

ANÁLISE DOS CUIDADOS NO PACIENTE COM ALZHEIMER COMO FORMA DE MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA

Analysis of care for patients with alzheimer as a way to improve the quality of life

Keyla Liana Bezerra Machado¹, Juvêncio César Lima de Assis², Lara Emanuely Resende Coelho³,
Liuana Carvalho de Souza⁴, Patrícia Sarmento Cunha Cavalcanti Monteiro⁵,
Karina Medeiros de Farias Marques⁶, Matheus Rodrigues de Souza⁶,
Amanda Figueirôa Agra⁷, Mayara Azevedo Resende de Lourenzo⁸,
Rebecca Nascimento da Silveira Gomes⁹.

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 1 | Ano 2024

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo descrever os cuidados de enfermagem ao paciente com mal de Alzheimer pois é uma enfermidade que ainda não tem cura e apresenta complicações irreversíveis ao longo do tempo. Essa doença é contínua e neurovegetativa que paulatinamente compromete as funções intelectuais (memória, comportamento, orientação mental, linguagem, dentre outras). Trata-se de uma revisão bibliográfica, exploratória, descritiva, cuja base de dados foram a Biblioteca Virtual de Saúde, LILACS e Scielo. Foram selecionados quatro artigos. Na análise foram consideradas e selecionadas as informações primordiais e fundamentais para o conhecimento teórico da doença no sentido de orientar a prática dos cuidados de enfermagem com qualidade. Assim, torna-se relevante que na assistência de enfermagem os cuidados contribuam para desenvolvimento saudável do idoso, na medida do possível, amenizar os sinais e sintomas e consequentemente, melhorar qualidade de vida dele.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidados de enfermagem. Idoso.

ABSTRACT

The present research aims to describe nursing care for patients with Alzheimer's disease, as it is a disease that has no cure yet and has irreversible complications over time. This disease is continuous and neurovegetative, which gradually compromises intellectual functions (memory, behavior, mental orientation, language, among others). This is a bibliographic, exploratory, descriptive review, whose database was the Virtual Health Library, LILACS and Scielo. Four articles were selected. In the analysis, the primordial and fundamental information for the theoretical knowledge of the disease were considered and selected in order to guide the practice of quality nursing care. Thus, it becomes relevant that in nursing care, care contributes to the healthy development of the elderly, as far as possible, to alleviate signs and symptoms and, consequently, improve their quality of life.

Keywords: Alzheimer's disease. Nursing care. Old man.

- 1 - Universidade Federal do Piauí.
- 2 - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
- 3 - Universidade Estadual de Montes Claros.
- 4 - UNIFAMINAS
- 5 - Faculdade de Medicina Nova Esperança.
- 6 - Centro Universitário UNIFACISA
- 7 - Universidade Federal de Alagoas.
- 8 - Faculdade de Medicina Nova Esperança
- 9 - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Autor de correspondência

Keyla Liana Bezerra Machado

lilibezerra2@hotmail.com

DOI: [10.36692/V16N1-108R](https://doi.org/10.36692/V16N1-108R)

INTRODUÇÃO

Na atualidade, com o avanço das condições de vida e dos cuidados à saúde, a esperança de vida tem evoluído progressivamente, favorecendo o crescimento do número de pessoas com enfermidades degenerativas. Dentre estas, se identifica um considerável grupo de pessoas com demência. A demência pode ter diversas causas e, sistematicamente, contribui paulatinamente a modificação do comportamento e a submissão no cumprimento de atividades diárias¹.

Contudo, se por um lado existem pessoas desfrutando da vida por um longo período, por outro, o aparecimento das doenças associadas ao envelhecimento, dentre elas, o mal de Alzheimer ou Doença de Alzheimer (DA).

Estima-se que de 10 a 15% dos indivíduos que atingem os 65 anos identifica-se sintomas que remetem a DA. A prevalência ultrapassa 3% ao ano atingindo em torno de 50% ao completar 85 anos. Na fase inicial da doença, os desvios de memórias são mais vigentes, porém podem ser insignificantes e desconsiderados por serem confundidos como algo normal no envelhecimento. Dentre as evidências da doença, estão o esquecimento de nomes e objetos, incerteza de locais, confusão com familiares, lerteza em tarefas corriqueiras – controlar finanças ou preparar alimentação, mudanças constantes de humor².

A Doença de Alzheimer é a causa predominante da demência. Atribui-se a uma

degeneração primária do sistema nervoso central, ou seja, uma enfermidade na qual, por causas ainda desconhecidas, acontece atrofia gradativa do cérebro. Essa doença é pormenorizada por uma duradora evolução, numa média de 10 a 12 anos. Se no estágio inicial observa-se uma perda leve da memória, com o passar dos anos as dificuldades exacerbam, ocasionando a dependência nos afazeres simples, como mudar de roupa ou alimentar-se².

De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p. 10, no Brasil há em torno de 15 milhões de pessoas acima de 60 anos e dados da Associação Brasileira de Alzheimer, 6% delas são acometidas pela DA3. Além dessas informações, três estudos, no Brasil, pesquisaram sobre a prevalência e incidência dessa doença, empregando amostras de idosos de origem comunitária e parâmetros de diagnósticos modernos. A prevalência de demência na população foi de 7,1%, sendo que a DA foi a causadora de a 55% dos casos. O índice de incidência foi 7,7 por 1000 pessoas/ano. Ponderando a prevalência de demência e a população de idosos em torno 15 milhões de pessoas, a estimativa para demência é de aproximadamente 1,1 milhão⁴.

