

Biblioteca Monsenhor Domingos Prado Fonseca

N. Class.

Cutter

Ano/Ed.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG

ENFERMAGEM

ANA CAROLINA DOMINGUITO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO AO CUIDADOR DO
PORTADOR DE ALZHEIMER**

**Varginha
2010**

ANA CAROLINA DOMINGUITO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO AO CUIDADOR DO
PORTADOR DE ALZHEIMER**

Monografia apresentada ao curso de enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da Professora Esp Sabine M^a Scianni Portugal.

**Varginha
2010**

ANA CAROLINA DOMINGUITO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO AO CUIDADOR DO
PORTADOR DE ALZHEIMER**

Monografia apresentada ao curso de enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob orientação da Professora Esp Sabine M^a Scianni Portugal.

Aprovado em: / /

Professora Esp Sabine Maria Scianni Portugal

Professora Ms. Renata de Souza Zanatelli

Professora Ms. Renata Siqueira Julio.

OBS:

AGRADECIMENTOS

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG
BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada seria possível. Aos meus pais Ivone e Luiz, principal contribuinte e torcedor pela realização deste e de outros sonhos. Ao meu irmão Igor, que sempre esteve ao meu lado me dando forças em todas as minhas fraquezas e somando alegrias. Aos meus tios e primos que não mediram esforços, sempre colaborando para que esta etapa seja concluída com sucesso. Aos amigos que me acompanham, e aos que conquistei ao longo desta graduação, vocês foram essenciais nesta caminhada. Aos mestres, facilitadores de nossa aprendizagem. A minha orientadora Sabine, sua experiência foi fundamental para a conclusão deste trabalho. Aos clientes, que nos deixaram manipular seus corpos, contribuindo diretamente com nossa formação. Enfim a todos que colaboraram com esta vitória!

Dedico a todos os contribuintes com realização deste trabalho: família, amigos, professores, profissionais que nos acolheram em seus ambientes de trabalho e a partir de seus conhecimentos contribuíram com nosso aprendizado e aos clientes que nos dão oportunidades de aprimorar nosso conhecimento, tornando o ato de cuidar uma realização.

"A vantagem de ter péssima memória é
divertir-se muitas vezes com as mesmas coisas
boas como se fosse a primeira vez."

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Este trabalho aborda as orientações de enfermagem ao cuidador do portador de Alzheimer. Trata, especificamente, de planos de cuidados voltados para uma melhor assistência do cuidador. Foi discutido inicialmente a dinâmica da doença de Alzheimer. Foi descrito em seguida uma pesquisa bibliográfica, realizada a partir de publicações científicas. Tal pesquisa teve como objeto a utilização das manifestações clínicas da doença que são descritas por fases ou estágios onde revelou uma diversidade quanto ao plano de cuidados realizado pelo cuidador. Como resposta a esta situação, foi proposto um modelo de cuidados a ser realizado para cada estágio da doença. Por isso, as orientações de enfermagem para o cuidador do portador de Alzheimer, requer uma avaliação de cada caso para que haja eficácia na assistência prestada.

Palavras-chaves: Idoso. Doença de Alzheimer. Assistência de Enfermagem

ABSTRACT

This paper addresses the nursing guidelines for Alzheimer's patient caregivers. This, specifically, care plans aimed at a better caregiver assistance. It was initially discussed the dynamics of Alzheimer's disease. It was described then a bibliographical research from scientific publications. This research was focused on the use of clinical manifestations of disease that are described by phases or stages where a diversity revealed the plan of care performed by the caretaker. In response to this situation, we propose a model of care to be performed for each stage of the disease. Therefore, the nursing guidelines for the Alzheimer patient caregiver requires an evaluation of each case so that there is efficiency in health care.

Keywords: *Elderly - Alzheimer's disease - Nursing Care*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	.....
2 DOENÇA DE ALZHEIMER	.....
2.1 História	.....
2.2 Definição	.....
2.3 Fisiopatologia	.....
2.4 Manifestações Clínicas	.....
2.5 Diagnóstico	.....
2.6 Tratamento Farmacológico	.....
3 O CUIDADO	.....
3.1 Definição	.....
3.2 O Autocuidado	.....
3.3 Quem é o Cuidador	.....
3.4 O cuidador e a pessoa cuidada	.....
3.5 O Cuidador e a equipe de saúde	.....
3.6 Cuidando do Cuidador	.....
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	.....
4.1 Processo de Enfermagem	.....
4.1.1 Investigação	.....
4.1.2 Diagnóstico	.....
4.1.3 Planejamento	.....
4.1.4 Implementação	.....
4.1.5 Avaliação	.....
5 METODOLOGIA	.....
6 CONCLUSÃO	.....
REFERÊNCIAS	.....

SISTEMA DE BIBLIOTECAS
FEPESMIG
BIBLIOTECA MONSENHOR DOMINGOS PRADO FONSECA

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo abordar através da revisão da literatura científica, tais como: livros, revistas, monografias, artigos científicos, as estratégias e recursos realizados pelo profissional enfermeiro para proporcionar ao cuidador um melhor embasamento para assistir o portador de alzheimer e verificar os fatores que podem interferir na qualidade da assistência prestada..

O envelhecimento é inevitável e condiciona o ser humano a um progressivo decréscimo nas funções fisiológicas em particular as funções cerebrais, oferecendo condições para o aparecimento de transtornos mentais típicos e mais comuns da velhice como a demência. A doença de Alzheimer (DA) constitui-se em uma das principais doenças crônico-degenerativas que acomete os idosos, tornando-os pouco a pouco incapacitados para seu autocuidado, ficam dependentes de terceiros e expostos a riscos de cuidados inadequados por parte da família que muitas vezes desconhece os princípios terapêuticos adequados. Tendo como hipóteses, torna necessária a assistência do profissional de enfermagem visando à orientação da família por meio de um planejamento de ações voltadas para uma melhor qualidade na assistência prestada, conscientização quanto aos sinais, sintomas e agravos da doença de Alzheimer e a forma com que a enfermagem interage com os medos, valores, crenças dos familiares para que o cliente não perca seus valores, costumes e que todos possam conviver com o idoso da melhor maneira possível.

