o envelhecimento, todas marcadas por mudanças que começam desde seu nascimento, crescimento até a morte. O envelhecimento ocorre a partir da segunda década de vida do ser, sendo essa uma fase marcada por mudanças moleculares e morfofisiológicas, deixando-os muitas vezes mais propícios às patologias e diminuição das habilidades de práticas da vida diária (RIBEIRO, 2010).

Atualmente há outras classificações do envelhecer, pois o envelhecer não está intimamente ligado somente à idade cronológica do indivíduo, variando muito a classificação desta fase de vida de acordo com a sociedade que o indivíduo vive, seus fatores culturais, históricos, sociais, biológicos, psicológicos e aspectos ligados a boa saúde versus doenças (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Schneider e Irigaray (2008) destacam que especialistas, que atuam com estudos sobre envelhecimento, classificam os indivíduos mais velhos em: idosos jovens, idosos velhos e os idosos mais velhos. Idoso jovem é usado, geralmente, a indivíduos de 65 a 74 anos, que, costumeiramente, mostram-se mais cheios de energias. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, geralmente, apresentam-se mais debilitados, e não são capazes de desenvolver suas atividades do dia-a-dia.

Para Minayo (2002, p. 11) no século XIX o Brasil começou aos poucos entrar em congestionamento devido ao aumento dos “caminhantes grisalhos e sulcados pela vida” sendo estimado mais de 31 mil brasileiros na terceira idade. Por tanto esse rápido envelhecimento populacional chama atenção das políticas públicas, como sabemos o envelhecimento é uma fase de mudanças importantes nos aspectos biológicos, fisiológicos e psicológicos, sendo necessários programas de saúde específicos que atendam essa demanda que vem crescendo.

Segundo pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o crescimento da população idosa vem aumentando. Sendo estimados 9,1% de idosos no Brasil em 1999, passando para 11,3% em 2009 de pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2010).

Com relação à concentração de idosos entre as grandes regiões do Brasil estima-se que o Sudeste possui o maior índice populacional com 12,7%, seguido do Sul do país com 12,3%, do Nordeste com 10,5%, Centro Oeste com 9,5% e Norte com 7,3% (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional está estreitamente vinculado à queda de mortalidade e diminuição da fecundidade durante o século XIX, causando efeitos na pirâmide de faixa etária, que conseqüentemente aumenta a expectativa de vida e também o envelhecimento populacional (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (LIMA-COSTA; VERAS, 2003, p. 700).

Como em nossa sociedade veem aumentado o número de pessoas idosas, consideramos de suma importância as políticas de saúde para um envelhecimento ativo, que segue um aperfeiçoamento das relações de saúde para melhorar a qualidade de vida medida que vamos envelhecendo e diminuição de gastos públicos com as doenças que refletem ao envelhecer. É conceituado um envelhecimento ativo aqueles indivíduos que ao envelhecer possuam expectativa de vida saudável, qualidade de vida, independência e autonomia. Dentre os fatores que aumentam as chances de um envelhecimento ativo destacamos o ambiente físico onde o indivíduo vive, determinadores pessoais, comportamentais, econômicos, políticas de saúde e serviços sociais voltados a esses interesses com enfoque na prevenção de doenças e promoção de saúde com assistências de longo prazo (BRASIL, 2005).

2.2 O ENVELHER COM A DOENÇA ALZHEIMER: “UMA LONGA FATALIDADE”

O termo doença de Alzheimer foi criado em 1910 por Kraepelin, isso após vários estudos sobre uma doença que acarretava problemas cognitivos que gradualmente iriam se agravando e levando o indivíduo a fases vegetativas. Antes desta época já era discutido o assunto por outros cientistas sobre uma doença que causava esses problemas, bem como, existiam as teorias da degeneração na fase de envelhecimento. Alois Alzheimer, um psiquiatra Alemão, foi quem diferenciou que a doença não se tratava de uma demência acarretada pelo envelhecer e sim uma

patologia isolada e específica. Desde 1907 Alois estudava sobre a patologia, até observar em uma paciente de 51 anos que tinha os sintomas da doença e após a morte desta aos 56 anos ele realizou uma autópsia da mesma, encontrando microscopicamente um conjunto de problemas que degradavam o cérebro. Mas mesmo com o passar dos anos e vários estudos esta patologia ainda não tinha um nome, então somente em 1910 Emil Kraepelin um médico psiquiatra nomeou a patologia como doença de Alzheimer, sobrenome de seu amigo, pois ele reconheceu cedo o mérito de Alois, sendo considerado hoje Alois Alzheimer o pai desta neuropatologia (LEIBING, 1999).

A doença de Alzheimer resulta a partir da perda maciça sináptica e morte de neurônios, começando a afetar o hipocampo e depois vai afetando outras partes do cérebro como o córtex cerebral, córtex entorrinal e estriado ventral. Conforme a doença vai afetando as partes do cérebro gradualmente aparecem os sintomas até levar o indivíduo a morte (SEREINIK; VITAL, 2008).

Fisiopatologicamente, ocorre quando proteínas mal envelopadas chamadas placas beta-amilóides se desenvolvem por meio de outra proteína da membrana lipídica que recobre as células nervosas. Ela é cortada por uma determinada enzima resultando em proteínas beta-amilóides que tem tendências em se aglomerar, este aglomerado são as chamadas placas, que acabam bloqueando a comunicação entre as células que conseqüentemente desencadeiam reações inflamatórias e ativação da glia, que provoca a morte neuronal. Também encontramos na doença os emaranhados neurofibrilares que se formam a partir de uma disfunção da proteína chamada TAU, normalmente os neurônios contêm uma rede de tubos que permitem a passagem das moléculas alimentares, e a proteína TAU permite que essas moléculas passem livremente pelos tubos neuronais. Na doença a proteína se descontrola formando emaranhados neurofibrilares resultando na obstrução dos tubos neuronais, o que impossibilita a passagem das moléculas que alimentam os neurônios levando a morte dos mesmos. A fisiopatologia da referida doença é um resultado destas placas e emaranhados neurofibrilares (SEREINIK; VITAL, 2008).

