



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DA DOENÇA DE
ALZHEIMER**

KARINY NAYARA FERNANDES CÂNDIDO

**NATAL/RN
2012**

KARINY NAYARA FERNANDES CÂNDIDO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PORTADORES DA DOENÇA DE
ALZHEIMER

Artigo Científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Izete Soares S. D. Pereira.

NATAL/RN
2012

RESUMO

Devido ao aumento da expectativa de vida, a doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência entre os idosos. O Alzheimer é uma doença degenerativa que causa distúrbio neurológico, com perda das funções cognitivas, tendo início insidioso, tornando o paciente dependente de cuidados, que na maioria das vezes são realizados por parentes próximos, acomete pacientes com mais de 65 anos de idade. Foi descrita pela primeira vez em 1906 pelo médico Alemão Alois Alzheimer. O estudo teve como objetivo geral fornecer informações para os profissionais de saúde, de como cuidar de um paciente portador da doença de Alzheimer, mostrando os cuidados de enfermagem adequados. Trata-se de uma Revisão Bibliográfica. A coleta de dados foi realizada através das Bases de Dados Lilacs, Scielo e periódicos especializados. A pesquisa mostrou que a produção bibliográfica no Brasil sobre a doença de Alzheimer, formas de tratamento, orientação para com os idosos, ainda deixa a desejar. A conduta de como prestar assistência a um paciente portador da doença de Alzheimer de forma correta, trazendo para o mesmo conforto e uma boa qualidade de vida, são aspectos pouco abordados. Conclui-se que, o profissional enfermeiro tem um papel fundamental no sentido de orientar aos familiares e cuidadores dos pacientes quanto à evolução e progressão da doença. Cabe, ainda, orientar, também, a equipe de enfermagem quanto aos cuidados para com estes pacientes, dando-lhe atenção e assistência adequada para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Demência. Doença de Alzheimer. Tratamento. Assistência de Enfermagem. Cuidadores.

ABSTRACT

Due to increased life expectancy, Alzheimer's disease is the most common cause of dementia among the elderly. Alzheimer's is a degenerative disease that causes neurological disorder with loss of cognitive functions, with insidious onset, making the patient dependent care, which most often are performed by close relatives, affects patients over 65 years of age. It was first described in 1906 by German physician Alois Alzheimer. Overall Objective: To provide information to health professionals, how to care for a patient with Alzheimer's disease, showing adequate nursing care. Methodology: This is a Literature Review, data collection was performed by database Lilacs, Scielo, books and magazines. Results and Discussion: In Brazil information about Alzheimer's disease, forms of treatment, this orientation towards elderly is weak, so we developed a pipeline as assist a patient with Alzheimer's disease in a correct way, bringing the same comfort and a good quality of life. Conclusion: The study provided insight into the disease, the nurse has a vital role to advise families and caregivers about the evolution and progression of the disease, which is growing every day due to increased life expectancy. Steer well as the nursing staff to care for these patients, giving him affection, attention, comfort for a better quality of life.

Keywords: Dementia, Alzheimer's Care, Nursing Care, Treatment. Caregivers.

INTRODUÇÃO

Segundo Freitas *et al* (2006), é difícil diferenciar o normal do patológico no processo de envelhecer. Não existem critérios rígidos para estabelecer o limite entre os estados fisiológicos e patológicos, o que pode vir a retardar o diagnóstico ou conter erros. É importante realizar uma anamnese bem detalhada das informações fornecidas por familiares ou cuidadores e de métodos complementares de diagnósticos avaliando assim o idoso de forma geral tentando diagnosticar o mais precocemente.

A Demência por ser uma patologia que acomete principalmente os idosos, tem sua ação deletéria sobre o idoso, a família, cuidadores e sociedade em geral, devido ter particular relevância, não só pela frequência com que ocorrem, mas por ser possivelmente, a mais devastadora das patologias (PAPALEO NETTO, 2007).

