



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 2, volume 1, artigo nº 13, Julho/Dezembro 2015
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v1n2a13>

AS FASES DA DOENÇA DE ALZHEIMER E OS CUIDADOS NECESSÁRIOS A SEREM IMPLEMENTADOS PELO CUIDADOR

Priscila Souza Leite Moura¹

Bacharel em Enfermagem – Faculdade Redentor

Núbia Fidelis Miranda²

Graduanda em Enfermagem- Faculdade Redentor

Ludmilla Carvalho Rangel³

Bacharel Ciências Biológicas e Mestre em Biotecnologia – UENF
Doutoranda em Biotecnologia – UFES

Resumo:

Dentre os vários tipos de demência, a Doença de Alzheimer (D.A.) é o tipo mais comum, contribuindo com cerca de 60% do total dos casos de demência, sendo este irreversível e progressiva e que esta associada a idade. Na medida em que a doença evolui, ocorre grande comprometimento cognitivo, levando o portador desta neuropatologia a uma total dependência. O objetivo geral desta pesquisa foi identificar as fases da Doença de Alzheimer (D.A.) em uma pequena análise clínica das sintomatologias apresentada pelo portador da demência. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo do tipo descritivo. O público alvo foram cuidadores destintos de 20 idosos com a Doença de Alzheimer em ambiente domiciliar. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário com 18 questões fechadas e semiabertas. Para identificar o grau de funcionalidade do portador da neuropatologia foi utilizado o Índice de Katz o Clinical Dementia Rating (CDR) e a escala de Avaliação funcional do estadiamento da Doença de Alzheimer (FAST). Conclui-se que a maioria dos cuidadores não busca por conhecimento prévio da doença, e 65% não receberam nenhum tipo de orientação dos profissionais de saúde, gerando uma assistência errônea e baixa qualidade de vida aos portadores da Doença de Alzheimer

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Cuidador, Enfermagem.

Abstract:

Among the several kinds of dementia, the Alzheimer disease (D.L.) is the most common sort, contributing with almost 60% of the total cases of dementia, being this irreversible and progressive and associated with age. To extent that the disease evolves, occurs great cognitive impairment, leading the bearer of this neuropathology the total dependence. The objective of this paper was to identify the stages of Alzheimer disease (D.A.) in a small clinic

analysis of the symptom presented by the bearer of dementia. It is a study of a qualitative nature of descriptive sort. The target public was 20 different caregivers. As a research instrument it was used a questionnaire with closed and semi opened questions. To recognize the degree of functionality of this bearer of the neuropathology was used the Kats Index of the clinical dementia rating scale (CDR) for the evaluation of the staging of dementia and scale of functional evaluation of the staging of Alzheimer Disease (FAST). It is concluded that the assistance health professionals has a great influence on the quality life of caregivers and the patients with the Alzheimer Disease, however the care demand has not been satisfactory due to lack of training on the part of health professionals.

Keywords: Alzheimer disease, Caregiver, Nursing.

INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (D.A.) é uma demência neurodegenerativa progressiva e irreversível que está associada à idade (SERENIKI & VITAL, 2008).

É caracterizada pelos achados neuropatológicos de perda neuronal, degeneração sináptica, presença de placas senis (lesões extracelulares) e de emaranhados neurofibrilares (inclusões intraneurais), fatores estes que contribuem para morte neural (MACHADO, 2006).

O processo demencial começa com alterações estruturais no hipocampo causando comprometimento da memória, sinais que são percebidos no início da doença. Dirigindo-se para região temporal, parietal, frontal, atingindo as áreas corticais associativas e a atrofia do corpo caloso. Essas alterações estruturais resultam em grandes impactos na vida do portador da D.A. devido ao declínio das funções cognitivas, dificuldade motora, desorientação e danos na linguagem, entre outras (GERSHAM, 2008). Esses fatores tornam o portador da D.A. incapaz de realizar suas atividades diárias, necessitando de um auxílio para executá-las, chegando a um estágio onde a progressão da doença o torna totalmente dependente (OLIVEIRA *et al.* 2005).

A enfermagem deve se prontificar em elaborar planos de cuidados e atividades complementares juntamente com os cuidadores para melhorar a qualidade de vida do idoso, orientando os cuidadores sobre a doença e a assistência adequada para cada fase (POLTRONIERE *et al.* 2011).

O trabalho se direciona com o seguinte problema de pesquisa: É possível identificar e classificar as fases da D.A. em uma pequena análise da sintomatologia descrita pelo cuidador? O cuidador é preparado para lidar com o idoso em todas as fases da neuropatologia?

É possível que as fases da D.A. possam ser identificadas e classificadas. De acordo com Machado, (2006), os sinais e sintomas apresentados são bem específicos, mas somente uma avaliação holística do profissional de saúde para a percepção da doença.

Muitas vezes o cuidador não é preparado para lidar com o idoso em todas as fases, pois além do impacto emocional que a própria doença traz, as mudanças de comportamento e dos agravantes que podem ocorrer, são alguns dos desafios a serem enfrentados. É preciso ter também um preparo físico e psicológico, pois o cuidador enfrenta a mesma rotina desgastante todos os dias e o portador da D.A. necessita de acompanhamento constante (SHIGUEMOTO, 2010). Existe também a falta de capacitação técnica e profissional para exercer a função de cuidador. Por esse motivo muitos desconhecem a conduta adequada frente às manifestações da doença e as exigências do cuidado com o portador da D.A. (SHIGUEMOTO, 2010).