O diagnóstico é realizado por meio de critérios clínicos e exclusão de outras doenças que acarretam demências através de anamnese, exames psicológicos e físicos, exames laboratoriais e de imagem. Para o critério de diagnóstico o mais utilizado é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (Quadro 01) e pelo National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke em conjunto com o

Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (Quadro 02) (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2008).

Para Ribeiro (2010), ainda não foi estabelecida uma confirmação de meios que realmente diagnosticam o Alzheimer, enfatizando que uma forma de diagnóstico confirmado seria somente após biópsias do cérebro post mortem que mostrem as placas neurofibrilares, emaranhados neurofibrilares, degradação acentuada do hipocampo e níveis elevados de alumínio, além da correlação com os fatores de riscos.

Quadro 1- Critérios diagnósticos para a doença de Alzheimer- DSM V

| |
|--|
| <p>A. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.</p> <p>B. Há surgimento insidioso e progressão gradual de prejuízo em um ou mais domínios cognitivos (no caso de transtorno neurocognitivo maior, pelo menos dois domínios devem estar prejudicados).</p> <p>C. Os critérios são atendidos para doença de Alzheimer provável ou possível, do seguinte modo:</p> <p>Para transtorno neurocognitivo maior:</p> <p>Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se qualquer um dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticada possível doença de Alzheimer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evidência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer a partir de história familiar ou teste genético.2. Todos os três a seguir estão presentes:<ol style="list-style-type: none">A. Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem e em pelo menos outro domínio cognitivo (com base em história detalhada ou testes neuropsicológicos em série).B. Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados.C. Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativas ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo). <p>Para transtorno neurocognitivo leve:</p> <p>Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se há evidência de alguma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, constatada em teste genético ou história familiar.</p> <p>Possível doença de Alzheimer é diagnosticada se não há evidência de mutação genética causadora de doença de Alzheimer, de acordo com teste genético ou história familiar, com presença de todos os três a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem.2. Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados.3. Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativas ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo). <p>D. A perturbação não é mais bem explicada por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico</p> |
|--|

Fonte: Associação de Psiquiatria Americana versão V, 2014, p.611.

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para a doença de Alzheimer da National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA).

| Demência de Alzheimer provável |
|---|
| <p>I. Critérios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demência estabelecida por exame clínico: <ol style="list-style-type: none"> a. Documentado pelo Mini-Exame do Estado Mental ou similar; b. Confirmado por avaliação neuropsicológica. 2. Déficit em duas ou mais áreas da cognição. 3. Piora progressiva da memória e de outras funções cognitivas. 4. Sem distúrbio da consciência. 5. Início entre 40 e 90 anos de idade. 6. Ausência de doenças sistêmicas ou cerebrais que poderiam provocar déficit progressivo da memória e cognição. <p>II. Dados de Suporte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioração progressiva de funções cognitivas específicas como linguagem, habilidades motoras e perceptuais; 2. Atividades de vida diária comprometida; 3. História familiar de desordem semelhante; 4. Análise de LCR normal, alterações não específicas no EEG e evidência de atrofia cerebral na tomografia computadorizada. <p>III. Compatível com: 1. Ocorrência de platôs no curso da doença;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sintomas associados como alteração do comportamento, distúrbio do sono e perda de peso; 3. Outras anormalidades neurológicas em alguns como sinais motores (hipertonia, mioclonias, alteração da marcha na fase avançada da doença); 4. Crises convulsivas na fase avançada da doença; 5. Tomografia computadorizada normal para a idade. <p>IV. Quadros que tornam o diagnóstico improvável</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Início súbito, apoplético; 2. Sinais neurológicos focais; 3. Distúrbio de marcha ou crises convulsivas no início ou precocemente no curso da doença. |

FONTE: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA), 1984 *apud* APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2008, p. 4.

Nos dias de hoje, ainda não existe um tratamento que cure a doença, somente temos as intervenções que aliviam os sintomas, permitindo melhor qualidade de vida aos pacientes/clientes e pessoas que rodeiam o mesmo. Dentre estas intervenções destacamos os fármacos que são anti-colinesterásicos como a Tacrina que foi o primeiro fármaco desenvolvido

em 1993 nos EUA para doença, e os de segunda geração desenvolvidos depois como o Donepezil, Rivastigmina, Epstatigmina e a Galantamina. No Brasil o disponível e mais utilizado é a Rivastigmina. Além do tratamento medicamentoso temos o tratamento multidisciplinar que são as orientações aos familiares enfatizando técnicas para melhorar a estruturação do ambiente, nutricionais, exercícios físicos, treinamentos cognitivos e suporte psicológico a doentes e cuidadores. Para uma melhora da qualidade de vida das pessoas que sofrem da doença e cuidadores é necessário a combinação do tratamento farmacológico junto ao multidisciplinar (BOTTINO *et al.*, 2002).

Os fatores que desenvolvem a doença são desconhecidos, existem apenas algumas hipóteses que são consideradas riscos para o desenvolvimento da mesma, sendo essas hipóteses, alguns tipos de fatores genéticos, metabólicos, infecciosos, tóxicos, vasculares, instabilidades celulares de neurônios e a decadência de sistemas neurotransmissores (RIBEIRO, 2010).

Consideramos uma longa fatalidade a doença de Alzheimer em idosos, pois os mesmos antes da doença tiveram suas experiências positivas, laços com familiares e amigos, o que após a doença vai se tornando sofrimento prolongado, onde o portador de Alzheimer esquece a identidade e considerações que tinham pelas pessoas, se tornando uma pessoa de difícil manejo comportamental, levando a altas sobrecargas a ele e familiares (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

O processo natural de envelhecimento do ser humano faz com que o mesmo passe por alterações biológicas e psicobiológicas que adicionadas ao meio em que ele vive, pode estar relacionada a doenças crônico-degenerativas, que pode estar seguido por dependências e transtornos mentais, como demências, transtornos psicóticos, depressão e ansiedade (RIBEIRO, 2010, p. 11).

