

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS DIAGNOSTICADOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

NURSING CARE IN ELDERLY DIAGNOSED WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Eunice de Araújo Silva^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-1968-3238>

Elizete Cordeiro da Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2787-810X>

Luzia de Souza Ferreira³

 <https://orcid.org/0000-0001-8595-5161>

¹Acadêmicas de Enfermagem. Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro-Oeste. Luziânia, Goiás, Brasil.

²Autora correspondente. *E-mail:* eunice.silva@souidesc.com.br

³Mestrado em Biomédica pela Universidade de Brasília (UnB). Centro Universitário de Desenvolvimento do Centro-Oeste. Luziânia, Goiás, Brasil. *E-mail:* luzia.ferreira@unidesc.edu.br

Como citar este artigo:

Silva EA, Silva EC, Ferreira LS. Cuidados de enfermagem em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer. *Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS.* 2021; 3(3):53-9.

Submissão: 24.09.2021

Aprovação: 30.09.2021


<http://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis>


revistarebis@gmail.com

Resumo: No ano de 2018 foram registrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o total de 28 milhões com 60 anos ou mais, sendo 13% do total populacional do Brasil que era de 209,5 milhões. A medicina comprovou que cerca de 50% dos pacientes portadores de doença de Alzheimer, não recebem diagnóstico, pois é associado aos lapsos de memória ocorridos pela idade. Sendo como objetivo geral identificar os cuidados de enfermagem em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer, já como objetivos específicos foram apresentar os principais cuidados de enfermagem que estão sendo utilizados; descrever a doença de Alzheimer; apontar as características e a evolução da doença de Alzheimer; identificar os principais métodos diagnósticos e tratamentos executados. O presente artigo foi desenvolvido de janeiro a setembro/2021 e compõe-se de uma revisão bibliográfica qualitativa de pesquisas nacionais e internacionais entre os anos de 2015 a 2021 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Digital Brasileira (BDT), Periódicos CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico. A doença de Alzheimer é classificada como uma demência neurodegenerativa que acomete comumente em indivíduos com idade superior a 60 anos de idade. Os cuidados de enfermagem em pacientes portadores da doença de Alzheimer estão coligados na constante educação continuada ao idoso acometido e seus familiares a respeito da patologia, cuidados diários, estimulação cognitiva, administração de medicamentos, limitações, terapias e enfrentamento da doença.

Palavras-chave: Demência, empatia, enfermidade, família e qualidade de vida.

Abstract: In 2018, the Brazilian Institute of Geography and Statistics registered a total of 28 million aged 60 or over, with 13% of the total population in Brazil being 209.5 million. Medicine has proven that about 50% of patients with Alzheimer's disease do not receive a diagnosis, as it is associated with memory lapses caused by age. As a general objective to identify nursing care in elderly diagnosed with Alzheimer's disease, as specific objectives were to present the main nursing care that is being used; describe Alzheimer's disease; point out the characteristics and evolution of Alzheimer's disease; identify the main diagnostic methods and treatments performed. This article was developed from January to September/2021 and consists of a qualitative bibliographic review of national and international research between the years 2015 to 2021 in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) databases, Virtual Health Library (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Brazilian Digital Library (BDT), CAPES Periodicals, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) and Academic Google. Alzheimer's disease is classified as a neurodegenerative dementia that commonly affects individuals over 60 years of age. Nursing care for patients with Alzheimer's disease is linked to the constant continuing education of the elderly affected and their families about the pathology, daily care, cognitive stimulation, medication administration, limitations, therapies and coping with the disease.

Keywords: Dementia, empathy, illness, family and quality of life.

Introdução

O “mal de Alzheimer” como é conhecido popularmente, foi descrito pela primeira vez no ano de 1906 na paciente Auguste Deter, pelo profissional psiquiatra alemão Alois Alzheimer, porém a descrição científica como doenças degenerativas dos neurônios ocorreu somente no ano de 1910, pelo criador da psiquiatria moderna Philippe Pinel e também pelo alemão Emil Kraepelin. A Doença de Alzheimer (DA), é determinada, na visão anatomopatológica, por conter a presença de Emaranhados Neurofibrilares (ENF) e Placas Senis (PS). Atualmente ainda é utilizado esse método como marcador diagnóstico para detectar alterações anatomopatológicas [1,2].