A relevância dessa pesquisa se dá devido ao aumento da incidência da Doença de Alzheimer, demência que está relacionada com o aumento da expectativa de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que o número de idosos acima de 60 anos deverá aumentar 17 vezes no Brasil, entre o ano de 1950 a 2025. Podendo colocar o país como a sexta população de idosos mundialmente (SANTOS & CORTINA, 2011).

O aumento da expectativa de vida resulta em um conseqüente aumento do número de pessoas afetadas por doenças neurodegenerativas. Estima-se que atualmente cerca de 25 milhões de indivíduos são acometidos pela DA em todo o mundo, e sua incidência continua crescendo de forma significativa (LEITE *et al*, 2014).

Existe uma grande necessidade de divulgar de forma detalhada o assunto que tem sido cada vez mais requisitado, pois é preciso explicar melhor o desenvolvimento da doença e as reais complicações que esta poderá causar ao portador da Doença de Alzheimer, informando para os mais próximos a total atenção que o mesmo terá que receber (MACHADO, 2006).

O presente estudo teve por objetivo geral identificar as fases da Doença de Alzheimer (D.A.) em uma pequena análise clínica das sintomatologias apresentada pelo portador da demência. Os objetivos específicos são descrever as possíveis causas da Doença de Alzheimer; Identificar o conhecimento do cuidador acerca da Doença de Alzheimer; Elaborar um plano de assistência a ser realizada pelo cuidador.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo do tipo descritivo, onde foi analisado e identificado a fase em que o portador da D.A. se apresenta e os cuidados necessários a serem implementados pelo cuidador.

De acordo com Leite, (2008) o método qualitativo é aplicado em situações em que se necessita realizar classificações comparativas e que se pretende identificar proporção, grau

ou intensidade de um determinado fenômeno. O tipo descritivo faz comparações entre grupos de dados, realiza um resumo das informações, construindo tabelas com os dados coletados com o objetivo de descrever sua distribuição na amostra observada (LEITE, 2008).

O público alvo foram cuidadores distintos de 20 idosos com a Doença de Alzheimer em ambiente domiciliar. Sendo exclusas toda e qualquer pessoa que não participe diretamente nos cuidados ao portador da Doença de Alzheimer.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário com 18 questões fechadas e semiabertas tendo como objetivo identificar a fase em que o portador da D.A. se apresenta, o grau de funcionalidade e o tipo de assistência prestada pelo cuidador.

Para identificar o grau de funcionalidade do portador da neuropatologia foi utilizado o Índice de Katz. Sendo avaliadas as atividades da vida diária, como banho, alimentação, incontinência, vestimenta, locomoção e higiene pessoal. Quando apresentado escore = 6 é considerado independente, escore = 4 dependência moderada, escore = 2 ou menor é classificado muito dependente.

Clinical Dementia Rating (CDR), escala de avaliação do estadiamento da demência. Sendo classificado CDR 0 = sem demência, CDR 1= demência leve, CDR 2 demência moderada, CDR 3 = demência grave. Avaliação funcional do estadiamento da Doença de Alzheimer (FAST). Além disso, foi realizada pesquisas bibliográficas para comparação das sintomatologias apresentadas pelos portadores da Doença de Alzheimer.

Este estudo foi submetido a análise do comitê de ética em pesquisa da Faculdade Redentor em Itaperuna, RJ. Sendo aprovado sob nº45327915.7.0000.5648 foram obedecidas todas as normas e regulamentos de pesquisa. A cada sujeito da pesquisa solicitamos à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através das sintomatologias apresentadas por cada portador da Doença de Alzheimer neste estudo (Gráfico 1), foi feita uma avaliação para se identificar em qual fase o portador da neuropatologia se encontrava. Para tanto, foi utilizado como instrumento de avaliação o índice de Katz que avalia o grau de funcionalidade, CDR e o FAST que classificam o estadiamento da demência tipo Alzheimer.

E em relação ao grau de funcionalidade do portador, 50% são muito dependentes, 5% apresentam dependência moderada e finalmente 45% são independentes. Na medida em que a doença evolui, o portador da D.A. começa a ter maior comprometimento cognitivo e perda da autonomia, sendo requerida uma maior assistência.

Este tipo de avaliação auxilia o enfermeiro no planejamento de cuidado ao portador

da D.A. (TALMELLI *et al*, 2010).

De acordo com os dados coletados e analisados, conclui-se que 15% dos portadores da Doença de Alzheimer se encontram no estágio inicial, 30% no estágio moderado, 25% estágio moderadamente grave e 30% em estágio grave. Sendo possível observar que a maioria teve o diagnóstico tardio, com 55% diagnosticados com tempo inferior de 5 anos (Gráfico 2).

De acordo com Pestana & Caldas, (2009), os sintomas psicóticos são os mais comuns, sendo a maior síndrome clínica da doença, com 36% apresentando delírios, 18% alucinações, 25% os demais sintomas. Estes sintomas comportamentais e psicóticos não só afeta o portador da doença, mas também os cuidadores/familiares.

Os sintomas apresentados no estágio inicial são: desorientação quanto ao tempo e espaço, retraimento social, comprometimento da memória recente, desinteresse por atividades. Já no estágio moderado, apresenta comprometimento nos domínios cognitivos, como afasia, agnosia e apraxia. Além da deterioração mais acentuada dos déficits de memória e alterações comportamentais, alucinações, entre outros. Quando o portador da doença se apresenta no estágio moderadamente grave, torna-se dependente, tem grande comprometimento das funções cognitivas, dificuldade para falar e andar, não reconhece ninguém nem a si mesmo. No estágio grave, ficam acamados, incontinentes, grande comprometimento na fluência verbal, evoluindo para o mutismo. Sobrevivendo a óbito devido a complicações como embolia pulmonar, pneumonia e septicemia (SANTOS & CORTINA, 2011).

