

**CENTRO PAULA SOUZA
ETEC PAULINO BOTELHO
Técnico em Enfermagem**

**Andrieli Ferreira da Silva
Gabrielle Cristina Costa
Jenifer de Oliveira Rodrigues
Julia Fernanda Maciel da Silva
Maria Eduarda da Silva Silvestre
Regina Aparecida Marques Zancheta
Rose Helena de Souza Prado Conte
Weliton Gomes Sena**

**DOENÇA DE ALZHEIMER: APRIMORANDO CONHECIMENTO DOS
FUTUROS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

São Carlos - SP

2023

Andrieli Ferreira da Silva
Gabrielle Cristina Costa
Jenifer de Oliveira Rodrigues
Julia Fernanda Maciel da Silva
Maria Eduarda da Silva Silvestre
Regina Aparecida Marques Zancheta
Rose Helena de Souza Prado Conte
Weliton Gomes Sena

**DOENÇA DE ALZHEIMER: APRIMORANDO CONHECIMENTO DOS
FUTUROS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso Técnico em
Enfermagem da ETEC Paulino
Botelho, orientado pelas docentes:
Ana Paula Falcoski Martinelli Silva e
Glaucia Regina Lopes Negré como
requisito parcial para obtenção do
título de Técnico em Enfermagem.

São Carlos - SP

2023

RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa progressiva que afeta principalmente a memória e outras funções cognitivas, como a linguagem, o pensamento e a capacidade de realizar atividades diárias. A doença geralmente começa lentamente e piora ao longo do tempo, levando à incapacidade total. Frente ao envelhecimento da população brasileira, e sendo a idade o principal fator de risco não modificável para o desenvolvimento da DA, torna-se crescente a demanda por uma melhor e maior conscientização sobre a doença, principalmente entre os profissionais de saúde, que entrarão em contato cada vez mais rotineiramente com a doença. O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa por meio da aplicação de um questionário individual, antes e após uma aula sobre a DA, para os alunos do 1º e 2º módulo do curso Técnico de Enfermagem da ETEC “Paulino Botelho”, para avaliar o conhecimento prévio e adquirido sobre o tema. Os resultados mostram a efetividade da intervenção, para ambos os módulos, em relação a conscientização sobre a DA, o que é de grande importância para os futuros profissionais da área da enfermagem pois poderão proporcionar um cuidado de maior qualidade e mais humanizado que irá resultar em uma melhora da qualidade de vida do paciente com DA e de seus familiares e cuidadores.

Palavras-Chave: Alzheimer. Conscientização. Cuidados de enfermagem.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
Definição e Causas da Doença de Alzheimer	4
Sintomas e Fases	5
Tratamentos	6
Alzheimer Precoce e Tardio	7
2. OBJETIVOS	9
Objetivo geral	9
Objetivos específicos	9
3. JUSTIFICATIVA	10
4. METODOLOGIA	11
5. RESULTADOS	12
6. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

Definição e Causas da Doença de Alzheimer

Alois Alzheimer, um neuropatologista alemão, descreveu a doença de Alzheimer (DA) pela primeira vez em 1907, quando viu um quadro de demência de progressão lenta em uma mulher de 51 anos. As causas da doença ainda são desconhecidas (KNOPMAN; BREIJYEH; KARAMANR, 2020).

A DA é definida como uma doença degenerativa, por tanto, é um processo progressivo de perda de funções cerebrais, sendo elas a minoria, linguagem, mudança de comportamento, capacidade de planejamento e a atenção, sendo assim, incapacitado o indivíduo de realizar atividades diárias que costumava realizar. Mesmo sendo uma doença mais conhecida por ocorrer em idosos, pode ser desenvolvida em pessoas mais jovens. No geral essa doença começa a afetar o indivíduo com idade superior a 65 anos tendo como porcentagem de 5% a 8% da população, essa porcentagem aumenta para 25% a 50% conforme a idade vai avançando para 85 anos (REIS; SIQUEIRA, 2023).

No período de 2012 a 2017 o Brasil ganhou 4,8 milhões de idosos, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2018). Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo. Esses dados evidenciam a tendência mundial do envelhecimento populacional que ocorre, basicamente, pelo aumento da expectativa de vida, pelas melhores condições de vida e pela queda da taxa de fecundidade.

Como explicitado por Aprahamian *et al.* (2009) concomitantemente com o envelhecimento populacional aumenta-se a proporção de patologias relacionadas à senescência como as neoplasias, doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos e as demências. Estas últimas são morbidades progressivas e degenerativas que implicam em declínio de memória juntamente com outro déficit cognitivo e resultam em um comprometimento de funções sociais e funcionais.

e funcionais.

5

Entre as diversas causas de demência existentes, as mais prevalentes são a DA e as demências vasculares (NITRINI *et al.*, 2005).

Segundo Ávila e Miamotto (2003) a idade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da DA, o processo de envelhecimento populacional trouxe consigo um aumento progressivo anual nas taxas de DA registradas. A taxa de incidência anual, em cada 1000 indivíduos, nas faixas etárias de 65 a 74 é de 53; 75 a 84 é de 170; e mais de 84 anos de idade é 231 casos novos.

As causas da DA ainda não foram completamente elucidadas. Além do fator idade avançada, hipóteses apontam a probabilidade de estar relacionada a fatores genéticos e ambientais. Cavalcanti e Engelhardt (2012) destacam a importância dos fatores vasculares, pois a associação de DA com doença cerebrovascular é muito frequente.