A doença de Alzheimer tem maior incidência em pessoas que possuem casos de Alzheimer ou de outras demências nas famílias. Alguns estudos apontam que a geneticidade mostra que as formas autossômicas dominantes da doença estão associadas com início e morte precoce, e que essa doença pode decorrer de traumas cranianos. Alguns fatores estão associados ao aparecimento dessa doença: A idade avançada por ser comum aos 65 anos de idade, ocorrer em mais frequência no sexo feminino e ter uma história familiar são os principais (MORAES, 2007).

A doença foi descoberta no ano de 1906, pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer. Sendo conhecida como uma doença crônico-degenerativa, de acordo que a doença progride ocorre à morte celular, espalhando-se em outras regiões cerebrais causando outros sintomas, sendo que na região do cérebro ligada à memória, ocorre a morte dos neurônios (BRUCKI; ABRISQUETA, 2001).

Hoje a demência é uma síndrome causada por múltiplas etiologias, caracterizada por declínio cognitivo, acarretando repercussões sociais e ocupacionais ao paciente, tendo como caráter permanente, progressivo ou transitório (PAPALEO NETO, 2007).

Com isso, a população idosa vem apresentando um aumento no crescimento mundial, sendo principalmente acometidas pelas doenças crônico-degenerativas. Assim, estima-se que em 2025, o Brasil será o 6º país do mundo com idosos com a doença de Alzheimer (VILELA; CARAMELLI, 2006).

Segundo Smelther e Bare (2005), a doença é caracterizada por perdas graduais da função cognitiva, distúrbios do comportamento e afeto. Classificando-se como uma neuropatologia degenerativa, progressiva e irreversível, apresentando-se no início de forma silenciosa.

Manfrim e Schmidt (2006) mostram que a incidência da doença está entre 2% a 5% dos pacientes com mais de 65 anos. Sendo considerada uma das maiores causas de morbidades entre os idosos. Para Alois Alzheimer ao descobrir a doença, em sua primeira paciente Augusta Deter, com 51 anos de idade, percebeu que é uma enfermidade que conta com mais de 100 anos de história. Ao ingressar na Frankfurt, na Alemanha, em novembro de 1901, a paciente Augusta Deter, apresentando de início delírios, a paciente havia sofrido um rápido e progressivo lapso de memória, desorientação no tempo e no espaço, paranóia, transtorno de conduta e grave transtorno de linguagem. Com esses sintomas a paciente apresentou um quadro clínico de 5 anos de evolução. Sendo realizado um estudo em 18 de Abril de 1906 descobriram que a causa da morte foi por uma septicemia secundária, úlceras por pressão e pneumonia.

No início da doença os pacientes tornam-se confusos e, por vezes, agressivos, além de apresentar baixo rendimento funcional nas tarefas complexas e dificuldade para memorizar novas informações, os sintomas são pequenos esquecimentos que surgem após os 65 anos, normalmente aceitos pelos familiares como partes do processo natural de envelhecer, que vão se agravando gradativamente (TAMAI, 2002).

De acordo com suas necessidades, o estágio em que o paciente se encontra, varia o modo de cuidar. Alguns pacientes que estão na fase avançada da doença apresentam sintomas tais como: Afasia, apraxia, disfagia e incapacidade de se locomover. Outros agem em alguns momentos com um declínio na memória, demonstram incapacidade de reconhecer seus filhos, começam falando do esposo achando que estão falando do seu pai e apresentam dificuldade de dialogar (ARAUJO, *et al.*, 2004).

À medida que a doença progride os sintomas comportamentais são comuns, apresentando sintomas tais como: paranoia, delírio, alucinações, ferimentos, bater nos outros, insônia, fazer perguntas repetidas, jogar coisas, tirar a roupa, deambular várias vezes para o mesmo lugar, berrar ou gritar (ROACH, 2003).