A DA é caracterizada por ser uma doença neurodegenerativa que possui déficits cognitivos e funcionais gradualmente progressivos, acompanhados de alterações comportamentais, e ainda está relacionado ao acúmulo da proteína beta-amiloide no cérebro. Os sintomas comuns são os cognitivos, dentre eles se encontra o déficit na memória de curto prazo, visuoespacial, disfunção executiva e práxis. De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) é determinado como idoso, indivíduos que possuem idade superior a 60 anos de idade. No ano de 2018 foram registrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o total de 28 milhões com 60 anos ou mais, sendo 13% do total populacional do Brasil que era de 209,5 milhões [3,4].

A medicina comprovou que cerca de 50% dos pacientes portadores de DA, não recebem diagnóstico, pois é associado aos lapsos de memória ocorridos pela idade. A progressão da patologia é classificada em fases a pré-sintomática que consiste nas alterações de humor e perda neurais, já na fase sintomática se observa a deterioração cognitiva, a perda de autonomia funcional, alteração comportamental e o comprometimento da motricidade [5].

Conforme as transcrições epidemiológicas realizadas no Brasil, houve um crescimento considerável das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em motivo da melhoria da qualidade de vida ofertada no país em relação aos tempos anteriores, em, todavia abrindo espaço para patologias influenciadas pelos fatores genéticos, gênero, idade e estilo de vida [6].

Em contrapartida, do desenvolvimento da sociedade é visualizado o crescimento da população devido ao aumento da expectativa de vida. O surgimento de demências vem subindo a cada dia e a DA é a considerada com maiores ocorrências, em indivíduos entre 60 e 65 anos de idade é observado a prevalência de 3% da população, sendo que acima dos 80 anos a ocorrência é de 30%. A DA promove uma completa alteração no cotidiano do portador e seus familiares, pois com a evolução da patologia o indivíduo perde cada vez mais sua autonomia, necessitando de cuidados complementares como de familiares, cuidadores e a equipe multiprofissional em destaque o enfermeiro[6,7].

Em vista dos fatos apresentados, a enfermagem é de suma importância, pois seus profissionais são responsáveis pelo desenvolvimento de medidas preventivas e paliativas, percepção de sinais sutis em prol de uma intervenção precoce, cuidados em geral ao paciente, medidas para melhoria da qualidade do cliente/familiares e informações do quadro atual do indivíduo. O objetivo deste artigo foi identificar os cuidados de enfermagem em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer.

Materiais e métodos

A pesquisa realizada é de natureza básica, que consiste no desenvolvimento de conteúdo de caráter científico objetivando-se no aprimoramento do conhecimento por meio de estudos puros, porém sem a aplicação de alguma prática prévia. O método utilizado para formulação deste artigo, compõe-se em revisão bibliográfica qualitativa representada pela análise, localização, interpretação, investigação e sintetização de estudos de caráter científico em jornais, livros, revistas, bibliografias e entre outros [8,9].

Para a elaboração foram buscados, publicações nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Digital Brasileira (BDT), Periódicos CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Google Acadêmico.

Os critérios de inclusão foram textos nacionais e internacionais com referências publicadas entre 2015 a 2021, porém para melhor descrição da etiologia/história foram resgatados alguns trabalhos entre nos anos de 2010 a 2014, que fizeram referência ao objetivo desta pesquisa estando disponíveis na íntegra. Os critérios de exclusão, foram retirados os artigos inferiores ao ano de 2015, estudos que não abordassem o tema da pesquisa, indisponibilidade corpo do texto completo e base de dados de caráter duvidoso.

Os descritores utilizados para formulação deste artigo foram demência, empatia, enfermidade, família, qualidade de vida. O artigo em questão foi desenvolvido de janeiro a setembro/2021, foram revisadas 107 pesquisas e selecionados 38 estudos relevantes diante do tema proposto.