Outros fatores de risco podem incluir trauma craniano, baixa escolaridade, doenças como a hipertensão arterial, hiperlipidemia e diabetes, hábitos alimentares e fatores ambientais variados. (HUANG; MUCKE, 2012).

Sintomas e Fases

Segundo Ávila (2003) os primeiros sintomas a surgir são os déficits na capacidade da memória, os quais geram ainda mais frustração, pois influenciam a capacidade do paciente realizar as atividades diárias, comprometendo assim a sua qualidade de vida.

Algumas alterações da linguagem são consideradas umas das manifestações mais visíveis, incluindo dificuldades para encontrar palavras, completar ideias ou seguir instruções. Além da parte cognitiva, é possível observar outras causas da doença, como as capacidades visuais, olfativas e gustativas. Mediante a sua progressão, a DA pode ser dividido em 3 fases, leve, moderada e grave, as quais refletem o nível de enfraquecimento cognitivo e conseqüentemente a dependência do enfermo (CULLELL; BRUNA; PUYUELO, 2006).

Para Bottino *et al.* (2002) numa fase inicial, os sintomas são vistos como sendo de pouca gravidade por parte dos pacientes, não carecendo de

preocupação, isso não corresponde a realidade sendo que, os sintomas são preocupantes desde o momento que surgem, sendo eles perda de memória, os

6

esquecimentos, a desorientação no tempo e no espaço, a confusão face a localização de lugares familiares, a perda da espontaneidade e da iniciativa, bem como o descuido com a aparência pessoal e no trabalho.

Numa fase moderada da doença, as dificuldades cognitivas acentuam-se relativamente à fase anterior e a pessoa começa a necessitar de ajuda na realização de tarefas instrumentais e nas tarefas básicas do dia-a-dia (HELITO; KAUFFMAN, 2007).

Ocorrem movimentos repetitivos e contrações musculares ocasionais, podendo ainda ocorrer alucinações e ideias sem sentido (CAMARGO, 2003).

O autor acima relata que chegando na fase grave da doença, é comum o paciente perder totalmente a sua independência, ficando acamado, causando a necessidade de cuidados permanentes, na medida em que surgem problemas ao nível da deglutição, sinais neurológicos, incontinência fecal e urinária, mutismo, irritabilidade e morte (CAMARGO, 2003).

Tratamentos

Certos comportamentos, nomeadamente a manutenção de bons hábitos de saúde podem ajudar na prevenção e abrandamento do declínio cognitivo, sendo assim um envelhecimento saudável é facilitado pela realização de atividades físicas e uma dieta nutritiva, associadas ainda a atividades intelectualmente estimulantes e relações sociais e familiares, as quais ajudam criando uma espécie de reserva cognitiva, no sentido de permitirem ao cérebro uma maior adaptabilidade e flexibilidade em certas áreas do funcionamento mental, de modo a compensar o declínio de outras (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2008).

Segundo Jama (2003) o tratamento farmacológico da DA pode ser determinante em quatro níveis:

(1) terapêutica específica, que tem como alvo reverter processos fisiopatológicos que conduzem à morte neuronal e à demência;

(2) abordagem profilática, que visa a retardar o início da demência ou prevenir declínio cognitivo adicional, uma vez deflagrado processo;

(3) 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

(4) terapêutica complementar, que procura o tratamento das manifestações não-cognitivas da demência, tais como depressão, psicose, agitação psicomotora, agressividade e distúrbio do sono.

O tratamento da DA envolve estratégias farmacológicas e intervenções psicossociais para o portador da doença e seus familiares. No campo do tratamento farmacológico, inúmeras substâncias psicoativas têm sido propostas para conservar ou restaurar a cognição, o comportamento e as habilidades funcionais do paciente com demência. Contudo, os efeitos das medicações 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. (LANCET, 2004).

Alzheimer Precoce e Tardio

A DA é clinicamente dividida em dois subgrupos de acordo com seu tempo de início. Dado antes dos 65 anos a DA de início precoce (DAIP), se caracteriza por um declínio rápido das funções cognitivas. Esses casos são mais raros, correspondendo a 10% do total, e observa-se um acometimento familiar em sucessivas gerações diretamente relacionado a um padrão de transmissão autossômico dominante ligada aos cromossomos 1, 14 e 21 (BITENCOURT *et al.*, 2018).

É muito comum que os sintomas iniciais da DA sejam confundidos com o processo de envelhecimento normal. Essa confusão tende a adiar a busca por orientação profissional e, não tão raro, a doença é diagnosticada tardiamente. O impacto do início pré-senil na vida do paciente e da família é intenso e o tratamento nos estágios iniciais é de suma importância para reduzir a sobrecarga de cuidadores e pacientes (MIRANDA *et al.*, 2020).

