

ASSISTÊNCIA INTEGRAL DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM ALZHEIMER: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Amanda Barbosa da Silva (1); Giuliani Gisele Cavalcanti Santiago (1); Renata Inácio de Andrade Silva (2); Matheus Figueiredo Nogueira (3);

Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité. Contato: amanda-bs1@live.com

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA), é caracterizada por ser uma demência neurodegenerativa que se desencadeia a partir dos 60 anos, provocando falta de memória para acontecimentos recentes, delírios, agressividade, dependência de outras pessoas entre outros sintomas. Comumente essa patologia se instala com um erro no processamento de algumas proteínas no sistema nervoso central, como consequência ocorrendo perda progressiva de neurônios em certas regiões do cérebro como o hipocampo, que é responsável por controlar a memória. Objetivo geral deste artigo é discutir sucintamente sobre o desenvolvimento da DA, sintomas e importância da enfermagem no manejo da doença. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, foram utilizados 16 materiais para pesquisa, escolhidos a partir dos critérios de inclusão a seguir: artigos (12), livro (1), portal da associação brasileira de Alzheimer (1), protocolo de diretrizes do Alzheimer (1) e portal do Ministério da Saúde (1), com acesso gratuito, idioma português reconhecida notoriedade científica e ano de publicação, priorizando àqueles dos últimos 20 anos. Os resultados apontam que a DA se manifesta de modo insidioso e se desenvolve lenta e continuamente ao decorrer dos anos; possui uma evolução dos seus sintomas de modo leve, moderada e grave, e seu diagnóstico depende de uma avaliação clínica qualificada e objetiva. A utilização do processo de enfermagem é indispensável para a efetividade e eficácia da assistência individual e familiar, com resolutividade diante de suas especificidades. Cada indivíduo desenvolve a doença de forma diferente, sendo assim a importância de uma assistência singularizada.

Palavras Chave: “Doenças de Alzheimer, Demência, Fatores de risco, Etiologia e Adesão ao tratamento”.

INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA), é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais (PICON, 2013).

A patologia instala-se quando o processamento de certas proteínas do sistema nervoso central começa a dar errado. Surgem, então, fragmentos de proteínas mal cortadas, tóxicas, dentro dos neurônios e nos espaços que existem entre eles. Como consequência dessa toxicidade, ocorre perda progressiva de neurônios em certas regiões do cérebro, como o hipocampo, que controla a memória, e o córtex cerebral, essencial para a linguagem e o raciocínio, memória, reconhecimento de estímulos sensoriais e pensamento abstrato (VARELLA, 2011).

A idade é o principal fator de risco: sua prevalência passa de 0,7% aos 60 a 64 anos de idade para cerca de 40% nos grupos etários de 90 a 95 anos. Isso revela a magnitude do problema no Brasil,

onde já vivem cerca de 15 milhões de indivíduos com mais de 60 anos (FORLENZA, 2005).

Existem em todo o mundo cerca de 17 a 25 milhões de pessoas com a DA, que já acomete de 8% a 15% da população com mais de 65 anos. Dados atuais indicam que uma em cada 10 pessoas maiores de 80 anos deverá ser portadora da DA. Este mesmo índice em maiores de 70 anos de idade é de 1:100, e 1:1000 em maiores de 60 anos (Federação Espanhola de Associações de Familiares de Enfermos de Alzheimer - AFAF). Nos países desenvolvidos, a DA já é a terceira causa de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e para o câncer (FORLENZA, 2005).

Considerando a prevalência de demência no Brasil e a população de idosos de aproximadamente 15 milhões de pessoas, a estimativa para demência é de 1,1 milhão, o que é um número relativamente alto em comparação com a população idosa (PICON, 2013).

Em geral, a DA de acometimento tardio, de incidência ao redor de 60 anos de idade, ocorre de forma esporádica, enquanto que a DA de acometimento precoce, de incidência ao redor de 40 anos, mostra recorrência familiar. A DA de acometimento tardio e a DA de acometimento precoce são uma mesma e indistinguível unidade clínica e nosológica (SMITH, 1999).

