

ALZHEIMER: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Alzheimer: the importance of the family in early diagnosis

Mariana Francielli Farias¹

Edmilson José de Sousa²

Cintia Pereira Bonfim³

¹Discente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

²Orientador e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

³Coorientador e Docente do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru

Resumo

A Doença de Alzheimer (DA) é uma patologia neurológica degenerativa, contínua e irreversível, responsável por danos progressivos do nível cognitivo, e posterior prejuízo do funcionamento de todo o organismo do indivíduo. O sintoma inicial da DA é caracterizado por perda progressiva da memória recente, com conservação temporária das memórias remotas. As funções cognitivas que são afetadas com a doença compreendem: confusão na atenção, dificuldades na fluência verbal, a habilidade de realizar cálculos, a capacidade visuo-espacial, a aptidão em utilizar objetos simples e ferramentas. Tais funções sofrem deterioração durante a evolução da patologia. Esses sintomas são frequentemente acompanhados por distúrbios comportamentais, incluindo agressividade, depressão e alucinações. O objetivo do trabalho foi descrever os sinais e sintomas que antecedem a Doença de Alzheimer para nortear/direcionar a família/cuidador no tratamento precoce. O trabalho foi constituído de uma revisão bibliográfica descritiva. Observou-se a importância do profissional de enfermagem no cuidado do idoso portador de Alzheimer, pois, suas atividades influenciam diretamente a vida do paciente, bem como de seus familiares, através de ações facilitadoras e de melhorias na qualidade de vida desses idosos.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer; Diagnóstico precoce; Família do idoso; Avaliação cognitiva; Envelhecimento.

Abstract

Alzheimer's Disease (AD) is a degenerative, continuous and irreversible neurological pathology, responsible for progressive damage to the cognitive level, and subsequent damage to the functioning of the individual's entire body. The initial AD symptom is characterized by progressive loss of recent memory, with temporary conservation of remote memories. The cognitive functions that are affected by the disease include: attention confusion, difficulties in verbal fluency, the ability to perform calculations, the visual-spatial ability, the ability to use simple objects and tools. Such

functions suffer deterioration during the evolution of the pathology. These symptoms are often accompanied by behavioral disturbances, including aggression, depression and hallucinations. The objective of the work was to describe the signs and symptoms that precede Alzheimer's Disease to guide/direct the family/caregiver in early treatment. The work consisted of a descriptive bibliographic review. The importance of the nursing professional in caring for the elderly with Alzheimer's was observed, as their activities directly influence the life of the patient, as well as that of their families, through facilitating actions and improvements in the quality of life of these elderly people.

Keywords: Alzheimer's disease; Early diagnosis; Elderly family; Cognitive assessment; Aging.

Introdução

Em decorrência do aumento da expectativa de vida, vem se observando um expressivo aumento da população idosa e como consequência, o surgimento de problemas fisiológicos do envelhecimento, bem como alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Conforme se eleva a expectativa de vida, principalmente em países desenvolvidos, ocorre um aumento da prevalência da Doença de Alzheimer (DA). Trata-se de uma patologia neurológica degenerativa, contínua e irreversível, responsável por danos progressivos do nível cognitivo, e posterior prejuízo do funcionamento de todo o organismo do indivíduo (FERNANDES; ANDRADE, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2019), as doenças cerebrais que levam a redução progressiva da capacidade cognitiva, mudanças no comportamento e déficit da funcionalidade são chamadas de demências, onde a DA representa a forma mais frequente dessas patologias. De modo geral, as demências atingem a população idosa, no Brasil, estipula-se que cerca de dois milhões de pessoas são portadoras demências, com 40% a 60% delas sendo do tipo Alzheimer. No entanto, são informações complexas e imprecisas, pois, muitos indivíduos não recebem adequados e corretos diagnósticos, ou não procuram um profissional para fazer as avaliações necessárias. Uma pessoa pode desenvolver mais de um tipo demência, como a de Alzheimer junto a alguma doença vascular.