A DA de início tardio (DAIT) representa a maior parte dos casos de doença de DA baseou-se no fato de a doença apresentar uma grande correlação entre os membros afetados de uma mesma família e DAIT (os quais os sintomas

entre os membros afetados de uma mesma família, a DAIT (na qual os sintomas clínicos podem ser observados após os 65 anos e com duração que pode superar

8

os dez anos). Em geral, a DA de início tardio (DAIT) ocorre de forma esporádica. Ainda assim, tanto a DAIT quanto a DAIP são uma mesma e indistinguível unidade clínica e neurológica. (BARROS *et al.*, 2019)

Segundo Barros *et al.* (2019) o termo “polimorfismo” descreve uma variação na sequência alélica, na qual mais do que uma variante (alelo) em um locus ocorra em uma população humana com uma frequência maior do que 1%. Dessa forma, os polimorfismos estão mais relacionados com o início tardio do desenvolvimento da doença, mas dependendo do polimorfismo também pode haver sua relação com o início precoce. Portanto, a seguir estão demonstrados os dados com relação à DA de início tardio e polimorfismos nos seguintes genes:

- Gene Apolipoproteína (E)
- Gene da α 1-antiquimiotripsina (SERPINA3)
- Gene do receptor sigma tipo 1 (OPRS)
- Gene da enzima conversora de angiotensina (ECA)
- Gene da alfa-2-macroglobulina (A2M)
- Gene da proteína relacionada ao receptor de LDL (LRP)
- Genes da interleucina I (IL1A e IL)
- Gene da paraoxonase (PON)
- Gene do transportador da serotonina (5HTT)
- Genes dos receptores da serotonina

A DAIT é uma patologia de etiologia multifatorial. A complexidade dessa doença é em parte demonstrada pelo grande número de genes identificados como tendo alguma influência no desenvolvimento da DA. Embora vários genes já tenham sido identificados em diferentes investigações, a utilidade desse tipo de conhecimento para a saúde pública só poderá ser vislumbrada quando essas investigações forem ampliadas de diferentes maneiras. Dessa maneira, é imprescindível ter em mente que, para a DAIT, jamais será possível um diagnóstico genético, uma vez que ela não é causada por um ou alguns genes, mas sim influenciada por muitos marcadores genéticos. (BARROS *et al.*, 2019).

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Orientar os alunos do curso técnico em enfermagem sobre a Doença de Alzheimer.

Objetivos específicos

Identificar os conhecimentos sobre a DA dos alunos do curso de técnico em enfermagem.

Desenvolver de um questionário avaliativo para conscientização sobre este tema.

Avaliar o conhecimento adquirido após aprofundamento do tema.

3. JUSTIFICATIVA

Por considerar o assunto relevante visto o aumento de idosos portadores de DA e a necessidade de um maior conhecimento a respeito para os profissionais da área de enfermagem que lidarão mais com essa doença. Há benefícios na identificação precoce da DA, pois possibilita oferecer um tratamento que pode resultar em manutenção de uma qualidade de vida por um maior período de tempo aos pacientes, e oferece um maior entendimento sobre a doença para seus familiares, cuidadores e profissionais de enfermagem.

4. METODOLOGIA

Tratou-se de um trabalho de conclusão de curso do 4º módulo do curso Técnico de Enfermagem da ETEC “Paulino Botelho”, o qual teve início no 3º módulo buscando informações sobre o conhecimento dos alunos do 1º e 2º módulo sobre a DA.

Para a realização dos objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa quantitativa por meio da aplicação de um questionário individual (APÊNDICE B). Para avaliar o conhecimento sobre o tema, este questionário foi aplicado em dois momentos: antes da apresentação do trabalho (APÊNDICE A) e, em seguida, logo após a apresentação. Deste modo, pode-se não só avaliar o conhecimento prévio, mas também o conhecimento adquirido após a explicação realizada pelo grupo.

A população alvo de estudo foi formada pelos alunos do curso de técnico em enfermagem, orientando-os sobre os sinais e sintomas, fatores de risco e tratamentos disponíveis para a DA, incluindo as drogas sintomáticas e os tratamentos não farmacológicos, como a terapia ocupacional e a estimulação cognitiva. Visando, deste modo, aumentar o conhecimento e a compreensão da doença entre os profissionais de enfermagem, a fim de melhorar o cuidado e o suporte oferecido aos pacientes com DA e seus familiares.

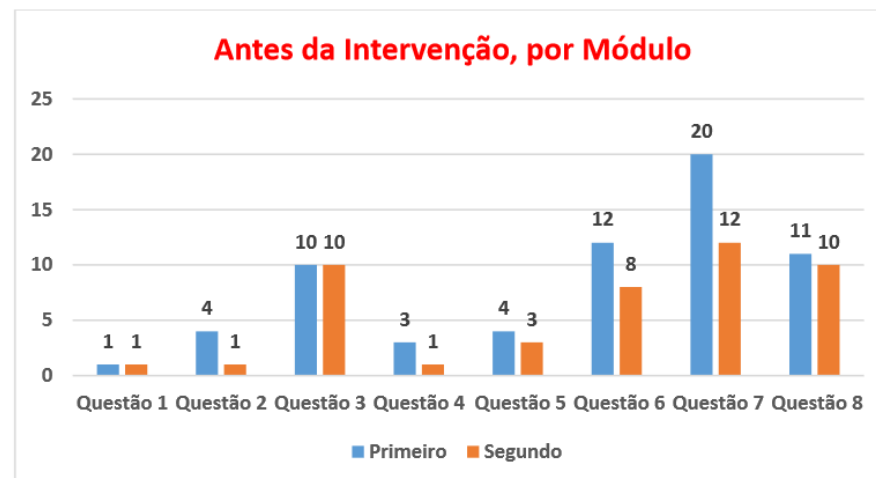
5. RESULTADOS

Em consequência do aumento da expectativa de vida mundial, que resultou em um processo de envelhecimento populacional, ocorreu concomitantemente um aumento significativo da incidência global da DA. Diante deste fato faz-se necessária ressaltar a importância de se conscientizar os profissionais de enfermagem sobre a DA, em busca de se conseguir um cuidado de enfermagem de maior qualidade para esses pacientes.