Idoso

Durante a percepção da história da humanidade é possível concluir que um de seus triunfos foi a melhoria da qualidade de vida em geral e, em contrapartida, é observado a longevidade dos anos de vida em até mesmo países classificados como subdesenvolvidos que antigamente era um privilégio de uma pequena quantidade de indivíduos da nossa sociedade [10].

O envelhecimento populacional vem se tornando cada vez mais presente no cotidiano dos brasileiros e é estimado que até em 2050 seja um dos países como mais de 10 milhões de habitantes com idade superior a 80

anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [11].

Segundo o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD) o Brasil está na 84ª colocação no ranking mundial Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre 189 países, no ano de 2019, apesar de haver despencado da colocação 75ª em 2014 ainda está entre os locais em alto desenvolvimento humano no mundo [12].

O aumento de casos nos últimos anos vem crescendo consideravelmente, de acordo com estudos e é justificado pela mudança da expectativa de vida, ao realizar um comparativo há 2 mil anos, era menor que 30 anos de vida e atualmente encontra-se em 75 anos, alguns fatores influenciadores para essa melhoria considerável pode classificado como um mérito do aperfeiçoamento da tecnologia e a ciência [6].

Entre os demais quadros de demência existentes a DA se encontra em 50% a 70% dos casos diagnosticados no mundo, em destaque a ocorrência é cerca de 59% as mulheres e apenas 41% os homens. Conforme a OMS, a cada 7 segundos surge um novo quadro de DA no mundo [5].

Demência

A demência é uma doença observada frequentemente em idosos não somente no Brasil, mas em todo o mundo. Atualmente é definida quando algum indivíduo se encontra em condição de declínio cognitivo comparado ao seu estado prévio, em contrapartida, ocorre o comprometimento de suas funções motoras e sociais [13].

Há cinco categorias de demências que são mais comuns, entre elas a primeira posição está em posse da DA em seguida Demência Vascular (DV), Doença de Parkinson (DP), Demência Frontotemporal (DFT) e a Demência com corpos de Lewy (DCL) [14].

O Alzheimer é caracterizado pela morte dos neurônios, tendo o início precoce antecedente aos 60 anos e tardio quando se inicia após aos 65 anos de vida. A DV é provocada pelo dano aos vasos sanguíneos cerebrais geralmente ocorre após episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC) [1,15].

A DP é fruto de danos aos neurônios vinculados diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC), gerando danos aos movimentos. DFT é a degeneração de lobos frontais e temporais do cérebro ocasionando alterações no humor, controle, julgamento e comportamento. A DCL provoca também a morte das células cerebrais, porém é observado um crescimento anormal de estruturas esféricas na célula [13].

Doença de Alzheimer

O DA consiste em uma doença neuro progressiva irreversível, que possui início aparentemente benigno e é caracterizado pela perda gradual da função cognitiva, sentidos e distúrbios comportamentais. É comum é comum as pessoas com esta patologia apresentarem o

declive das funções corticais superiores que incluem o pensamento, orientação, memória, cálculo, linguagem, compreensão, julgamento e a aprendizagem [1,10].

Comumente possui ligação com o hipocampo, lóbulo parietal e temporal localizados no cérebro, assim promovendo a lesão e morte dos neurônios. O córtex cerebral no decorrer do avanço da doença encolhe e em consequência afeta o hipocampo cada vez mais, sendo o local responsável pela formação de novas memórias e armazenamento das antigas [16].

Em nosso organismo existem algumas funções como a motora que é composta pela força, equilíbrio, flexibilidade e capacidade aeróbica e a cognitiva constituída pela memória, atenção e até mesmo as funções executiva, que apresenta papel importante na autonomia dos indivíduos. Os pacientes com DA geralmente demonstram prejuízos dessas funções cada vez mais com o avanço da patologia, sendo que as atividades classificadas complexas se encontram comprometidas em praticamente todos os estágios [3].

O nosso organismo possui diversas capacidades e entre elas está a funcional que é classificada como a habilidade de realizar as atividades cotidianas e instrumentais, já as atividades complexas como a gestão necessitam de um estado cognitivo mais íntegro. As Atividades Diárias (AD) são progressivamente comprometidas em pacientes com DA, possuindo demanda aumentada de cuidados de familiares, enfermagem e cuidadores [14].