Por isso, aqui percebe a relevância desta pesquisa, que demonstrará quais as orientações de enfermagem para que o cuidador do portador de alzheimer proporcione uma melhor assistência e pretende-se com este estudo, fornecer subsídios para novas pesquisas.

2 DOENÇA DE ALZHEIMER

2.1 História

Foi descrita pela primeira vez em 1906, na Alemanha, pelo alemão Alois Alzheimer, que apresentou em um simpósio, o relato do caso de sua paciente internada com sintomas de doença mental grave que incluía agitação, delírios e uma séria deficiência na capacidade de aprender e de formar novas memórias. O quadro da paciente evoluiu com perda cada vez maior de memória e vários outros distúrbios psiquiátricos, culminando com sua morte (BRITTO, 2004).

Além do acompanhamento clínico do caso, Alzheimer também examinou o cérebro da paciente após sua morte, e notou a presença de lesões anormais, que certamente estariam levando à perda de função ou à morte das células nervosas e ao quadro clínico complexo da enfermidade, que ficou conhecida como doença de Alzheimer (DA) (BRITTO, 2004).

2.2 Definição

Doença de Alzheimer é uma afecção cerebral degenerativa progressiva, de origem desconhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos e de aparecimento insidioso. Caracterizada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer como uma doença marcada pela perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas que prejudicam o paciente em sua vida diária, desempenho social e ocupacional (PASCALE, 2002).

A Classificação Internacional de Doenças – CID-10 - define demência como sendo uma Síndrome decorrente de uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica e progressiva com comprometimento de inúmeras funções corticais superiores, começando pela memória, alterações do pensamento, compreensão, orientação, capacidade de aprendizado, julgamento e linguagem (PASCALE, 2002).

2.3 Fisiopatologia

A DA é marcada por sinais neuropatológicos característicos como a presença de placas senis, dos novelos neurofibrilares, perda das sinapses e de neurônios sendo que os neurônios grandes são mais afetados quando comparados com os pequenos.

Os pacientes também podem apresentar lesões não específicas como degeneração granulovacuolar, corpos de Hirano e corpos de Lewy (TERRY; MASLIAH; HANSEN, 2003).

Nos pacientes com DA ocorrem alterações neuropatológicas e bioquímicas específicas. Essas alterações compreendem os emaranhados neurofibrilares (massa entrelaçada de neurônios não-funcionais) e as placas senis ou neuríticas (depósito da proteína β -amilóide, parte de uma proteína maior, a PPA). Esse comprometimento neural ocorre principalmente no córtex cerebral, tendo como consequência a diminuição do tamanho do cérebro. Além do acúmulo de emaranhados neurofibrilares e de placas senis (neuríticas), levam também à degeneração cardiovascular. Há perda de células nervosas colinérgicas, importantes na memória, função e cognição (SMELTZER; BARE, 2005; NETINA, 2001).

O déficit colinérgico é precoce no curso da DA, entretanto estudos constataram um significativo déficit colinérgico em pacientes com demência do tipo Alzheimer (DTA), revelando que as taxas da enzima ativa na produção de acetilcolina foram reduzidas em mais de 90% (MAGNIÉ; THOMAS, 1998; SAYEG et al, 1993).

Afirmam Sayeg et al. (1993) que nos cérebros dos idosos normais com mais de 70 anos também existem placas senis e emaranhados neurofibrilares, porém em número menor que os verificados na demência do tipo Alzheimer (DTA).

2.4 Manifestações Clínicas

A diminuição da capacidade mental e intelectual e constitui a essência da demência, mas, há diferença entre a perda de memória e o simples esquecimento. A perda de memória acontece em pessoas com demência e ocorrem perdas irreversíveis e progressivas com profunda repercussão no cotidiano deste indivíduo. Já o esquecimento pode acontecer com qualquer pessoa e pode ser recuperado (PASCALE, 2002).

O fato de a DA não evoluir sequencialmente e poder apresentar desde o começo vários sintomas cognitivos, comportamentais, funcionais e psiquiátricos sustentam a diversidade clínica e a variabilidade da progressão da doença resultando nas diferenças individuais de cada cliente (MANGONE, 2004).

Essas manifestações clínicas são descritas por fases ou estágios de acordo com a evolução, contudo, é de início insidioso e danos progressivos.

Estágio 1 (fase inicial): as modificações são lentas e variáveis. A primeira manifestação clínica está relacionada ao comprometimento da memória, porém, não é

constante. São observados pequenos esquecimentos sobre fatos e conversas recentes, falta de clareza nos pensamentos, dificuldade de registrar novas informações e comunicar-se.

Ocorre também desorientação do tempo e espaço, sobretudo em lugares desconhecidos, além de se apresentar diminuição no rendimento funcional e em tarefas mais complexas (SAYEG et al, 1993; SMELTZER; BARE, 2005). Como essas alterações não são freqüentes, são vistas como natural do processo de envelhecimento tornando-se assim muitas vezes irrelevantes, retardando o diagnóstico precoce. Podem também estarem ligadas ao ambiente, stress, mudanças de costumes. As reações são variáveis desde agressão física, agitação, xingamentos, irritação. Ainda nessa fase aparecem os distúrbios do sono, com a troca de horários (SHIMMA, 1995).

Estágio 2 (fase intermediária): marcada pelo agravamento dos sintomas vistos na fase inicial, contudo ocorre outros sintomas, como dificuldade em reconhecer ambientes conhecidos e pessoas da família. Necessitam de maior ajuda para executar as tarefas de rotina, tornando-se dependente de um cuidador (MAGNIÉ; THOMAS, 1998).

Pode ocorrer incontinência fecal e urinária. Instalam-se as as apraxias (incapacidade de executar movimentos), agnosias (perda do reconhecimento perceptivo, auditivo, visual, e tátil.) e afasias (perda de expressão pela fala e pela escrita) (MAGNIÉ; THOMAS, 1998).