Segundo Roach (2003), a doença por ser progressiva e individualizada, até a pessoa ser totalmente incapaz de se autocuidar, os estágios são previsíveis. A doença é dividida em 4 estágios: Estágio inicial (fase de esquecimento e incerteza): Esse estágio é o início de toda a doença, onde o paciente tem dificuldade de lembrar-se de acontecimentos, pode esquecer onde colocou objetos. Estágio médio (fase confusional): nesse estágio ocorre um baixo rendimento no funcionamento cognitivo e é marcado por muita confusão no paciente e acaba afetando toda a área da vida. Surge a dificuldade em tomar decisões, alterações no modo de andar, a família observa de imediato a mudança. Estágio posterior (fase de demência): nesse estágio ocorre uma grande perda cognitiva. O paciente fica completamente desorientado, muda o comportamento e a personalidade. Alguns perdem a capacidade de se auto reconhecer, ficam assustados ao se verem num espelho e podem desenvolver sintomas como: alucinações, delírios ou pensamento paranoico. Estágio final (fase terminal): na fase final da doença o paciente fica totalmente dependente dos outros para o cuidado, há incapacidade de lembrar-se da família, amigos, o paciente perde a capacidade de funcionar mental e fisicamente.

Segundo Freitas (2006), dessa forma, para estabelecer o diagnóstico da doença, de início é a confirmação do diagnóstico de demência. A Demência pode ser entendida como uma síndrome caracterizada pelo comprometimento de várias funções corticais superiores. Com isso é fundamental considerar os critérios propostos para diagnosticar demência e diferenciá-la das demais condições clínicas, neurológicas e psiquiátricas que podem apresentar com um quadro clínico de demência inicialmente.

Quando há suspeita, é de suma importância fazer uma avaliação médica e neurológica completa. Por isso, não existe um único exame simples para diagnosticar. É importante na avaliação observar distúrbios tratáveis com sintomas parecidos com os da doença de Alzheimer, como: depressão, paralisia, hidrocefalia, hipotireoidismo e deficiência de vitamina B12 (ROACH, 2003).

Atualmente, não se dispõe de nenhum tratamento curativo, somente sintomático e paliativo que tentam controlar os sintomas assim como a manutenção da capacidade funcional da doença. Medicamentos disponíveis estão difíceis de proporcionar alívio total para esses pacientes (RIVERA e GONZALEZ, 2006).

A assistência de enfermagem tem o papel de fiscalizar e instruir o trabalho de toda a equipe, ajudar os pacientes antes, durante e depois de qualquer

procedimento. A assistência dentro da unidade hospitalar tem como princípio cuidar para que a prescrição médica e terapêutica seja seguida (SMELTZER; BARE, 2002).

Como a enfermagem é capacitada na área da saúde do idoso, poderá fornecer apoio aos pacientes portadores de doença e, dessa forma, será capaz de manter níveis mais elevados da saúde (SMELTZE; BARE, 2002).

O objetivo geral desse estudo é fornecer informações relevantes para os profissionais de saúde, sobre a conduta correta de assistência ao paciente portador da doença Mal de Alzheimer, ressaltando os cuidados de enfermagem adequados para o tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido a partir de uma Revisão Bibliográfica realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde com buscas nos seguintes diretórios: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), REVISTAS, LIVROS. Utilizaram-se os seguintes descritores: Demência, Doença de Alzheimer, Tratamento, Assistência de Enfermagem, Cuidadores.

A revisão Bibliográfica é especificamente um tempo de conhecimento em qualquer relação ou lei, que permite descobrir novos fatos ou dados, ou seja, um procedimento crítico, e, sobretudo reflexivo sistemático controlado. Com isso a revisão bibliográfica é usada para encontrar respostas para questões realizadas utilizando métodos científicos e significa muito mais do que apenas procurar a verdade. Pode ser considerada formal com método de pensamento reflexivo que requer uma inovação científica para constituir um caminho para se investigar a realidade ou para descobrir parcialmente as verdades (LAKATOS; MARCONI, 1992).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em decorrência do envelhecimento populacional, o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, com isso houve um aumento das doenças crônico-

degenerativas relacionadas com a idade, como a demência (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Segundo Pelzer (2005), a doença de Alzheimer já é considerada a epidemia do século XXI. O impacto dessa doença na sociedade é indiscutível, causa grande sofrimento expressivo ao portador e a sua família, provocando sobrecarga física e emocional a todos.