Teixeira *et al* (2015) apontam a existência de 35,6 milhões de pessoas portadoras dessa doença, pressupõe-se esse número duplique a cada 20 anos, podendo atingir 65,7 milhões de pessoas em 2030. É o maior fator de dependência

funcional, internações em instituições e mortalidade entre a população idosa, com relação direta a diversos fatores de risco como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e hiperlipidemia. Outras condições para ampliação da incidência de DA envolvem: idade, sexo, baixa escolaridade, depressão e alterações genéticas.

O sintoma inicial da DA é caracterizado por perda progressiva da memória recente, com conservação temporária das memórias remotas. As funções cognitivas que são afetadas com a doença compreendem: confusão na atenção, dificuldades na fluência verbal, a habilidade de realizar cálculos, a capacidade visuo-espacial, a aptidão em utilizar objetos simples e ferramentas. Tais funções sofrem deterioração durante a evolução da patologia. Esses sintomas são frequentemente acompanhados por distúrbios comportamentais, incluindo agressividade, depressão e alucinações. Em relação ao grau de vigília e a lucidez do paciente, eles sofrem alterações somente no estágio avançado da DA. Não se observa fraqueza, mesmo as contraturas musculares sendo consideradas particularidades habituais no progresso da patologia (SERENIKI; VITAL, 2008).

No Brasil, o diagnóstico de demência obedece à avaliação especificada pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação de Psiquiatria Americana IV (DSM-IV). Essa avaliação se baseia nas diretrizes apresentadas pelo National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke y el Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA Wrotk Group).

São realizados tanto a anamnese, quanto o exame físico e, posteriormente efetua-se um estudo para as causas de demência não relacionadas à DA, auxiliado por exames complementares como: hemograma completo, TSH, EAS, sorologia para sífilis, dosagem de cálcio, de sódio, de vitamina B12, de proteínas totais e frações, da glicemia de jejum, da ureia e creatinina e a realização do perfil lipídico. Outros exames necessários são os testes neurocognitivos, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), devendo ser realizados para avaliar o perfil cognitivo do paciente e consecutiva comparação da progressão dos sintomas durante o acompanhamento (LEITE *et al.*, 2020).

A DA possui uma evolução gradativamente, sendo classificada em quatro estágios, conforme o seu nível. O estágio inicial se caracteriza pelo comprometimento da memória, onde o paciente apresenta pequenos lapsos de

memória; o estágio médio é quando se observa confusão mental; o estágio avançado compreende o paciente com a demência propriamente dita, e por fim o estágio terminal da doença. Em cada um destes estágios ocorre uma perda significativa da autonomia, o que prejudica o idoso portador em suas atividades diárias e de convívio social (ARAGÃO *et al.*, 2018; RABELO; LOPES, 2017).

Em relação aos cuidados com a pessoa com DA, o mais indicado pelos profissionais médicos é a permanência desses idosos em suas casas, sob os cuidados de seus familiares, visando o conforto e à dignidade desse idoso. Porém essa situação implica que alguns familiares responsabilizem pelo cuidado desse idoso, sem passar por preparos ou treinamentos específicos, com possível ônus físico, psicológico, social e financeiro (VIZZACHI *et al.*, 2015; FERNANDES *et al.*, 2018).

O trabalho se justifica no fato do diagnóstico precoce da DA contribuir para a qualidade de vida e o melhor preparo do cuidador. A identificação precoce permite a condução adequada dos sintomas e cuidados da saúde, evitando muitas situações e intercorrências que teriam impacto na qualidade de vida do paciente.

O objetivo do trabalho foi descrever os sinais e sintomas que antecedem a Doença de Alzheimer para nortear/direcionar a família/cuidador no tratamento precoce.

Métodos

O trabalho foi constituído de uma revisão bibliográfica descritiva, uma pesquisa bibliográfica decorre de material já publicado, principalmente em livros e artigos. Representando os levantamentos das obras publicadas sobre a temática que irá direcionar o trabalho científico, cujo intuito é reunir e analisar textos publicados que embasem o trabalho científico (GIL, 2002).

Mediante a uma revisão de literatura, auxiliada por buscas eletrônicas nas bases de dados Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Scielo (*The Scientific Electronic Library Online*), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar; em livros, revistas científicas, monografias e dissertações relacionadas à temática.