Acredita-se que a Doença de Alzheimer apresente uma etiologia multifatorial, que pode ser estabelecido como os fatores de risco: a idade, Síndrome de Down (devido a uma anomalia no cromossomo 21), baixo nível educacional, gênero feminino, reações inflamatórias, fatores genéticos e ambientais. É possível que esteja relacionado também com trauma craniano, hipercolesterolemia, *diabetes mellitus*, hiper-homocisteinemia, estresse psicológico e hipertensão arterial. Tendo a idade um maior destaque como fator de risco para o desenvolvimento da doença (MACHADO, 2006).

Gráfico 1: As sintomatologias apresentadas pelos portadores da D.A.

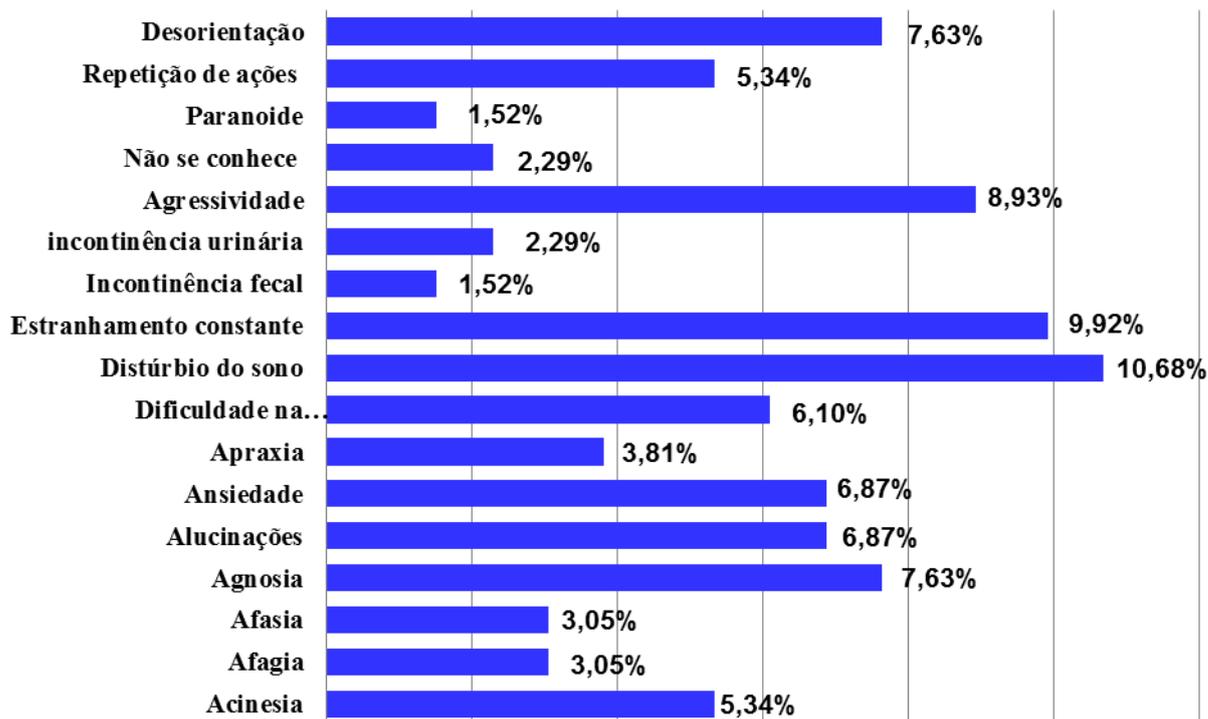
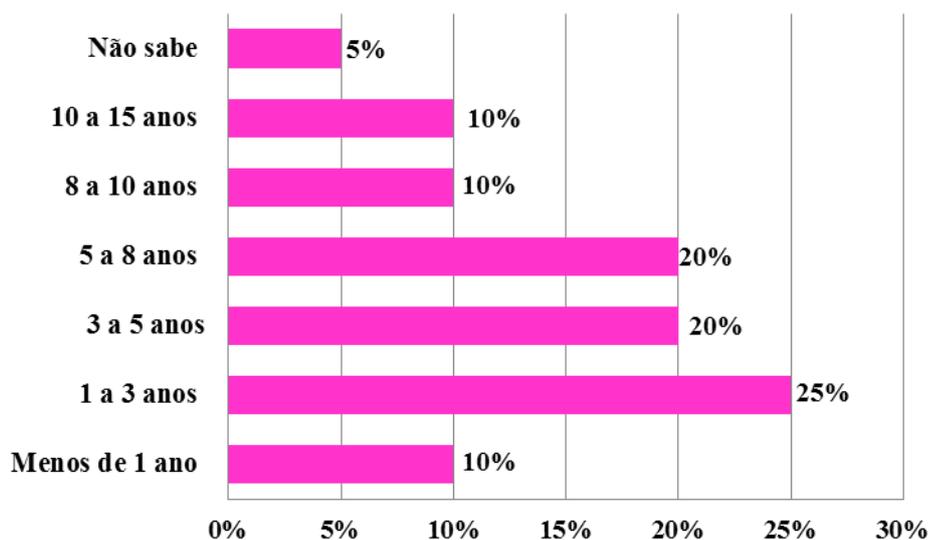


Gráfico 2: O tempo em que a doença foi diagnosticada



Além disso, verificou-se que 60% apresenta idade entre 80 a 90 anos, 20% com 70 a 80 anos, 15% entre 60 a 70 anos e 5% entre 90 a 100 anos. Verificou-se também que 85% apresentam Alzheimer de início tardio (DAIT) e 15% com Alzheimer de início precoce (DAIP).