O fator genético é considerado atualmente como preponderante na etiopatogenia da DA entre diversos fatores relacionados. Além do componente genético, foram apontados como agentes etiológicos, a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a radicais livres de oxigênio, a aminoácidos neurotóxicos e a ocorrência de danos em micro túbulos e proteínas associadas (SMITH, 1999).

Com a breve descrição da DA, torna-se intuitivo que ela traz para os seus portadores consequências neurodegenerativas irreversíveis onde acarretam um comprometimento nas suas atividades diárias, como a perda da memória e diversos distúrbios cognitivos.

Dado o panorama da carência de informações amplas sobre a DA, fazem-se como objetivos deste trabalho: discutir sucintamente sobre o desenvolvimento da DA, sintomas e a importância da enfermagem no manejo da doença.

METODOLOGIA

Para a elaboração desta pesquisa bibliográfica com caráter descritivo foi utilizado (1) livro e fontes secundárias presentes em bancos de dados indexados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a partir dos descritores Doenças de Alzheimer, Demência, Fatores de risco, Etiologia e Adesão ao tratamento, pré-

estabelecidos pelo Descritores de Ciências da Saúde (DeCS). Os periódicos e boletins selecionados para análise foram escolhidos de acordo com os critérios de inclusão a seguir: artigos na íntegra com acesso gratuito, idioma português, reconhecida notoriedade científica e ano de publicação, priorizando-se àqueles dos últimos 20 anos. Os critérios de exclusão contemplaram: artigos com embasamento teórico duvidoso, incompletos e com acesso somente mediante pagamento. Obteve-se um acervo de (12) artigos, (1) livro, protocolo de diretrizes do Alzheimer (1), portal da associação brasileira de Alzheimer (1) e portal do Ministério da Saúde (1), analisados de forma qualitativa e quantitativamente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atualmente estima-se haver cerca de 46,8 milhões de pessoas com demência no mundo. Este número praticamente irá dobrar a cada 20 anos, chegando a 74,7 milhões em 2030 e a 131,5 milhões em 2050 segundo dados fornecidos pelo Relatório de 2015 da Associação Internacional de Alzheimer (ADI) (HERRERA JR, 2002).

No Brasil, o estudo de Herrera (2002) e seus colaboradores, encontrou que 55,1% destas demências são decorrentes de DA e 14,1% são decorrentes de DA associada à doença cerebrovascular (DA + Demência Vascular). O conhecido Estudo de Catanduva demonstrou que a mulher (59%) desenvolve mais demência do que o homem (41%) (HERRERA JR, 2002).

Em geral, a patologia se instala de modo insidioso e se desenvolve lenta e continuamente por vários anos. As alterações neuropatológicas e bioquímicas da DA podem ser divididas em duas áreas gerais: mudanças estruturais e alterações nos neurotransmissores ou sistemas neurotransmissores. As mudanças estruturais incluem os enovelados neurofibrilares, as placas neuríticas e as alterações do metabolismo amiloide, bem como as perdas sinápticas e a morte neuronal (PICON, 2013).

As alterações nos sistemas neurotransmissores estão ligadas às mudanças estruturais (patológicas) que ocorrem de forma desordenada na doença. Alguns neurotransmissores são significativamente afetados ou relativamente afetados indicando um padrão de degeneração de sistemas (PICON, 2013).

Duas hipóteses principais são propostas, a fim de explicar a etiologia da doença. De acordo com a hipótese da cascata amiloida, a neurodegeneração na doença de Alzheimer inicia-se com a clivagem proteolítica da proteína precursora amilóide (APP) e resulta na produção, agregação e deposição da substância β -

amilóide (A β) e placas senis. De acordo com a hipótese colinérgica, a disfunção do sistema colinérgico é suficiente para produzir uma deficiência de memória em modelos animais, a qual é semelhante à doença de Alzheimer (SERENIKI, 2008).

Além das alterações cognitivas, a presença de sintomas neuropsiquiátricos é comum na DA e resultam de mudanças anatômicas e bioquímicas que ocorrem nesta patologia, os sintomas neuropsiquiátricos geralmente compreendem domínios de comportamento, incluindo: delírios, alucinações, agitação, agressão, depressão, disforia, ansiedade, elação, euforia, apatia, indiferença, desinibição, irritação, labilidade, comportamento motor aberrante, alterações do sono e alterações de apetite e distúrbios alimentares (HERNANDEZ, 2011).