A busca bibliográfica teve como critério de inclusão as publicações compreendendo os últimos dez anos, que foram indexadas entre primeiro de janeiro

de 2010 e 31 de dezembro de 2020; nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola e disponíveis de forma gratuita e integral. Os critérios de exclusão foram: as referências duplicadas e que não se encaixavam nos ultimo anos, também teses de doutorado e publicações onde só constavam seus resumos. Para as buscas foram empregados os descritores: doença de Alzheimer; diagnóstico precoce; idoso; avaliação cognitiva; envelhecimento.

Uma pesquisa bibliográfica decorre de material já publicado, principalmente livros e artigos. Representa o levantamento das obras publicadas sobre a temática que irá direcionar o trabalho científico, cujo intuito é reunir e analisar textos publicados que embasem o trabalho científico (GIL, 2002).

Os trabalhos obedeceram às seguintes etapas para ser coleta dos materiais utilizados:

- ✓ Seleção das fontes de pesquisas;
- ✓ Nas buscas realizadas através das bases de dados com os cruzamentos das palavras supracitadas, foram encontrados 60 artigos relevantes ao tema sugerido, sendo 24 dissertações de mestrado. O material foi organizado por meio de fichamento dos artigos e textos consultados, de forma a constituir uma primeira aproximação do assunto através da identificação do artigo, título, nome do periódico, volume, número e ano de publicação. Posteriormente com a leitura foi obtida uma visão global do material selecionado, em seguida, foram separados 55 artigos que realmente foram utilizados para o andamento deste trabalho.
- ✓ Após, uma síntese das ideias apreendidas, buscou-se interpretar os resultados encontrados alcançando assim o objetivo proposto, a leitura analítica com objetivo de separar e organizar os dados encontrados nas fontes, possibilitando as respostas sobre o problema de pesquisa;

A discussão dos resultados através da análise de todo referencial teórico pesquisado deu o resultado final compatível ao objetivo de descrever os sinais e sintomas que antecedem a Doença de Alzheimer e para nortear/direcionar a família/cuidador no tratamento precoce.

Resultados e Discussão

A DA é a principal causa de demência, principalmente nos casos após os 65 anos de idade. Essa patologia foi descrita por Alois Alzheimer em 1906 e, hoje, é

considerada a sétima causa de morte nos Estados Unidos. Já foi classificada com uma forma rara de demência até o início da década de 1970, sendo diagnosticada somente nas situações de demência pré-senis (antes dos 65 anos de idade). O fato é que se trata de uma doença é mais frequente em idade superior aos 65 anos, cujo principal fator de risco é a idade. Aproximadamente 5% dos casos apresentam herança autossômica dominante, com ocorrência esporádica, em grande parte das vezes. Outros fatores de risco para a DA são: ser do sexo feminino, história familiar de DA em familiares de primeiro grau, história de traumatismo cranioencefálico e presença do alelo E4 da apolipoproteína E (ApoE) (RIGO, 2013).

Trata-se de uma doença degenerativa e sem definição do fator etiológico. Dentre os principais achados anatomopatológicos encontram-se as placas amiloides, os depósitos insolúveis de proteína beta-amiloide e os novos neurofibrilares, compostos por proteína Tau fosforilada. O diagnóstico *pós-morte* se estabelece através da distribuição e da densidade desses achados. Outras particularidades patológicas são: perda neuronal, diminuição da densidade sináptica e gliose (dano axonal irreversível) (RIGO, 2013).

A desordem progressiva dessa patologia leva a degeneração e a morte das células do cérebro, pois os fragmentos de proteínas tóxicas invadem os neurônios e os vazios entre eles. Essa toxicidade ocasiona perda gradual de neurônios nas regiões do cérebro, como o córtex cerebral, importante para linguagem e raciocínio, e o hipocampo, que controla a memória (EQUIPE DANONE NUTRICIA, 2020).