E em relação ao histórico familiar, 50% dos cuidadores relataram que o portador da D.A apresenta histórico da Doença de Alzheimer na família. Sendo este um dos fatores de

risco para um possível diagnóstico de Alzheimer. De acordo com Oliveira, (2010), aproximadamente 20% da população brasileira com mais de 80 anos são atingidos pela Doença de Alzheimer e 5% são acima de 65 anos, tendo uma duplicação de sua prevalência a cada cinco anos. Sendo a Doença de Alzheimer, em quarto lugar uma das mais frequentes causas de morte nos países desenvolvidos.

E das pessoas acometidas por esta patologia, 5% são de início precoce. Sendo este diretamente relacionado à mutação genética, que são responsáveis por alterações nas proteínas por eles codificados (LUCATELLI *et al*, 2008).

Aproximadamente 1/3 das pessoas acometidas por esta neuropatologia apresentam histórico familiar. Acredita-se que, os portadores da Doença de Alzheimer tenham 50% de chances de ter filhos afetados com a mesma neuropatologia (SENERIKI & VITAL, 2008).

E no que diz respeito à incidência da D.A., 60% dos portadores são do gênero feminino. De acordo com Pinto *et al*, (2009), estudos comprovam que o gênero feminino tem uma predisposição em adquirir a Doença de Alzheimer, acredita-se que seja pela diferença na prevalência da mortalidade entre os sexos, sendo este gênero um dos fatores de risco para esta neuropatologia.

Também é possível observar que a maioria dos portadores da Doença de Alzheimer apresenta algum tipo de patologias associada. Sendo que 70% dos portadores da Doença de Alzheimer não apresentam nenhum tipo de lesão cutânea. Porém 12,12% apresentam depressão, 9,09% apresentam *diabetes mellitus*, 6,06% com doença pulmonar, 21,21% tem algum tipo de Doença cardiovascular e 36,36% são hipertensos.

De acordo com Santos & Cortina, (2011), uma das principais causas de incapacidade, dependência e agravo nas condições de saúde entre os idosos é a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. Sendo a hipertensão a mais frequente com 53,4% de casos, 20,6% de doenças cardiovasculares, 17,5% *diabetes mellitus* e doenças pulmonares com 12,5%.

A hipertensão arterial e o *diabetes mellitus* são considerados fatores de risco para D.A. e para outros tipos de demência, o controle da pressão arterial sistêmica e da diabetes mellitus, ajuda na preservação cognitiva. É de suma importância a prática de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis, com isso se evitará uma piora no comprometimento cognitivo (LOPES *et al*, 2011).

Ao avaliar os tipos de atividades ocupacionais e intelectivas realizadas pelos portadores que foram estudados durante a pesquisa, verificou-se que 35,73% dos portadores da Doença de Alzheimer não praticam nenhum tipo de atividade ocupacional, sendo que 32,14% realizam caminhadas diárias, 17,85% ajudam em algumas atividades domésticas, 14,28% gostam de ler revistas, livros, jornais, entre outros. Durante a pesquisa foi possível observar que, grande maioria dos cuidadores não estimula os portadores da doença a realizar atividades ocupacionais que não seja caminhada.

As atividades ocupacionais e intelectivas tem grande relevância na preservação e estimulação da autonomia e do autocuidado, além de proporcionar melhora na qualidade de vida e o retardo do deterioramento cognitivo (MOTA *et al*, 2012).

Em relação ao conhecimento dos cuidadores, 55% se julgam conhecedores de todas as fases da Doença de Alzheimer e classificaram a fase que o portador se encontra. Porém 5% se julga conhecedor de todas as fases da doença, mas não souberam classificar a fase. E 25% disseram não ser conhecedor da doença, suas fases e não souberam classificar a fase que o portador da doença se encontra, já 15% diz não conhecer as fases da doença, porém de alguma forma classificou a fase do portador da neuropatologia.

Após a avaliação das fases em que os portadores se encontram, somente 40% dos entrevistados souberam responder corretamente a fase em que o portador da doença apresenta. No entanto, durante a pesquisa foi possível observar que alguns dos entrevistados ainda são leigos se tratando do assunto abordado. Além disso, foi possível observar que o poder aquisitivo e o grau de escolaridade, tem grande influência na busca pelo conhecimento da neuropatologia (dado não quantificado no questionário).

De acordo com Leite *et al*, (2014), o conhecimento e informações dos cuidadores sobre a doença de Alzheimer é adquirido na maioria da vezes, por informações fornecidas pela mídia. Devido a isso, acaba gerando um tipo de assistência errônea ao portador da doença. Aproximadamente 62,5% dos cuidadores não tem nenhum tipo de conhecimento prévio sobre a neuropatologia (CALDEIRA & RIBEIRO, 2004).

Além disso, 65% dos cuidadores relatam não terem recebido nenhum tipo de orientação da equipe de saúde sobre os cuidados necessários e ou sobre a doença. E somente, 50% dos portadores da Doença de Alzheimer recebem a assistência de algum tipo de profissional da equipe de saúde em ambiente domiciliar. E em relação à capacitação técnica, 86% dos cuidadores não realizaram nenhum tipo de curso preparatório para exercer a função de cuidador. Alguns dos entrevistados ainda disseram não ver a necessidade de realizar qualquer tipo de preparação, pois o tempo de convivência com o portador da D.A. seria o suficiente para aprender o que fosse necessário.

De acordo com Bárbara *et al*, (2013), grande parte dos cuidadores não tem nenhum tipo de preparação para exercer a função de cuidador. Muitos ainda questionam a falta de orientação da equipe de saúde sobre a doença e os cuidados necessários ao portador da Doença de Alzheimer. Os profissionais de saúde não tem nenhuma preocupação com as dúvidas e questionamentos que o cuidador familiar tem, no entanto estes profissionais estão centrados no método curativista, visando somente à doença (BÁRBARA *et al*, 2013).