O aumento da expectativa de vida e conseqüentemente a quantidade de idosos traz grandes desafios à saúde pública no Brasil, pois reflete no aumento das doenças crônicas degenerativas, o que traz sofrimentos aos portadores e cuidadores. Segundo o relatório de 2015 da Associação Internacional de Alzheimer – ADI, estima que há cerca 46,8 milhões de pessoas com algum tipo de demência, sendo a mais frequente o Alzheimer (BRASIL, 2015).

2.3 O ENFRENTAMENTO FAMILIAR COM AUXÍLIO DA ENFERMAGEM PROVENDO PARA MELHOR QUALIDADE DE VIDA AO IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER

Familiares e conhecidos sofrem grande impacto emocional ao saber do diagnóstico de Alzheimer de uma pessoa querida. Por isso tem que comunicá-los sobre a respeito da patologia

é uma tarefa difícil, pois os mesmos quando informados sobre os estágios irreversíveis da doença começam a associar a doença a mortedo indivíduo, antecipando a dor e sofrimento (RIBEIRO, 2010).

O idoso portador de Alzheimer torna-se uma pessoa dependente de cuidados de outras pessoas, conforme a doença vai avançando esses cuidados vão se tornando mais intensos e de difícil manejo. Além do tratamento farmacológico é necessário também o tratamento multidisciplinar com o paciente/cliente e orientações ao cuidadores, sobre como lidar com o problema. É importante enfatizar que os enfermeiros (as), uma vez que estes tem contato com as pessoas em todos os níveis de atenção à saúde, devem estar munidos de conhecimentos sobre a doença de Alzheimer, para assim, criar estratégias a fim de proporcionar apoioas pessoas que necessitam de cuidados e informações, pois o cuidador bem informado irá consequentemente proporcionar melhor qualidade de vida a si e ao paciente (LEITE *et al.*, 2014).

[...] a doença de Alzheimer como uma forma de demência que afeta o idoso e compromete sobremaneira sua integridade física, mental e social, acarretando uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no próprio domicílio. É uma doença degenerativa e progressiva, geradora de múltiplas demandas e altos custos financeiros, fazendo com que isso represente um novo desafio para o poder público, instituições e profissionais de saúde, tanto em nível nacional, quanto mundial (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 588).

Grande parte destes cuidadores são pessoas da própria família ou conhecidos do portador de Alzheimer, muitas vezes esses são leigos sobre a problemática ou semas informaçõesnecessárias sobre os cuidados a serem praticados, tornando-se fundamental a criação de grupos de apoio conduzidos por profissionais da saúde em especial por enfermeiros (as), que oferteminformações sobre a problemática esclarecendo as dúvidas e orientando sobre as atividades que devem ser praticadas diariamente (FONSECA; SOARES, 2008).

[...]o familiar que cuida de um idoso com DA realiza um trabalho solitário e anônimo, uma vez que, ao receber a notícia nefasta da doença, muitas vezes nos consultórios médicos, vai para casa com seu doente e é lá que vai aprendendo a cuidar à medida que os problemas vão aparecendo. Até certo ponto ele é pego de surpresa, algo que não deveria acontecer, visto que a falta de preparo é grande geradora do estresse do cuidador. Assim, o domicílio se transforma em um grande laboratório, onde várias alquimias são testadas e os resultados, as noções de certo ou de errado são relativizadas à evolução da Doença de Alzheimer (LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 143).

Diante da problemática supracitada enfatizamos o impacto benéfico que o enfermeiro bem informado poderá realizar por meio de aconselhamentos para o cuidador, realizando estratégias para minimizar ao máximo o impacto emocional e estresse do cuidador, por meio da

geração de informações de como adaptar-se mediante exigências diárias que vão surgir, de como enfrentar reações emocionais, adaptar-se com a ausência definitiva do indivíduo querido, saber tomar decisões e compartilhar as responsabilidades para não se sobrecarregar, enfatizando que essa informação deverá ser perpassadas desde diagnóstico até os vários estágios da evolução da doença (RIBEIRO, 2010).

Como fortalecimento para ajudar estes idosos e cuidadores hoje existe o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria MS n. 702 de 12 de abril de 2002 e Portaria MS n. 703 de 12 de abril de 2002, a criação dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do idoso, enfatizando em seu Art.2º que “são os responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos pacientes” e inclua Art. 3º “os medicamentos utilizados neste tratamento”(BRASIL, 2002).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de uma Revisão da Literatura. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituída principalmente de livros e artigos científicos onde permite ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2011).

3.2 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA

O universo do estudo foram os materiais científicos encontrados a partir de pesquisas nas bases de dados, utilizando Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) a partir da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

A amostra se constitui de artigos que abordam a temática da pesquisa, e que estão entre os critérios de inclusão da mesma.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos somente artigos científicos encontrados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de dados de enfermagem (Bdenf), disponíveis “online”, no idioma português, gratuitamente, publicados entre o ano de 2011 a 2016, com estudos em seres humanos, apresentando resumo para pré-seleção. Os artigos foram selecionados a partir da leitura do resumo dos mesmos nas bases de dados, e aqueles que abordavam a temática foram selecionados para leitura.

Foram excluídos artigos científicos que não estavam disponíveis na íntegra ou gratuitamente, não abordavam a temática bem como não estavam em português, e/ou repetidos na mesma base de dados ou nas demais, assim como revisões de literatura.

Também foi excluída a base de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo), pois ao realizar a pesquisa utilizando os descritores conforme descrição abaixo não se obteve resultados.

3.4 COLETAS DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2017 através de pesquisas nas bases de dados Bdenf e Lilacs indexadas no site da BVS utilizando a seguinte combinação de DeCS “Alzheimer” AND “Idoso” AND “Diagnóstico de Enfermagem”. Os artigos foram salvos em pastas no computador com sistema operacional *Windows 7* contendo informações como: título, ano, periódico, tipo de estudo, objetivos, diagnósticos de enfermagem e estratégias para melhorar a qualidade de vida.