A DA normalmente é associada ao envelhecimento, no entanto, não retrata exatamente uma consequência normal da idade, onde as causas da doença ainda não são totalmente conhecidas. Alguns estudos apontam alguma relação da ApoE, utilizada pelo organismo para deslocar o colesterol no sangue, com a patologia. Ademais, algumas evidências demonstram maiores chances da doença em indivíduos com hipertensão e hipercolesterolemia. De forma mais incomum, lesões no cérebro podem ser uma das origens e quanto mais graves forem, maior o risco de desenvolvimento da doença. Histórico de Alzheimer na família também pode ampliar seu risco de formação. Em relação aos casos de Alzheimer precoce, possuem causas multifatoriais onde, somente uma fração pequena dos indivíduos jovens com essa condição, teve pais ou avós com Alzheimer, cujas causas são genéticas (EQUIPE DANONE NUTRICIA, 2020).

O diagnóstico da DA se fundamenta na avaliação clínica do paciente, em seus relatos juntos aos dos familiares, nos resultados dos testes cognitivos e da avaliação neurológica, nos exames de imagem e na dosagem de biomarcadores. Com isso, paciente é classificado em um dos três estágios: pré-clínico, comprometimento cognitivo leve e demência (LEITE *et al.*, 2020).

Em 2011, a NINCDS-ADRDA publicou novas recomendações para compor o diagnóstico da DA, onde a maior alteração foi com relação à identificação de três estágios da patologia: pré-clínico, comprometimento cognitivo leve e demência, onde o primeiro estágio é considerado assintomático. Nos critérios anteriores era preciso ter declínio mnemônico para realizar o diagnóstico, sendo que nas novas diretrizes, não é mais necessário possuir modificação da memória para proceder o diagnóstico. Antes, a DA era diagnosticada apenas com a presença da demência, já nos critérios atuais foram adicionadas as duas primeiras fases não demenciais (NITZSCHE *et al.*, 2014).

A fase pré-clínica representa o estágio assintomático da DA, que pode se instalar muito tempo antes do início dos sintomas demenciais. Trata-se de uma fase com relevância significativa apenas para o futuro de um diagnóstico precoce da DA, no presente não possui utilidade clínica, mas importância para estudos. A fase de comprometimento cognitivo leve (CCL) engloba pacientes com déficits em um ou mais domínios cognitivos (função executiva, memória, habilidades visuoespaciais, atenção ou linguagem), mas que ainda são independentes para atividades diárias e não completam os critérios para o diagnóstico de demência (NITZSCHE *et al.*, 2014).

Para a classificação do diagnóstico de demência associada à DA são empregadas algumas terminologias, como: provável demência devido à DA, possível demência devido à DA e provável ou possível demência devido a DA, com evidência do processo fisiopatológico da doença. As duas primeiras contam com critérios para o diagnóstico clínico, podendo ser utilizadas pelos médicos; a última classificação, que abrange a evidência do processo fisiopatológico, encontra-se em fase de estudos (NITZSCHE *et al.*, 2014).

Segundo Azevedo *et al.* (2010) o diagnóstico da DA decorre do comprometimento da memória, juntamente com mais um déficit da função cognitiva, como linguagem, atenção seletiva e dividida e funções executivas, e essas

informações só podem ser obtidas por meio de avaliações diretas com o paciente ou com entrevistas realizadas com o cuidador.

Já Poltroniere *et al.* (2011) relataram que dentre os principais sinais e sintomas que antecedem a DA, encontra-se o presente crescimento de dificuldade em memorizar coisas, decidir, agir e alimentar-se, até atingir o estado vegetativo.

Guimarães *et al.* (2015) apontaram que a DA além de desencadear efeitos deletérios ao paciente idoso, também impacta significativamente a vida de toda a família. Um diagnóstico precoce pode ser capaz de diminuir a tarefa física dos cuidadores, bem como reduzir o estresse mental, as demandas financeiras e as restrições sociais dos mesmos. No entanto, é importante mencionar que podem existir algumas imprecisões nos diagnósticos efetuados com o auxílio de imagens, principalmente na fase inicial da patologia, devendo sempre levar em consideração o diagnóstico fundamentado em critérios clínicos. Não existem exames de imagens que detectem precisamente a possibilidade de evolução do comprometimento cognitivo leve (CCL) pré-demencial para um quadro demencial ou para a respectiva DA.