Freitas (2006) afirma que, quanto mais avançada for à idade, maiores são as chances de idosos com demência.

A demência é um comprometimento da função cognitiva. Que afeta o conteúdo, mas não o nível de consciência, embora a sua incidência aumente com a idade (GREENBERG, *et al.*, 2005).

Os principais sintomas apresentados pelo portador de Alzheimer, embora sejam os distúrbios de memória, não ocorrem isoladamente. Na maioria dos casos o portador da doença encontra-se com duas ou mais áreas cognitivas afetadas, tais como: a linguagem, com uma diminuição da fala; a função visual, em que o paciente encontra-se com desorientação no tempo e no espaço observado nas fases mais avançadas da doença e uma mudança de personalidade mostrando-se depressivo, desconfiados, tímidos, desinteressado, apático e sem desapego (CALDEIRA; RIBEIRO 2004).

Roach (2003), afirma que a doença de Alzheimer tem 4 estágios, tais como: estágio inicial (fase de esquecimento e incerteza), estágio médio (fase confusional), estágio posterior (fase de demência), estágio final (fase terminal). Já Caovilla; Canineu (2002) afirma que a DA tem 3 diferentes estágios, tais como: leve, moderado e severo.

Nenhum tratamento, atualmente, irá reverter a doença, no entanto poderá retardar. Devido às vias neuronais colinérgicas se degenerarem e a acetiltransferase se depletar ao cérebro de pacientes com DA, a terapia de reposição colinérgica tem sido utilizada no tratamento da disfunção cognitiva sintomática. O inibidor da acetilcolinesterase permitiu mostrar a produção de pequenas melhorias nos testes da função cognitiva que são estes: tacrina, donepezil, rivastigmina, galantamina, fisostigmina, metrifinato e eptastigmina. Os efeitos colaterais são náuseas, vômitos, diarreia e tontura. A tacrina eleva os níveis de transaminases séricas. O donepezil, por ter um leve efeito colateral e seu esquema de dose ser 1x ao dia foi o escolhido. Tocoferol, silegilina, idebenome, propentofilina, ginkobiloba e acetil-carnitidina são

usados para retardar a progressão da doença. Entre esses, o tocoferol e a sileginina tiveram bons benefícios. Alguns medicamentos são usados para controlarem os distúrbios do comportamento que são: os antipsicóticos, antidepressivos e os ansiolíticos (GREENBERG, 2005).

Existem vários tipos de tratamento não farmacológicos para o paciente portador da doença de Alzheimer. Isso depende do estágio em que se encontra a doença (PESTANA E CALDAS, 2009).

Segundo Sanovitti (2005), algumas atividades podem ser usadas como forma de tratamento não farmacológico em casos de demência, tais como: grupos de memória, fisioterapia, cinesioterapia, musicoterapia, animação, dinâmica de grupo, socioterapia e arteterapia.

Segundo Duarte e Diogo (2005), de acordo com que a doença progride, a dificuldade de comunicação aumenta, afetando os pensamentos e sentimentos do paciente. Durante o autocuidar com o paciente, antes de qualquer procedimento, a assistência tem que ser minuciosamente avaliada para que não haja rejeição a partir do paciente, sempre antes de tomar qualquer iniciativa, uma das primeiras atitudes é chama-lo pelo nome, para que o memorize sua fala e aprenda a reconhecê-la, chegar sempre com tranquilidade, mostrando segurança, usando frases objetivas, curtas em tom de voz clara para que não haja repetição.

Com a progressão da doença o ato de alimentar para o paciente começa a ser diferente, tornando-se mais difícil, sendo necessário explicar passo a passo de como ele deve se alimentar, procurar realizar sempre com ele todas as refeições para que ele não haja perda do ato em comer, o paciente em alguns momentos esquece que se alimentou, e a cada refeição e outra sempre deixar a sua vista a louça suja na pia, para que ele perceba que se alimentou (DUARTE; DIOGO, 2005).