A enfermagem deve ter a responsabilidade de orientar o familiar/cuidador a cerca da neuropatologia. Explicando sobre o seu estadiamento, comprometimento e os sintomas. E orientar sobre os cuidados necessários em cada um dos estágios da doença de acordo com a realidade de cada família. Tendo também uma atenção voltada ao enfrentamento e saúde

do cuidador (SANTOS & CORTINA, 2011).

Os cuidadores também relatam sentir algum tipo de dificuldade mediante a assistência prestada aos portadores da D.A.. Em relação a principais dificuldades encontradas pelos cuidadores, verificou-se que 41,30% disseram sentir pressão psicológica, sendo que a maioria faz uso de antidepressivos por recomendação médica (dado não quantificado no questionário). Além disso, 28,26% sentem um grande desgaste físico, 17,39% sentem dificuldades devido ao tempo gasto com os portadores da D.A. e, finalmente 13,04% disseram que tem muitos gastos financeiros por conta da doença. Avaliando os resultados, verificou-se que a maior dificuldade apresentada pelos cuidadores é a pressão psicológica que estes declararam sentir. De acordo com Cruz & Hamdan, (2008), devido ao grande impacto psicológico, os cuidadores da neuropatologia fazem uso de psicotrópicos e procuram por tratamento médico 46% mais do que cuidadores de outros tipos de patologias. Grande maioria dos cuidadores sofre com a progressão da doença, devido ao declínio cognitivo a total dependência que o portador da demência passa a ter e a necessidade de supervisão crescente. Além do afastamento social, afetivo e os conflitos familiar vivenciado pelos cuidadores. Todos esses fatores acabam culminando na sobrecarga do cuidador, podendo gerar uma determinada patologia. Aproximadamente 60% podem desenvolver uma doença física ou psicológica, sendo que 55% chega a apresentar quadro de depressão.

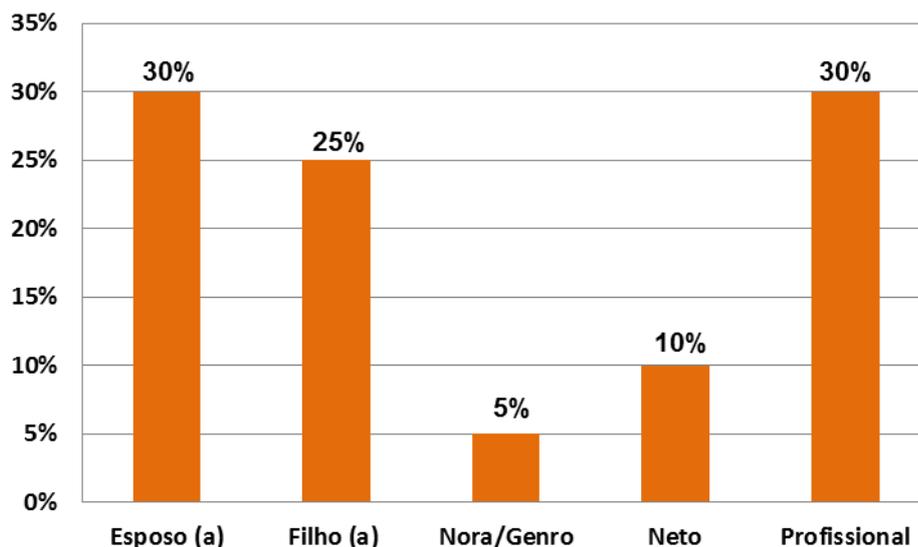
A equipe de saúde deve realizar um treinamento para estes cuidadores, fornecer suporte psicológico e dos serviços de saúde. Com isso se obtém uma melhora nos níveis de estresse do cuidador/familiar e a diminuição do uso medicamentoso (PESTANA & CALDAS, 2009).

E no que diz respeito à relação entre o cuidador e o portador da D.A., verificou-se no presente estudo que 70% dos cuidadores são integrantes da família do portador da neuropatologia, sendo estes compostos por esposo (a), filho (a), neto (a), nora/genro e 30%, portanto são cuidadores contratados pela família (Gráfico 3). Além disso, verificou-se que os cuidadores que possuem algum grau de parentesco com o portador, não recebe qualquer tipo de remuneração para desempenhar tal atividade. Sendo assim, 55% disseram executar outro tipo de trabalho remunerado.

O presente estudo corroborou com a pesquisa realizada por Ilha *et al*, (2012), que a maioria dos cuidadores são constituídos por membros da família. Sendo estes escolhidos pelos próprios integrantes ou por ser o único familiar próximo. Há também o alto custo para se contratar um profissional capacitado, levando o familiar a assumir este cargo.

Além disso, 58% dos cuidadores familiares não possuem nenhum tipo de vínculo empregatício, podendo gerar uma sobrecarga financeira (SEIMA & LENARTD, 2011).

Gráfico 3: O tipo de vínculo entre o cuidador e portador da Doença de Alzheimer



Porém devido ao comprometimento de tempo, a necessidade do cuidador de se ter um vínculo empregatício remunerado e uma vida social. Muitas acabam contratando um cuidador ou solicitando a ajuda de outro familiar. Sendo assim, cada portador da Doença de Alzheimer recebe assistência de uma determinada quantidade de cuidadores sendo 55% composto 2 cuidadores, 35% com 3 cuidadores e 10% com apenas 1 cuidador. Porém os cuidadores são disponíveis em horários alternados, sendo apenas 1 por vez. Segundo Vilela & Caramelli, (2006), há situações em que o familiar não tem condições de cuidador sozinho, sendo assim, 35% desses familiares que prestam assistência ao portador da D.A., tiveram necessidade de contratar, pelo menos uma pessoa para auxiliá-los na assistência prestada ao portador da doença, já 22,5% precisou contratar dois cuidadores e 2,5% sentiu necessidade de contratar 3 cuidadores.