Estágio 3 (fase final da demência): Existe uma dependência total do cuidador. O cliente fica incapacitado de realizar as atividades rotineiras. Os sintomas podem ser: incontinência total (fecal e urinária), edema, apatia e prostração, problemas renais e pulmonares, indiferença ao meio externo, mutismo e estado vegetativo; as funções cognitivas desaparecem quase por completo (PEÑA-CASANOVA, 1999).

O curso da doença pode ser longo ou curto dependendo dos inúmeros fatores como o estado geral de saúde do paciente e a dedicação do cuidador a ele dirigido (PEÑA-CASANOVA, 1999).

A morte acontece normalmente após 10–15 anos de evolução, em consequência de complicações, como incontinências, pneumonia, desnutrição, desidratação (ENGELHARDT, 2007).

2.5 Diagnóstico

A história de saúde, história clínica, história social e cultural; história medicamentosa; e o exame físico, incluindo o estado funcional e o estado de saúde mental são essenciais para o diagnóstico de Alzheimer (SMELTZER; BARE, 2005).

O diagnóstico precoce da doença é uma condição de extrema importância para que novas terapias medicamentosas sejam desenvolvidas e as intervenções paliativas melhoradas (ALEXANDER, 1973).

O diagnóstico precoce dá tempo à pessoa de se preparar mental e emocionalmente para as mudanças que virão. O tempo permite que a pessoa aprenda mais a respeito da doença, e isso pode atenuar um pouco a ansiedade e os temores (SMELTZER; BARE, 2005).

O diagnóstico da doença é um processo de eliminação. Os pesquisadores não foram capazes de apresentar um teste definitivo que mostre que uma pessoa tem a doença. Eles ainda não encontraram alterações biológicas ou fisiológicas no organismo, conhecidas como marcadores, que identificam com certeza o início do mal de Alzheimer. Seguindo esse método, os médicos são capazes de fazer um diagnóstico acurado cerca de 90% das vezes (SMELTZER; BARE, 2005).

Como não existem marcadores biológicos específicos para a demência do tipo Alzheimer, o diagnóstico permanece fundamentalmente clínico, isto é, alicerçado em evidências clínicas, sintomas e sinais, complementados por exames imagiológicos e laboratoriais, cujo objetivo é descartar formas secundárias de demência (MACIEL JÚNIOR, 2006).

O raio-x serve para descartar a existência de tumores pulmonares, insuficiência cardíaca ou alterações bronquiolares (PEÑA-CASANOVA, 1999).

A neuroimagem no diagnóstico e tratamento de Demência de Alzheimer tem como finalidade descartar outras lesões cerebrais progressivas que possam causar demência, como tumores no lobo frontal ou temporal (KNOPMAN; DEKOSKY; CUMMINGS, 2001; MASDEU, 2004).

A ressonância magnética é mais utilizada quando se suspeita de transtornos vasculares (PEÑA-CASANOVA, 1999). Em fases mais avançadas da doença a dilatação dos ventrículos cerebrais e o alargamento dos sulcos corticais principalmente nas regiões frontal e temporal podem ser vistas e analisadas pelo auxílio da tomografia computadorizada ou da ressonância magnética (SMALL; MAYEUX, 2002).

Os critérios diagnósticos utilizados baseiam-se nos dados clínicos globais. O teste mais aceito internacionalmente é o NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke e da Alzheimer Disease and Related Disorders Association) que classifica a Demência de Alzheimer em três categorias: definitivo, provável e possível (PEÑA-CASANOVA, 1999).

Definitivo: quando há confirmação dos marcadores neuropatológicos através de autópsia ou biópsia.

Provável: quando a demência é claramente definida pela história clínica ou pela análise de testes neuropsicológicos; quando ocorre transtorno progressivo da memória e da capacidade neuropsicológica; idade de início entre 40 a 90 anos; ausência de qualquer fator que possa causar demência; ausência de alterações no nível de consciência.

Possível: presença de déficit cognitivo progressivo único; presença de transtorno geral ou cerebral de outro tipo; demência com variações na idade de início ou na evolução (PEÑA-CASANOVA, 1999).

O diagnóstico definitivo da Demência de Alzheimer é realizado somente após a morte do paciente através de estudos histopatológicos é baseado na presença de degeneração neurofibrilar, placas senis extracelulares e depósitos amilóides vasculares, em especial na região do hipocampo e no córtex cerebral (DELATOUR et al, 2001).

2.6 Tratamento Farmacológico

Às vezes os cuidados e as interações pessoais não bastam para acalmar o comportamento desafiador ou aliviar os sintomas de depressão ou da ansiedade. Embora medicamentos como os descritos a seguir possam trazer algum benefício, eles são usados com frequência como uma segunda linha de defesa no mal de Alzheimer (PETERSEN, 2006).

Isso se deve ao fato de esses medicamentos podem intensificar perdas cognitivas, e seus efeitos colaterais são em geral mais pronunciados em adultos mais velhos (PETERSEN, 2006).

O tratamento farmacológico apresenta três grandes divisões; tratamento para estabilização que visa interferir nos eventos biológicos cerebrais que levam à morte neuronal; o tratamento para os sintomas cognitivos que tem o objetivo de modificar o curso da doença com a melhora destes sintomas e tratamento da sintomatologia dos transtornos psicológicos e comportamentais que buscam melhorar a ansiedade, a agressividade, a depressão, os delírios e as alucinações (PEÑA-CASANOVA, 1999).

Inúmeras substâncias psicoativas são usadas com a finalidade de preservar ou restabelecer a cognição, o comportamento e as habilidades funcionais do paciente com demência, contudo, os efeitos das drogas hoje aprovadas para o tratamento da DA limitam-se ao retardo na evolução natural da doença, permitindo apenas uma melhora temporária do estado funcional do paciente. As principais drogas utilizadas são os inibidores das

colinesterases, memantina, antioxidantes, estrógenos, antiinflamatórios não-hormonais, estatinas e ginkgo-biloba. Outras substâncias como melatonina, vasodilatadores, bloqueadores de canais de cálcio e nootrópicos, são muito usadas na prática clínica por acreditarem em seu efeito sobre o Sistema Nervoso Central, embora não se tenha comprovação científica (FORLENZA, 2005).