3.5 TRATAMENTO E TABULAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta dos materiais científicos os mesmos foram tratados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo e tabulados a partir da catalogação no *Microsoft Excel 2010*, e posteriormente foram expostos em forma de tabelas.

3.6 ANÁLISES DOS DADOS

Após a escolha dos artigos foi utilizada a análise temática de estudos, onde “três etapas constituem a aplicação desta técnica: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação” (BARDIN, 1977).

Para Gil (1999, p. 168) “A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de uma revisão de literatura, não foi submetida ao comitê de ética em pesquisas, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER EM IDOSOS

A partir dos descritores: “Alzheimer” AND “Idoso” AND “Diagnósticos de Enfermagem”, foram encontrados 381 resultados, limitando para o período de 2011 a 2016, apenas artigos na língua portuguesa, retirando patentes e citações e considerando o tema da pesquisa, foram localizados 07 artigos. Após a leitura dos resumos, foram obtidos 2 estudos que se adequaram aos objetivos dessa pesquisa.

Os artigos utilizados para a amostra do estudo foram descritos em um quadro sinóptico contendo os seguintes dados: código do artigo, autores, nome do artigo, ano da publicação, base de dados, objetivos, métodos e principais diagnósticos (Quadro 3).

Os textos do estudo foram tornados públicos em 50% por revista sobre cuidados (Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online), e 50% em revistas específicas sobre envelhecimento (Revista: Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento).

Os estudos objetivam identificar a importância da aplicação dos diagnósticos de enfermagem e a realização do processo de enfermagem em um todo ao lidar com um paciente portador da doença de Alzheimer, e como a estratégia que o profissional adota ao se deparar com essa clientela reflete negativa ou positivamente na vida desse cliente e de sua família e/ou cuidadores.

Os métodos utilizados pelos pesquisadores do estudo são de campo, desenvolvidos com a utilização de questionários e entrevistas com abordagem quantitativa (50%) e pesquisa documental (50%). Os principais resultados e conclusões serão abordados nos capítulos seguintes.

Apenas um dos estudos encontrados obtinha intervenções de enfermagem, que por sua vez eram: orientar a higiene corporal, higiene oral, medidas de prevenção de úlceras por pressão, mudança de decúbito, administrar medicação ansiolítica (conforme prescrição médica), proporcionar alimentação saudável (frutas e legumes) em pequenas quantidades várias vezes por dia, auxiliar no autocuidado, estimular o autocuidado, a comunicação verbal, a cognição e a memória através de jogos, leituras e atividades lúdicas e auxiliar a família no entendimento e enfrentamento da patologia.

Quadro 3- Sinopse dos artigos seleccionados para revisão da literatura sobre o envelhecer com Alzheimer frente à enfermagem

| CÓDIGO | AUTOR | NOME DO ARTIGO | ANO | BASE DE DADOS | OBJETIVOS | MÉTODO | PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS |
|---------------|---|--|------------|----------------------|--|---|--|
| A01 | LOUREDO, D.S.; <i>et al.</i> | A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos comdoença de Alzheimer | 2014 | LILACS | Levantar os diagnósticos de enfermagem dos idosos na consulta de enfermagem e relacionar tais diagnósticos com resultados dos testes neurológicos. | Pesquisa documental em formulários das consultas de enfermagem e neurológica, os quais possuem todas as informações relevantes extraídas por meio de exame físico e entrevista semi-estruturada | Confusão crônica; Padrão do sono prejudicado; Tristeza crônica; Conhecimento deficiente. |
| A02 | MATTOS, C.M.Z.; GARCES, S.B.B. <i>et al.</i> | Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação | 2011 | LILACS | Aplicar o processo de enfermagem nos idosos com Alzheimer participantes do projeto da UNICRUZ | Estudo quali-quantitativo exploratório realizado através da entrevista e exame físico feito nos idosos. | Confusão crônica; Risco para lesão; Mobilidade física prejudicada; Riscos para processos familiares alterados. |

Fonte: FLORES, 2017.

4.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER EM IDOSOS

Louredo *et al.*, (2014, p.276) identificou os seguintes diagnósticos de enfermagem em pacientes portadores da Doença de Alzheimer:

- Confusão crônica definida por deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, relacionado à Doença de Alzheimer, caracterizado por memória antiga prejudicada, memória recente prejudicada, prejuízo cognitivo progressivo.
- Padrão do sono prejudicado definido por interrupções da quantidade e da qualidade do sono limitadas pelo tempo decorrentes de fatores externos, caracterizado por mudança no padrão normal do sono e relacionado à falta de controle do sono.
- Tristeza crônica definida por padrão clínico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, vivenciada em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência, relacionado a experiência de doença crônica (física ou mental).
- Conhecimento deficiente definido por ausência ou deficiência de informação cognitiva, relacionado a falta de capacidade de recordar e limitação cognitiva.

MATTOS *et al.*, (2011), encontrou os seguintes diagnósticos de enfermagem para a doença de Alzheimer:

- Ansiedade;
- Risco de aspiração;
- Intolerância à atividade;
- Déficit do autocuidado para alimentação;
- Déficit para autocuidado banho/higiene;
- Comunicação verbal prejudicada;
- Confusão crônica;
- Controle familiar ineficaz do regime terapêutico;
- Deambulação prejudicada;
- Deglutição e dentição prejudicadas;
- Insônia;
- Integridade da pele prejudicada;
- Interação social prejudicada;
- Memória e mucosa oral prejudicadas;

- Tensão do papel do cuidador;
- Padrão respiratório ineficaz;
- Disfunção sexual;
- Risco para trauma;
- Volume de líquidos deficiente.

Quadro 4-Principais diagnósticos de enfermagem encontrados na literatura

| PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS NA LITERATURA | REFERÊNCIA |
|---|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Confusão crônica | A01, A02 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Padrão do sono prejudicado; • Tristeza crônica; • Conhecimento deficiente. | A01 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Risco para lesão; • Mobilidade física prejudicada; • Riscos para processos familiares alterados • Manutenção do lar prejudicada; • Negligência unilateral; • Déficit no autocuidado; • Desgaste do papel do cuidador. | A02 |

Fonte: A autora, 2017.