A Associação Portuguesa de familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (s/d) retrata a importância de se distinguir as alterações nas funções cognitivas derivadas do processo natural de envelhecimento, dos sintomas que podem ocasionar a instalação de um quadro patológico. Recomenda-se que, caso as alterações observadas estejam afetando ou prejudicando a rotina desses indivíduos, deve-se buscar auxílio médico para uma adequada avaliação clínica, a fim de dar início ao processo de diagnóstico diferencial.

Quando a doença se inicia ocorrem pequenos esquecimentos, que são considerados normais pelos familiares, como parte do processo normal de envelhecimento. As pessoas com DA tornam-se confusas, apresentam alterações de comportamento e distúrbios de conduta, findando no não reconhecimento dos próprios familiares e até de si mesmas quando posicionadas frente a um espelho. Com a evolução da patologia, esses indivíduos tornam-se progressivamente dependentes de cuidados, desenvolvem dificuldades de locomoção, incapacidade de comunicação, demandando cuidados e acompanhamento constantes, inclusive para realização das tarefas comuns do dia a dia como alimentação, higiene, vestuário, dentre outras (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DOS DOENTES DE ALZHEIMER s/d).

Com a progressão da DA desponta a necessidade por cuidados especiais, função dos chamados cuidadores, onde a própria família tenta cumprir esse papel, em grande parte das situações. O cuidador representa a pessoa que se torna responsável direta pelos cuidados desse paciente e na maioria das vezes, é representada pela esposa, pelo filho, pelo parente, ou por algum contratado para o cargo. O cuidador seja ou não familiar, é quem oferece assistência para auxiliar na incapacidade funcional, temporária ou definitiva. As demandas de cuidados gerados pela DA são capazes de comprometer tanto a qualidade de vida (QV) do idoso doente, como também a de seu cuidador (FERREIRA; SILVA, 2013).

Alguns estudos demonstraram que os cuidadores familiares, apesar de essenciais no decorrer da patologia de doença demencial, grande parte deles não possui informações ou apoio necessários para esse cuidado. Também não possuem conhecimentos necessários sobre as particularidades do processo demencial, seu curso e a forma correta de lidar com problemas diários dos idosos acometidos pela doença, levando ao desgaste físico e emocional (FERREIRA; SILVA, 2013; NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2019).

Os estudos de Kucmanski *et al.* (2016) apontam que dentre as dificuldades encontradas no cuidado do indivíduo portador de DA, foram revelados: higiene e conforto, necessidade de atuação constante e falta de conhecimento sobre a doença. Com relação à subcategoria I, higiene e conforto, as dificuldades encaradas pelo paciente englobam uma incapacidade de efetuar as atividades da vida diária (AVD), necessitando presença constante do cuidador familiar para o desempenho das tarefas de higiene e conforto, intensificando nesse cuidador sentimentos que variam entre a raiva, devido a teimosia do doente, e pena, por se tratar de um familiar que apresenta uma doença progressiva e irreversível. Essa subcategoria ressalta-se o banho, relacionado ou não à resistência do doente,

Na subcategoria 2, necessidade constante de atenção, observa-se a identificação contínua de atenção demandada pelo familiar idoso com DA como um grande desafio encarado pelo cuidador. Torna-se necessária atenção aumentada em decorrência do comprometimento ocasionado pela doença, junto à perda de autonomia e de independência como consequência. Essa dependência acaba resultando na necessidade de um cuidador, observada pela incapacidade de cuidar de si de forma adequada sem a ajuda de outras pessoas, além da perda da capacidade de tomadas de decisão (KUCMANSKI *et al.*, 2016).

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) conceitua limitações de atividade como adversidades de uma pessoa para realização de atividades, bem como a habilidade e aptidão de um indivíduo para efetuar uma tarefa ou ação. A dependência é uma consequência da situação do idoso, que tem como característica básica a degenerescência resultante de doenças crônicas ou outras patologias, que ameaçam sua integridade física, social e econômica, reduzindo ou impossibilitando a capacidade do idoso em atender suas necessidades. O cuidador nessa fase pode desenvolver sobressaltos pelas situações de risco do doente, ocasionando angústia, medos e sentimentos dúbios relacionados ao doente (KUCMANSKI *et al.*, 2016).