Além dos problemas emocionais em consequência da doença, o desembolso econômico também amedronta, pois já foram gastos milhões em despesas direta e indiretas

ligadas a DA e outras enfermidades associadas. Apesar de existir um número significativo de pacientes com demência que convivem em um ambiente familiar sustentado por amigos e parentes, atualmente ocupam quase 50% dos leitos hospitalares. Sessenta mil mortes por ano são diretamente relacionadas a demência².

Visto que a população acima de 85 anos propende a multiplicar, o mal de Alzheimer pode ser denominado de a doença do século XXI. Esse mal foi descrito por cuidadores como “funeral que nunca acaba”, “pesadelo do qual nunca acorda”, “outro nome para loucura”, “epidemia silenciosa”¹.

Efetivamente, a DA demanda cuidados específicos não somente por familiares ou cuidadores, mas também por profissionais especializados, dentre eles os de Enfermagem. Assim surgiu o seguinte questionamento: Quais os cuidados de enfermagem aos pacientes com doença de Alzheimer?

A fim de responder esse questionamento foi realizada uma pesquisa bibliográfica, exploratória, descritiva em que as bases de coleta de dados foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), LILACS e Scielo, cujo objetivo geral foi descrever os cuidados de enfermagem ao paciente portador da Doença de Alzheimer e como objetivos específicos explicar sobre a doença de Alzheimer, discorrer sobre os cuidados ou intervenções de enfermagem.

A doença de alzheimer

Um breve histórico

A gênese da expressão “Mal de Alzheimer” ocorreu em 1901, na época em que

Dr. Alois Alzheimer começou a assistência do quadro da Sra. Augusta, internada em Seu hospital. No ano de 1906, durante o 37º Congresso do Sudoeste da Alemanha de Psiquiatria, realizado na cidade de Tübingen, ele fez sua conferência intitulada “SOBRE UMA ENFERMIDADE ESPECIAL DO CORTEX CEREBRAL”. Relata o quadro de sua paciente e o caracteriza como uma enfermidade neurológica, desconhecida, que denomina demência, ressaltando os sintomas de perda de memória, modificações do comportamento e incapacidade para os afazeres diários. Mencionou, depois de um tempo os achados da anatomia patológica dessa doença, que seriam as placas senis e os novos neuro fibrilares.

O Dr. Emil Kraepelin, na edição de 1910 do “Manual de Psiquiatria”, a descreveu como Doença de Alzheimer².

A senhora Augusta era uma dona de casa acima de 60 anos que foi acometida por perda de memória profunda, deficiência na linguagem, insônia, desordem, depressão, delírio e alucinações. Era paciente dele, que faleceu em um hospital em Frankfurt, aos 55 anos. Após a morte dessa senhora, Dr. Alois Alzheimer compartilhou os resultados de um exame post mortem⁵.

Definição

A Doença de Alzheimer é definida como um transtorno ou demência cerebral evolutivo e irreversível, incurável de causa desconhecida e cura presumível. O termo demência tem como significado “perda do juízo” ou “privação da mente”. As doenças relacionadas a demência resultam de vários processos doentios que modificam radicalmente o comportamento dos indivíduos acometidos por ela e paulatinamente danificam suas vidas e, também, da família².

A expressão “Doença de Alzheimer” num significado amplo, equipara-se a uma síndrome clínica qualificada pela modificação progressiva, irreversível, que pode ocorrer antes ou depois dos 65 anos².

As complicações e o comprometimento da cognição e das habilidades pra efetivar os afazeres básicos do dia a dia, assim como as modificações comportamentais e o distanciamento do convívio social, expressam, paulatinamente, um contexto definido pela perda da autonomia total, submissão aos cuidados de outrem, crescimento da vulnerabilidade às comorbidades, até a sujeição total para conservar o autocuidado².

Fisiopatologia

A DA apresenta como característica histopatológica a perda sináptica maciça e a morte dos neurônios observadas no cérebro que são responsáveis pelas funções psicológicas no qual incluem-se o córtex cerebral, o córtex entorrinal, o hipocampo e o estriado ventral¹.

O Mal de Alzheimer, “é uma doença que deteriora as funções psicológicas alterando o comportamento dos indivíduos assim como as suas funções psicomotoras”. (...) uma patologia cerebral, mas não se sabe ainda a causa de sua ocorrência, por esse motivo não existe um tipo de método que previna ou cure esta doença. O que se sabe é que durante o período em que ela evolui as células nervosas que controlam a memória, raciocínio e outras faculdades vão se danificando com o tempo, tendo como consequência a interrupção da função normal dos neurônios⁶.

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) indica que a ocorrência de lesões no cérebro são peculiaridades desta patologia, sendo a produção da proteína beta-amilóide alterada de forma anormal ocasionado a diminuição dos neurônios e das ligações denominadas sinapses, reduzindo progressivamente o volume cerebral resultando na debilitação dos doentes⁷.