As intervenções farmacológicas no tratamento dos sintomas psicóticos na DA devem ser introduzidas somente quando gera transtorno ou causa ameaça na segurança tanto do paciente como de outras pessoas (KAUFER, 2002).

3 O CUIDADO

3.1 Definição

Cuidado significa consideração, cautela, dedicação, demonstração de afeto, atenção e ocupação. Cuidar é compreender a outra pessoa como ela é, e saber reconhecer pelos seus gestos, dor e restrições. Conhecendo isso, o cuidador tem condições de realizar o cuidado de forma humana, a partir de sua percepção e experiência, focando na individualidade e necessidades da pessoa a ser cuidada. O cuidado deve englobar aspectos físicos, mentais, história de vida e sensações da pessoa a ser cuidada (BRASIL, 2008).

3.2 O Autocuidado

Autocuidado significa cuidar de si próprio, visando sempre em seu próprio benefício como manter a vida preservando e promovendo a saúde (BRASIL, 2008).

A pessoa com limitações, mesmo necessitando da ajuda de um cuidador, pode e deve realizar atividades de autocuidado sempre que possível. O cuidador deve observar e identificar o que a pessoa pode fazer por si, avaliar as condições e ajudar a pessoa a realizar as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas auxiliar o outro quando ele precisa, estimulando aos poucos a pessoa a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. O autocuidado não é somente aquilo que a pessoa pode fazer por si, mas também os cuidados que o cuidador deve ter consigo com o intuito de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2008).

3.3 Quem é o Cuidador

Cuidador é um ser humano com qualidades expressas pelo forte traço de amor para com o outro, de paciência e de doação (BRASIL, 2008).

A Profissão de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que determina o cuidador, como alguém que se preocupa com o conforto, saúde, nutrição, diversão e distração da pessoa assistida. É um membro da família ou da comunidade, que se dedica à outra pessoa de qualquer idade, que carece de cuidados por estar acamada, com restrições físicas ou mentais, com ou sem recompensa (BRASIL, 2008).

A função do cuidador não é somente o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis ou dependentes, seja em qualquer lugar no qual necessite de atenção ou cuidado diário, mas também acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, realizando somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Lembrando sempre que não é da competência do cuidador realizar técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, principalmente, na área de enfermagem.(BRASIL, 2008).

Nem sempre escolhemos ser cuidador, principalmente quando a pessoa que necessita de cuidados é um familiar ou amigo. É fundamental termos a compreensão de se tratar de tarefa complexa e permeada por vários sentimentos e contraditórios.(BRASIL, 2008).

O cuidador informal geralmente é um familiar que fica responsável pelos cuidados do paciente, mas que na maioria das vezes não possui conhecimentos científicos acerca da patologia necessitando de orientações de um profissional enfermeiro para desenvolver o cuidado adequado do paciente (BRASIL, 2008).

3.4 O cuidador e a pessoa cuidada

A função do cuidar é extremamente complexa. O cuidador e a pessoa cuidada podem apresentar vários sentimentos em um único período, tais como: raiva, alegria, angústia, medo, confusão, cansaço, estresse, tristeza, choro e medo da morte. Estes sentimentos precisam ser compreendidos pelo cuidador verificando quais as reações e os sentimentos que afloram, para que possa cuidar da pessoa da melhor maneira possível. (BRASIL, 2008).

O cuidador deve compreender que a pessoa cuidada tem comportamentos que podem dificultar o cuidado prestado. É importante que o cuidador reconheça quais são essas dificuldades e trabalhe os sentimentos de frustração sem culpar-se. É normal o sentimento de estresse emocional do cuidador por isso, deve-se focar na sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência (BRASIL, 2008).

3.5 O cuidador e a equipe de saúde

O cuidador geralmente é um membro da família ou uma pessoa designada para o cuidado do idoso (BRASIL, 2008).

Muitas vezes esta pessoa leiga assume funções no qual não está preparada por isso é importante que a equipe tenha sensibilidade ao lidar com os cuidadores. (BRASIL, 2008).

A função de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve realizar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, assim como: aplicações de injeção, curativos e colocação de sondas. As atividades designadas ao cuidador devem ser planejadas pelos profissionais de saúde junto aos familiares. Esse planejamento deve conter de forma clara todas as atividades que o cuidador pode e deve executar, deixar claro quais os procedimentos que ele não pode e não deve fazer e orientações para reconhecer sinais e sintomas de perigo para assim comunicar os profissionais de saúde. As atividades serão planejadas e executadas conforme as necessidades da pessoa e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador (BRASIL, 2008).

3.6 Cuidando do cuidador

A tarefa de cuidar de alguém geralmente é acrescentada às outras atividades diárias. Muitas vezes, o cuidador, assume sozinho a função de cuidar, e acaba ficando sobrecarregado. Somando ao peso emocional da doença é comum o cuidador apresentar depressão, estresse, cansaço físico, isso faz com que não só o dia-a-dia do cuidador, da família e da própria pessoa cuidada se torne exaustivo. Por isso, algumas dicas podem auxiliar o cuidador a cuidar de si próprio e aliviar a tensão (BRASIL, 2008).

1. Compreender a doença e seus efeitos:

- Conhecer e compreender sobre o curso da doença e como realizar os cuidados.

2. Ser realista quanto à doença:

- A doença de Alzheimer é uma doença progressiva, a pessoa afetada vai piorando, isso exige que o cuidador se adapte às mudanças.

3. Ser realista no que respeita a si próprio:

- Cuidar de alguém com Alzheimer exige tempo e energia. Por isso lembrar sempre das escolhas e limites. Por isso verificar até aonde pode ir e quando necessita de ajuda.

