

ASPECTO PARA O CUIDADO INTEGRAL COM O PORTADOR DA DOENÇA DE AL- ZHEIMER

Luma Maria de Souza¹; Tereza Julio Borges da Costa¹; Solange de Oliveira Pereira¹; Plínio Gustavo dos Santos Oliveira de Novaes²; Gilmar dos Santos Soares^{3,5}; Paula Roberta Otaviano Soares Ferreira^{4,5*}

¹ Graduando em Enfermagem, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; ² Bacharel em Enfermagem – FITL/AEMS, Esp. em Atenção às Urgências e Emergências e em Enfermagem do Trabalho – INDEP; ³ Esp. em Formação Didática e Pedagógica da Enfermagem – ESAP, enfermeiro – FAI; ⁴ Mestre em Biologia Celular e Molecular – UFG; ⁵ Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

* autor correspondente: soarespr2@gmail.com

RESUMO

A doença de Alzheimer é um distúrbio cerebral irreversível e progressivo que destrói lentamente a memória e as habilidades de pensamento e, eventualmente, a capacidade de realizar as tarefas mais simples, sendo a causa mais comum de demência em idosos. Fazer um curso de formação em doenças mentais ajuda os profissionais que trabalham na área da saúde a entender que a doença de Alzheimer é uma doença degenerativa, e traz consigo toda uma gama de efeitos diferentes para as pessoas que a têm. A perda de memória, confusão e mudanças repentinas de humor são alguns dos efeitos mais comuns dessa patologia. Os profissionais precisam ter conhecimento e compreensão para lidar com esses tipos de efeitos e precisam estar preparados para lidar com como isso afetará os pacientes e as pessoas próximas a eles. O diagnóstico precoce da doença de Alzheimer geralmente é desafiador para o indivíduo diagnosticado e para a família, pois será possível prever como a doença irá se desenvolver, e ajuda e apoio específicos podem ser oferecidos aos indivíduos. O treinamento em doenças mentais ajuda os profissionais a aprender como devem responder aos pacientes. Comunicar-se com pessoas que têm demência é um desafio, mas para os profissionais de saúde e assistência social é importante que recebam formação que os ajude com isso.

PALAVRAS-CHAVE: Alzheimer; distúrbio; demência; tratamento; enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer é um distúrbio cerebral irreversível e progressivo que destrói lentamente a memória e as habilidades de pensamento e, eventualmente, a capacidade de realizar as tarefas mais simples. É a causa mais comum de demência em idosos. Embora a

demência seja mais comum à medida que as pessoas envelhecem, não é uma parte normal do envelhecimento (PEREIRA et al., 2022).

As exigências do cuidado podem limitar a capacidade do cuidador de cuidar de si mesmo. Assim, familiares de portadores com Alzheimer e demências relacionadas correm maior risco de

ansiedade, depressão e pior qualidade de vida. O processo de responsabilização e cuidado é difícil e demanda um conjunto de conhecimentos e técnicas para o manejo com o paciente (ORLANDO; FELIPE; BOLELA, 2017).

Os cuidadores familiares podem ser motivados a prestar cuidados por vários motivos: sentimento de amor ou reciprocidade, realização espiritual, sentimento de dever, culpa, pressões sociais ou, em casos raros, ganância. Cuidadores motivados por um sentimento de dever, culpa ou normas sociais e culturais são mais propensos a se ressentir de seu papel e sofrer maior sofrimento psicológico do que cuidadores com motivações mais positivas. Aqueles que identificam componentes mais benéficos de seu papel experimentam menos sobrecarga, melhor saúde e relacionamentos e maior apoio social (DADALTO; CAVALCANTE, 2021).

Os aspectos negativos de cuidar de pessoas com demência tendem a receber mais atenção, mas cuidar também tem sido associado a sentimentos e resultados positivos. Entre 55% e 90% dos cuidadores experimentaram experiências positivas, como desfrutar da união, compartilhar atividades, sentimento de vínculo recíproco, crescimento espiritual e pessoal, aumento da fé e sentimentos de realização e maestria. Gênero, idade, educação e etnia também podem influenciar a forma como os cuidadores veem seu papel (SERENIKI; VITAL, 2008).