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem desempenha importante papel tanto em ambiente domiciliar quanto em instituições de saúde, orientando sobre as formas de cuidado que o portador da doença necessita. O uso medicamentoso correto e seus possíveis efeitos colaterais, manutenção da integridade cutânea e mucosa, tratamento das intercorrências clínicas e a preservação dos níveis hidroeletrólíticos. Mas também se faz necessário o acompanhamento multiprofissional (MACHADO, 2006).

Mas somente através do atendimento familiar, será possível planejar uma forma de cuidado eficaz, pois através deste tipo de atendimento é possível observar as necessidades dos cuidadores e dos portadores da Doença de Alzheimer. Sendo possível orientar e aconselhar os familiares, ouvir suas dúvidas e só assim planejar uma estratégia eficaz

(PESTANA & CALDAS, 2009).

O tipo de assistência a ser prestada ao portador da D.A. deve ser de acordo com o comprometimento cognitivo, o estágio da doença e as suas necessidades básicas. Levando em consideração os recursos financeiros de cada família (PESTANA & CALDAS, 2009).

É importante realizar a terapia cognitiva, pois retarda o comprometimento cognitivo. Exemplo disso são os treinamentos de memória, a reminiscência, dança, música, exercícios, atividades ocupacionais, entre outros (PESTANA & CALDAS, 2009).

É importante também, proporcionar segurança no ambiente domiciliar, adaptado de acordo com as necessidades do portador da doença. Ter uma boa iluminação em todos os cômodos da casa. Eliminar qualquer meio que indique risco de quedas, escoriações, queimaduras, pancadas, cortes e lesões (BRUNNER & SUDDARTH, 2011).

Deixar o portador da doença a realizar suas atividades básicas da vida diária, pois ajuda a manter a sua autonomia e retarda o comprometimento cognitivo. Proporcionar atividades e ocupações para evitar que o cliente durma durante o dia, e durante a noite proporcionar um ambiente tranquilo para se ter um sono noturno agradável (PY, 2012).

Muitos portadores da doença costumam ter uma deterioração no estado nutricional, devido à inquietação, perda de apetite, falta de atenção na hora das refeições, perda do olfato e paladar. Fatos estes que acabam acarretando uma desnutrição trazendo complicações no quadro da doença. É fundamental o acompanhamento do nutricionista para orientar uma dieta adequada, que supra as necessidades nutricionais. (OLIVEIRA, 2005). Durante as refeições proporcionar um ambiente agradável e tranquilo, e despertar o interesse do idoso portador da demência pelos alimentos. A mesa deve ser arrumada de uma forma bem atrativa com cores contrastantes e ter uma boa iluminação (OLIVEIRA, 2005).

O tratamento fisioterapêutico é indicado para retardar a progressão das perdas motoras. Além disso, a fisioterapia desempenha um importante papel no tratamento da incontinência urinária e fecal. A terapia respiratória também é fundamental na medida em que a doença progride para a fase terminal, pois previne infecções pulmonares além de monitorar problemas respiratórios. As orientações das práticas de atividades físicas corretas resultam em melhora na circulação sanguínea, previne lesões ortopédicas, melhora na qualidade do sono e nos sintomas comportamentais (MELO & DRIUSSO, 2006).

Em alguns casos o portador da doença sente dificuldades de deglutição, sendo nesse caso necessárias as orientações de um fonoaudiólogo. Em alguns casos extremos será necessária a utilização de uma sonda nasogástrica (GUTERMAN, 2002).

Falar ao portador da D.A. de forma clara e de fácil compreensão ajuda a minimizar a confusão e desorientação, colocar relógios e calendários em lugares de fácil visualização auxilia na orientação do tempo, a utilização de cores para sinalizar algo e fotos da família

pela casa, ajuda o cliente se localizar no ambiente domiciliar (BRUNNER & SUDDARTH, 2011). As necessidades e desejos sexuais não devem ser ignorados e nem reprimidas, deve-se respeitar e preservar a privacidade do portador da doença para se evitar constrangimentos publicamente (GUTERMAN, 2002).

Ter controle sobre outras patologias associadas, como hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, hiperlipidêmica, tabagismo, etilismo, obesidade, sedentarismo, entre outros. Pois esses fatores podem desencadear outros tipos de demência ou causar complicações no quadro do portador da Doença de Alzheimer (PY, 2012).

Caso o cliente se apresente na fase final da doença, com imobilidade, incontinência fecal e urinária, deve ser realizada a troca de decúbito de 2/2h para evitar o aparecimento de escaras. Manter a cabeceira da cama no ângulo de 30° a 45° para se evitar doenças respiratórias como pneumonia. Nessa fase da doença o cliente necessita de uma maior demanda de cuidado e atenção (GARCIA & NEVES, 2013).

Quando apresentar lesões cutâneas ou da mucosa, realizar a limpeza correta, efetuar a troca de curativo de acordo com as orientações de enfermagem, preservando sempre a integridade da pele. Evitar que o cliente fique em ambiente úmido. Usar hidratantes para prevenir o ressecamento da pele, utilizar somente hidratante recomendado pelo enfermeiro ou outro profissional de saúde. O enfermeiro que faz o acompanhamento desse cliente deve realizar a monitorização dessas lesões e orientar sobre as formas adequadas para efetuação de curativos (GARCIA & NEVES, 2013).