4. Aceitar os seus próprios sentimentos:

- A convivência diária com o portador de Alzheimer pode levar a que se conviva uma mistura de sentimentos num único dia. (feliz, triste, atrapalhado e desamparado).

5. Compartilhar seus sentimentos:

- É importante que o cuidador, tenha em mente que sua situação psicológica também merece cuidados, portanto é essencial que aquilo que possa afligi-lo (Medos, expectativas), seja dividido com pessoas de sua confiança, a fim de partilhar o que possa comprometer sua estrutura profissional.

6. Cuidar de si próprio:

- A saúde do cuidador é extremamente importante, não pode ser ignorada, por isso deve se ter uma refeição adequada, realizar atividade física regularmente, repousar a mente e o corpo e ir ao médico regularmente.

- Investir em atividades recreativas.

7. Procurar ter humor:

- Ser um cuidador não é necessário estarmos sempre sérios por isso é importante ver algumas situações com humor, agindo assim não faz com que a honestidade dos cuidados seja menor.

8. Procurar /aceitar ajuda:

- Pode ser difícil mas é preciso estar consciente que pedir ajuda, não significa que a prestação de cuidados está deficiente. Um paciente com Alzheimer necessita de mais cuidadores. (BRASIL, 2008)

4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

4.1 Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem é um método utilizado para se introduzir, no exercício profissional, uma teoria de enfermagem. Em seguida, é necessário, empregar um método científico para que as idéias da teoria, sejam estabelecidos na prática (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O processo de enfermagem é a melhoria na qualidade do cuidado realizado através do contato entre enfermeiro e cliente

No processo de enfermagem, a assistência é programada para atingir as necessidades do paciente, sendo então escrita para que todas as pessoas que participam do tratamento possam ter acesso ao plano de cuidados (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O processo de enfermagem se divide em quatro etapas

4.1.1 Investigação:

A investigação é a primeira etapa do processo de enfermagem, trata-se da busca de informações para verificar a condição de saúde do paciente, com o intuito de identificar os problemas, as necessidades, medos e receios desse cliente.

Logo, torna-se indispensável, a busca de informações concisas, para que a descrição da saúde ou de doença do cliente seja determinado. Para isso, há cinco etapas a serem seguidas, para que enfermeiro consiga de forma persistente e organizada a eficácia na entrevista

São elas:

1 Coleta de dados: São divididos em diretos e indiretos.

- Os dados diretos são aqueles informados pelo próprio cliente no momento da realização da anamnese e do exame físico.

- Os dados indiretos são aqueles fornecidos por familiares, conhecidos, prontuários de saúde, resultados de exames laboratoriais, etc.

Em seguida são divididos em objetivos que são aqueles que podem ser observados e subjetivos, aqueles em que são relatados pelo cliente. Coletando estes dados pode-se verificar a existência ou não de um problema.

2 Validação dos dados:

- Deve-se confirmar a exatidão dos dados coletados afim de, evitar erros na identificação de problemas e evitar esquecimento de dados importantes.

3 Agrupamento dos dados:

- Os dados devem ser reunidos voltados para o pensamento decisivo aonde exige do profissional a execução de julgamentos fundamentados por evidência.

4 Identificações de padrões:

- Ao perceber que o cliente apresenta algum problema o enfermeiro deverá reconhecer quais os fatores que podem levar ao aparecimento de provas mostradas pelo cliente

5 Comunicação e registro de dados:

- Os dados indicativos ou anormais devem ser discutidos com os membros da equipe multidisciplinar para garantir o diagnóstico precoce.
- O registro dos dados é de extrema importância para realizar com precisão os diagnósticos de enfermagem e sem seguida prestar com qualidade a assistência.

4.1.2 Diagnóstico de enfermagem:

O diagnóstico de enfermagem é a segunda etapa do processo de enfermagem, trata-se de analisar e interpretar os dados obtidos na investigação. O profissional necessita ter conhecimento para traduzir os dados clínicos. O diagnóstico de enfermagem, é formado por problemas reais, aqueles que estão acontecendo no momento e os problemas potenciais, aqueles que poderão ocorrer no futuro, podem ser problemas fisiológicos ou psicológicos (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Lembrando que, os diagnósticos devem ser identificados e selecionados dando prioridade para aqueles que apresentam maior risco para o cliente não esquecendo as fases seguintes (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Em relação ao Alzheimer é necessário atentar para o fato de que o idoso, pelo processo normal de envelhecimento e a patologia subjacente, necessita de uma avaliação holística, principalmente nas fases intermediária e final, detectando complicações precocemente (CHAVES; SILVA, 2007).

Para tanto, podemos classificar os seguintes diagnósticos de enfermagem:

- 1 Ansiedade relacionada a ameaça de mudança no estado de saúde caracterizado por agitação.
- 2 Confusão aguda relacionada a demência, mais de 60 anos de idade caracterizado por agitação ou inquietação aumentada.
- 3 Confusão crônica relacionado a doença de Alzheimer caracterizado por prejuízo cognitivo prolongado ou memória prejudicada (curto e longo prazo).
- 4 Déficit no autocuidado para alimentação, relacionado ao prejuízo perceptivo ou cognitivo caracterizado por incapacidade ingerir alimentos suficientes, mastigar alimentos.
- 5 Déficit no autocuidado para banho/higiene relacionado a prejuízo perceptivo ou cognitivo caracterizado por incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo.
- 6 Déficit no autocuidado para higiene íntima relacionado a prejuízo perceptivo ou cognitivo caracterizado por incapacidade de realizar higiene íntima apropriada.
- 7 Déficit no autocuidado para vestir/arrumar-se relacionado a prejuízo perceptivo ou cognitivo, motivação diminuída ou falta de motivação caracterizado por capacidade prejudicada de por ou tirar itens necessários do vestuário.
- 8 Deambulação prejudicada relacionada a classificação de nível funcional caracterizado por capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias.
- 9 Eliminação urinária prejudicada relacionado a prejuízo perceptivo e cognitivo ou dando sensório motor caracterizado por incontinência urinária, urgência, nictúria ou retenção.
- 10 Fadiga relacionado a condição física debilitada caracterizado por incapacidade de manter as rotinas habituais, concentração comprometida.
- 11 Incontinência intestinal relacionado a perda do controle do esfíncter anal ou déficit no autocuidado para higiene íntima caracterizado por incapacidade de reconhecer a urgência para evacuar.