As aplicações do questionário (APÊNDICE B) foram realizadas para 31 alunos do 1º módulo e para 25 alunos do 2º módulos do curso Técnico de Enfermagem da ETEC “Paulino Botelho”, nos respectivos períodos de aula.

Abaixo o Gráfico 1 apresenta os resultados por módulo obtidos no questionário pré-intervenção.

Gráfico 1- Respostas das questões pré-intervenção



Fonte: Do próprio Autor, 2023

A primeira questão tinha por objetivo medir o conhecimento dos alunos relativo as fases da DA e 3% dos alunos do 1º módulo e 4% dos alunos do 2º módulo responderam corretamente.

Já a segunda questão tratou sobre as causas da DA, resultando em 13% de acertos para o 1º módulo e 4% para o 2º módulo.

A terceira questão abordou o conhecimento sobre os fatores de risco não modificáveis para a DA onde responderam corretamente 32% dos alunos do

1º e 40% dos alunos do 2º.

13

A quarta questão versou sobre o método usado para diagnóstico da DA e obteve um uma percentagem de acertos de 10 e 4, para o 1º e 2º módulos, respectivamente.

A meta da quinta questão foi aferir os conhecimentos sobre as drogas utilizadas no tratamento da DA e 13% dos alunos o 1º e 12% do 2º souberam responder corretamente.

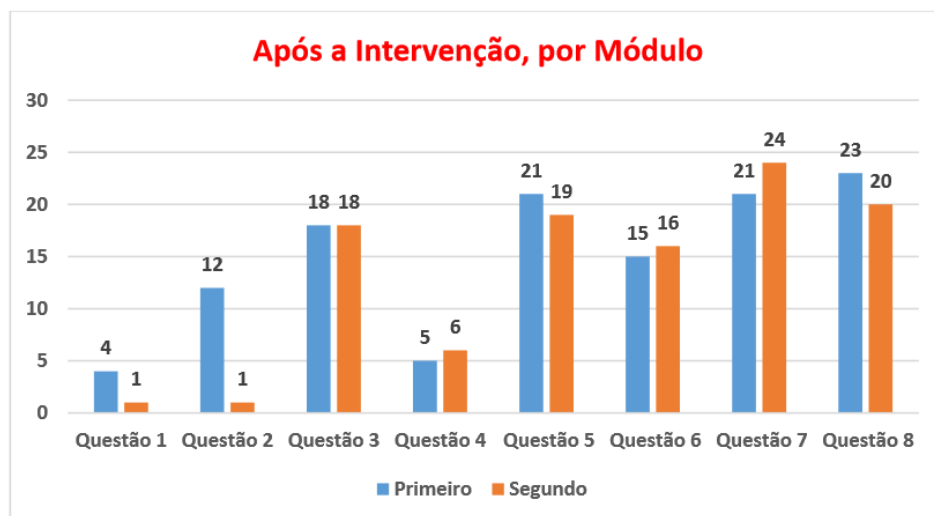
A sexta questão abordou o tratamento não farmacológico do DA o que gerou 39% e 32% de resposta corretas dos alunos do 1º e 2º módulo, respectivamente.

A sétima questão teve como tema os subgrupos os quais a DA é clinicamente dividida e estavam corretas 65% e 48% das respostas dadas pelos alunos do 1º e 2º módulo, respectivamente.

A oitava questão mediu os conhecimentos sobre a faixa etária que a DA tardia costuma aparecer e 35% dos alunos do 1º módulo e 40% dos alunos do 2º módulo responderam corretamente.

Abaixo o Gráfico 2 apresenta os resultados por módulo obtidos no questionário pós-intervenção.

Gráfico 2 - Respostas das questões após a Intervenção



Fonte: Do próprio Autor, 2023

Comparando-se as respostas da primeira questão, sobre as fases da DA, na pré-intervenção, nota-se que após a aula para o 1º módulo ocorreu um

aumento do número de alunos que responderam corretamente, de 3% para 13%.

14

Enquanto para o 2º módulo não ocorreu alterações nos números de acertos. Pode-se notar que, apesar dos acertos terem aumentado na turma do 1º módulo, ambos os módulos permaneceram com muitas dúvidas em relação a este tópico.

Segundo Moura, Miranda e Rangel (2015) as fases da DA podem ser claramente identificadas e classificadas, os sinais e sintomas são específicos para cada fase, mas somente uma avaliação holística do profissional de saúde pode fornecer a percepção necessária para distingui-las. Muitas vezes o cuidador não é preparado para identificar as fases da DA e apresenta dificuldades para lidar com as necessidades que cada fase específica pode gerar. Por este motivo é importante a educação dos futuros profissionais de saúde sobre o tema.

A respeito das causas da DA, 39% alunos do 1º módulo responderam corretamente, revelando um aumento de 26% de acertos em relação a pré-intervenção. Enquanto para o 2º módulo a porcentagem se manteve.

Em relação aos fatores de risco não modificáveis para a DA, para o 1º módulo os acertos foram de 58%, demonstrando um aumento de acertos de 26% em relação a pré-intervenção. Para o 2º módulo 72% dos alunos responderam corretamente, portanto ocorreu um aumento de 32% de acertos em relação a pré-intervenção.