Outra característica da DA é a diminuição da acetilcolina que é a substância principal que controla a memória e, também, do glutamato que é um importante neurotransmissor considerado mediador entre a memória e o aprendizado, fato que causa a morte neuronal quando este se encontra em excesso. Tais alterações causam a hiperfosforilação e produção de β -amilóide, proteína responsável pela ocorrência do dano celular.

Etiologia e Fatores de Risco

Uma das hipóteses que tem por base os marcadores neuropatológicos, é a da cascata amiloide que causa neurodegeneração no cérebro tem início a partir da clivagem proteolítica da Proteína Precursora Amiloide (APP) resultando na produção, deposição e agregação da β -amiloide ($A\beta$) e das placas senis. Já a hipótese colinérgica, no qual há disfunção do sistema colinérgico é capaz de produzir a redução da memória nos animais, sendo muito parecidos os sintomas com a DA nas pessoas. Isso foi comprovado a partir da observação de cérebros de pacientes com DA que indicaram degeneração dos neurônios colinérgicos, reduzindo os marcadores colinérgicos com acentuada diminuição da colina acetiltransferase e a acetilcolinesterase no córtex cerebral desses indivíduos¹.

Há o encolhimento do córtex cerebral, reduzindo partes da área da superfície do cérebro, sendo esta atrofia um requisito importante a ser observado e avaliado, logo isto reduz a capacidade de pensamento e funcionalidade dos indivíduos portadores desta patologia⁹.

Tem-se ainda um conjunto de fatores que pré-dispõem as pessoas para a ocorrência da DA conforme consta a seguir:

- Idade

Sobre a relação da DA e a idade, Murahovschi (2013) ressalta que alguns estudos demonstraram uma alta incidência em indivíduos com até 80 anos, perfazendo um total equivalente a 20%, Por outro lado, em indivíduos que estão

na faixa etária superior a 85 anos essa prevalência dobra, chegando a 40% ou mais, tendo como fatores de risco a história familiar e também a Síndrome de Down (SD)¹⁰.

- Diabetes mellitus

O diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), tem relação direta com os fatores de risco para a DA no qual eleva-se cerca de 37% nas mulheres e 127% nos homens, havendo um aumento na mortalidade em especial aos indivíduos diagnosticados com essas patologias crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial (HA), as doenças cardiovasculares, neoplasias e o Acidente Vascular Cerebral (AVC)¹⁰.

Ressalta que tanto a DM quanto o AVC têm relação direta com a DA no qual demonstram fatores associados nas análises de morbimortalidade quando se trata de causas múltiplas, sendo coerentes as pesquisas nacionais neste âmbito com as pesquisas internacionais.

- Sexo

Existe maior incidência nos homens no qual a mortalidade precoce neste gênero se dá devido às doenças cardiovasculares. E tratando-se das mulheres o risco de desenvolver a doença na terceira idade é menor, assim como os índices de mortalidade. E que as mulheres tendem a sobreviver mais que os homens devido a um gene encontrado no cromossomo X, mas esses achados ainda requerem mais estudos para que possa ser considerado como um fator positivo para a doença. Esse gene faz com que o organismo da pessoa com DA produza uma

proteína chamada KDM6A que desempenha a função da cognição nos indivíduos auxiliando a reduzir o declínio cognitivo, melhorando assim a sobrevivência dos indivíduos¹⁰.

- **Escolaridade**

Considerando o nível de escolaridade dos indivíduos, o autor afirma que quanto maior é o nível menor é o risco explicando que há a constatação de que pessoas com mais escolaridade tendem a administrar melhor as limitações cognitivas do que os que possuem nível mais baixo de escolaridade¹⁰.

- **Alumínio**

Traços de alumínio encontrados no cérebro de pacientes ocasionou a suspeita de que esse metal estivesse implicado na etiologia da doença. A partir dessa constatação, inúmeros ensaios realizados foram incapazes de demonstrar essa correlação ou apresentaram resultados extremamente questionáveis. E por isso, a presença de alumínio demonstrou ser consequência da morte neuronal e não a sua causa¹⁰.

Outros possíveis fatores de risco têm sido estudados, porém com pouco resultado prático, como: exposição ou ingestão de substâncias tóxicas como álcool, chumbo e solventes orgânicos, medicamentos diversos, trauma craniano, exposição à radiação, estilo de vida, estresse, infecções, doenças imunológicas e câncer¹⁰.

Em suma, do ponto de vista científico, pode-se afirmar que a incidência da doença de Alzheimer aumenta exponencialmente com a idade e que existem fortes indícios de que as formas precoces se relacionam a uma maior incidência familiar¹⁰.

Sinais, Sintomas e Diagnóstico

Embora as pesquisas em saúde tenham evoluído consideravelmente nas últimas décadas, os pesquisadores ainda não têm um consenso sobre o diagnóstico da Doença de Alzheimer, pois “(...) o provável e possível diagnóstico é difícil de ser confirmado.”⁶

Em relação a isso, as revistas da área psiquiátrica abordam mais os sintomas do que o diagnóstico, intervenção e o tratamento efetivo para a patologia. Outras relatam excessivamente os cuidados, a participação da família, os sintomas e a avaliação desses cuidados, mas não se aprofundam sobre o diagnóstico¹¹.