Vale salientar que a Doença de Alzheimer é considerada uma doença familiar e social devido à desagregação e desestruturação financeira, emocional e nas relações sociais na vida dos familiares e cuidadores. Devido a esse impacto emocional que o cuidador e familiar sofre é muito importante o acompanhamento dos profissionais como assistente social, enfermeiro, psicólogos e terapeutas. Os grupos de apoio também são de grande valia. Orientar e tratar os familiares e cuidadores resulta em melhora na qualidade de vida destes e dos portadores da doença (MACHADO, 2006).

FASES	ASSISTÊNCIA
1. Inicial	-Suporte para função cognitiva, - Redução da ansiedade e agitação, - Atividades intelectivas, -Indicação e orientação (Lembretes).

<p>2. Moderada</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Promoção da segurança Física, -Redução da Ansiedade e agitação, -Promoção de independência nas atividades de autocuidado, -Promoção da atividade e o repouso balanceado, -Promoção da nutrição adequada, -Suporte para função cognitiva, -Auxílios de memória, -Terapias ocupacional e intelectual, -Fornecer medicação correta e na hora certa, -Atender as necessidades de socialização e intimidade, -Indicação e orientação (sinalização e lembretes), -Promover momentos de lazer.
<p>3. Moderadamente Grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Auxiliar na comunicação, -Promoção da nutrição adequada, -Atender às necessidades de socialização e intimidade, -Auxiliar nas atividades da vida diária, -Promoção da segurança Física, -Terapia ocupacional, -Estimular as idas ao banheiro, -Fisioterapia, -Promover momentos de lazer e distração
<p>4. Grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Promoção da nutrição adequada, -Realizar exercícios de amplitude de movimentos passivos em todos os membros (fisioterapia), -Total assistência para atividades básicas da vida diária, -Prevenir úlceras por pressão (mobilização no leito), -Fornecer hidratação cutânea, -Atenção com as intercorrências clínicas

QUADRO 1: Plano de assistência aos portadores da Doença de Alzheimer

Fonte: BRUNNER & SUDDARTH, 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de pessoas idosas tem crescido gradativamente nos últimos anos, juntamente com as patologias associadas à idade. Porém, de maneira antagônica a assistência da equipe de saúde ainda se encontra ausente, onde 65% dos cuidadores de portadores da Doença de Alzheimer relataram não ter recebido orientações adequadas sobre a doença, suas fases, complicações, sintomas e os cuidados necessários. Sendo que à medida que doença evolui, o tipo de assistência a ser prestada em cada fase muda. Porém, 60% dos cuidadores não souberam dizer corretamente a fase em que o portador da D.A. se apresentava, sendo este um exemplo da falta de orientação dos profissionais de saúde.

A participação direta da equipe de enfermagem se faz necessário, pois se deve avaliar o grau de comprometimento do portador, para elaborar um plano assistencial eficaz. Além disso, o papel do profissional de enfermagem engloba o ato de prevenir o aparecimento de doenças associadas e prestar atendimento nas intercorrências clínicas. Somente 50% dos portadores recebem assistência domiciliar da equipe de saúde, sendo notória a baixa demanda de capacitação técnica desses profissionais. Resultando na falta de conhecimento dos cuidadores, gerando baixa qualidade de vida e uma assistência errônea aos portadores da demência tipo Alzheimer.

Além disso, a maioria dos cuidadores estudados não teve interesse em adquirir um conhecimento prévio acerca da Doença de Alzheimer, onde 86% não buscou nenhum tipo de preparação ou orientação para se ofertar um cuidado de qualidade. Refletindo de forma negativa, não só na assistência prestada ao portador, mas também na qualidade de vida do cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÁRBARA, G.H.S., BONFIM, F. K., CARVALHO, C.G.,MAGALHÃES, S.R., **AS DIFICULDADES VIVENCIADAS PELO CUIDADOR DO PACIENTE PORTADOR DE ALZHEIMER**

BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S. Cuidado de saúde do idoso. In:_____.**Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, Rio de Janeiro, 2011. V.1, Cap. 12, p.213-223.

CALDEIRA, A.P.S., RIBEIRO, R.C.H.M. **O enfrentamento do cidador do idoso com Alzheimer**. Arq. Ciência Saúde, 2004. v.11, n.2. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-11-2ac08%20-%20id%2027.pdf Acesso em: 10 de Novembro de 2015.

CRUZ, M.N., HAMDAN, A.C., **O impacto da Doença de Alzheimer no cuidador.** Departamento de psicologia, Universidade Federal do Paraná. Psicologia em Estudo, Maringá, v.13, n.2, p.223-229, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2>> Acesso em: 20 de Novembro de 2015.

GARCIA, J.N.R., NEVES, M.L. Úlceras por pressão. In:_____. **Manual para estágio em Enfermagem**, São Paulo, 2013, 3ª edição, cap. 19, p. 355-361.

GERSHAM, K. **Psiquiatria.** In:_____.**The little black book series: Geriatria**, São Paulo, 2008. cap. 5, p. 208-255.

GUTERMAN, J. Alguns cuidados. In:_____.**O Bem e o Mal de Alzheimer**, Rio de Janeiro, 2002. cap. 15, p.101-112.

ILHA, S., ZAMBERLAN, C., GEHLEN, M.H., DIAS, M.V., NICOLA, G.D.O., BACKES, D.S., **Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos com Alzheimer: Contribuição de um projeto de extensão.** Cogitare Enferm, 2012. v.17, n.2, p.270-6. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/27876>> Acesso em: 10 de Novembro de 2015.