Sobre o método de diagnóstico da DA, para o 1º módulo ocorreu um aumento do número de alunos que responderam corretamente, de 10% para 16%, ou seja, um acréscimo de 6% de acertos em relação a pré-intervenção. Enquanto para o 2º módulo o acréscimo foi de 20% de acertos em relação a pré-intervenção, com o acréscimo de 4% para 24%. Apesar do acréscimo no número de acertos, pode-se observar que o número de alunos que responderam corretamente é baixo, tanto na pré quanto na pós-intervenção.

O método de diagnóstico da DA é complexo. Sua confirmação se dá somente por exame microscópico do tecido cerebral através de cortes histológicos após óbito do paciente. O diagnóstico é clínico, realizado com a análise dos sinais e sintomas e sua progressão. Não existem exames laboratoriais complementares capazes de confirmar a DA, apenas exames para que haja diferenciação de outras patologias (BITENCOURT *et al.*, 2018). Fato este que pode ter gerado uma certa confusão nos alunos, mesmo após a aula sobre o tema.

Sobre os medicamentos utilizados no tratamento da DA, 68% dos

Sobre os medicamentos utilizados no tratamento da DA, 66% dos alunos do 1º módulo e 76% do 2º módulo responderam corretamente, revelando

15

um aumento de acertos de 55% e 64% em relação a pré-intervenção, respectivamente. Observa-se que esta temática teve um os maiores crescimentos do número de acertos.

Acerca do tratamento não farmacológico para DA, para o 1º módulo ocorreu um aumento de respostas corretas de 39% para 48%, ou seja, um acréscimo de 9% de acertos em relação a pré-intervenção. Enquanto para o 2º módulo o acréscimo foi de 32% de acertos em relação a pré-intervenção, com o acréscimo de 32% para 64%.

Atualmente os tratamentos não farmacológicos da DA representam uma importante frente do tratamento, no qual o cuidador e os profissionais da saúde têm papel fundamental (REIS e DE SIQUEIRA, 2023).

Segundo COSTA, *et al.* (2019) a importância da conscientização sobre os tratamentos não medicamentosos advém do fato de que esse tipo de terapia pode proporcionar uma melhora na qualidade de vida do paciente e de sua família/cuidador.

Quanto aos subgrupos da DA, 68% dos alunos do 1º módulo e 96% do 2º módulo responderam corretamente, revelando um aumento de acertos de 3% e 48% em relação a pré-intervenção, respectivamente.

Ao serem perguntados, na oitava questão, sobre a faixa etária que a DA tardia costuma aparecer, responderam corretamente 74% dos alunos do 1º módulo e 80% dos alunos do 2º módulo. O que representa um aumento de, respectivamente, 39% e 40% de acertos em relação a pré-intervenção.

6. CONCLUSÃO

No presente estudo nota-se que para os alunos de ambos os módulos havia uma deficiência de conhecimento sobre a DA. A maioria não estava familiarizada sobre a causa da DA, a existência das diferentes fases e subgrupos clínicos, do método de diagnóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico e faixa etária específica para os diferentes subtipos de DA. Porém após apresentação de uma aula sobre o tema, no formato de Power Point, ocorreu um acréscimo muito significativo de conhecimento. Os alunos de ambos os módulos passaram a possuir os meios necessários para reconhecer os primeiros sinais e sintomas do início da DA, identificar a presença de fatores de risco modificáveis e não modificáveis, saber sobre os medicamentos mais utilizados no tratamento da DA e sobre a importância de um tratamento não farmacológico associado a este e, por fim, também adquiriram conhecimento sobre os cuidados de enfermagem com o paciente portador da DA.

Diante destes resultados, pode-se concluir que a intervenção foi efetiva em relação a conscientização sobre a DA, o que é de grande importância para os futuros profissionais da área da enfermagem pois poderão contribuir para proporcionar um cuidado de maior qualidade e mais humanizado que irá resultar em uma melhora da qualidade de vida do paciente com DA e de seus familiares e cuidadores.

REFERÊNCIAS

AISEN, P.S.; SCHAFER, K.A.; GRUNDMAN, M. *et al.* - Effects of rofecoxib or naproxen vs placebo on Alzheimer disease progression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289:2819-26. **Rev. Psiq. Clín.** v.32; n. 3; p. 137-148; 2005

APRAHAMIAN, Ivan; MARTINELLI, José Eduardo; YASSUDA, Mônica Sanches. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd;** v. 7, n.1, p. 27-35, 2009.

ÁVILA, Renata; MIOTTO, Eliane C. Funções executivas no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer. **J. Bras Psiq,** v. 52, n.1, p. 53–63, 2003.

ÁVILA, R. Resultados da reabilitação neuropsicológica pacientes com doença de Alzheimer leve. **Revista de Psiquiatria Clínica,** v. 23, n. 4, 139-146, 2003.

BARROS, A. C.; LUCATELLI, J. F.; MALUF, S. W.; ANDRADE, F. M. de. Influência genética sobre a doença de Alzheimer de início tardio. **Arch. Clin. Psychiatry,** v. 36 n. 1, p 16–24. 2009.

BITENCOURT, E. M.; KUERTEN, C. M. X.; BUDNY, J.; TUON, T. Doença de alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. **Inova Saúde,** v. 8 n. 2, p. 138. 2019

BOTTINO, C.; CARVALHO, I.; ALAVREZ, A.; AVILA, R.; ZUKAUSKAS, P.; BUSTAMANTE, S., *et al.* Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arquivos de Neuropsiquiatria;** v. 60; n. 1; p. 70-79; 2002.