Sentir-se mais positivo em relação ao cuidado tem sido associado a menor nível educacional, maiores recursos sociais, satisfação com a participação social e melhor estado de saúde física, ser não caucasiano e ser mais velho. A raça parece mediar os efeitos do cuidado. Em comparação com os americanos brancos, descobriu-se que os afro-americanos se identificam mais fortemente com os valores tradicionais, pontuam mais em uma escala de “justificativas culturais” para cuidar, incluindo percepções

de “dever”, dando exemplo para crianças, religiosos ou crenças espirituais, ensinamentos e expectativas da família e prestar cuidados em sistemas de cuidados coletivistas em vez de individualistas. Além disso, as barreiras para fornecer cuidados institucionais formais podem ser mais prevalentes na comunidade afro-americana (MATTOS; KOVÁCS, 2020).

Quando um membro da família é diagnosticado com doença de Alzheimer ou outra demência toda família tem que passar por um período de adaptação, desencadear uma série de emoções – incluindo raiva, medo, frustração e tristeza. Há também muitas decisões a serem tomadas sobre tratamento, cuidados, arranjos de vida, finanças e cuidados no final da vida. Como resultado, os conflitos familiares são comuns (ORLANDO; FELIPE; BOLELA, 2017).

Para o cuidador principal, a doença de Alzheimer pode ter um impacto tão grande em sua vida diária quanto no ente querido de quem cuida. O papel do cuidador não afeta apenas a forma como a pessoa passa seu tempo, mas também sua saúde e bem-estar geral. Os cuidadores em tempo integral geralmente sofrem de estresse, depressão, pressão alta e outras doenças físicas causadas pelo esforço e exaustão de fornecer cuidados constantes, a menos que cuidem bem de sua própria saúde mental e física (DADALTO; CAVALCANTE, 2021).

Este trabalho tem como objetivo descrever a importância do enfermeiro no tratamento de pessoas com Alzheimer. A metodologia utilizada busca analisar dados consistentes sobre o problema de pesquisa que o estudo visa investigar. Assim, será selecionada um conjunto de estudos em uma base de dados que forneça conteúdos científicos regulamentados e com veracidade de aprovação e reconhecimento. Para tal proposta, este estudo analisará artigos científicos disponíveis na base de dados do *Scientific Electronic Library Online*

(SCIELO) e do *Pepsic*, que contenham palavras chaves: Alzheimer, demência, enfermagem e cuidado.

2 DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer (DA) é um importante problema de saúde pública secundário ao aumento da expectativa de vida da população em geral e uma melhor apreciação das consequências socioeconômicas da doença. Foi definida por Alois Alzheimer em 1906 usando critérios de perda progressiva de memória, desorientação e marcadores patológicos (placas senis e emaranhados neurofibrilares) (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

A doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa gradual e progressiva causada pela morte de células neuronais. Geralmente começa no córtex entorrinal no hipocampo. Existe um papel genético identificado para a doença de Alzheimer de início precoce e tardio. Vários fatores de risco têm sido associados à doença de Alzheimer. O aumento da idade é o fator de risco mais importante para a doença de Alzheimer. Traumatismo cranioencefálico, depressão, doença cardiovascular e cerebrovascular, maior idade dos pais, tabagismo, história familiar de demência são conhecidos por aumentar o risco de doença de Alzheimer (MATTOS; KOVÁCS, 2020).

Educação superior, uso de estrogênio por mulheres, uso de agentes anti-inflamatórios e exercícios aeróbicos regulares são conhecidos por diminuir o risco de doença de Alzheimer. Ter um parente de primeiro grau com doença de Alzheimer aumenta o risco de desenvolver doença de Alzheimer em 10% a 30%. Indivíduos com 2 ou mais irmãos com doença de Alzheimer de início tardio aumentam o risco de contrair a doença de Alzheimer em 3 vezes em comparação com a população geral (MOREIRA, 2020).