No entanto, há informação existente de que a evolução da DA é de caráter descendente e o nível de gravidade é comumente dividido em três estágios: leve, moderado e grave. Em cada uma das etapas observa-se uma gradativa perda da autonomia e o consequente aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para os portadores da doença¹².

Outra contribuição importante é que:

Estudos realizados em 1977 falam que em 10% das pessoas maiores de 65 anos sofrem de

lesões cerebrais orgânicas que se relacionam com a senilidade. Destas lesões em 75% se diagnostica como DA e em 25% do restante se corresponde com alterações cerebrais produzidas por infartos múltiplos¹³.

A DA se desenvolve em três estágios nos quais os sintomas são identificados facilitando o diagnóstico da seguinte forma⁷:

- **Estágio 1:**

Nesse estágio, o paciente encontra-se desorientado ainda, com perdas de memória não tão severas, geralmente as memórias perdidas são de acontecimentos recentes, ou seja, lembra-se de fatos que ocorreram há anos atrás, mas não lembra do que fez há 5 minutos atrás, porém é capaz de realizar atividades diárias com certa limitação⁷.

- **Estágio 2:**

A perda de memória torna-se mais frequente, há dificuldades em reconhecer pessoas da própria família, as limitações cognitivas começam a aparecer interferindo em suas atividades diárias como tomar banho sozinho, a fala também já começa a ser prejudicada, o idoso já não consegue falar algumas palavras, começa a perder a noção de tempo e espaço⁷.

- **Estágio 3:**

Essa é a fase mais complicada, pois o idoso precisa de cuidador 24 horas por dia, pois já está totalmente dependente, não consegue mais fazer nada sozinho. Na maioria dos casos perde a fala, os movimentos, e precisa de cuidados diários para que tenha uma qualidade de vida digna já que

essa é a última fase da doença, conhecida também como fase terminal, e é de suma importância os cuidados de enfermagem a esse paciente desde o diagnóstico da doença até a fase terminal⁷.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), por sua vez, aponta que a DA é uma patologia caracterizada por ser degenerativa e progressiva, no qual leva à demência dos indivíduos e para identificação dos sintomas e diagnóstico, classifica como⁷:

- **Leve:**

É muito comum que os indivíduos tenham perda de memória recente e percam a orientação em relação ao tempo e espaço em que vivem, além disso, muitos deles tendem a apresentar agressividade e perderem a motivação, o que pode levar a episódios de depressão⁷.

- **Moderada:**

É quando a patologia progride, eventos de esquecimento profundo se tornam mais comuns, o que leva os indivíduos a terem maiores dificuldades para lembrar a respeito de acontecimentos recentes ou tardios e também os nomes dos seus parentes próximos e conhecidos. É a partir deste momento que eles passam a depender do auxílio dos cuidadores que podem ser da família ou profissionais de saúde para assim poderem realizar atividades da vida diária, como por exemplo, a higiene pessoal⁷.

- **Grave:**

É quando há um diagnóstico mais avançado da DA, no qual os indivíduos passam a ter um maior esforço para resgatar memórias

antigas, assim como reconhecer as pessoas próximas. Nesta fase, há uma maior incidência de comprometimento da perda da capacidade motora também⁷.

Nestes casos, é muito comum que os indivíduos necessitem de cuidados especiais à medida que vão ficando mais velhos, sendo indispensável ainda a atuação da família ou de cuidadores sendo relevante que os membros da família tenham a consciência de realizar reuniões para delimitar as tarefas de cada um, facilitando, de certa forma, o tratamento, evitando-se a sobrecarga para um ou outro integrante da mesma, o que pode, possivelmente, causar ao cuidador algum tipo de patologia ou condição clínica por estar excessivamente ocupado com o cuidado com esse indivíduo¹⁴.

Outra forma adotada de identificar sinais e sintomas para o diagnóstico, é a DA sendo classificada em maior ou menor grau, na qual alguns portadores, em especial os que se encontram em estado inicial, apresentam pouco ou nenhum comprometimento da memória e das suas habilidades intelectuais, físicas e motoras. Porém, nos casos mais tardios, ocorre o quadro demencial, no qual o indivíduo não responde por si e não tem o controle motor, perdendo ainda a capacidade de resolução de questões simples de coordenação motora como andar, pegar objetos etc. Outro sinal é a oscilação da memória, o que faz com que este necessite de cuidados mais especiais que, em geral, demandam maior tempo dos seus familiares ou cuidadores¹⁵.

De acordo com a ABRAZ o diagnóstico mais preciso da DA é realizado através de exame anatomopatológico no tecido cerebral, porém é realizado apenas por meio da autópsia, constituindo-se de uma conduta, no momento, impossível de ser realizada quando o indivíduo está vivo. Através deste exame é possível visualizar alterações no cérebro como as placas neuríticas, os aglomerados fibrilares presentes no hipocampo que é o centro do cérebro, além da quantidade de proteínas nos neurônios doentes, tamanho dos ventrículos que são os sulcos, se estes aumentaram, além do acompanhamento do encolhimento do córtex e a redução dos neurotransmissores⁷.