CAMARGO, I. **Doença de Alzheimer: um testemunho.** Porto Alegre: Editora Age 2003

CAVALCANTI, J. L de Sá; ENGELHARDT, E. Aspectos da fisiopatologia da doença de Alzheimer esporádica. **Rev. bras. neurol;** v. 48, n.4, p. 21-29, out./dez. 2012.

COSTA, B. G. L. *et al.* Métodos não farmacológicos para o tratamento do Alzheimer: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro,** v. 9, e. 2786, 2019.

COURTNEY, C.; FARRELL, D.; GRAY R. *et al.* - Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised

double-blind trial. **Lancet**. v. 363; n. 9427; p. 2105–2115; jun. 2004

18

CULLELL, N.; BRUNA, O.; PUYUELO, M. Intervención neuropsicológica y del doença de Alzheimer leve. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 30, n. 4, p.139-146, 2006.

HELITO, A.; KAUFFMAN; P. **Saúde: entendendo as doenças, a enciclopédia médica da família**. São Paulo: Nobel, 2007.

HUANG, Y.; MUCKE, L. Alzheimer mechanisms and therapeutic strategies. **Cell**. v.148, n. 6, p.1204-22, mar. 2012.

IBGE – **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Características dos Moradores e Domicílios, 2018. Rio de Janeiro.

KHAN, S; SUN, B. L; ERKKINEN, M. G; Uma abordagem geral da doença de Alzheimer. **Rev. Eletrônica Acervo Médico**; V. 23, n. 2, 2023.

KNOPMAN, D. S.; BREIJYEH, Z.; KARAMAN, R. Uma abordagem geral da doença de Alzheimer. **Revista Eletrônica Acervo médico**; v. 23, n. 2, 2023.

MIRANDA S. A. de, LIMA *et al*. Aplicabilidade de atividades lúdicas como parâmetro na reconhecimento do Alzheimer precoce na atenção básica de saúde. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, n. 44, p. e2250, 2 abr. 2020.

MOURA, P. S. L.; MIRANDA, N. F.; RANGEL, L. C. As fases da Doença de Alzheimer e os cuidados necessários a serem implementados pelo cuidador. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 1, n. 2, 2015.

National Institute on Aging Alzheimer's disease: unraveling the Mystery. Washington, DC: Author. 2008.

NITRINI, R. *et al*. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 63, n. 3a, p. 720–727, set. 2005.

REIS, A. J. T.; DE SIQUEIRA, E. C. Uma abordagem geral da doença de Alzheimer. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 23, n. 2, p. e12059-e12059, 2023.

APÊNDICE A – Aula sobre a Doença de Alzheimer

Doença de Alzheimer

Andrieli Ferreira da Silva
Gabrielle Cristina Costa
Jenifer de Oliveira Rodrigues
Julia Fernanda Maciel da Silva
Maria Eduarda da Silva Silvestre
Regina Aparecida Marques Zancheta
Rose Helena de Souza Prado Conte
Welliton Gomes Sena



Sumário

01. Doença de Alzheimer (DA)

- 1.1 Definição
- 1.2 Causas e Fatores de Risco
- 1.3 Sintomas e Fases
- 1.4 Alzheimer Precoce e Tardio
- 1.5 Diagnóstico
- 1.6 Tratamentos
- 1.7 Cuidados de Enfermagem

02. Referências



1.1 Definição

- O nome da DA refere-se ao médico alemão Alois Alzheimer, primeiro a descrevê-la, em 1906.



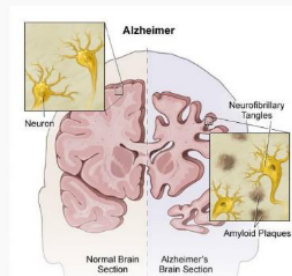
Auguste Deter e Alois Alzheimer

1.2 Causas e Fatores de Risco

- É uma doença neurodegenerativa progressiva que afeta principalmente a memória e outras funções cognitivas.
- A causa exata ainda não é completamente compreendida mas sabe-se que ela está relacionada com algumas lesões cerebrais características dessa doença.



1.2 Causas e Fatores de Risco



<https://studynurse.org/medical-conditions/brain-and-nerves/alzheimers-disease.html>

1.2 Causas e Fatores de Risco

• Fatores de Risco Modificáveis:

- Hipertensão;
- Diabetes;
- Obesidade;
- Tabagismo;
- Sedentarismo.

• Fatores de Risco Não Modificáveis:

- Idade;
- Sexo Feminino;
- Familiar diagnóstico;
- Baixa escolaridade;
- Trauma Craniano.



1.3 Sintomas e Fases

- A evolução dos sintomas da DA pode ser dividida em três fases: **leve, moderada e grave**.
- Essa divisão tem caráter didático e, muitas vezes, sintomas classificados em diferentes fases se mesclam em um mesmo período.

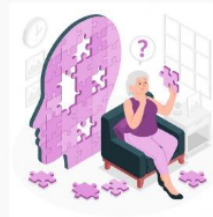


1.3 Sintomas e Fases

• Estágio leve

Raramente é percebido. Parentes e amigos (e, às vezes, os profissionais) veem isso como "velhice". A pessoa pode:

- Ter problemas com a propriedade da fala;
- Ter perda significativa de memória – particularmente das coisas que acabam de acontecer.
- Não saber a hora ou o dia da semana.
- Ficar perdida em locais familiares.