Caovilla e Canineu (2002) afirmam que mudar a imagem de uma pessoa que se conhece, convive e ama não é fácil. O Alzheimer é uma doença que em seus estágios iniciais não trazem mudança visíveis, mas com mudanças ocorridas no cérebro desta pessoa, fazem com que ela se torne estranha para as pessoas. Devido a essa mudança, deve-se buscar a maneira correta de zelar pelo bem estar desse paciente.

Assim sendo, chamam a atenção para alguns comportamentos e cuidados que se devem ter.

O paciente poderá sentir-se envergonhado por expor seu corpo diante de um cuidador, principalmente se for do sexo oposto. Algumas adaptações deverão ser feitas, quando houver dificuldades com o banho desse paciente. Manter o piso do banheiro sempre seco, no interior do box utilizar sempre tapetes emborrachados, barras de segurança para que o paciente se apoie durante o banho, caso o paciente não consiga ficar de pé por muito tempo, é necessário uma cadeira de banho para que ofereça mais conforto e segurança. Pacientes com dependência leve devem ter hábitos de higiene respeitados, como horário de banho, já os pacientes com dependência severa devem ter rotinas estabelecidas pelo cuidador, banhos de chuveiro devem ser sempre realizados independentes do estágio em que o paciente se encontra, no leito se o paciente realmente tiver de ficar restrito, sempre que possível banho de água morna, lavar cabelos 3x por semana e mantê-los sempre curtos, secar bem o corpo, especialmente nas genitálias e articulações.

A rotina é um aspecto importante na vida do idoso com demência, devendo-se sempre respeitar e realizar as mesmas atividades no mesmo horário, fazendo com que o idoso se lembre das atividades que foram realizadas;

Ao longo da vida, deve ser mantida a higiene oral que é um hábito saudável e agradável. Usar sempre escovas de cerdas macias, realizar escovação no mínimo 3x ao dia, caso o paciente tenha dificuldade em abrir a boca, introduza delicadamente uma espátula fazendo movimentos rotatórios, observar presença de lesões na cavidade oral;

Escolher roupas simples, sempre apropriadas ao clima, observar sempre a expressão do paciente, percebendo frio ou calor, caso ele não consiga expressar, observar as variações da temperatura, estimule o ato de vestir-se sozinho, evite chinelos, prefira sapatos;

Nos pacientes idosos, a pouca oferta de líquidos pode contribuir com problemas clínicos tais como: obstipação intestinal, secreções bronco-pulmonares ou hipotensão. Oferecer 2 litros por dia, na forma de água, chás, sucos naturais, vitaminas e deverão ser oferecidos em pequenas quantidades;

Perambulação ou vagância é o estado de inquietação do paciente, fazendo com que o ele ande de um lado para outro sem parar, não demonstrando sinais de cansaço;

Não se deve permitir que ele saia só, mantenha portas, janelas, poços, piscinas e escadas supervisionadas diariamente. Algumas medidas de segurança

devem ser adotadas, tais como: identificação do paciente, endereço, telefone e se possível, marcar estes dados em pulseiras;

É sempre importante lembrar que todos os medicamentos e doses devem ser administrados se prescritos por um médico. Se o paciente não aceitar o medicamento misture com alimentos, não aumente doses de medicamentos por conta própria, poderão trazer consequências para o paciente;

É interessante adaptar o ambiente em que o paciente mora. Objetos perigosos devem ser removidos, cuidado com eletrodomésticos, o paciente pode ter esquecido como lidar com eles, torneira de gás sempre desligada, retirar tapetes soltos, mantenha durante a noite ambiente iluminado, pacientes que costumam levantar a noite não devem dormir de meias, se morarem em apartamentos manter sempre telas de proteção nas janelas;

Jamais revide a agressividade física ou verbal, tente identificar a causa da agressividade;

A incontinência urinária é motivo de constrangimento tanto para o paciente quanto para os cuidadores, é comum nas fases intermediárias e avançadas da doença, por ocorrer perda do controle urinário e intestinal. Por isso é importante analisar qual a razão para essa perda involuntária de urina e fezes;

Alguns pacientes dependendo do estagio da doença, poderá apresentar comportamento sexual inadequado, como tirar a roupa ou manipular os genitais. O profissional de saúde deve desviar a atenção do paciente, ou ate mesmo oferecer um objeto para segura-la, na maioria das vezes este comportamento é devido a confusão mental e não sexual (DUARTE; DIOGO, 2005).