5 DISCUSSÃO

Normalmente o primeiro atendimento ao idoso é feito pelo enfermeiro que realizará o levantamento de diagnósticos que norteiam as intervenções e possibilitarão maior facilidade nas ações de enfermagem. Por isso, a participação do enfermeiro em equipes multidisciplinares direcionados ao paciente com doença de Alzheimer é de grande importância, visto que possui a capacidade de investigação de alternativas e ações capazes de minimizar o impacto da patologia tanto ao paciente quanto aos familiares/cuidadores.

Para Santana, Almeida e Sasoldi (2009), a comunicação tem papel primordial na interação entre enfermeiro e o familiar/cuidador do idoso portador de doença de Alzheimer, pois é durante a entrevista de enfermagem que o profissional terá que elencar as necessidades do seu paciente, a fim de traçar um plano de cuidados terapêuticos que facilitem o dia a dia de quem cuida desse idoso e melhore a qualidade de vida do cliente.

Quando ocorre falha no processo de enfermagem, a assistência da equipe corre o risco de não abordar os problemas, e não suprir as necessidades do idoso. Assim, o cuidado fica fragmentado e o indivíduo não terá atendimento integral à sua saúde, acarretando piora no seu quadro clínico (CAMACHO *et al.*, 2013).

Um dos passos iniciais nesse processo é o levantamento de diagnósticos de enfermagem, é através deles que o enfermeiro vai direcionar suas intervenções e cuidados ao paciente em questão. Para isso usamos a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem-NANDA (2015-2017):

- Comunicação verbal prejudicada, relacionado com prejuízo no sistema nervoso central caracterizado por dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos.
- Memória prejudicada, relacionado com prejuízo neurológico caracterizado por incapacidade de recordar informações reais.
- Mobilidade física prejudicada, relacionado com prejuízos neuromusculares, caracterizado por redução das habilidades motoras grossa.
- Deglutição prejudicada, relacionado por comprometimento dos nervos cranianos caracterizado por incapacidade de limpar a cavidade oral.
- Privação do sono, relacionado à demência, caracterizado por transtornos perceptivos.
- Incontinência urinária, relacionada à deficiência intrínseca do esfíncter uretral caracterizado por oligúria na ausência de contração do detrusor.

- Incontinência intestinal, relacionado a esfíncter retal disfuncional, evidenciado por manchas de fezes nas roupas.
- Confusão crônica, relacionado à doença de Alzheimer caracterizado alteração na memória de curto prazo.
- Isolamento social relacionado a alterações no estado mental caracterizado por incapacidade de atender às expectativas de outros.

A partir do conhecimento técnico-científico o enfermeiro é capaz de resolver diagnósticos de enfermagem elencados e assim, orientar familiares e cliente a respeito de medidas capazes de melhorar o prognóstico, a qualidade de vida e evitar agravos através de medidas simples de promoção da saúde por meio da prescrição.

Correa *et al.* (2016) sugeriu as intervenções NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) que visam a melhoria do estado de saúde dos idosos portadores de DA como:

- Atividades essenciais de vida diária;
- Alimentação;
- Administração de Medicamentos;
- Estimulação cognitiva;
- Musicoterapia;
- Treinamento da Memória;
- Controle da dor;
- Arteterapia;
- Aumento da Socialização;
- Melhora do Sono.

Assim, para sistematizar as ações de enfermagem é necessário elencar os diagnósticos e após relacionar a intervenções de enfermagem, que podem ser realizadas através de Ligações NANDA-Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem, NOC-Classificação dos resultados de enfermagem NIC-Classificação das Intervenções de Enfermagem (2012):

- Apoio à tomada de decisões; auxiliar em exercícios funcionais para a fala.
- Orientar o paciente quanto ao tempo e ao espaço e realizar exercícios de treinamento da memória.
- Realizar exercícios de fortalecimento e controle muscular diariamente.
- Auxiliar durante as refeições, conferir posicionamento precavendo contra aspiração.

- Manter o ambiente calmo e aconchegante e utilizar de instrumentos como musicoterapia para indução do sono.
- Auxiliar e incentivar o uso do vaso sanitário estipulando horários para treinamento do hábito urinário e intestinal.
- Inserir o idoso em terapia ocupacional e incentivar a convivência familiar.

Portanto, é através do cuidado de enfermagem que é possível inserir o idoso com Alzheimer em aspecto multidimensional, sendo que é nessa situação da sua vida que este precisa de uma atenção específica para cuidar e/ou ser cuidado. Este cuidado pode tanto ser voltado para a saúde do paciente, quanto da saúde da família como da saúde comunitária, tendo, assim, uma assistência completa e integralizada (RODRIGUES, LIMA, NASCIMENTO, 2015).

Em MATTOS *et al.*, (2011) as prescrições de enfermagem foram:

- Orientar a higiene corporal, higiene oral;
- Medidas de prevenção de úlceras por pressão;
- Mudança de decúbito;
- Administrar medicação ansiolítica, conforme prescrição médica;
- Proporcionar alimentação saudável (frutas e legumes) em pequenas quantidades várias vezes por dia;
- Auxiliar no autocuidado;
- Estimular o autocuidado, a comunicação verbal, a cognição e a memória através de jogos, leituras e atividades lúdicas;
- Auxiliar a família no entendimento e enfrentamento da patologia.

Quando o enfermeiro se dispõe a cuidar do idoso, deve saber que o processo de interação com o familiar/cuidador é de fundamental importância para que os mesmos entendam o processo do envelhecimento natural e saiba diferenciar de uma situação patológica, como o Alzheimer, buscando prestar assistência qualificada e promovendo benefícios à saúde desses idosos (RAMOS *et al.*, 2015; ILHA *et al.*, 2014).