- 12 Incontinência urinária total relacionada a disfunção neurológica que causa o início da micção em momentos imprevisíveis caracterizado por ausência da sensibilidade perineal e sensação de enchimento vesical.
- 13 Isolamento social relacionado a alterações no estado mental caracterizado por realizar ações repetitivas sem sentido.
- 14 Mobilidade física prejudicada, relacionado ao prejuízo cognitivo caracterizado por capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras.
- 15 Memória prejudicada relacionada a distúrbios neurológicos caracterizado por incapacidade de recordar eventos recentes, de determinar se uma ação foi efetuada e esquecimento de efetuar uma ação em um horário planejado.
- 16 Perambulação relacionada a prejuízo cognitivo caracterizado por movimentos freqüentes ou contínuo de lugar para lugar revisitando muitas vezes os mesmos destinos.
- 17 Privação do sono relacionado a demência caracterizado por sonolência durante o dia, agitação.
- 18 Risco de aspiração relacionado a deglutição prejudicada.
- 19 Risco de aspiração relacionado ao nível de consciência reduzido.
- 20 Risco de aspiração relacionado a alimentação por sondas.
- 21 Risco de constipação relacionado a hábitos irregulares de evacuação, higiene íntima inadequada, confusão mental, depressão e desidratação.
- 22 Risco de infecção relacionado a desnutrição.
- 23 Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a alterações no turgor da pele (mudanças na elasticidade) e alterações no estado nutricional.

- 24 Risco de quedas relacionado ao estado mental diminuído, padrão de sono perturbado relacionado a urgência urinária, incontinência urinária caracterizado por três ou mais despertares durante a noite.
- 25 Risco de tensão do papel de cuidador relacionado ao curso imprevisível da doença ou instabilidade na saúde do receptor de cuidados, comportamentos problemáticos, problemas psicológicos ou cognitivos ou aumento da necessidade de cuidados/dependência.
- 26 Risco de sentimento de impotência relacionada a falta de conhecimento sobre a doença.
- 27 Risco de sentimento de impotência relacionado a falta de conhecimento sobre a doença ou envelhecimento.
- 28 Risco de síndrome de desuso relacionado ao nível de consciência alterado.
- 29 Síndrome da interpretação ambiental prejudicada relacionada a demência caracterizado por desorientação consistente em ambientes conhecidos e desconhecidos.
- 30 Síndrome do estresse por mudança relacionado a isolamento da família/amigos caracterizado por isolamento, depressão, ansiedade, insegurança (NANDA, 2005-2006).

4.1.3 Planejamento:

O planejamento da assistência é a terceira etapa do processo de enfermagem, e é composto por um plano de cuidados para atingir resultados relacionados aos diagnósticos encontrados (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

4.1.4 Implementação:

A implementação da assistência é a quarta etapa do processo de enfermagem, são ações realizadas baseadas no planejamento em busca de resultados satisfatórios (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

As prescrições de enfermagem devem ser de forma clara e conter como realizar, quando realizar, frequência, etc (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

De acordo com os diagnósticos levantados acima podemos destacar as seguintes orientações de enfermagem:

- Fase Inicial:

- 1 Perda da memória recente e desorientação em lugares conhecidos:

Estabelecer comunicação eficaz com os familiares ou acompanhante explicando que é necessário que ele nunca saia desacompanhado afim de evitar que se perca. Deve - se evitar mudanças no ambiente físico. É importante também oferecer apoio emocional.

- 2 Ansiedade por consciência dos sintomas fisiológicos e medo de mudança no estado de saúde:

Estimulá-lo a conversar sobre suas preocupações evitando comentários negativos sobre a doença. A família não deve jamais discutir diante do paciente as dificuldades ou custo da doença. Demonstrar afeto para que ele sinta apoiado para enfrentar a DA.

- 3 Fadiga, letargia ou desatenção e concentração comprometida:

Importante a participação em um grupo de terapia ocupacional, que terá grande contribuição na manutenção das habilidades físicas do paciente, retardando o aparecimento de sequelas.

- 4 Isolamento social, retração, realização de ações repetitivas e sem sentido:

Incluir o paciente na rotina de atividades da família fazendo com que o paciente sinta-se útil e ajudando a evitar episódios de confusão.

- Fase Moderada:

- 1 Perda importante da memória:

Nesta fase, até mesmo rostos conhecidos podem parecer estranhos, por isso, dirigir-se ao paciente de maneira clara e objetiva, apresentando-se toda vez que estiver com ele e não perguntando se o está reconhecendo. E sempre deixar no bolso do paciente um cartão de identificação com nome, endereço, telefone, plano de saúde e hospital de referência para casos de fuga.

2 Dificuldade para vestir-se e arrumar-se:

Permitir ao paciente que escolha o vestuário e estimular a vestir-se sozinho preservando sua independência.

3 Dificuldade de realizar banho e higiene pessoal:

O auxílio na higiene pessoal e no banho deve ser de acordo com o grau de dependência do paciente, porém sempre preservar a independência do paciente.

4 Dificuldade em realizar suas necessidades fisiológicas:

Auxiliar o paciente em sua higiene após o uso do toalete ou a dar descarga no vaso sanitário quando ele apresentar dificuldade, porém é importante sempre estimular a independência do paciente auxiliando somente quando há necessidade.

5 Agressividade:

Agir sempre com calma, pois a doença modifica seu comportamento.

6 Alucinações e delírios:

Evitar discutir ou gritar com o paciente quando este apresentar episódios de confusão, agitação ou alucinações, procurando sempre acalmar o paciente e amenizar a situação.