Úlceras por pressão é um dos problemas mais comuns apresentados pelo portador da doença, principalmente aqueles que se encontram restritos ao leito, mantenha dieta e hidratação adequadas, evitar deixar o paciente em uma única posição, é sempre bom mudanças de decúbito a cada 2 horas (CAOVILLA; CANINEU 2002).

A independência do portador da doença de Alzheimer deve sempre ser estimulada o quanto possível, pois o paciente ativo fisicamente facilita o dia a dia e evita uma série de complicações à saúde. É interessante estabelecer rotinas de atividades para com o idoso. Excesso de zelo, fazer tudo por ele, deixá-lo deitado ou sentado o dia todo fará com que o seu cotidiano seja cada vez mais complicado e trabalhoso, apesar de parecer o contrário (CAOVILLA; CANINEU 2002).

Os idosos demenciados além do aumento dos custos do tratamento, a não adesão poderá levar ao aumento da morbidade e da mortalidade. Devido apresentar varias doenças crônicas, esses pacientes apresentam problemas quanto à terapia medica prescrita (SMELTZER; BARE, 2002).

Um idoso demenciado e com dependência, necessita de um cuidador, a família juntamente com o idoso precisam de apoio, desde acompanhamento medico da pessoa doente até um suporte para quem cuida (CALDAS, 2002).

Segundo Groisman (2004), no Brasil, informações sobre a doença de Alzheimer, formas de tratamento, orientação para com esse idoso deixam a desejar, com isso poderão ser desencadeadas situações desagradáveis, como: violência doméstica, agressão física, abuso financeiro e até mesmo cárcere privado.

A sobrecarga física, emocional e financeira de uma família que presta cuidados a um portador de Alzheimer é considerável. Não se pode exigir que os cuidados sejam prestados de forma correta, sem que não haja orientação necessária a esses responsáveis. É interessante que os profissionais de saúde passem informações adequadas para o cuidador e familiares, para que os mesmos sintam segurança para assumir (CALDAS, 2003).

Estimule sempre a memória, mostrando objetos e nomeando-os tomando cuidado para que a atividade não seja cansativa, instrua ao idoso como praticar atividades diárias e dê a ele funções simples para que ele se sinta útil; (SMELTZER; BARE, 2006).

CONCLUSÃO

Verificou-se que a doença passa por estágios, causando alterações e déficits consideráveis, gerando ao idoso desconforto durante toda a doença.

O profissional enfermeiro tem um papel fundamental orientando aos familiares e cuidadores quanto à evolução e progressão da doença, que cresce a cada dia devido ao aumento da expectativa de vida. Orientar também a equipe de enfermagem quanto aos cuidados para com estes pacientes, dando-lhes carinho, atenção, conforto para uma melhor qualidade de vida.

O estudo propiciou um esclarecimento sobre a doença, mostrando a conduta correta de como tratar um idoso portador da doença de Alzheimer.

Na doença de Alzheimer é necessária a participação de diferentes profissionais da saúde. É importante ressaltar que a doença é progressiva e silenciosa. Não existe cura, mas sim um tratamento para evitar que ela progrida.