Saraiva (2014) em seu estudo de caso onde: AP, doente do sexo feminino, de 82 anos, com doença de Alzheimer, deu entrada no hospital, no dia 14 de Março de 2013, por sepse com ponto de partida provável urinário com disfunção multiorgânica. Quando chegou ao hospital vinha em estado comatoso, com hipotermia de 30°C, não reativa a estímulos dolorosos nem

verbais. Durante o internamento foi identificada uma falência multiorgânica (cardiovascular, renal, neurológica). Antecedentes: Doença de Alzheimer, acamada há mais de 1 ano, totalmente dependente nas atividades da vida diária (AVDs); Insuficiência Cardíaca; Fibrilação Auricular permanente; Internamentos anteriores: Outubro de 2011: Infecção do trato urinário e desidratação; Fevereiro de 2013: Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) direita. A partir daí foram elencadas as seguintes intervenções terapêuticas: Promovido o aquecimento corporal; Iniciada antibioticoterapia empírica com piperacilina/tazobactam; Colocada de sonda vesical; Diurese mantida ao longo de todo o internamento; Proposta aos familiares de institucionalização da doente num lar com condições para doentes com doença de Alzheimer; Ajuda total em todas as AVDs.

A paciência, solidariedade e principalmente o respeito são ferramentas fundamentais que o profissional que se propõe a cuidar dos portadores da doença de Alzheimer deve ter, visando sempre melhoria e qualidade de vida dos portadores da Doença de Alzheimer, estabelecendo um vínculo terapêutico de confiança e afeto.

O enfermeiro, por ser gerente do cuidado, conhece o nível de dependência dos portadores da doença de Alzheimer e pode planejar e executar atividades de cuidado ao paciente e a família, visando evitar o avanço da doença. Por ser esta patologia com etiologia e cura ainda desconhecida, ocorre a fragilização do plano de cuidados ao idoso acometido pela doença de Alzheimer e a necessidade de maior investigação e investimentos em pesquisas que visem maiores discussões, reflexões relacionadas ao tema objetivando novas alternativas terapêuticas podendo elencar intervenções específicas ao cliente (POLTRONIERE, CECCHETTO, SOUZA, 2011).

Apesar de as orientações serem importantes ao se tratar de uma patologia onde o portador tem dificuldades em agir em seu próprio benefício, tais intervenções destinam-se também para os familiares e cuidadores do idoso com Alzheimer, trazendo repercussões à vida dos mesmos. As orientações de Enfermagem para estes podem esclarecer dúvidas, facilitar o cuidado baseado na compreensão dos processos envolvidos na demência e propor estratégias para a manutenção da qualidade de vida dos que se dispõem a cuidar do paciente com doença de Alzheimer (POLTRONIERE, CECCHETTO, SOUZA, 2011).

É importante ressaltar ainda o importante papel que o enfermeiro realiza no cuidado aos idosos com doença de Alzheimer onde tem capacidade de orientar o cuidador e/ou familiar nos cuidados diários, permitindo uma melhora da qualidade de vida evitando complicações através

de medidas simples de promoção da saúde por meio de intervenções direcionadas a quadro clínico apresentado pelo idoso.

Vale lembrar a importância de que haja capacitação efetiva dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente com Alzheimer, de forma que possa proporcionar medidas que melhorem a qualidade de vida do paciente, mas também que o faça entender que a morte do cliente não significa que tenha havido erro no cuidado ou falha na assistência, mas que é o processo natural do ser humano, principalmente do portador de Alzheimer (ILHA *et al.*, 2014).

5.1 ALTERAÇÕES NO ENVELHECIMENTO E COMPROMETIMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER E AS CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMAGEM

Com o processo de envelhecimento é notável várias alterações normais na estrutura física e no funcionamento do corpo. Para saber identificar essas mudanças a enfermagem deve possuir bom conhecimento sobre as estruturas e funções normais do corpo, pois é através dele que será capaz de entender como as alterações interferem nas habilidades funcionais de atividade de vida diária dos idosos.

Quadro 5- Algumas alterações fisiológicas com o envelhecimento

| |
|---|
| Pele |
| A epiderme se torna mais frágil, aumentando o risco de lesões de pele como fissuras, maceração e infecção. A pele se repara mais lentamente em indivíduos mais velhos do que nos mais jovens, aumentando o risco de infecção. |
| Ossos |
| A principal alteração associada aos ossos comum no envelhecimento é a perda de cálcio. A descalcificação de várias partes do esqueleto, incluindo epífises ósseas, vértebras e mandíbula, pode resultar em risco aumentado de fratura, diminuição da estatura e perda de dentes. |
| Sistema Respiratório |
| As alterações no sistema musculoesquelético que ocorrem com o envelhecimento alteram o tamanho e a forma da cavidade torácica. A cifose contribui para o aspecto de tórax em barril. A cartilagem costal localizada nas extremidades das costelas se calcifica e se torna mais rígida, reduzindo assim a mobilidade do gradil costal. Os músculos intercostais atrofiam, e o diafragma se achata e se torna menos elástico. Todas essas alterações reduzem a capacidade pulmonar e interferem na função respiratória, resultando em menor habilidade para inspirar e expirar profundamente. |
| Sistema Cardiovascular |

| |
|--|
| <p>O coração não sofre atrofia com o envelhecimento como ocorre com outros músculos. Na verdade, a massa muscular cardíaca aumenta levemente com a idade, e a espessura da parede do ventrículo esquerdo também aumenta levemente. A perda da força leva tipicamente à diminuição do débito cardíaco máximo observado em idosos.</p> |
| <p>Sistema Gastrointestinal</p> |
| <p>Com o envelhecimento, podem ser observados dilatação do esôfago e problemas relacionados com a deglutição (disfagia). O reflexo faríngeo encontra-se comumente diminuído em idosos, mesmo naqueles que não apresentam problemas neurológicos. Isso pode levar a episódios de engasgo e aspiração. O tônus dos músculos esfínterianos, particularmente do esfíncter esofágico inferior, pode diminuir, aumentando a incidência de refluxo esofágico ou azia.</p> |
| <p>Sistema Nervoso</p> |
| <p>As respostas motoras demoram mais tempo em indivíduos idosos. Ações simples como andar e conversar, com frequência, se tornam mais lentas com a idade. Os movimentos reflexos se tornam tórpidos, e as reações ficam mais lentas. É comum haver alguma perda da coordenação. Tarefas que requerem uma percepção rápida de estímulos e respostas altamente coordenadas podem representar um risco para aqueles com perda neurológica significativa. Muitas pessoas idosas reconhecem essas alterações e modificam seu estilo de vida para evitar situações potencialmente perigosas.</p> |

Fonte: Wold, 2013.