LEITE, C.D.S.M., MENEZES, T.L.M.M., LYRA, E.V.V., ARAÚJO, C.M.T. **Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura.** Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2014. p.48-56, f 63. Disponível em: <WWW.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0048.pdf> acesso em: 29 de maio 2015.

LEITE, F.T. Método Científico e Metodologia. In:_____.**Metodologia Científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros**, São Paulo, 2008. cap.4, p.89-117.

LOPES, L.C., ARAÚJO, L.M.Q., CHAVES, M.L.F., IMAMURA, M., OKAMOTO, I.H., RAMOS, A.M., SATOMI, E., STEIN, A.T., CENDOROGLO, M.S., SOUZ A, M.C., APOLINÁRIO, D., ANDRADA, N.C., **Doença de Alzheimer:Prevenção e Tratamento.** Diretrizes clínicas na saúde suplementar. Associação Médica Brasileira e Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Janeiro, 2011. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/.../doenca_de_alzheimerprevencao_e_trat> Acesso em: 9 de Novembro de 2015

LUCATELLI, J.F., BARROS, A.C., MALUF,S.W., ANDRADE, F.M., **Influência genética sobre a Doença de Alzheimer de início precoce.** Rev. Psiq. Clín. 2009, v.36, n.1, p.25-30. Novo Hamburgo, RS. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/>> Acesso em: 8 de Novembro de 2015.

MACHADO, J.C.B. **Doença de Alzheimer.** In FREITAS, E.V.F. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro, 2006. cap. 25, p. 260-280

MELO, M.A., DRIUSSO, P. **Proposta fisioterapêutica para os cuidados de portadores da Doença de Alzheimer.** Universidade Metodista de São Paulo. São Paulo, 2006. p. 11- 18. Disponível em: <<https://fisioterapiaportoalegre.files.wordpress.com/2008/10/addiagram.jpg>> Acesso em: 10 de maio de 2015.

MOTA, W. G.; MOURA, R. M. B.; MOURA, G. J. B.. **A intervenção terapêutica ocupacional nas atividades de vida de pacientes portadores da doença de Alzheimer.** Scire Salutis, Aquidabã, v.2, n.2, p.56- 63, 2012. Disponível em: <<http://sustenere.co/journals/index.php/sciresalutis/article/viewArticle/379>> Acesso em: 10 de Novembro de 2015.

OLIVEIRA, A.R.R., **O Envelhecimento, A Doença de Alzheimer e as contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI)**. Cuad. Neuropsicol. v.4, n.1, p.31-41. O envelhecimento, a Doença de Alzheimer, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S071841232010000100003&script=sci_arttext> Acesso em: 10 de Novembro de 2015.

OLIVEIRA, F.O., RIBEIRO, M., BORGES, R., LINGINGER, S., **Doença de Alzheimer perfil neuropsicológico e tratamento**. Trabalho de licenciatura, 2005, universidade Lusíada do Porto – Departamento de Psicologia, f.21. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/>> acesso em: 10 de Out.de 2014.

PESTANA, L.C., CALDAS, C.P., **Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais**. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jul-ago; v.62, n.4, p. 583-7. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/15.pdr> acesso em: 20 de Novembro de 2015.

PINTO, M.F., BARBOSA, D.A., FERRETI, C.E.L., SOUZA, L.F., FRAM, D.S., BELASCO, A.G.S., **Qualidade de vida de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer**. Acta Paul Enferm, 2009. v.22, n.5, p.652-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>> Acesso em: 20 de Novembro de 2015

POLTRONIERE, S; CECCHETTO, S. E.N. **Doença de Alzheimer e demandas de cuidados, o que os enfermeiros sabem?** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre- RS. Junho 2011; v. 32, n.5, p. 270-280 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a09v32n2.pdf>> acesso em : 10 de set. de 2014.

PY, M. Alterações Mentais. In LUNA, R.L., SABRA, A. **Medicina de Família Saúde do adulto e do idoso**, Rio de Janeiro. Cap. 11, seção 3, parte A, p. 46-50.

SANTOS, C.O., CORTINA, I., **O impacto da evolução da Doença de Alzheimer para o cuidador familiar**. Rev. Enferm UNISA, 2011. v.12, n.2, p.128-32. Disponível em: <http://www.unisa.br/pesquisa/ci_14/docs/3204_3068.pdf> Acesso em: 09 de Novembro de 2015.

SEIMA, M.D., LENARDT, M.H. **A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer**. Textos & Contextos, Porto Alegre, v.10, n.2, p. 388-398, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewArticle/9901>> Acesso em: 11 de Novembro de 2015.

SERENIKI, A., VITAL, M.A.B.F. **A doença de Alzheimer: Aspectos Fisiopatológicos e Farmacológicos**. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1s0/v30n1a02s0.pdf>> acesso em: 10 de set. de 2014.

SHIGUEMOTO, G. O. B. **Doença de Alzheimer e Cuidador familiar principal: Estudo da clientela o programa do medicamento de dispensação excepcional do Município de São Carlos**. Dissertação (mestrado em fisioterapia) São Carlos, SP 2010. f.68, Universidade Federal de São Carlos. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/PesquisaObraForm.jsp>> acesso em: 16 de set. de 2014.

TALMELLI, L.F. S., GRATÃO, A.C.M., KUSUMOTA, L., RODRIGUES, R.A.P., **Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer**. Rev Esc Enferm USP, 2010. v.44, n.4, p.933-9. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/11.pdf>> Acesso em: 11 de Novembro de 2015.

VILELA, L.P., CARAMELLI, P., **A Doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes**. Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. v.52, n.3, p. 148-52. São Paulo, 2006. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a14v52n3.pdf> acesso em: 11 de Novembro de 2015.