Inicialmente assumiu-se que a DA era uma condição rara e, posteriormente, foi considerada uma consequência inevitável do envelhecimento. O estigma associado ao envelhecimento e outros fatores atrasou a pesquisa agressiva e o tratamento de pacientes com DA, mas esses equívocos estão desaparecendo e os tratamentos, embora inicialmente modestos em eficácia, estão se tornando disponíveis (DADALTO; CAVALCANTE, 2021).

As manifestações clínicas da DA incluem distúrbios nas áreas de memória e linguagem, orientação visuoespacial e função executiva superior. As alterações não cognitivas incluem alterações de personalidade, diminuição da capacidade de julgamento, divagação, psicose, perturbação do humor, agitação e alterações do sono (ORLANDO; FELIPE; BOLELA, 2017).

A avaliação diagnóstica de pacientes com suspeita de DA compreende (i) uma história de um informante confiável (contendo história médica geral, história neurológica, história neuropsiquiátrica, história familiar); (ii) exame físico e neurológico; (iii) exames laboratoriais de rotina (hemograma completo, análise múltipla sequencial, testes de função tireoideana, vitamina B12, folato, reagina plasmática rápida); exames laboratoriais opcionais (velocidade de hemossedimentação, sorologia para vírus da imunodeficiência humana (HIV), sorologia para doença de Lyme, urinálise, exame de urina, punção lombar, eletroencefalografia); e (iv) neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) (ORLANDO; FELIPE; BOLELA, 2017).

O exame neuropatológico (pesquisa das placas senis e emaranhados neurofibrilares característicos) de estudos de autópsia sugere uma taxa de acerto de 90% na detecção clínica de DA, se for feito usando critérios padronizados como os do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

A DA pode ser dividida em tipo

familiar e tipo esporádico, e em tipo de início precoce (com menos de 65 anos) e tipo de início tardio (com mais de 65 anos). A prevalência de 6 meses de DA na população geral parece ser de 5,5-9%. A prevalência da doença dobra a cada 10 anos. A DA atualmente aflige quase metade das pessoas com 85 anos ou mais (SERENIKI; VITAL, 2008).

Indivíduos com déficit cognitivo que não atendem aos critérios clínicos geralmente aceitos para DA, mas apresentam uma diminuição notável em relação aos níveis anteriores de desempenho cognitivo com problemas no novo aprendizado, podem ter comprometimento cognitivo leve. Estudos recentes mostram que 40% desses indivíduos desenvolverão DA em 3 anos (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

O reconhecimento precoce da DA é importante para o tratamento com inibidores da colinesterase, redução do estresse do cuidador, apoio da comunidade, atraso na institucionalização, planejamento do estilo de vida e questões legais (ORLANDO; FELIPE; BOLELA, 2017).

Ao tentar manter os pacientes com DA em suas casas pelo maior tempo possível, alguns ajustes no ambiente do paciente são importantes. Lembretes diários escritos podem ser úteis no desempenho das atividades diárias, relógios, calendários e janelas proeminentes são importantes (SERENIKI; VITAL, 2008).

As atividades do paciente devem ter mudanças mínimas; Manutenção da hidratação adequada, nutrição, exercício e limpeza são importantes. O apoio familiar é essencial, pois os membros correm risco de depressão, síndromes de ansiedade e insônia (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

As opções farmacológicas atuais disponíveis para os médicos que tratam a DA incluem intensificadores cognitivos para o tratamento do déficit cognitivo e estabilizadores de humor, antipsicóticos, antidepressivos e hipnóticos para o

tratamento de distúrbios comportamentais (ORLANDO; FELIPE; BOLELA, 2017).

O uso de inibidores da colinesterase na DA é baseado na deficiência colinérgica observada na doença. Apenas os inibidores da colinesterase mostraram respostas clinicamente significativas para pacientes com DA. Ao utilizar esses compostos, há um aumento na concentração de acetilcolina disponível para transmissão sináptica por inibição de enzimas responsáveis por sua hidrólise (ie, acetilcolinesterase). Esses medicamentos parecem ser úteis durante toda a doença, mas particularmente no estágio intermediário (MENDES; SANTOS, 2016).