Na etapa de dependência, ocorrem alterações na dinâmica de vida do cuidador, principalmente em relação ao preparo da alimentação, administração de medicamentos, instituição de uma rotina de exercícios e atividades de conforto, como higiene pessoal, higiene e arrumação do cabelo, escovação dos dentes, cortes das unhas, se vestir e despir, locomoção, acesso pelas escadas, sentar, levantar, deitar, entre outras (KUCMANSKI *et al.*, 2016).

No que se refere à subcategoria 3, falta de conhecimento sobre a doença, aponta a dificuldade dos cuidadores familiares em relação ao processo de cuidar, referente ao conhecimento da doença e de sua evolução. É primordial que os cuidadores sejam acompanhados de forma regular e recebam orientações sobre a evolução da doença, bem como sobre os cuidados necessários em cada fase (KUCMANSKI *et al.*, 2016).

O cuidado ao idoso com DA gera grandes repercussões à vida dos cuidadores e as orientações de enfermagem podem sanar dúvidas, facilitar o cuidado e propor estratégias buscando a qualidade de vida. É importante que o cuidador absorva aprendizado através das ações de orientação do enfermeiro sobre o conhecimento das causas biológicas e sociais, os sinais e sintomas, a evolução da doença em todos seus contextos, os tratamentos de exercício cognitivo e as terapias farmacológicas (FERREIRA; SILVA, 2013).

A avaliação funcional do idoso é parte essencial do cuidado de enfermagem, que considera o indivíduo os sistemas de apoio como auxiliares, para que suas necessidades possam ser providenciadas. O enfermeiro é responsável pela composição, realização e avaliação do cuidado prestado ao idoso, sendo considerado base para que a família possa executá-lo de forma efetiva e importante

no domicílio. A funcionalidade do idoso com DA deve ser observada pelos profissionais de enfermagem, para que a equipe desenvolva ações voltadas para deficiência mais identificável que o idoso apresenta, viabilizando melhor forma para o atendimento das necessidades apresentadas em cada uma das fases da doença (FARFAN *et al.*, 2020).

Poltroniere *et al.* (2011) salientam que em decorrência do declínio do equilíbrio e da instabilidade postural, concomitantemente ao uso de medicamentos para controle das alterações comportamentais, a queda representa uma das causas de hospitalização, para observação e tratamento de fraturas. A DA em estágio avançado prejudica o autocontrole das eliminações fisiológicas do paciente. Nesses casos, a avaliação da capacidade funcional pela enfermagem e equipe multidisciplinar é de fundamental importância para o planejamento do cuidado.

É importante lembrar que o Ministério da Saúde do Brasil (MS), pensando nos pacientes com DA, criou no campo do SUS, em 2002, o Programa de Assistência às pessoas com Doença de Alzheimer que normaliza a medicação distribuída gratuitamente para o tratamento da doença. Em 2013, o MS concebeu o protocolo clínico com as diretrizes terapêuticas da DA, onde se encontram definições da doença e fármacos prescritos para o cuidado medicamentoso. Em 2016, o MS distribuiu gratuitamente adesivos de rivastigmina como recurso terapêutico, que é um medicamento que pode ser fixado à pele, com a finalidade de liberar de forma gradativa seu princípio ativo, que irá penetrar diretamente na corrente sanguínea, reduzindo efeitos colaterais causados pela ingestão (BARBOSA *et al.*, 2020).

Barbosa *et al.* (2020) explica a existência de serviços voltados para atenção à pessoa idosa, principalmente os portadores de DA, dentre eles: a enfermagem e o serviço social, campos distintos, mas que se relacionam e se complementam na prestação da assistência. Quando se admite que o idoso, independente da condição clínica, encontra-se introduzido no cenário cultural do cotidiano, a consolidação das ações profissionais passa a ser pautada em referencial teórico filosófico, ou seja, a prática baseada nas teorias (FARFAN *et al.*, 2020).