A evolução dos sintomas da Doença de Alzheimer pode ser dividida em três fases: leve, moderada e grave; na fase leve, podem ocorrer alterações como perda de memória recente, dificuldade para encontrar palavras, desorientação no tempo e no espaço, dificuldade para tomar decisões, perda de iniciativa e de motivação, sinais de depressão, agressividade, diminuição do interesse por atividades e passatempos (ABRAZ, 2018).

Na fase moderada, são comuns dificuldades mais evidentes com atividades do dia a dia, com prejuízo de memória, com esquecimento de fatos mais importantes, nomes de pessoas próximas, incapacidade de viver sozinho, dependência importante de outras pessoas, maior dificuldade para falar e se expressar com clareza, alterações de comportamento e alucinações; Na fase grave, observa-se prejuízo gravíssimo da memória, com incapacidade de registro de dados e muita dificuldade na recuperação de informações antigas como reconhecimento de parentes, amigos, locais conhecidos, dificuldade para alimentar-se associada a prejuízos na deglutição, dificuldade de entender o que se passa a sua volta, dificuldade de orientar-se dentro de casa (ABRAZ, 2018).

O diagnóstico sintomático de demência depende de avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho em atividades de vida diária. A avaliação cognitiva pode ser iniciada com testes de rastreio, como o mini exame do estado mental, e deve ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo. Para essa finalidade, podem ser empregados testes breves, de fácil e rápida aplicação pelo clínico, como os de memória (evocação tardia de listas de palavras ou de figuras, por exemplo), os de fluência verbal (número de animais em um minuto) e o desenho do relógio (CARAMELLIA, 2002).

A avaliação neuropsicológica detalhada é recomendada especialmente nos estágios iniciais de demência em que os testes breves podem

ser normais ou apresentar resultado limítrofe. Além disso, a avaliação neuropsicológica fornece dados relativos ao perfil das alterações cognitivas, especialmente úteis para o diagnóstico diferencial (CARAMELLIA, 2002).

O tratamento farmacológico da DA pode ser definido em quatro níveis: terapêutica específica, que tem como objetivo reverter processos patofisiológicos que conduzem à morte neuronal e à demência; abordagem profilática, que visa a retardar o início da demência ou prevenir declínio cognitivo adicional, uma vez deflagrado processo; tratamento sintomático, que visa restaurar, ainda que parcial ou provisoriamente, as capacidades cognitivas, as habilidades funcionais e o comportamento dos pacientes portadores de demência; e terapêutica complementar, que busca o tratamento das manifestações não-cognitivas da demência, tais como depressão, psicose, agitação psicomotora, agressividade e distúrbio do sono (FORLENZA, 2005).

As estratégias colinérgicas têm sido há muito preconizadas para o tratamento da DA, o mercado brasileiro dispõe atualmente, licenciados pela ANVISA, quatro medicamentos com essas características: Tacrina foi o primeiro o IChE aprovado para o tratamento, Rivastigmina, Donepezil e Galantamina (ENGELHARDT, 2005). A doença é incurável e o objetivo do tratamento é retardar a evolução e preservar por mais tempo possível as funções intelectuais. Os melhores resultados são obtidos quando o tratamento é iniciado nas fases mais precoces (VARELLA, 2011).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico de trabalho que proporciona melhoria significativa da qualidade da Assistência prestada ao cliente através do planejamento individualizado das ações de Enfermagem elaboradas pelo profissional enfermeiro. Permite a continuidade e a integralidade do cuidado humanizado, a valorização do enfermeiro, além das demais categorias da Enfermagem, fortalecendo assim o trabalho em equipe (ZANARDO, 2013).

A SAE configura-se como uma metodologia para organizar e realizar o cuidado embasado nos princípios do método científico. No entanto é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modifica o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos (ATRUPPEL, 2009).