Os inibidores da colinesterase disponíveis agora mundialmente para uso clínico são donepezil, tacrina, galantamina e rivastigmina. Médicos e familiares podem não necessariamente observar uma melhora aguda nos sintomas, mas os pacientes sobre os medicamentos terão a aparência de menor perda na cognição em comparação com os controles.

Uma ampla gama de distúrbios comportamentais associados à demência aflige a maioria dos pacientes com DA, sendo a depressão e a psicose os mais estudados do ponto de vista do tratamento. A depressão em pacientes com DA deve ser tratada agressivamente, com monitoramento cuidadoso da função cognitiva (DADALTO; CAVALCANTE, 2021).

3 CAUSAS E RISCOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Existem riscos constantes e modificáveis para a doença de Alzheimer, os fatores são significativos porque esses números garantem a concepção das predisposições da evolução da doença antes do início e permite a estratificação de cada cliente que pode estar em risco aumentado. Existem riscos de fatores genéticos e não genéticos, além de que o envelhecimento é significativo causa da

doença (MATTOS; KOVÁCS, 2020).

A doença de Alzheimer é considerada uma doença degenerativa do sistema nervoso central que tende a ser uma doença de progressão lenta e constante. O enfraquecimento ocorre em várias formas como a deficiência intelectual. O comprometimento da memória, por exemplo, as dificuldades em aprender algo novo e dificuldade em recordar o que foi aprendido anteriormente (MORREIRA, 2020).

Na situação demográfica em mudança com o envelhecimento previsto da população em torno de no mundo, a questão da doença de Alzheimer adquire especial relevância e importância socioeconômica. Nos países progressistas, a doença de Alzheimer vem sendo considerado como uma questão básica de saúde em um sistema de saúde. Isto é entendido como um número cada vez maior de pessoas, que podem estar em risco de desenvolver a doença, como bem como a duração da doença e pacientes gravemente incapacitados. É muito significativo para levar em consideração o problema da doença, porque os pacientes serão necessários, caso contrário os pacientes que requerem, em alguns casos, hospitalização por toda a vida em hospitais especiais e outros locais, como casas de serviço para ficar para reabilitação (CAETANO; SILVA; SILVEIRA, 2017).

A doença produz tanto enormes dificuldades financeiras e grandes problemas sociais e psicológicos para a família e sociedade. As taxas de prevalência e incidência podem mudar várias vezes entre diferentes pesquisas. Um achado consistente é o aumento dramático com a idade; as taxas de prevalência são 25-48% para pessoas com mais de 85 anos. Foram encontrados dois fatores de risco mais consistentes para a doença de Alzheimer são o envelhecimento e a história familiar positiva. O segundo dos fatores de risco pode afetar o traumatismo craniano. O diagnóstico da doença de

Alzheimer é quase certamente o impacto de causas heterogêneas (PEREIRA et al., 2022).

Os fatores de risco dos pacientes com doença de Alzheimer são idade, doença demencial, baixa escolaridade e isolamento social. Fatores de risco de cuidados importantes incluem hipertensão, colesterol alto, distúrbio do metabolismo do açúcar e excesso de peso. Além disso, lesões na cabeça recorrentes e toxinas ambientais. Não há cura por enquanto. Medicação o mais cedo possíveis cuidados retarda significativamente a progressão dos sintomas da doença e permite mais tempo trabalho gerenciando em casa. A doença da memória não pode ser curada, mas o objetivo é apoiar os doentes e lidar com os familiares no dia a dia. A reabilitação prova que a capacidade de funcionar permanece, se possível (MARQUES et al., 2022).