Evolução da doença de Alzheimer

A DA pode ser determinada em três fases de evolução que são caracterizadas conforme os sinais e sintomas clínicos apresentados pelo indivíduo. A primeira etapa é a fase inicial que quando o indivíduo possui ainda domínio independente, é possível realizar AD com trabalhar, dirigir, fazer compras e até mesmo atividades sociais, porém já é perceptível o aparecimento de lapsos de memória em ocasiões do dia-a-dia como lugares, objetos, palavras e entre outros [17,18].

O estágio secundário ou estágio intermediário que haverá já o comprometimento cognitivo em grau leve, porém a memória se encontra em grau mais elevado de desempenho negativo, pois já possui certa dificuldade perceptível de lembrar nomes de pessoas próximas no dia-a-dia, tarefas diárias e localizações [11].

O estágio terciário que é o final os declínios cognitivos e de memória são intensos, pois o grau de deterioração dessas funções encontra-se em estágio grave, em contrapartida, a realização diálogo e dificultosa porque geralmente o paciente costuma perder a consciência de experiências realizadas recentemente como o raciocínio para continuar uma conversa. As mudanças de humor e personalidade são observadas com frequência, nesta fase final o indivíduo acometido pela DA precisa de cuidados constantes para realização de todas as tarefas [17].

Fisiopatologia

A origem do Alzheimer ainda é um mistério para a ciência ainda, porém existem algumas possibilidades que podem influenciar individualmente ou combinados como a dieta diária, fatores genéticos, patologias associadas aos Sistema Nervoso Central (SNC), atividades físicas, estilo de vida, diabetes, traumas cranianos e problemas vasculares [18].

É possível identificar DA em duas formas a *Late Onset Alzheimer's Disease* (LOAD) que consiste no início tardio da patologia e a *Familial Alzheimer's Disease* (FAD) e a DA familiar, ou seja, por marcadores genéticos [19].

LOAD é mais comum, pois possui início tardio após os 60 anos, porém o seu arquétipo é mais complexo ocorrendo mutação na Apolipoproteína E (APOE) no cromossoma 19. A FAD contém o marcador genético denominado de transmissão mendeliana autossômica dominante, ou seja, o indivíduo possui predisposição para desenvolvimento da patologia e muita das vezes é precoce, antecedente aos 60 anos de vida [18].

A identificação dos dados neuropatológicos relacionados a DA é o surgimento de atrofia cortical difusa (redução do volume total), degeneração neuromuscular (dificuldade na conexão entre nervos e músculos), perdas neuronais e sinápticas que afeta diretamente diversos sistemas de neurotransmissão, placas neuríticas que são compostas por acúmulo de proteína β -amilóide e emaranhados neurofibrilares intraneuronais que são formados por filamentos da proteína tau [20].

Pode ser encontrado principalmente na região do hipocampo, amígdalas cerebelosas e córtex entorrinal no lóbulo temporal, a presença das placas e massas características do Alzheimer, porém possui fragmentos nas partes parietais e frontais do córtex. Alguns sinais bioquímicos foram observados em pacientes portadores da DA como estresse oxidativo, alterações nas mitocôndrias neuro inflamação, deficiência de cálcio (Ca), complexos proteicos do peptídeo A β , toxicidade dos neurotransmissão e homeostase metálica [16].

A diversas hipóteses sobre a base molecular da DA entre elas podemos encontrar a hipótese colinérgica, disfunção glutamatérgica, cascata amiloide, oligomérica, papel da proteína tau, diabetes de tipo III, metálica e a evolução das hipóteses etiológicas para a DA [19].

Diagnóstico

O diagnóstico da DA é classificado em dois métodos, o clínico que consiste em avaliações do estado fisiológico por um todos, porém com enfoque na saúde mental, já o diagnóstico diferencial é delimitado através de exames laboratoriais e de imagem como a tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e eletroencefalograma (EEG) [21].