O paciente portador de Alzheimer necessita de uma assistência contínua desde o princípio e o nível de dependência aumenta gradualmente, o que lhe causa uma menor autonomia

para a realização de suas atividades cotidianas e compromete uma maior disponibilidade de tempo e especificidade no atendimento do portador (DE JESUS, 2010).

É fundamental implementar o processo de enfermagem no cuidado aos idosos com DA com o objetivo de sistematizar a assistência, qualificando o atendimento individual proposto pelo método, que subsidia o levantamento de dados específicos do paciente para a realização de condutas que visibilizem a prevenção de possíveis complicações, promoção em saúde, precaução de complicações e tratamento de doenças e ferimentos já instalados, de forma eficiente (SOARES, 2014).

Em decorrência das necessidades do acometido pela DA, foram elaboradas estratégias para o cuidado, através de alguns diagnósticos de enfermagem pelo livro NANDA International, os quais foram selecionados segundo os sintomas da doença e organizados de acordo com o aumento do seu agravamento, onde esses diagnósticos contribuem para uma assistência integral e multidisciplinar para uma melhor assistência, gerando qualidade de vida para os idosos que possuem Alzheimer.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Memória Prejudicada	O indivíduo deverá comunicar o aumento da satisfação com a memória, em um prazo de duas semanas.	Corrigir as informações erradas; escrever o que é necessário lembrar; fazer associações entre os nomes e as imagens mentais.
Comunicação Verbal Prejudicada	O indivíduo deverá demonstrar melhor capacidade de expressar-se, em um prazo de semana.	Identificar um método através do qual a pessoa possa comunicar as necessidades básicas; proporcionar métodos alternativos de comunicação.
Interação Social Prejudicada	O indivíduo/família deverá comunicar aumento da satisfação com a socialização, em um prazo de uma semana.	Desenvolver uma aliança com a família; auxiliar os membros da família a compreenderem e proporcionarem apoio ao paciente com encorajamento.

Confusão Crônica	O indivíduo deverá apresentar menos frustração e deverá ter episódios diminuídos de delírios, em um prazo de uma semana.	Usar os auxiliares de memória; promover comunicação que contribua para o senso de integridade da pessoa; proporcionar educação para a família e pessoas próximas .
Deglutição Prejudicada	Indivíduo deverá realizar alimentação adequada, em um prazo de uma semana.	Auxiliar na alimentação com exercícios para mastigação; auxiliar o paciente em sentar-se em posição ereta; investigar necessidade de outra via para alimentação, se necessário.
Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades	O indivíduo deverá ingerir a exigência nutricional diária, de acordo com seu nível de atividade e necessidades metabólicas em um prazo de uma semana.	Determinar as exigências calóricas diárias realistas e adequadas; consultar o nutricionista; encorajar o indivíduo a comer com os outros familiares e amigos.
Síndrome da Interpretação ambiental prejudicada	O indivíduo/família deverá comunicar aumento da satisfação com orientação de pessoa, tempo, espaço em um prazo de duas semanas.	Utilizar calendários e incentivar o paciente a fazer marcação nele todos os dias; realizar entrevista com perguntas básicas de orientação de tempo, espaço e pessoa.

Para tanto, a enfermagem devem utilizar-se de recursos terapêuticos nos estágios da DA, que consistem em estratégias de comunicação entre enfermeiro e paciente, utilizando-se uma comunicação mais simples, com frases curtas e diretas com linguagem literal, devagar; uso terapêutico com pistas multissensoriais como olfato, tato, visão, audição e gustação; empregos de uma instrução de cada vez, falar de frente para o paciente mantendo contato visual, repetir; utilizar fotografias e álbuns para terapêutica de lembranças (SOARES, 2014).

As prescrições de enfermagem elaboradas têm por fim ajudar o portador a estabilizar uma função cognitiva ideal, garantindo a segurança física, estimulando a independência nas atividades de autocuidado, diminuindo a agitação e a ansiedade, aprimorando a comunicação, orientando e dando suporte aos familiares, tratando os distúrbios dos hábitos de sono, a socialização e a intimidade (SOARES, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados, podemos postular que o Alzheimer abrange uma série de fatores relacionados ao surgimento e sintomatologia, onde se tornou expositivo as formas de sua detecção, seja por suas várias maneiras de se manifestar em cada indivíduo e por seus sintomas negativos, no qual cada pessoa acometida pela demência vai apresentar sintomas característicos dependendo de alguns fatores, como por exemplo, gênero e idade, em que são pontos que vão diferenciar nas formas de manifestação da doença.