A DA tem impacto negativo eminente na vida do idoso e dos familiares/cuidadores, visto que os sintomas cognitivos e comportamentais interferem nas atividades de vida diária e nas relações interpessoais. A incapacidade de executá-las, causadas pela doença, implica em alto grau de dependência.

Quadro 6- Prováveis sintomas de comprometimento cognitivo na Doença de Alzheimer

| |
|--|
| <p>Memória</p> |
| <p>Comprometimento da capacidade para adquirir ou evocar informações recentes, com sintomas que incluem: repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento de eventos e compromissos ou do lugar onde guardou seus pertences.</p> |
| <p>Diagnóstico: - Memória prejudicada relacionada por prejuízo cognitivo caracterizada por incapacidade de aprender ou reter novas informações.</p> |
| <p>Intervenção: Realização de atividades lúdicas para estimulação da memória.</p> |
| <p>Funções executivas</p> |

| |
|--|
| Comprometimento do raciocínio, da realização das tarefas complexas e do julgamento, com sintomas como: compreensão pobre de situações de risco, redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais. |
| Diagnóstico: - Confusão crônica relacionada à doença de Alzheimer caracterizada por alteração progressiva na função cognitiva Intervenção: Terapia que vise recordar momentos, com envolvimento familiar. |
| Habilidades visuoespaciais |
| Sintomas que incluem incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns, encontrar objetos no campo visual, dificuldade para manusear utensílios e para vestir-se, não explicáveis por deficiência visual ou motora. |
| Diagnóstico: - Síndrome do idoso frágil relacionado à alteração na função cognitiva caracterizado por déficit no autocuidado. Intervenção: Assistência e estímulo do autocuidado. |
| Linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita) |
| Sintomas que incluem dificuldade para encontrar e/ou compreender palavras, erros ao falar e escrever e trocas de palavras não explicáveis por déficit sensorial ou motor. |
| Diagnóstico: - Comunicação verbal prejudicada relacionada a prejuízo no sistema nervoso central caracterizada por dificuldade para compreender a comunicação. Intervenção: Estimulação cognitiva da fala através de exercícios. |
| Personalidade ou comportamento |
| Sintomas que incluem alterações do humor (labilidade, flutuações incharacterísticas), agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda da empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis. |
| Diagnóstico: - Isolamento social relacionado à incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios, caracterizado por afeto triste. Intervenção: Incentivar participação em grupos de apoio e terapia ocupacional. |

Fonte: Gomes e Terra, 2017; Ligações NANDA-NIC e NOC, 2012.

As orientações de enfermagem voltadas aos familiares devem apontar estratégias efetivas com foco em práticas educativas, pois muitas vezes ocorre agravamento da doença devido à falta de conhecimento do cuidador em relação à doença (FONSECA, 2012). É de responsabilidade da enfermagem direcionar e orientar a família em relação às características normais do envelhecimento e o que são comprometimentos da Doença de Alzheimer, para que

assim este saiba identificar quando é necessário procurar auxílio, fazendo com que os cuidados tornem-se mais completos e aumente o equilíbrio na relação cuidador-paciente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a pesquisa foi notável a escassez de estudos de enfermagem abordando o tema “diagnóstico de enfermagem ao idoso portador da doença de Alzheimer”. Considerando que o processo de enfermagem tem papel fundamental na prestação de cuidados ao paciente com Alzheimer, é através deste que o profissional se torna capaz de encontrar resolutividade para alguns diagnósticos de enfermagem levantados e assim, prescrever ao idoso 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 por meio da prescrição.

Por isso, faz-se necessário que haja maior engajamento dos pesquisadores em pesquisas direcionadas ao paciente com doença de Alzheimer e realização do processo de enfermagem, principalmente com foco em intervenções, a fim de proporcionar ao idoso melhor qualidade de vida, bem como de seus familiares e cuidadores.

Devido o enfermeiro na Atenção Básica ser interlocutor com os familiares e cuidadores faz-se necessário desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem deste indivíduo, podendo desta forma contribuir para um melhoramento na qualidade de vida deste indivíduo, assim como proporcionar maior conhecimento aos familiares e cuidadores sobre o que fazer. Muitos familiares ficam sem rumo para poder exercer o cuidado necessário e o enfermeiro elaborando suas prescrições de enfermagem elencará um norte para o cuidado do portador de DA, tanto no âmbito familiar quanto hospitalar.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. Ed. tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento – Porto Alegre, Artmed, 2014.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J. E.; YASSUDA, M. S.; Doença de Alzheimer: Revisão da Epidemiologia e Diagnóstico. **Rev. Bras Clin Med.** Jundiaí/SP, v. 6, ago., 2008.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J.E.; YASSUDA, M.S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *Rev Bras Clin Med.* vol.7, pag.27-35, 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOTTINO, C. M.C.; CARVALHO, I. A. M.; ALVAREZ, A. M. M. A.; AVILA, R.; ZUKAUSKAS, P. R.; BUSTAMANTE, S. E. Z.; ANDRADE, F. C.; HOTOTIAN, S. R.; SAFFI, F.; CAMARGO, C. H. P.; Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. **Rev. Arq Neuropsiquiatr.** São Paulo/SP, v. 60, n. 1, p. 70-79, set., 2002.

BRASIL. Instituto Alzheimer Brasil – IAB. Entendendo a Doença de Alzheimer (DA) através de estudos realizados com populações (Epidemiologia). Curitiba/PR, 2015. Disponível em: <http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/demencias-detahes-Instituto_Alzheimer_Brasil/33/entendendo_a_doenca_de_alzheimer_da_atraves_de_estudos_realizados_com_populacoes_epidemiologia_> Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. População, economia e sociedade – Idosos. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira**. 2010. Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/biblioteca/293-teen/mao-na-roda/populacao-economia-e-sociedade/3361-idosos.html>> Acesso em: 16 abr. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do ministro. **Portaria MS Nº. 703 de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde, do Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>> Acesso em: 06 mar. 2017.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília/DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em: 15 abr. 2017.