7 Comportamentos inadequados para certos ambientes e situações:

Acompanhar o paciente quando este apresentar comportamentos inadequados em lugares públicos, conversando com ele e evitando situações embaraçosas.

8 Dificuldade familiar em atingir os objetivos do programa terapêutico e tensão do cuidador:

Envolver toda a família no processo terapêutico, dividindo as responsabilidades e evitando sua sobrecarga. Quando o problema for de ordem econômica, citar quanto às possibilidades de aquisição dos medicamentos pela rede pública.

9 Nutrição desequilibrada, podendo ter ganho de peso inicialmente e perda de peso posterior:

O paciente pode perder o interesse por comidas saudáveis, depois pode ocorrer de o paciente esquecer de se alimentar em certos horários, causando um desequilíbrio em sua nutrição. Por isso, adotar horários regulares para refeições e pequenos lanches preferencialmente sob

orientação nutricional. O alimento deve ser cortado em pequenos pedaços para evitar sufocação, supervisionando a alimentação ou auxiliando de acordo com o grau de dependência. Monitorizar episódios de intolerância gástrica aos medicamentos usados no tratamento, observando se há náuseas, vômitos ou diarreia. Supervisionar se há ingestão adequada de líquidos a fim de evitar desidratação, por isso, disponibilizar acesso fácil para ingestão de água.

10 Sonolência durante o dia e episódios de insônia durante a noite podendo ter alucinações e agitação neste período:

Manter o paciente acordado o maior tempo possível durante o dia e encaminhado ao banheiro antes de deitar-se evitando que acorde durante a noite.

11 Risco de quedas:

Procurar riscos potenciais de acidente e perigos e procurar eliminá-los, adequando o domicílio a fim de, proporcionar um conforto maior e evitar os riscos. E que os banhos de sol em horário adequado são importantes para absorção de vitamina D, mantendo os níveis de cálcio, mantendo os ossos fortes e saudáveis e prevenindo fraturas decorrentes de quedas.

• Fase Avançada ou final:

1 Perda grave da memória não reconhecendo rostos e objetos familiares:

Apresentar-se, evitando confundir o paciente e dirigindo-se a ele sempre de maneira clara e objetiva.

2 Dificuldade de realizar banho e higiene pessoal:

O paciente nesta fase encontra-se muito debilitado, por isso é importante auxiliá-lo a todo momento.

3 Dificuldade para vestir-se e arrumar-se:

Optar por um vestuário simples e confortável e fácil de vestir. Evitar chinelos e optar por sapatos com solas emborrachadas.

4 Vocabulário inteligível restrito a poucas palavras:

Compreender a linguagem corporal do paciente alertando para sinais de dor ou desconforto. Utilizar linguagem corporal, gestos e expressões faciais para estabelecer comunicação.

5 Perda da capacidade de deambular e sustentar a cabeça:

Orientar a família quanto à necessidade de um equipamento de auxílio à locomoção como cadeira de rodas. Podem ser utilizados colchões especiais. Utilizar técnicas para evitar atrito no leito. Utilizar hidratantes corporais após o banho diário. Estimular para a realização da mudança de decúbito a fim de evitar as úlceras de decúbito.

6 Perda da habilidade de sentar-se:

Com a permanência do paciente deitado no leito por todo o tempo, algumas complicações podem surgir como úlcera, por isso, proteger as proeminências ósseas do paciente.

7 Dificuldade de deglutição:

Durante a alimentação, manter o paciente em posição ereta. Servir alimentos ensopados ou batidos no liquidificador e em pequenas porções esperando que o paciente engula para introduzir outra porção de alimento. Estar atento e em casos de sufocação.

8 Incontinência fecal e urinária:

Observar o tempo entre as evacuações e micções e levar o paciente ao banheiro antecipadamente. As fraudas geriátricas podem ser usadas dependendo do quadro clínico do paciente. A sonda vesical de demora geralmente é utilizada, sendo importante avaliar a urina, quanto aspecto e odor característicos de infecção (CHAVES; SILVA, 2007).

4.1.5 Avaliação:

A avaliação ou evolução é a quinta etapa do processo de enfermagem, são ações para observar os resultados dos cuidados estabelecidos, verificando as respostas do cliente (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O enfermeiro estuda o progresso do cliente e estabelece novas ações em casos não satisfatórios (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

A fase de avaliação é efetuada diariamente, na realização do exame físico do cliente, por isso, as coletas de informações e os diagnósticos devem ser analisados e serem atualizados quando necessário (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

Em situações de melhoria, o enfermeiro deve analisar o que foi realizado, para que sempre haja eficácia no planejamento, e em casos de agravamentos, deve-se procurar saber onde ocorreu o descuido, lembrando-se que pode ser que as ações não foram adequadas ou a coleta de dados foi incompleta (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O enfermeiro deve instruir-se tanto com o sucesso ou o fracasso dos resultados, buscando sempre aumentar os seus conhecimentos, para que se execute o atendimento ao cliente com qualidade (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

5 METODOLOGIA

Pesquisa realizada através da revisão da literatura científica tais como: livros, revistas, monografias e artigos científicos.

Denominada pesquisa de fontes secundárias ou pesquisa bibliográfica na qual realiza um resumo de dados retirados de revistas, livros e artigos publicados. Considerada como o início de toda a pesquisa científica, já que tanto a pesquisa de campo quanto a pesquisa de laboratório exigem inicialmente o levantamento do estudo do assunto que se propõe a resolver. As fases da pesquisa bibliográfica são: escolha do tema, preparação do plano de trabalho, identificar, localizar, unir, fazer fichamento, analisar e interpretar e fazer a redação. Seu objetivo é facilitar ao pesquisador análises de suas pesquisas ou direcionar suas informações, tem o intuito de fornecer tudo o que foi escrito sobre determinado tema (MARCONI; LAKATOS, 2001).