Logo, cada indivíduo vai desenvolver a doença de uma maneira diferente, de acordo com seu organismo. Quando os processamentos de certas proteínas do sistema nervoso central começam a dar errado.

Tendo em vistas todos esses aspectos a enfermagem apresenta recursos técnicos e teóricos adequados para orientar os familiares na prestação da assistência e retardar a evolução da doença, gerando resultados satisfatórios, através de uma consulta de enfermagem qualificada de acordo com os sintomas de cada paciente e traçando assim um plano de metas individualizado que faz toda a diferença nos resultados esperados, em que o profissional enfermeiro torna-se uma ferramenta indispensável, pois norteia as ações do cuidar a serem implementadas nas necessidades cabíveis dos pacientes.

Dessa forma, devem-se levar em consideração todos os fatores que desencadeiam a doença, o histórico do paciente, sexo, critérios genéticos e hereditários para o diagnóstico e tratamento, para poder melhor atender as necessidades do cliente, pressupondo que são necessários mais estudos, para que se possa cada vez mais explorar e descobrir novas informações sobre o tema para que se possa melhorar a assistência para os acometidos pela doença.

REFERÊNCIAS

ABRAZ. Evolução da doença. Disponível em: < <http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/evolucao-da-doenca>. > Acesso em: 23 de fevereiro de 2018.

ATRUPEL, Thiago Christel; MELER, Marineli Joaquim; CALIXTO, Riciano do Carmo; PERRUZO, Simone Aparecida; CROZETA, Karla – Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva – REBEn: Revista Brasileira de Enfermagem: 2010. Disponível em: < https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID82_01052017175845.pdf>. Acesso em 2 Abr 2018.

CARAMELLIA, Paulo; BARBOSAB, Maira Tonidandel. Como diagnosticar as quatro causas mais

freqüentes de demência? How to diagnose the four most frequent causes of dementia?. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. Supl I, p. 7-10, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v24s1/8850.pdf>>. Acesso em 22 fev 2018.

DE JESUS, Isac Silva et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 285, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11628/10237>>. Acesso em 2 abr 2018.

ENGELHARDT, Elias et al. Tratamento da Doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 63, n. 4, p. 1104-1112, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v63n4/a35v63n4.pdf>>. Acesso em 22 fev 2018.

FORLENZA, Orestes V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Rev. Psiqu. Clín.**, v. 32, n. 3, p. 137-148, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a06v32n3>>. Acesso em 22 fev 2018.

HERRERA JR, Emilio et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1743.pdf>>. Acesso em 23 fev 2018.

HERNANDEZ, Soleman et al. Atividade física e sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com demência de Alzheimer. **Motriz: Revista de Educação Física**, p. 533-543, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/20830/S1980-65742011000300016.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em 22 fev 2018.

DE ENFERMAGEM DA NANDA, Diagnósticos. Definições e classificação 2012-2014. **Porto Alegre: Artmed**, 2013.

PICON, Paulo. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, Doença de Alzheimer. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>>. Acesso em 22 fev 2018.

SERENIKI, Adriana; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 30, n. 1 supl 0, 2008. Disponível em: <<http://www.uesb.br/eventos/farmacologiaclinicasn/artigo%20alzheimer.pdf>>. Acesso em 22 fev 2018.

SOARES, Jessika Santos; CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor. Assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus cuidadores: revisão integrativa do período 2005-2013. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/313/297>>. Acesso em 2 abr 2018.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 03-07, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a03.pdf>>. Acesso em 22 fev 2018.

VARELLA, Drauzio. Doença de Alzheimer. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/226_alzheimer.html. > Acesso em: 23 de fevereiro de 2018.

ZANARDO, Graziani Maidana; ZANARDO, Guilherme Maidana; KAEFER, Cristina Thum. Sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 1371-1374, 2013. Disponível em: <
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1811>>. Acesso em 2 abr 2018.