A educação e a orientação se tornam essenciais em relação às dificuldades encontradas perante os idosos com Alzheimer, acabam afetando a própria família ou cuidados. Por isso é importante que se tenha o conhecimento da habilidade de manejo, atitudes autênticas, empatia na relação com o idoso, ter paciência, tolerar, entre outros fatores que contribuam para a melhora desse idoso. Por isso os profissionais devem exercer funções que contribuam na realização de projetos que incluam os idosos, aumento a sua auto-estima e/ou qualidade de vida, fazendo visitas domiciliares, contribuindo para a sua expectativa de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que com sua sabedoria e bondade me conduziu na trajetória de vida acadêmica, a minha avó Anita, meu tudo, meu exemplo de vida, aos meus pais, que sempre me deram força e apoio, a minha orientadora Prof.^a Dra. Izete Soares, que sempre esteve disposta a me ajudar e colaborar, estimulando-me de forma fundamental para que eu obtivesse êxito em meu trabalho, as minhas amigas Rafaella Monique e Jackeline Mayara pessoas que sempre vou levar comigo, que trilharam o mesmo caminho em busca de um ideal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Gercileide de; LOPES, Maria do Socorro Vieira; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; ROCHA, Edilma Gomes. A família no Cuidado ao Portador de Doença de Alzheimer. RECENF – **Revista Técnica - científico de Enfermagem**, n. 8, v.2, p.95-100, março/abril 2004;

BRUCKI, S. M. D.; ABRISQUETA, J 2001. **Manual do cuidador**. São Paulo;

CALDAS C.P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. CAD. Saúde publica 2003: 19(3): 773-81;

CALDAS C.P, **Contribuindo para a construção da rede de cuidado: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial**. Textos Complementares, 2002: 4(8) 39-56;

CANINEU, P.R; CAOUILA, V.P. Doença de Alzheimer. **Você não está sozinho**. São Paulo: Abrasz, 2002;

CALDEIRA A.P. S, RIBEIRO R.C.HM. **O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer**. Arq. Cienc. Saúde 2004; 11(2): 100-4;

CARAMELLI, P; BARBOSA, M. T. (2002). **Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(Supl. I), 7-10;

DUARTE, Y.A. O; DIOGO, M.J.D. Atendimento Domiciliar um Enfoque Gerontológico. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005;

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, v.6, p.53, v.21, p.230-224-265, 2006;

GREENBERG, David A; AMINOFF, Michel J; SIMON, Roger. **Neurologia clínica**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005;

GROISMAN D. **Oficinas terapêuticas para idosos com demência**. In: Costa C. M; Figueiredo A.C. organizador. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: contra capa, 2004.p. 274-59;

LAKATOS, EVA Maria; MARCONI, Marina Andrade. **Metodologia do trabalho Científico**. 4 ed. São Paulo. ed.Atlas,1992;

MANFRIM, A; SCHIMIDT, S. **Diagnóstico diferencial das demências**. N: FREITAS. E. V.it al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v.23, p.243-246, 2006;

MORAES, L. B. **Doença de Alzheimer**. Disponível em:< www.fisioweb.com.br> publicado em 07/08/2007;

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. São Paulo: Atheneu 2007;

PESTANA, L.C; CALDAS, C.P. **Cuidados de Enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2009 jul/ago: 62(4): 583-7;

PELZER M.T, **Assistência cuidativa humanística de Enfermagem para familiares cuidadores de idoso com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mutua**. Florianópolis (SC): Programa de pós-graduação em Enfermagem/ UFSC; 2005;

RIVERA, M.; GONZALEZ, M. **Estúdio comparativo de La eficácia de lós fármacos anticolinesteresicos en la funcion cognitivo de pacientes com Enfermedad de Alzheimer**. Archivos de Medicina, v.2, n 5,2006;

ROACH, Sally. **Introdução a Enfermagem Gerontologica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003;

SANOVITTI, Beatriz Helena Ramos de Almeida. **Atendimento Domiciliar um Enfoque Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2005;

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

SMELTZER, S. C.; BARE, B. Brunner&Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 1;

TAMAI S. **Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência**. Rev. Bras. Psiquiatr. 2002; 24 (supl. I): 15-21;

VILELA, L.P.; CARAMELLI, P.A **doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes**. Rev. Assoc. Méd. Bras., São Paulo, v.52, n.3, maio/jun.2006.