4 TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Uma vez que os dados de ensaios clínicos são limitados, o tratamento da depressão em portadores da DA permanece empírico, consiste em iniciar com antidepressivo em dose baixa e aumentá-la lentamente. Dosagem suficiente e duração do tratamento são necessários para a resposta clínica em pacientes deprimidos sem demência. Os idosos deprimidos podem levar até 6 semanas para responder à medicação antidepressiva e espera-se que os pacientes com DA levem tanto tempo (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

O uso de antidepressivos tricíclicos é limitado a nortriptilina e desipramina, uma vez que eles têm menos propriedades anticolinérgicas do que seus compostos amitriptilina e imipramina. Ambos foram estudados em ensaios duplo-cegos, controlados por placebo e foram eficazes no tratamento da depressão em pacientes com DA (SERENIKI; VITAL,

2008).

Os antidepressivos mais recentes, incluindo fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram, nefazodona, bupropiona, mirtazapina e venlafaxina parecem ter efeitos benéficos na depressão em pacientes com DA, embora apenas fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina tenham sido estudados em duplo-ensaios cegos, controlados por placebo. Atualmente, os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs) são o padrão de tratamento para o tratamento da depressão em pacientes com DA (DADALTO; CAVALCANTE, 2021).

A depressão nesses pacientes pode muitas vezes ser complicada por psicose e distúrbios comportamentais, que também podem ser um fator independente característica da doença. A incidência de psicose em pacientes com DA é de 25-50%. Vários tratamentos foram propostos, mas muito poucos ensaios controlados estão disponíveis. O tratamento da psicose em pacientes com DA deve basear-se em antipsicóticos atípicos, como risperidona e olanzapina, que foram usados em estudos duplo-cegos controlados por placebo (DADALTO; CAVALCANTE, 2021).

A risperidona foi estudada em um grande estudo duplo-cego, controlado por placebo (625 pacientes), avaliando a eficácia e segurança de um antipsicótico atípico no tratamento de psicose e sintomas comportamentais em pacientes com DA. Este estudo mostrou que 1 mg de risperidona por dia melhorou significativamente a psicose sem o surgimento dos efeitos colaterais associados aos antipsicóticos típicos. Outro estudo recente, duplo-cego, controlado por placebo comparou os efeitos da risperidona com os do haloperidol e placebo em pacientes com DA, e mostrou eficácia igual da risperidona com haloperidol (dose semelhante de 1 mg de cada um dos compostos), mas com menos efeitos colaterais extrapiramidais com o agente atípico (ORLANDO; FELIPE; BOLELA, 2017).

O tratamento tanto do distúrbio cognitivo quanto do distúrbio comportamental parece retardar a colocação em uma casa de repouso e melhorar a morbidade e mortalidade, resultando em um impacto econômico significativo na DA (MATTOS; KOVÁCS, 2020).

As atuais abordagens de tratamento da demência são baseadas em graus variáveis de evidência científica, refletindo uma compreensão incompleta da fisiopatologia básica da DA. Déficits colinérgicos foram bem descritos e as evidências são suficientemente consistentes para tornar os inibidores da colina-esterase (donepezil, tacrina, rivastigmina e galantamina) o tratamento recomendado para distúrbios cognitivos em pacientes com DA (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2020).

O tratamento sintomático com foco principalmente na terapia colinérgica foi clinicamente avaliado por estudos randomizados, duplo-cegos, controlados por placebo e de grupos paralelos, incluindo testes baseados em desempenho de função cognitiva, atividades da vida diária e comportamento. Os inibidores da colinesterase podem tratar distúrbios comportamentais (CAETANO; SILVA; SILVEIRA, 2017).

Tratamentos com antioxidantes, agentes anti-inflamatórios e terapia de reposição de estrogênio ainda são controversos, embora ensaios clínicos explorando sua eficácia estejam em andamento. Antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor, ansiolíticos e hipnóticos são usados para o tratamento sintomático de distúrbios comportamentais (PEREIRA et al., 2022).