CAMACHO, A.C.L.F.; ABREU, L.T.A.; LEITE, B.S.; MATA, A.C.O.; MARINHO, T.F.; VALENTE, G.S.C. Revisão integrativa sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com doença de alzheimer e seus cuidadores. **J. res.: fundam. care. online.** 5(3):186-193, jul./set 2013.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A.; O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Rev. Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai./jun., 2003.

CORREA, L.P.; BRAGA, T.R.; MALAQUIAS, L.C.; BESSA, M.E.P.; MARQUES, M.B. Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com alzheimer: revisão integrativa. **RevEnferm UFPI**, 5(1):84-88. Jan-Mar, 2016.

COSTA, R. D. F. da; CASTRO, O. de C. G. S. SILVA, R. M. da; MAIA, A. de A.; RAMOS, M.de C. B.; CAETANO, R.; Aquisição de medicamentos para a doença de Alzheimer no Brasil: uma análise no sistema federal de compras, 2008 a 2013. **Rev. Ciência &SaúdeColetiva.** Rio de Janeiro, v.20, n. 12, p. 3827-3838, ago., 2015.

DIAS, F. L. da C.; SILVA, R. M. F. L. da; MORAES, E. N. de; CARAMELLI, P.; Perfil clínico e autonômico de pacientes com doença de Alzheimer e demência mista. **Rev. Assoc. med. bras.** Belo Horizonte MG, v. 59, n. 5, p.435–441, abr., 2013.

FONSECA, A. M. da; SOARES,E.; O cuidador e os cuidados ao portador de doença de Alzheimer: contribuições à enfermagem. **Rev. Min. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 501-507, out./dez., 2008.

FONSECA, C.C.O. **A abordagem do enfermeiro ao portador de Alzheimer, a família e ao cuidador na atenção primária à saúde.** 2012. Monografia. Curso especialização em atenção básica em saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte/MG.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.**5.ed. São Paulo: Atlas, 1999

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa.**p. 44, 4ª ed. São Paulo. Ed. Atlas S.A. 2011.

GOMES, I.; TERRA, N.L. Doença de alzheimer. **Envelhecimento, Memória e Doença De Alzheimer.** Porto Alegre RS, pag. 18-47. 2017.

GUTIERREZ, B. A. O.; SILVA, H. S. da; GUIMARÃES, C.; CAMPINO, A. C.; Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 19, n. 11, p. 4479-4486, abr., 2014.

ILHA, S.; ZAMBERLAN, C.; NICOLA, G.D.M.; ARAÚJO, A.S.; BACKES, D.S. Refletindo acerca da doença de alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**; 4(1):1057-1065, jan/abr 2014.

LEIBING, A. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. **Rev. Est. Interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre, v. 1, p. 37-56, 1999.

LEITE, C. D. S. M.; MENEZES, T. L. M. de; Lyra, E. V. de V.; ARAUJO, C. M. T. de; Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **Rev.JBras Psiquiat.** Recife/PE, v. 63, n.1, p. 48-56, fev., 2014.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública* vol.19 n.3 Rio de Janeiro, Jun. 2003.

LOUREDO, D.S.; SÁ, S.P.C.; CAMACHO, A.C.L.S.; CÂMARA, V.D.; LOUZADA, A.B.D.; RODRIGUES, I.B. A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de alzheimer. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, vol. 6, núm. 1, pp. 271-281, jan.-mar., 2014.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-94, Out./Dez., 2006.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Rev. Acta Scientiarum Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 135-145, out., 2004

MATTOS, C.M.Z.; GARCES, S.B.B.; COSTA, F.T.L.; ROSA, C.B.; BRUNELLI, A.V.; HANSEN, D.; BIANCHI, P.D.A.; KRUG1, M.R.; SEIBEL, R.; PORTO, A.M.; STURMER, J.; DO NASCIMENTO, K.B.; LIMA, B.A.; STÜRMER, L. Processo de enfermagem aplicado a idosos com alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 16, edição especial, p. 433-447, 2011.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, C. E. A. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 212.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/** NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

Ligações NANDA - NOC – NIC: condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade/Marion Johnson et al.; tradução Soraya Imon de Oliveira et al - Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. de. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem?. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 270-8, jun., 2011.

RAMOS, A.K.; SILVEIRA, A.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A; LUCCA, D.C.; LUCIANO, F.R.S. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, Vol. 31, Núm. 4, 2015.

RIBEIRO, C. F. **Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores.** 2010. Monografia. Curso especialização em atenção básica em saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte/MG.

RODRIGUES, A.L.B.A.; LIMA, C.B.E.; NASCIMENTO, R.F. Assistência de enfermagem ao paciente com Alzheimer. **Revista Científica da FASETE**, 2015

SANTANA, R.F.; ALMEIDA, K.S.; SAVOLDI, N.K.M. INDICATIVOS de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **RevEscEnferm USP**, 43(2): 459-64, 2009.

SARAIVA, S. Estudo de caso: pessoa com Alzheimer. **Journal of aging and innovation.** Vol 2 n.4, 2014.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q.; O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Rev. Estudos de Psicologia.** Campinas, v.25, n.4, p.585-593, out./dez., 2008.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F.; A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. Psiquiatr RS.** Curitiba/PR, v. 30, n. 1, jan., 2008.

SILVA, D.K. da; SANTOS, N. C. d o s; O impacto causado pelo longo processo de morte na família do idoso acometido pela doença de Alzheimer. **Rev. Estud. Interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 277-292, ago., 2012.

SILVA, E. F. da; PANIZ, V. M. V.; LASTE, G.; TORRES, I. L.da S.; Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** Canoas RS, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, nov., 2013.

WOLD, G.H. **Enfermagem gerontologia.** Tradução de Ana Helena Pereira Correa et al. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.