Uma outra maneira de realizar o diagnóstico é feito por meio microscópico com a análise do tecido cerebral dos pacientes após o seu falecimento devido a impossibilidade da realização no doente vivo, pois apresenta risco de vida a eles. Na prática, o diagnóstico clínico do DA depende da avaliação de um médico que recomenda a realização de exames, além do histórico familiar deste para que sejam investigadas todas as hipóteses da sua ocorrência¹⁶.

Assim como os exames de imagem como a tomografia (TM) ou ressonância magnética (RM) do crânio ou exames de sangue para o diagnóstico, mas estes são realizados para se excluir a ocorrência de outras patologias que não a DA, sendo que fazem apenas parte de exames complementares para uma possível avaliação das funções cognitivas⁷.

A avaliação neuropsicológica para a realização de testes psicológicos e a verificação das funcionalidades cognitivas, sendo que os resultados são relacionados à história e observação do comportamento desses indivíduos, o que permite identificar as perdas cognitivas e o perfil do funcionamento neural que, em geral, indicam a presença da patologia⁵.

Contemporaneamente o exame dos biomarcadores de beta-amiloide e de outras proteínas estão sendo analisadas para que ocorra o auxílio no diagnóstico mais preciso da D A, porém, não são indicadas para a prática clínica. Encontra-se num estágio de restrição pois a está em compando a pesquisa na área genética em andamento, apesar da convicção de diversos pesquisadores de que alguns genes estão relacionados ao o risco de desenvolvimento da patologia⁷.

Tratamento

Imensuráveis pesquisas têm sido realizadas ao longo das décadas desde o descobrimento da doença, obstante, a DA ainda não possui um tratamento que possibilita curar os portadores. Atualmente, que se aplica é o conhecimento acerca de tratamentos que visam estabilizar os sintomas e assim promover uma melhor qualidade de vida para os indivíduos¹⁶.

Portanto, existem diversos medicamentos que causam efeitos colaterais cada vez menos e obtêm resultados considerados significativos para os indivíduos com DA, porém, apesar com os

avanços, a patologia por ter causa desconhecida ainda tem tratamento apenas sintomático, ou seja, atinge apenas os sintomas e não a causa⁹.

Terapias não farmacológicas

As terapias não farmacológicas são importantes para estimular as capacidades neurais como a memória, percepção, atenção e outras que os indivíduos vão perdendo com o tempo. Isso proporciona mais qualidade de vida a esses eles¹⁷.

Torna-se relevante a prática de avaliar a função cerebral através da orientação, pensamento abstrato, introversão, concentração, capacidade verbal, memória, além da avaliação das alterações do comportamento e a observação da higienização e dos cuidados pessoais, além da avaliação nutricional e da hidratação. É necessário ainda a verificação dos hábitos de refeição, turgor cutâneo, da avaliação da capacidade motora, precisar a força, o tônus muscular e a flexibilidade desses idosos portadores da DA⁵.

As informações de que as proteínas mal processadas iniciam o processo de deposição no tecido cerebral há décadas antes das manifestações clínicas da D A, o que, de certa forma, contribui para um diagnóstico preciso e possíveis tratamentos precoces. Por enquanto, trata-se de uma estratégia utilizada somente em pesquisa, obviamente que a posteriori poderá colaborar sistematicamente na cura desta patologia¹⁸.

Enquanto não descobrir a cura, a conduta adotada é constatação dos sinais e sintomas nos doentes através das realizações de intervenções com o propósito de preservar a capacidade deles e assim conseguir um melhor desempenho funcional antes mesmo da presença de um possível diagnóstico. Isso visa melhorar o bem estar físico e mental do idoso na realização de atividades de maneira espontânea.

Além disso, torna-se importante, não somente estabelecer ações que proporcionem melhoria e qualidade de vida dos portadores da Doença de Alzheimer necessita, mas, dispor de paciência, solidariedade e acima de tudo respeito ao paciente idoso, estabelecendo um relacionamento afetivo de confiança sobre os cuidados prestados.

Tratamento farmacológico

Atualmente, utilizam os medicamentos como a Galantamina, o Donepezil e a Rivastigmina que são inibidores da acetilcolinesterase, cuja função é a correção das deficiências cognitivas e dos distúrbios de ordem psico comportamentais e tem contribuído para melhoria do desempenho das atividades diárias. Tais medicamentos são efetivos logo nas fases iniciais da D A, entretanto, quando utilizados nas outras fases apresentam ineficácia⁹.

Além desses são utilizados os inibidores da acetilcolinesterase, destacando-se a Rivastigmina, Tacrina, a Galantamina e o Donepezil que têm a

ação de alterar a função colinérgica central inibindo a produção das enzimas acetilcolinesterase e butirilcolinesterase que degradam a acetilcolina e aumentam a capacidade desta substância em estimular os receptores muscarínicos e nicotínicos cerebrais¹⁹.

O uso da Rivastigmina (Exelon®) tem sido nomeado como a melhor escolha no tratamento da D A, pois inibe a ação tanto da acetilcolinesterase quanto da butirilcolinesterase, apresentando resultados satisfatórios e eficazes no que diz respeito à elevação dos níveis cerebrais de acetilcolina. Entretanto, tal medicamento ocasiona o surgimento efeitos colinérgicos adversos, ou seja, efeitos negativos no o sistema nervoso parassimpático, principalmente quando a dose desta droga é usada de maneira abrupta. Outras consequências dizem respeito aos efeitos gastrointestinais antagônicos, em especial quando estão associados ao aumento de peso nos idosos²⁰.