Atualmente são utilizados como critério diagnóstico clínico o *National Institute Of Neurologic And*

Communicative Disorders And Doença De Alzheimer Doença De Alzheimer Stroke And The Alzheimer-Disease And Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) e o *Diagnostic and Statistic Manual* (DSM-IV). Os dois sistemas contêm uma anamnese minuciosa, exame físico céfalo-podálico com a avaliação neurológica e cognitiva tendo atenção no estado mental do paciente a fim de identificar o déficit de memória [22].

O processo de avaliação do NINCDS-ADRDA que de acordo com estudos encontra-se como o método mais utilizado para diagnóstico contém algumas determinantes. Diagnóstico de DA provável (síndrome de demência presente, cognição com 2 ou mais áreas em déficits, progressão de piora da função cognitiva, sintomas com início dos 40 aos 90 anos e ausência de doença sistêmicas que possivelmente podem provocar a síndrome), achados que sustentam DA provável (apraxia, afasia e agnosia progressivas, comprometimento de atividades diárias, histórico familiar, exames inespecíficos de TC, líquor e EEG) [23].

Achados consistentes com diagnóstico de DA provável (progressão dos sintomas, sinais psiquiátricos e vegetativos, presença de demais anormalidades neurológicas, convulsões), características reduzem muito a chance de diagnóstico de DA provável (início súbito e apoplético, achado neurológico focal no decorrer do curso da patologia, convulsões/alteração na marcha) e diagnóstico clínico de DA possível (demência evidente, presença de achados atípicos nos exames após início da sintomatologia, ausência de outros transtornos neurológicos/psiquiátricos/sistêmico) [24].

O diagnóstico diferencial é realizado através de biomarcadores que é peptídeo β -amiloide e a proteína tau que de acordo com estudos está diretamente ligada a DA. Como a evolução da ciência é possível identificar alterações peptídeo β -amiloide tanto no líquor como nos tecidos cerebrais em possivelmente cerca de 10 anos antecedentes aos primeiros sintomas da patologia assim tornando o diagnóstico diferencial são um importante aliado na realização do diagnóstico precoce da doença. A elevação da proteína tau, pode ser percebida através de neuroimagem molecular realizada na TC por emissão de pósitrons, porém não pode ser considerada totalmente fidedigna pois essa determinada reação da proteína pode ser observada em outras patologias [16].

Até o instante momento o diagnóstico definitivo de DA só pode ser confirmado através de necropsia/biópsia para realização da identificação de um número significativo de placas e enovelados em determinadas regiões específicas do cérebro, porém a biópsia não é recomendada para diagnóstico pois o risco de malefícios ao indivíduo e exorbitantes [22].

Tratamento

A DA não possui cura até o instante momento, porém existem tratamentos que promovem o retardo de alguns sintomas da patologia. Os tratamentos executados

atualmente objetivam memorizar ao máximo as alterações cognitivas e comportamentais a fim de promover melhor qualidade de vida do paciente acometido por DA e seus familiares e amigos próximos. São utilizados os métodos de tratamento farmacológico e não farmacológico que incluem estimulação cognitiva, fisioterapia, atividades físicas, terapia gênica e vitaminas [25].

O tratamento farmacológico aprovado na atualidade consiste no grupo medicamentoso dos Inibidores da Colinesterase (IChE) sendo utilizado com maior frequência em pacientes em estágio inicial da DA, já o grupo antagonista do receptor (NMDA) é indicado para o uso quando o grau da patologia se encontra de moderado a grave [22].

O IChE apresenta melhoria significativa em relação ao déficit cognitivo, pois promove a diminuição dos sintomas da DA, possibilitando uma melhora nos parassimpatomiméticos (PSNS) localizados nas sinapses [26]. O mecanismo de ação dos IChE é atuação das enzimas acetilcolinesterase (AChE) e butirilcolinesterase (BChE) que possui a função de degradação do neurotransmissor acetilcolina (ACh), logo após a transmissão do impulso nervoso [27].

Geralmente pacientes portadores de DA possuem o nível de ACh diminuído e como os IChE realizam o bloqueio das enzimas e em contrapartida é elevada a disponibilidade de do ACh na fenda sináptica. O papel deste neurotransmissor está relacionado à capacidade de aprendizagem e memória do indivíduo. Com auxílio do fármaco é possível elevar a ACh e conseqüentemente minimizar a sintomatologia [22].