1.3 Sintomas e Fases

• Estágio leve

- Ter dificuldade na tomada de decisões.
- Ficar inativa ou desmotivada.
- Apresentar mudança de humor, depressão ou ansiedade.
- Reagir com raiva incomum ou agressivamente em determinadas ocasiões.
- Apresentar perda de interesse por hobbies e outras atividades.



1.3 Sintomas e Fases

• Estágio moderado

- Tem dificuldade com a vida no dia a dia
- Muito desmemoriada;
- Pode não gerenciar mais viver sozinha;
- É incapaz de cozinhar, limpar ou fazer compras;
- Pode ficar extremamente dependente;
- Necessita de ajuda para a higiene pessoal;
- A dificuldade com a fala avança;
- Apresenta problemas como perder-se e de ordem de comportamento, tais como repetição de perguntas, gritar, agarrar-se e distúrbios de sono;
- Perde-se tanto em casa como fora de casa;
- Pode ter alucinações.



1.3 Sintomas e Fases

• Estágio avançado

- Distúrbios de memória são muito sérios e o lado físico da doença torna-se mais óbvio;
- Ter dificuldades para comer;
- Ficar incapacitada para comunicar-se;
- Não reconhecer parentes, amigos e objetos familiares;
- Ter dificuldade de entender o que acontece ao seu redor;
- É incapaz de encontrar o seu caminho de volta para a casa;
- Ter dificuldade para caminhar;
- Ter dificuldade na deglutição;
- Ter incontinência urinária e fecal;
- Manifestar comportamento inapropriado em público;
- Ficar confinada a uma cadeira de rodas ou cama.



◦ **1.4 Alzheimer Precoce e Tardio**

- A DA é clinicamente dividida em dois subgrupos de acordo com seu o tempo de início: **precoce e tardio**



◦ **1.4 Alzheimer Precoce e Tardio**

- Antes dos 65 anos, a **DA de início precoce** é mais rara (10% do total de casos), e observa-se um acometimento familiar em sucessivas gerações diretamente relacionado a um padrão de transmissão autossômico dominante ligada aos cromossomos 1, 14 e 21.
- Pode apresentar sintomas como:
 - ☞ Sintomas visuais, como visão de túnel;
 - ☞ Percepção de profundidade prejudicada;
 - ☞ Incapacidade de reconhecer rostos;
 - ☞ Dificuldades de fala.



◦ **1.4 Alzheimer Precoce e Tardio**

- A DA de início tardio (DAIT) representa a maior parte dos casos de doença de Alzheimer. Os sintomas clínicos podem ser observados após os 65 anos e com duração que pode superar os dez anos. Em geral, a DAIT ocorre de forma esporádica.



◦ **1.5 Diagnóstico**

- O diagnóstico pode ser obtido através do exame microscópico do tecido cerebral do doente após seu falecimento.
- Na prática, o diagnóstico é clínico, com exames complementares:
 - ☞ Avaliação aprofundada das funções cognitivas e Avaliação neuropsicológica
 - ☞ Tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) do encéfalo.
 - ☞ Exame do líquido cefalorraquidiano em busca de biomarcadores da doença.
 - ☞ Estudos genéticos em caso de DA precoce.



Imagens de Ressonância Magnética:
 (a) normal.
 (b) indivíduo com doença de Alzheimer (D.A.). imagem mostra aumento de espaços (em preto) devido a atrofia cerebral.

<https://di.hqleitor.com.br/klu/10202177>

1.6 Tratamentos

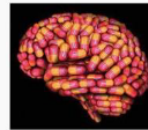
- Até o momento, não existe cura para a Doença de Alzheimer. Os avanços da medicina têm permitido que os pacientes tenham uma sobrevivência maior e uma qualidade de vida melhor, mesmo na fase grave da doença.
- Os tratamentos indicados podem ser divididos em farmacológico e não farmacológico.



1.6 Tratamentos

Tratamento Farmacológico

- Na DA, acredita-se que parte dos sintomas decorra de alterações em uma substância presente no cérebro chamada de **acetilcolina**, que se encontra reduzida. Um modo possível de tratar, é utilizar medicações que inibam a degradação dessa substância.
- As medicações que atuam na acetilcolina são: a rivastigmina, a donepezila e a galantamina (conhecidas como inibidores da acetilcolinesterase ou anticolinesterásicos).
- A memantina é outra medicação aprovada para o tratamento da demência da DA.



1.6 Tratamentos

Tratamento não farmacológico

- Atividades de estimulação cognitiva, social e física beneficiam a manutenção de habilidades preservadas e favorecem a funcionalidade
 - ⊗ Estimulação cognitiva;
 - ⊗ Estimulação social;
 - ⊗ Estimulação física;
 - ⊗ Organização do ambiente;
 - ⊗ Tratamentos específicos para problemas específicos.



1.7 Cuidados de Enfermagem

- Os cuidados de enfermagem direcionados ao paciente diagnosticado com DA são classificados como paliativos.
- A enfermagem irá identificar as complicações e instruir ao cuidador e/ou familiares.
- Desenvolvimento de medidas de comunicação entre o enfermeiro/paciente é de crucial importância.



1.7 Cuidados de Enfermagem

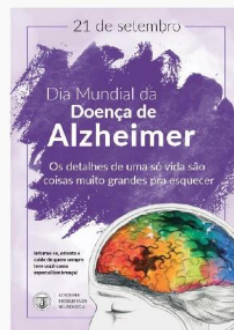
- A equipe de enfermagem irá auxiliar no:

- Estímulo cognitivo;
- Dieta saudável;
- Ações para melhoria do sono;
- Incentiva a arteterapia e musicoterapia;
- Estímulo da vida social;
- Esquema medicamentoso para administração nos horários corretos;
- Prevenção e controle da dor.