No que se refere ao tratamento da DA, estudos direcionam o uso de fármacos juntamente com intervenções psicossociais, voltadas aos pacientes, familiares e cuidadores. A associação de medicamentos farmacológicos com os programas de assistência psicossocial e educacional, multidisciplinares e

interdisciplinares objetivam diminuir os problemas pessoais dos indivíduos situados no processo. Dentre as intervenções podem ser destacados os grupos socioeducativos e a psicoterapia para os familiares e cuidadores como métodos que acuram a estrutura e a organização do ambiente, conduzem a terapia nutricional, fisioterápica e odontológica, os projetos de atividade física e de reabilitação neuropsicológica. Os grupos de apoio voltados aos familiares e cuidadores ajudam no conhecimento da patologia, contribuem com o estado emocional, reduzindo sofrimento e encaminhando os cuidados.

Sobre o tratamento medicamentoso são utilizadas diversas substâncias psicoativas para manutenção ou reconstituição da cognição, beneficiando o comportamento e a capacidade funcional do indivíduo. A doença não retrocede com o tratamento, mas seus sintomas podem ser reduzidos. É preciso que tanto o paciente, como os cuidadores e familiares manifestem o compromisso de administrar os remédios na dosagem prescrita e nos horários estabelecidos, para atingir o resultado esperado. Quando existe dependência total ou parcial, o cuidador/familiar deve auxiliar na administração, devido às dificuldades desenvolvidas pelo idoso com Alzheimer (FARFAN *et al.*, 2020).

Guimarães *et al* (2015) destacam a existência de métodos para propiciar vivências para o cuidador do idoso com Alzheimer, como os Grupos de Ajuda Mútua. É um ambiente voltado para a descoberta do novo suporte social, levando bem-estar aos membros participantes e promovendo uma atuação mais flexível do profissional de saúde. Os grupos de apoio representam um espaço de troca de informações entre cuidadores, e apresenta a vantagem de englobar educação e suporte social. Outro benefício é seu efeito terapêutico em decorrência da identificação entre as pessoas que compartilham de uma mesma situação problema. Os membros do grupo oferecem apoio e tiram dúvidas a respeito da doença.

Considerações finais

A DA representa um grande desafio para os profissionais da área da saúde, bem como para o próprio idoso e sua família, por se tratar de uma doença que não tem cura e que causa alterações na funcionalidade e qualidade de vida do portador.

Observou-se a importância do profissional de enfermagem no cuidado do idoso portador de Alzheimer, pois, suas atividades influenciam diretamente a vida do paciente, bem como de seus familiares, através de ações facilitadoras e de melhorias na qualidade de vida desses idosos. No entanto, esse profissional deve ter conhecimento sobre a doença e aptidão, pois, o Alzheimer passa por etapas, com conseqüente alterações dos sinais e sintomas, demandando mudanças nos cuidados específicos para cada uma delas.

Dessa forma, o enfermeiro desde o primeiro contato com o paciente deve ter habilidades para identificar a etapa que o idoso se encontra, para que seja oferecida a devida assistência, capaz de suprir as necessidades da família e do paciente. Essa assistência é fundamentada em orientações e esclarecimentos de dúvidas dos familiares e do paciente.

Referências

ARAGÃO, R. F. et al. As manifestações clínicas e implicações no cotidiano do idoso com doença de Alzheimer. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 5, n. 2, p. 198-207, abr./jun. 2018. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_18/Trabalho_01.pdf

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DOS DOENTES DE ALZHEIMER. **Sinais de Alerta para um Diagnóstico Precoce**. s/d. Disponível em: <https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-34-sinais-de-alerta-para-um-diagnostico-precoce>. Acesso em: 01 set 2021.

AZEVEDO, P. G. et al. Linguagem e memória na doença de Alzheimer em fase moderada. **Revista CEFAC**, 2010, v. 12, n. 3, p. 393-399, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/M4NkPcKy3bcTcVYcm5xZPRt/?lang=pt>

BARBOSA, M. E. M. et al. Interdisciplinaridade do cuidado a idosos com doença de Alzheimer: reflexão à luz das teorias de Leininger e de Heller. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 1, e20190083, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/KkXKy88SgCHcz4sX3LdHcNQ/?lang=pt&format=pdf>

EQUIPE DANONE NUTRICIA. **O Alzheimer é uma condição mais recorrente entre idosos, mas adultos jovens podem apresentá-la em casos raros**. Nov 2020. Disponível em: <https://www.danonenutricia.com.br/adultos/terceira-idade/saude/alzheimer-precoce-doenca-antes-65-anos>. Acesso em: 08 set. 2021.