Outro medicamento opcional é Donepezil (Aricept), um inibidor seletivo da substância acetilcolinesterase, sendo que o tratamento com este medicamento a nível crônico em um ano reduziu até 38% o declínio neural dos pacientes com DA quando comparados com o uso de placebo¹⁴.

O Tacrina (Cognex®), considerado primeiro medicamento utilizado para inibir a ação da acetilcolinesterase e por ter apresentado como efeito colateral a toxicidade no fígado com a elevação das transaminases hepáticas, resultando

na ocorrência da hepatite via medicamentosa, foi excluído do rol de medicamentos²⁰.

Quanto ao Galantamina (Reminyl®), é um tipo de anticolinesterásico com duplo mecanismo de ação, tanto inibe a acetilcolinesterase, quanto é capaz de modular os chamados receptores nicotínicos. Esses receptores controlam a liberação dos neurotransmissores sendo de suma importância para o humor e a memória dos doentes²¹.

E finalmente o Huperzina A, é um tipo de alcaloide retirado da planta Huperzia que apresenta uma ação potente, específica e reversível de na acetilcolinesterase. Sua administração vem demonstrando uma melhora significativa para a memória dos idosos com DA, sendo que os seus efeitos adversos são mínimos²².

Os cuidados aos pacientes com Alzheimer

A assistência de enfermagem contribui positivamente nos cuidados físicos, psicológicos e sociais do paciente incluindo o ambiente, os cuidadores e a família até os cuidados clínicos hospitalares especializados. A importância dessa assistência se torna de maior relevância na medida em que progride a doença e o paciente torna-se dependente total de necessidades básicas²³.

O gerenciamento do cuidado é atribuição privativa do enfermeiro e implica na efetivação de várias ações junto ao paciente, de forma direta ou indireta. Os atos administrativos são

contemplados nas ações indiretas, porém no relacionamento entre enfermeiro e paciente decorre da interação permeada de natural subjetividade²⁴.

Portanto, pelo fato de o enfermeiro possuir importante função na ação de execução dos cuidados ao doente, bem como na orientação aos familiares e cuidadores quanto à evolução e progressão da doença, cabe a este profissional, capacitar a equipe de enfermagem com temáticas concernentes aos cuidados prestados ao idoso com doença de Alzheimer. Neste contexto destaca-se a atividade de planejamento, execução e avaliação do cuidado.

As ações do cuidado deve ter foco nos diversos aspectos do processo de envelhecer (capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção de doenças, entre outros) e da senilidade (condições crônicas de saúde, situações de urgências e emergências, atenção domiciliar, entre outros).. É importante assegurar, também, o treinamento da equipe de enfermagem para melhor assistência a esses pacientes, identificando a forma adequada de conduzir o atendimento²⁵.

A assistência prestada ao doente na atenção primária, em geral, requer do enfermeiro integrar a equipe multiprofissional, cuja ação é composta de anamnese, exame físico, aplicação de instrumentos que verifiquem as habilidades cognitivas e funcionais para, posteriormente, elaborar um plano de cuidado individual para

cada paciente e sua família²⁶. Assim, na elaboração do plano de cuidados de enfermagem, devem ser estabelecidos as seguintes intervenções:

a) Melhorando a Resposta cognitiva

- Simplificar o ambiente: diminuir o ruído e a interação social a nível tolerável para o paciente.

- Manter uma rotina rigorosa, diminuir o número de escolhas possíveis para o paciente, usar fotografias para identificar as atividades.

- Calendários e relógios grandes à vista do paciente e orientá-lo frequentemente em relação o tempo, espaço e pessoa.

- Usar listas introduções, como lembrete das atividades diárias.

- Manter constância nas interações e introduzir lentamente novas pessoas.

b) Evitando Lesões

- Tentar evitar restrições, mas manter a observação do paciente, conforme necessidade.

- Propiciar uma iluminação adequada, para evitar imagens falsas no ambiente.

- Remover do quarto equipamento desnecessário.

- Fornecer cartões de identificações e/ou pulseira de Alerta Clínica.

- Assegurar-se de que o paciente está utilizando sapatos não escorregadios e chinelos fáceis de calçar.

c) Mantendo a Socialização

- Estimular a família a interagir em um nível significativo com o paciente.

- Instruir a família que a sua presença é útil, embora a interação com paciente pode ser limitada.

d) Garantindo o Repouso Adequado

- Administrar antipsicótico para tratar a agitação.

- Proporcionar períodos de exercícios físicos para gastar energia.

- Apoiar os hábitos normais de sono e de deitar-se.

- Manter regularmente a hora de dormir.

- Fazer o paciente colocar o pijama na hora de deitar-se.

- Permitir uma atividade desejada na hora de dormir como uma ligeira refeição, uma bebida quente sem cafeína, ouvir música ou rezar.

e) Mantendo uma Nutrição Ótima

- Fornecer alimentos conhecidos pelo paciente.

- Fornecer refeições pequenas e frequentes, como lanches.

- Fornecer alimentos ricos em calorias e fibras.

- Estimular líquido.

- Garantir que as dentaduras estejam bem adaptadas e que o cuidado dentário seja mantido.