5 O PAPEL DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O profissional de enfermagem é essencial no cuidado com a pessoa com Alzheimer, visto que tem conhecimento e técnicas que possibilitam lidar com a demanda. As intervenções de

enfermagem para um cliente com demência são orientar o cliente. Permitir que tenha objetos familiares ao seu redor; usar outros itens, como relógio, calendário e horários diários, para auxiliar na manutenção da orientação para a realidade. As pessoas com a doença de Alzheimer exigem mais cuidados à medida que sua condição progride. Os cuidadores podem precisar de ajuda para realizar tarefas fisicamente exigentes, como tomar banho, mover-se ou vestir uma pessoa (CAETANO; SILVA; SILVEIRA, 2017).

Atuação da enfermagem em cuidados domiciliares devem funcionar de forma independente em vários tipos de ambientes e circunstâncias não familiares. Como o lar é domínio da família, é diferente entre o cuidado domiciliar e o hospital prestar cuidados de enfermagem em questões de autoridade e controle, por exemplo, os enfermeiros na atenção domiciliar devem construir uma relação harmoniosa e de confiança que pode obter permissão para entrar na casa (MATTOS; KOVÁCS, 2020).

Uma vez que os cuidadores são encarregados de realizar tarefas em conformidade com o padrão exigido, eles têm responsabilidades consideráveis. Os enfermeiros são responsáveis por fornecerem uma variedade de práticas de enfermagem para os pacientes e desempenham papéis de liderança significativos. Os enfermeiros executam diversas atividades no cuidado domiciliar, por exemplo, interação, educação em saúde para pacientes, familiares e cuidadores, implementação de procedimentos técnicos, inspeções de e aspectos administrativos (PEREIRA et al., 2022).

Em termos de ações interativas entre pacientes, familiares e cuidadores, os enfermeiros devem ser capazes de construir um relacionamento eficaz com os pacientes. Além disso, os enfermeiros devem ser capazes de oferecer suporte no bem-estar emocional e psicológico dos pacientes, ter boas habilidades de

negociação com os pacientes, construir confiança no relacionamento com os pacientes, respeitar e ouvir as preocupações dos pacientes também. No que diz respeito à educação em saúde, o enfermeiro deve ser capaz de oferecer orientações para pacientes, familiares e cuidadores, aprimorar estratégias de ensino, dar treinamento de prevenção de riscos em emergências (MOREIRA, 2020).

Em termos de ações clínicas, os enfermeiros devem estar equipados com conhecimentos profissionais de gestão de medicamentos, gestão de cuidados agudos, gestão da dor, gestão de feridas, prevenção em nutrição parenteral, diálise peritoneal, procedimentos técnicos como monitoramento de sinais, enemas, avaliação física, auxílio nas atividades diárias, avaliação de risco e precauções de complicação também (MARQUES et al., 2022).

No aspecto da administração, alguns cuidados domiciliares consideram que os enfermeiros geralmente executam as tarefas sob supervisão. No entanto, outros enfermeiros, que são considerados enfermeiros administrativos, realizam principalmente e supervisão administrativa. Além disso, considera-se que os enfermeiros organizam a casa visitas, e são considerados como coordenador do cuidado e administrador de caso na assistência de enfermagem ordenação (SANTOS, 2022).

Nos estágios iniciais da doença de Alzheimer, considera-se que os pacientes idosos realizam atividades se possível, participar da esfera social, realizar hobbies e manutenção da capacidade cognitiva, De acordo com os sintomas dos pacientes, a necessidade do tratamento tende a aumentar devido à progressão da doença.

Os objetivos mais importantes são apoiar o bem-estar, a saúde, a capacidade funcional da população idosa e apoiar os idosos a viver de forma independente; aumentar e fortalecer as

oportunidades de participação dos idosos no desenvolvimento de serviços; melhorar a capacidade dos idosos de acessar serviços sociais e de saúde de alta qualidade; para aconselhar a utilização de outros serviços disponíveis; além de receber os serviços com bastante antecedência e antes que sua capacidade funcional diminua.