6 CONCLUSÃO

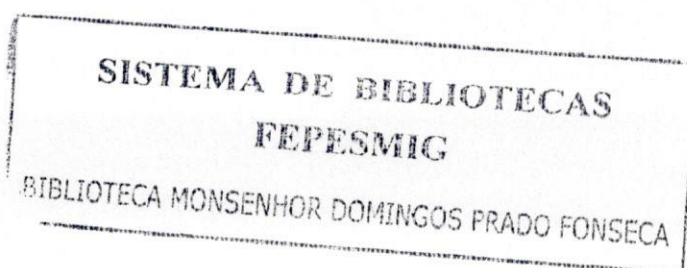
Para que o atendimento do enfermeiro aos cuidadores dos portadores de alzheimer contribua de forma satisfatória na prestação de cuidados, faz-se necessário que conheça o alzheimer e a sistematização da assistência de enfermagem, para realizar uma avaliação holística e traçar um plano de cuidados visando o bem-estar não só do cliente mais também do cuidador.

O problema proposto inicialmente seria quais as orientações de enfermagem para que o cuidador do portador de alzheimer lhe proporcione uma melhor assistência. E de acordo com o estudo realizado, é necessário realizar o processo de enfermagem de cada caso, na unidade de saúde ou no próprio domicílio, na busca de dados, para então levantar os problemas, realizar os diagnósticos de enfermagem e através deles planejar ações para que o cuidador e o cliente possam conviver com a doença da melhor maneira possível, deve-se avaliar os resultados, na busca de pontos positivos e negativos, e focar na conscientização dos cuidadores quanto a importância destes cuidados e aos agravos da doença, respeitando suas crenças, valores, porém, em busca da melhoria da convivência diária e da qualidade da assistência.

Surgem a partir daí, sugestões para novas pesquisas na área como: Visão dos cuidadores dos portadores de alzheimer em relação ao atendimento de enfermagem e entendimento por parte dos familiares quanto a doença de alzheimer.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, L. Attention dysfunction in senile dementia. **Rev. Bras. Neurol.**, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRITTO, J. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- CALDAS, C. P. O autocuidado na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan, 2006.
- CHAVES, L.L.; SILVA, M.S.A.. Sistematização do atendimento de enfermagem ao idoso portador da doença de alzheimer em domicílio. **Rev Meio Ambiente e Saúde**, Manhuaçu, v. 2, n.1, 2007.
- CORRÊA, A. C. **O envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996.
- DELATOUR, B. et al. FE65 in Alzheimer's Disease: Distribution and Association with Neurofibrillary Tangles. **The American journal pathology**, [S.1], 2001.
- DUARTE, Y. A. de O; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar, um enfoque Gerontológico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- ENGELHARDT, E. Demência mista: do conceito ao tratamento. **Rev. Bras. Neurol.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, 2007.
- FORLENZA, O. V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. Pharmacological Treatment of Alzheimer's Disease. **Rev. Psiqu. Clín.**, São Paulo, v. 32, 2005
- FORTUNA S.M.C.B. **Terapias expressivas, demência de Alzheimer e qualidade de vida: uma compreensão Junguiana**. 2000.115p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Estadual de Campinas, 2000.
- FREITAS, I.C.C. et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, jul/ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400018&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2010
- INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5. maio. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500011&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2010.
- KAUFER D. Tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. **Rev. Bras. Neurol**, [S. I.], 2002.



- KNOPMAN, D.S. et al. **Practive parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review)**. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, USA: Department of Neurology, Mayo Clinic, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11342678>>. Acesso em: 10 Maio. 2010.
- MACHADO, J. C. **Doença de Alzheimer**. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MACIEL Jr., J. A. Demências primárias e doença de Alzheimer: como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med**, [S. 1.], v. 63, p.88-94, dez 2006.
- MAGNIÉ, M. N; THOMAS, P. **Doença de Alzheimer**. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda, p.26-33, 1998.
- MANGONE, C.A. Heterogeneidad clínica de la enfermedad de Alzheimer. Diferentes perfiles clínicos pueden predecir el intervalo de progresión. **Rev. Bras. Neurol**, [S. 1.], 2004.
- MASDEU, J. La neuroimagen en la enfermedad de Alzheimer: perspectiva atual. **Rev. Bras. Neurol**, [S. 1.], 2004.
- NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações**, Porto Alegre: Artmed, 2005-2006.
- NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- PASCALE M. A. **Ergonomia e Alzheimer: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da demência do tipo Alzheimer**, Florianópolis: ergomet, 2002. Disponível em: <http://www.ergonet.com.br/download/ergonomia_alzheimer_maria_a_pascale.pdf> Acesso em: 10 maio. 2010.
- PEÑA-CASANOVA, J. **Enfermedad de Alzheimer del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos**. Ed.:Fundación la Caixa, Barcelona, 1999.
- PETERSON, R. **Guia da Clínica Mayo sobre o mal de Alzheimer**. Rio de Janeiro: Anima, 2006.
- POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.
- SANTANA, R.F; ALMEIDA, K.S; SAVOLDI, N.A.M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.2, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200028&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2010.
- SAYEG, N. **Doença de Alzheimer: Guia do cuidador**. São Paulo: Eletrônica, 1991.
- SAYEG, N.et al. Doença de Alzheimer: Como diagnosticar e tratar. **Rev. Bras. Med**, v. 50, 1993.

SMELTZER, S.C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ed. 10, v.1, p.218, 2005.

SMALL, S. A; MAYEUX, R. **Doença de Alzheimer e demências relacionadas: tratado de Neurologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMITH, M.A.C. Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, s. 2. out. 1999. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600003&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2010.

SHIMMA, E. Alzheimer: da perda de memória à demência. **Globo Ciência: Saúde**, São Paulo, n. 38, p. 52-55, jun 1995.

TANNURE, M.C; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ed 1, p 17-117, 2008.

TERRY, R.D; MASLIAH, S.E; HANSEN L.A. The neuropathology of Alzheimer disease and the structural basis of its cognitive alterations. In: LÓPEZ, O.L; DEKOSKY, S.T. **Neuropatología de la enfermedad de Alzheimer y del deterioro cognitivo leve. Rev Neurol**, 2003.