- Pesquisar semanalmente o paciente²⁶.

Os Cuidados de Enfermagem a Família e aos Cuidadores dos Portadores de DA

A definição do diagnóstico de Alzheimer representa um marco para a família. Diversos fatores como a esperança na cura, a eleição do cuidador, a questão financeira ao considerar o alto custo do tratamento medicamentoso, a busca por autoajuda, são evidenciadas a partir desse momento⁴.

A família deve ser vista como um fundamental agente de cuidado nesse processo. Torna-se imprescindível fornecer a ela as informações do quadro evidenciado, seu tratamento e prognóstico, como também envolvimento nas primeiras orientações e sugestões de redefinição familiar. Há uma sobrecarga emocional e de atividades que geram transformações na vida daquele que se compromete a assumir a tarefa de cuidador. Nessa escolha certos problemas se tornam aparentes, entre eles a falta de predisposição ao cuidado, uma vez que para prestá-lo é necessário, entre outros quesitos a paciência e disponibilidade⁴.

Além disso, torna-se relevante ressaltar que a realização do cuidado exige do cuidador preparo técnico e emocional, pois o paciente necessita de observação constante e uma assistência com divisão de tarefas entre os familiares. Esta função é bastante complexa e de grande responsabilidade, devendo ser realizada, sobretudo com dedicação, carinho, respeito e amor, uma vez que essa atividade gera grande

desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com o paciente³.

Contudo na realização de suas atividades, o cuidador pode desenvolver desequilíbrios psicológicos e físicos, passando a apresentar sentimentos como angústia, culpa, inversão de papéis, ira e agressividade. Podendo, ainda, os familiares sentirem-se limitados, com sentimentos de desespero, raiva e frustração que se alternam com a culpa de não estar fazendo o bastante por um parente amado. Todos esses fatores podem afetar tanto a saúde física quanto a mental do cuidador¹⁵.

Sendo assim, a equipe de enfermagem tem um papel primordial de dar orientações aos familiares e cuidadores bem como ouvi-los terapeuticamente em suas necessidades. Essas orientações permitam tanto a família quanto ao cuidador aplicá-las durante a evolução da doença, sobre à adaptação dos cuidados à medida que vai aumentando a dependência do idoso e também estimulando o cuidador a adaptação de mecanismos reguladores de enfrentamento necessários ao ato de cuidar; a instrumentalização do familiar /cuidador para o cuidado prático; e o estímulo a cuidar de sua saúde e autoestima é importante para sua saúde física e mental. Todas as orientações devem ser discutidas e planejadas com o cuidador para garantir sua aplicação no dia a dia e possibilitar ao idoso uma assistência mais sistematizada e eficaz²³.

Portanto, a responsabilidade, o esforço, a doação dos cuidadores que mesmo com tantas dificuldades têm o conforto de saber que estão oferecendo uma velhice digna a esses idosos,

oferecendo cuidados que vão além do tecnicismo, um cuidado que envolve atenção, bom humor, bom relacionamento, segurança e carinho¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que há necessidade de se aprimorar a atenção que será prestada ao público idoso, pois as doenças crônico-degenerativas seguem uma tendência de ocorrência com o aumento da população referida. Torna-se fundamental que o enfermeiro juntamente com a equipe de enfermagem e de saúde enquanto equipe de apoio interdisciplinar e multidisciplinar se mantenham atualizados para facilitar a condução dos pacientes acometido pela Doença de Alzheimer. Pois, tanto o paciente quanto família e cuidador(es) demandam um cuidado direcionado, com o intuito de minimizar os impactos diversos que a DA causa no núcleo social envolvido.

Pensar em estratégias para facilitar o manejo da situação é imprescindível na atuação desse cuidado. Cada vez mais o enfermeiro e sua equipe deve procurar se capacitar e trabalhar suas habilidades de paciência, tolerância e respeito, praticando o ato de educar e direcionar com conhecimento e destreza aos familiares e cuidadores submetidos em condição de vulnerabilidade ao stress causado pela grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo doente.

Os cuidadores e familiares precisam desse apoio bem como o direito de terem preservada sua saúde física e emocional. Para isso, requerem orientações de como proceder nas situações mais

difíceis e receber em casa visitas domiciliares periódicas.

A visita domiciliar é um instrumento que deve ser utilizado para intervir no processo do cuidar, pois o contribui para conhecer profundamente o paciente dentro do seu contexto e ambiente familiar, que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações sócio afetivas, entre os vários membros da família. Ela possibilita também ao profissional a observação *in locus* e permite registrar as atividades importantes e necessárias direcionadas ao cuidador e família, proporcionando, assim, oportunidades de planejar e promover uma assistência que estimule o desenvolvimento do autocuidado de acordo com a própria realidade.