FARFAN, A. E. O. et al. Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer. **Revista CuidArte Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 138-145, 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/19%20Artigo%20Cuidados%20Enf.%20Alzheimer.pdf>

FERNANDES, J. S. G.; ANDRADE, M. S. Revisão sobre a doença de alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 131-140, abr. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481011.pdf>

FERNANDES, M. A. et al. Cuidados prestados ao idoso com alzheimer em instituições de longa permanência. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1346-54, maio. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230651/28952>

FERREIRA, A. Y. B.; SILVA, S. M. **Atuação do cuidador na assistência ao usuário com doença de Alzheimer**. 2013. 17f. Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade Integrada de Pernambuco, Recife 2013. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com:8080/xmlui/bitstream/handle/set/2051/ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20CUIDADOR%20NA%20ASSIST%C3%84NCIA%20AO%20USU%C3%81RIO%20COM%20DOEN%C3%87A%20DE%20ALZHEIMER>

20USU%C3%81RIO%20COM%20DOEN%C3%87A%20DE%20ALZHEIMER.pdf?sequence=1

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p. Disponível em:

<http://docente.ifrn.edu.br/mauriciofacanha/ensino-superior/redacao-cientifica/livros/gil-a.-c.-como-elaborar-projetos-de-pesquisa.-sao-paulo-atlas-2002./view>

GUIMARÃES, L. F. O.; PINTO, C. T.; TEBALDI, J. B. Alzheimer: diagnóstico precoce auxiliando na qualidade de vida do cuidador. **Memorialidades**, Ilhéus, n. 23-24, p. 11-30, 2015. Disponível em:

<https://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/1304>

KUCMANSKI, L. S. et al. Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 19, n. 06, p. 1022-1029, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9rNYm9FRGdnJxgM5rf3cMWM/abstract/?lang=pt>

LEITE, M. S. et al. Diagnóstico do paciente com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Cia-norte, v.30, n.1,p. 47-50, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9rNYm9FRGdnJxgM5rf3cMWM/?lang=pt>

NASCIMENTO, H. G.; FIGUEIREDO, A. E. B. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciênc. saúde colet.**, v. 24, n. 4, p. 1381-1392, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/grVDXmgdw8LXw3kLVSLyzwp/abstract/?lang=pt>

NITZSCHE, B. O.; MORAES, H. P.; TAVARES JÚNIOR, A. R. Doença de Alzheimer: novas diretrizes para o diagnóstico. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 8, 2014. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1780>. Acesso em: 17 set. 2021.

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

<https://www.scielo.br/j/rngen/a/3cYxYjqCSTd7dBDmT8P58cJ/?lang=pt&format=pdf>
Acesso em: 02 set. 2021.

RABELO, E. S.; LOPES, S. C. A demência na terceira idade: a família no enfrentamento da doença, tendo como referência a ABRAZ de São Luís, MA. **R. Bibliomar**, São Luís, v. 16, n. 2, p. 7-28, jul./dez. 2017. Disponível em:

<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/bibliomar/article/view/8806>

RIGO, D. **Doença de Alzheimer**: evolução clínica e os diferentes estágios da pintura do artista Carolus Horn. Set. 2013. Disponível em:

<<http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/1024>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia). **Em Dia Mundial do Alzheimer, dados ainda são subestimados, apesar de avanços no diagnóstico e tratamento da doença**. Set 2019. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/>>. Acesso em: 24 abr. 2021.
<https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/>

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, supl. 2008. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rprs/a/LNQzKPVKxLSsjbTnBCps4XM/?lang=pt>

TEIXEIRA, J. B. et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 850-860, Abr. 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/xSmRRCGySXZMcxWs4HThdYp/?lang=pt>

VIZZACHI, B. A. et al. A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 933-938, ago. 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/bj8Y9hQSP9t97rhT36CRvS/?lang=pt>