Os principais IChE utilizados é a tacrina que foi primeiro fármaco para realização deste tratamento em questão que é disponibilizado no Brasil nas seguintes nomenclaturas donepezila (Eranz), rivastigmina (Exelon), memantina (Ebix) e galantamina (Reminyl ER) [19].

O tratamento não farmacológico contém o método de estimulação cognitiva que consiste no exercício da mente e do corpo para se adaptar a patologia e preservar sua autonomia o máximo possível. A terapia gênica é uma nova técnica que se compõe na implantação genes capazes de produzir proteínas que auxiliam na fisiologia do indivíduo [28].

A fisioterapia e as atividades físicas promovem o benefício de manter ou até mesmo prorrogar a autonomia do paciente portador de DA através de exercícios e técnicas terapêuticas voltadas à necessidade de cada um. O uso das vitaminas como a B, C, D e E são utilizadas como tratamento profilático da perda função cognitiva [29].

Cuidados de enfermagem

A enfermagem é responsável pela gestão do cuidado, pois é o profissional que se encontra em contato direto com paciente em todas as faixas etárias independente da sua patologia. Este profissional desenvolve medidas para melhoria da qualidade de vida de todo ser humano,

o cuidado frente ao paciente portador de DA é determinado como cuidado paliativo, por objetiva minimizar a sintomatologia ao máximo possível para o portador e proporcionar conforto aos familiares e amigos em relação a doença e suas fases [7,30].

A certificação de um cuidado qualificado e efetivo é designado ao enfermeiro, por ser um profissional que emprega os conhecimentos científicos juntamente com a experiência pessoal e compartilhada de outros multiprofissionais [31].

O enfermeiro deve realizar um atendimento individualizado de acordo com necessidade de cada paciente ou seja em equidade para alcançar este princípio e utilizado o Processo de Enfermagem (PE) que é composto por 5 etapas, o histórico de enfermagem/coleta de dados, diagnóstico de enfermagem que realizado de acordo com a taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), planejamento de enfermagem com a literatura *Nursing Outcomes Classification* (NOC), implementação juntamente com *Nursing Interventions Classification* (NIC) e avaliação de enfermagem novamente junto ao NOC [30,32,33].

Com a realização PE o enfermeiro pode identificar os pontos de piora e melhora do paciente e assim promover ações para aprimorar seu quadro clínico ao máximo, através orientações, cuidados, intervenções, encaminhamentos, prevenções de doenças e promoção à saúde do paciente e aos familiares/amigos [34].

Os cuidados de enfermagem direcionados ao paciente diagnosticado com DA, são classificados como paliativos pois objetivam promover a melhor qualidade de vida possível ao paciente e seus familiares, diante da patologia através prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação criteriosa e tratamento de dor, sintomas físicos, cognitivos, psicológicos, sociais e espirituais [31].

O papel de educação a saúde é de atribuição do enfermeiro segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABA), pois com seus conhecimentos irá identificar as complicações e aplicar o melhor método para e instruir ao cuidador e/ou familiares direcionando as ações, ensinar com identificar sinais e sintomas de alerta, possíveis danos à saúde quando o cuidar mal efetuado, instruir a respeito das medicações e o tratamento em prol da melhoria do cuidar [35].

O desenvolvimento de medidas de comunicação entre o enfermeiro/paciente é de crucial importância, pois esta estratégia auxilia no cotidiano e proporciona eficácia mais elevada no cuidar. Na fase inicial da DA o é utilizado frases curtas, fala devagar e uso de terapias multissensoriais. A fase intermediária incentiva um diálogo prazeroso e na última fase realiza o contato visual ligado à nomenclatura de objetos e o uso do toque [36].

O enfermeiro auxilia para continuidade das AD, estímulo cognitivo, dieta saudável, ações para melhoria do sono, incentiva a arteterapia e musicoterapia, estímulo da vida social, esquema medicamentoso para administração nos horários corretos e prevenção e

controle da dor [37,38].

Conclusão

Os cuidados de enfermagem em pacientes portadores de DA, é a realização de análise, identificação, planejamento, implementação do cuidar e avaliação contínua do indivíduo, em prol da promoção de uma qualidade de vida melhorada.