2.0 Referências

- ABRAZ (org.). Associação Brasileira de Alzheimer. Disponível em: <https://abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer/>. Acesso em: 11 ago. 2023.
- BARROS, A. C.; LUCATELLI, J. F.; MALUF, S. W.; ANDRADE, F. M. de. Influência genética sobre a doença de Alzheimer de início tardio. *Arch. Clin. Psychiatry*, v. 36 n. 1, p. 16-24. 2009.
- BITENCOURT, E. M.; KUERTEN, C. M. X.; BUDNY, J.; TUON, T. Doença de alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. *Inova Saúde*, v. 8 n. 2, p. 138. 2019
- DANONE (org.). **Alzheimer precoce**: quando a doença se manifesta antes dos 65 anos. Disponível em: <https://www.danonenutricao.com.br/adultos/terceira-idade/saude/alzheimer-precoce-doenca-antes-65-anos>. Acesso em: 11 ago. 2023.
- KNOPMAN, D. S.; BRELYEHI, Z.; KARAMAN, R. Uma abordagem geral da doença de Alzheimer. *Revista Eletrônica Acervo médico*; v. 23, n. 2, 2023.
- MIRANDA S. A. de, LIMA et al. Aplicabilidade de atividades lúdicas como parâmetro na reconhecimento do Alzheimer precoce na atenção básica de saúde. *Rev. Eletrônica Acervo Saúde*, n. 44, p. e2250, 2 abr. 2020
- SILVA, E. A; SILVA, E. C; FERREIRA, L. S. Cuidados de enfermagem em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer. *Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS*, v. 3, n. 3, p. 53-9, 2021



APÊNDICE B – Questionário sobre a Doença de Alzheimer

Qual módulo você está cursando atualmente? () Primeiro () Segundo

1) Julgue os itens relativos à doença de Alzheimer (DA).

I) A dependência para higienização, alimentação e locomoção está presente desde a fase inicial da doença, o que requer acompanhamento e supervisão de todas as atividades de vida diária do paciente com Alzheimer por familiares e cuidadores.

II) Na fase moderada da doença, percebe-se o agravo de problemas cognitivos, o paciente fica incapacitado para comunicar-se, não reconhece parentes, amigos, ficar extremamente dependente de um membro familiar e do cuidador.

III) Na fase avançada da doença o paciente apresenta dificuldades para comer. Possui dificuldade na deglutição, incontinência urinária e fecal. Fica confinada a uma cadeira de rodas ou cama.

Assinale a opção correta.

- A) Apenas o item III está certo.
- B) Apenas os itens I e III estão certos.
- C) Apenas os itens II e III estão certos.
- D) Todos os itens estão certos.

2) A causa exata da DA ainda não é completamente compreendida, mas são conhecidas algumas lesões cerebrais características dessa doença que são:

- A) Morte progressiva das células nervosas que produzem dopamina.
- B) Príons que causam uma alteração espongiiforme no cérebro visualizada ao exame microscópico após a morte.
- C) Excesso de proteína tau nos neurônios que afeta o lobo frontal ou/e o lobo temporal.
- D) Placas senis decorrentes do depósito de proteína beta-amiloide e os emaranhados neurofibrilares

emaranhados neurofibrilares.

26

3) Assinale a alternativa em que TODOS os fatores de risco para a DA são não modificáveis:

- A) Trauma craniano, sexo, tabagismo, hipertensão, diabetes.
- B) Idade, sexo, baixa escolaridade, histórico familiar, trauma craniano.
- C) Sexo, idade, sedentarismo, obesidade, dislipidemia.
- D) Tabagismo, baixa escolaridade, sexo, diabetes, idade.

4) O diagnóstico da DA é obtido:

- A) Através de Tomografia Computadorizada do Crânio
- B) Exames de Sangue e do Líquido Cefalorraquidiano
- C) Diagnóstico clínico que só pode ser confirmado com a biópsia cerebral após a morte.
- D) Ressonância Magnética e exame do Líquido Cefalorraquidiano

5) Alguns medicamentos utilizados no tratamento da DA são:

- A) Não existe tratamento para DA
- B) Inibidores da MAO como a Rasagilina, a Safinamida e a Selegilina
- C) Medicamentos dopaminérgicos como o Pramipexol e o Ropinirol,
- D) Anticolinesterásicos como a Rivastigmina, a Donepezila e a Galantamina

6) O tratamento não farmacológico da DA pode ser feito com:

- A) Treinamento cognitivo, contato social, fisioterapia, organizar o ambiente
- B) Treinamento das funções cognitivas como atenção, memória e linguagem
- C) Fisioterapia, organizar o ambiente, corrigir distorções e falhas de memória, manter o paciente isolado
- D) a DA só pode ser tratada com o uso de medicamentos

7) A DA é clinicamente dividida em dois subgrupos, quais são eles?

- A) Primário e secundário,
- B) Precoce e Tardio
- C) Inicial e Final

C) inicial e final

D) inicial e grave

27

8) Qual a faixa etária que a DA Tardia costuma aparecer?

A) Entre 55-60 anos

B) Acima dos 70 anos

C) Não há uma faixa etária específica

D) Após os 65 anos