Os cuidados de enfermagem prestados, deve considerar a assistência integral de saúde, oportunizando a promoção do relacionamento humanizado e profissional com a família, assegurando uma prática menos formal, indicando terapias e formas alternativas do autocuidado com recursos do próprio ambiente familiar. Assim, potencializa o entendimento e à aplicabilidade de suas orientações no cotidiano da assistência ao paciente, favorecendo o fortalecimento dos vínculos paciente/família/equipe de enfermagem e saúde. Deste modo, cria-se um espaço de interação saudável e assistência preventiva e amenizadora dos sinais e sintomas de uma doença que não tem cura e possibilitando, dessa forma, a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1.SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbatto Frazão. A Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1s0/v30n1a02s0.pdf>. Acesso em: 08.maio.2024.
- 2.KNOPMAN, David S. Doença de Alzheimer e Outras Demências Significativas. 2014. Disponível em: http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp-medicine/5726/doenca_de_alzheimer_e_outras_demencias_significativas.htm. Acesso em: 18.maio.2024.
- 3.ENGELHARDT, Elias et al. Tratamento da Doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015;26(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a20v15n4.pdf>. Acesso em: 17.abr.2024.
- 4.CAYTON, Harry; WARNER, James; GRAHAM, Nori. Tudo sobre a Doença de Alzheimer. 10. ed. São Paulo: Andrei, 2010.
- 5.MATOS, V, Schinider L. A Importância da Assistência de Enfermagem ao Idoso Portador da Doença de Alzheimer. Ministério da Saúde, 2018.
- 6.SMITH, Marília de Arruda Cardoso. Doença de Alzheimer. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-444619990002019. Acesso em: 10.maio.2024.
- 7.OLIVEIRA, M. F et al. Doença de Alzheimer: perfil neurológico e tratamento. 2015. 21f. Trabalho de licenciatura. Universidade Lusíada do Porto. 2005.
- 9.SAYEG, N. et al Doença de Alzheimer Como Diagnosticar e Tratar. *Rev. Bras. Med.* V. 50, n. 11, pp. 1429-1450, Nov. 2013.
- 10.BREMENKAMP, M. G. et al. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia Brasileira*, Rio de Janeiro, v. 17 n. 4, p. 763-773, 2014.
- 11.FERNANDES, Janaína da Silva Gonçalves; ANDRADE, Márcia Siqueira de. Revisão Sobre a Doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS. 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100011. Acesso em: 09.jun. 2024.
- 12.ABREU, I. D, Barros, H. L.; FORLENZA, O. V. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2015. 32(3), 131-136.
- 13.RIBEIRO, Cléris Ferreira. Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. 2010.
- 14.FERGUSON, E.; HOWARD, R. Donepezil para o tratamento de psicose na demência com corpos de Lewy. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;15(3):280-1.
- 15.DIAS, E. B. O Cuidador da Pessoa com Doença de Alzheimer: revisão de literatura. 37f. Trabalho de Conclusão do Curso em Enfermagem Psiquiátrica em Saúde Mental. Marília – SP: Faculdade de Medicina em Marília, 2013.
- 16.LEITE, C. D. S. M. et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. *J. Bras. Psiquiatr*. Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 48-56, 2014.
- 16.REITZ, C.; BRAYNE, C.; MAYEUX, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer. *Nat Rev Neurol* 2011; 7:137-52.
- 17.LOPES, A.C. Tratado de Clínica Médica. 10. ed. São Paulo: Roca Ltda., 2016. 2245 p.
- 18.RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R. Cuidar de idosos com doença de Alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultural. *Rev Rene*. 2012. n. 13(4):805-15. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-679894>> Acesso em: 20.maio.2024.
- 19.GROSSBERG, G. T. Inibidores da colinesterase para o tratamento da doença de Alzheimer: seguir em frente e continuar. *Curr The Res*. 2013;87(9):216-35.
- 20.ALMEIDA, O. P. Tratamento da doença de Alzheimer: avaliação crítica sobre o uso de anticolinesterásicos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2018;21:613-16.
- 21.LEVIN, E. D. REZVANI, A. H. Desenvolvimento de terapia com drogas nicotínicas para distúrbios cognitivos. *Eur J. Pharmacol*. 2019;123(7-9):112-8.
- 22.ZHANG, Z.; WANG, X.; CHEN, Q.; SHU, L.; WANG, J.; SHAN, G. Eficácia Clínica e Segurança de Huperzine Alfa no Tratamento da Doença de Alzheimer Leve a Moderada, um Placebo Controlado, Duplo-cego, Teste aleatório. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2017;36(18):922-25.
- 23.TEIXEIRA, Jane Blanco et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. *Cad. Saúde Pública*. vol.31 no.4 Rio de Janeiro abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/pt_0102-311X-csp-31-04-00850.pdf. Acesso em: 17. maio.2024.
- 24.BANDEIRA, Roberto Silva. Gene faz Mulheres com Alzheimer Viverem Mais que Homens, diz Estudo nos EUA. 2020. Disponível em: https://www.uol.com.br/viva_bem/noticias/redacao/2020/09/04/gene-faz-mulheres-com-alzheimer-viverem-mais-que-homens-diz-estudo-nos-eua.htm? Acesso em: 15.maio.2024.
- 25.VARELLA, Mariana. Doença de Alzheimer afeta mais Mulheres que Homens. 2014. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/mulher-2/doenca-de-alzheimer-afeta-mais-mulheres-que-homens/#:~:text=O%20risco%20estimado%20de%20desenvolver,de%2085%20anos%20ou%20mais>> Acesso em: 09.jun.2024.
- 26.MURAHOVSKI, Ana Claudia Sayeg Freire et al. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. 2013. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>. Acesso em: 10.jun.2024.

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.