De acordo com a pesquisa presente o diagnóstico compõe principalmente pela análise clínica do indivíduo, porém o uso de exames laboratoriais e de imagem são utilizados para verificação fidedigna ao diagnóstico. Os tratamentos executados na atualidade são os farmacológicos que é principalmente utilizado os IChE e alguns casos os NMDA, já o tratamento não farmacológico em estimulação cognitivas, fisioterapia, vitaminas, terapia genética e atividades físicas.

Em vista dos argumentos apresentados os principais cuidados aos idosos com DA está coligado na constante educação continuada ao idoso e seus familiares a respeito da patologia, cuidados diários, estimulação cognitiva, administração de medicamentos, limitações, terapias e enfrentamento da DA. O enfermeiro executa os cuidados de promoção da melhor qualidade de vida, prevenção de agravos, controle da dor, apoio psicológico, auxílio nas AD, desenvolvimento de medidas para prolongar a autonomia do portador e execução que meios de cuidados individualizados para cada paciente em prol da promoção da equidade.

Referências

- [1] Ferreira APM, Castro AK, Lima EA, Marques IS, Oliveira MS, Maciel RS, *et al.* Doença de Alzheimer. Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem. 2017; 2(2):1-8.
- [2] Cavalcanti JLS, Engelhardt E. Aspectos da fisiopatologia da doença de Alzheimer esporádica. *Rev Bras Neurol.* 2012; 48(4):21-9.
- [3] Apostolova LG. Alzheimer disease. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology. Dementia.* 2016; 22(2):1-419.
- [4] Perissé C, Peret E, Tallmann H, Zasso J, Benedicto M, Loschi MM, *et al.* Longevidade: viver bem e cada vez mais. *Retratos da revista do IBGE.* 2019; (16):1-28.
- [5] Rodrigues TQ, Castro AS, Conceição TF, Leite JGAM, Ferreira VHS, Faustino AMF. Impacto da Doença de Alzheimer na qualidade de vida de pessoas idosas: revisão de literatura. *Rev Eletron Acervo Saúde.* 2020; 12(4):e2833.
- [6] Poirier J, Gauthier S. Doença de Alzheimer: o guia completo. Minas Gerais: Editores; 2016.
- [7] Farfan AEO, Fatias GB, Rohrs RMS, Magalhães MSSP, Silva DF, Schulz RS. Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer. *Cuid Arte Enferm.* 2017; 11(1):138-45.
- [8] Taquette SR, Minayo MCS. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2015; 39(1):60-7.
- [9] Bento A. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Rev JA.* 2012; 7(65):42-4.
- [10] Dardengo CFR, Mafra SCT. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Rev Cien Humanas.* 2019; 18(2):1-23.
- [11] Terra NL. Doença de Alzheimer: Cuidando do seu idoso. Edipucrs; 2015.
- [12] Vidor RC, Sakae TM, Magajewski FRL. Mortalidade por doença de Alzheimer e desenvolvimento humano no século XXI: um estudo ecológico nas grandes regiões brasileiras. *Arq Catarin Med.* 2019; 48(1):94-107.
- [13] Parmera JB, Nitrini R. Demências: da investigação ao diagnóstico. *Rev Med.* 2015; 94(3):179-84.
- [14] Rios MAFS. A importância da intervenção do fisioterapeuta na manutenção e/ou regressão dos défices nas funções motoras nos principais tipos de demência: uma revisão bibliográfica [trabalho de conclusão de curso]. Universidade Fernando Pessoa. Porto/PI; 2016.
- [15] Cordeiro Q, Zung S, Vallada H. Genética das demências. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2018; 53(1): 24-30.
- [16] Fernandes JSG, Andrade MS. Revisão sobre a doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. *Psicol Saúde e Doenças.* 2017; 18(1):131-9.
- [17] Moreno RJ, Aké AP, Ramírez AS, Rodríguez EM. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?. *Comunicaciones Libres.* 2016; 1(1):22-7.
- [18] Gama BMSN. Doença de Alzheimer: Diagnóstico Precoce e Fatores Protetores [tese]. Universidade de Coimbra. Coimbra/PT; 2019.
- [19] Falco AD, Cukierman DS, Hauser-Davis RA, Rey NA. Doença de Alzheimer: Hipóteses Etiológicas e Perspectivas De Tratamento. *Quím Nova.* 2016; 39(1):63-80.
- [20] Sasaguri H, Nilsson P, Hashimoto S, Nagata K, Saito T, Strooper B, *et al.* APP mouse models for Alzheimer's disease preclinical studies. *J EMBO.* 2017; 36(1):2473-87.
- [21] Ministério da Saúde (BR). Portaria SAS/MS n.º 1.298, de 21 de novembro de 2013. Brasília/DF; 2013.
- [22] Guimarães LFO, Pinto CT, Tebaldi JB. Alzheimer: diagnóstico precoce auxiliando na qualidade de vida do cuidador. *Memorialidades.* 2017; 12(23):11-30.
- [23] Nitzsche BO, Moraes HP, Júnior ART. Doença de Alzheimer: novas diretrizes para o diagnóstico. *Rev Med Minas Gerais.* 2015; 25(2):237-43.
- [24] Álvarez JL, Ortiz LFA. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría.* 2015; 5(1):3-14.

- [25] Souza E, Silva JN. Alzheimer: diagnóstico e tratamento [monografia]. Faculdade de educação e meio ambiente. Ariquemes/RO; 2019.
- [26] Marins AMF, Hansel CG, Silva J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. Rev Anna Nery. 2016; 20(2):352-6.
- [27] Sequeira JA. Tratamento da Doença de Alzheimer: na atualidade e no futuro [tese de doutorado]. Universidade Fernando Pessoa e Faculdade de Ciências da Saúde. Porto/PI; 2020.
- [28] Kamada M, Mattar AG, Fontana MP. Uso do lítio no tratamento do Alzheimer. Rev Soc Bras Clin Med. 2016; 14(1):63-6.
- [29] Pitanga TN, Santana P, Baraúna K. Avanços farmacológicos para o tratamento/retardo da doença de alzheimer. Semana de Mobilização Científica-Alteridade, Direitos Fundamentais e Educação - SEMOC; 2018.
- [30] Sales JNF, Santos KMAO, Miranda RNC, Silva MAS, Batista ES, Silva JR, *et al.* A enfermagem no cuidado com o idoso portador de alzheimer. Rev Eletron Acervo Saúde. 2019; (18):e235-e235.
- [31] Guimarães TMR, Silva KNF, Cavalcanti HGO, Souza ICA, Leite JS, Lima JR, *et al.* Assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer em cuidados paliativos: revisão sistemática. Rev Eletron Acervo Saúde. 2020; (38):e1984-e1984.
- [32] Nanda. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
- [33] Azevedo MB, Silva AA, Karam MA. Enfermagem frente ao cuidado do idoso com alzheimer: é possível traçar cuidados específicos a fim de minimizar a repercussão negativa da vida do mesmo? Rev Rede Cuidados em Saúde. 2017; 11(2):1-21.
- [34] Silva AK, Silva ADAT, Barros IM, Batista RS, Filho JL. O papel da enfermagem na assistência prestada ao idoso portador do mal de alzheimer: uma revisão bibliográfica. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem. 2017; 2(2):1-5.
- [35] Costa BMB, Silva VS, Lemos LR, Aoyama EA. O papel do enfermeiro ao paciente com alzheimer. Rev Bras Interdiscip Saúde. 2020; 2(1):14-9.
- [36] Correa LP, Braga TR, Malaquias LC, Bessa MEP, Marques MB. Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa. Rev Enferm UFPI. 2016; 5(1):84-8.
- [37] Collins GN, Vieira MCN. O papel do enfermeiro frente ao idoso portador de Alzheimer [monografia]. Centro universitário São Lucas. Porto Velho/RO; 2017.
- [38] Ribeiro GB, Silva ND, Silva VA, Lima RN. Assistência de enfermagem à pessoa idosa com alzheimer em instituições de longa permanência. Rev Bras Interdiscip Saúde. 2020; 2(3):25-8.