Para receber cuidados e tratamento, deve haver a necessidade de razões médicas para se basear em hospitalização de curto e longo prazo. Os métodos incluem o método físico, método psicológico e método cognitivo, a saber, Índice de Barthel (IB: ADL, IADL), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Cognition Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), MEEM (Mini-Exame do Estado Mental), Centro de Estudos Epidemiológicos Escala de Depressão (CES-D) e Avaliação Geriátrica Abrangente (CAETANO; SILVA; SILVEIRA, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DA é a forma mais comum de demência entre pessoas com mais de 65 anos de idade, e espera-se que cause a maior crise de saúde pública como o rápido aumento do número de idosos nas próximas três décadas. No entanto, não existem terapias atualmente disponível para curar a doença de Alzheimer. Portanto, é de grande importância para descobrir formas eficazes de reduzir o risco de desenvolver DA, bem como para retardar a progressão da doença.

Durante o processo de busca de dados, tivemos dificuldades para encontrar informações abrangentes e confiáveis sobre as intervenções motivacionais de enfermagem na ativação psicológica, ativação cognitiva, ativação física e nutrição para ativar pacientes com DA. Muitos materiais indicam intervenções gerais de enfermagem para tratar pacientes com DA. Nós escolhemos cuidadosamente os materiais que estavam relacionados aos métodos motivacionais para

enfermeiros de cuidados domiciliares e de fontes confiáveis. Em estudos futuros, é importante descobrir novos métodos motivacionais para enfermeiros de cuidados domiciliares ajudar os pacientes idosos a prevenir ou retardar a progressão da DA. Para o desenvolvimento futuro, é importante descobrir atividades mais estimulantes para ajudar a estimular a mente, os sentidos dos pacientes e desejo de uma vida agradável.

Um humor positivo para interagir é uma parte essencial da comunicação com os pacientes que vivem com a doença. O tom de voz, a linguagem corporal e a atitude são fatores importantes e podem definir o humor ao lidar com alguém com demência. A demência muitas vezes faz com que o indivíduo fale e olhe para trás em sua vida, por isso é uma boa ideia que os cuidadores ouçam e façam perguntas sobre a vida de um paciente. Isso permite que os pacientes se abram e se comuniquem de forma mais eficaz e, ao discutir um tópico que um paciente possa lembrar e falar, promove uma mentalidade positiva. Um curso de treinamento de demência eficaz ajuda os profissionais não apenas a aprender e entender o que é a doença, mas também fornece as habilidades e conhecimentos necessários para lidar com a condição de forma eficaz.

Os cuidados com a demência são importantes tanto para o indivíduo, mas também para sua família e amigos, e os cuidadores podem muitas vezes ser chamados para apoiar o paciente e seus entes queridos, portanto, um curso de treinamento em demência é essencial para que eles estejam equipados e recebam as melhores informações e conhecimento para lidar com os muitos efeitos que a demência tem tanto nos pacientes quanto nos indivíduos que fazem parte de suas vidas.

REFERÊNCIAS

CAETANO, L. A. O.; SILVA, F. S. da;

SILVEIRA, C. A. Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. Vínculo, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 84-93, 2017.

DADALTO, E. V.; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 1, p. 147–157, 2021.

GALLUCCI NETO, J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 32, n. 3, p. 119-130, 2005.

MARQUES, Y. S. et al. Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: potencialidades, fragilidades e estratégias. Cogitare Enfermagem [online]. v. 27, 2022.

MATTOS, E. B. T.; KOVÁCS, M. J. Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. Psicologia USP [online]. v. 31, 2020.

MENDES, C. Filgueira Maciel; SANTOS, Anderson Lineu Siqueira dos. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 1, p. 121–132, 2016.

MOREIRA, M.; MOREIRA, S. V. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer: uma perspectiva neurológica. Psicol. pesq. [online]. v. 14, n. 3, 2020.

ORLANDO; F. S.; BOLELA, Al. Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. Vínculo, v. 14, n. 2, p. 84-93, 2017.

PEREIRA, J. R. et al. Assistência de enfermagem ao idoso portador de Alzheimer: revisão integrativa. Cadernos ESP, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 63-76, 2022.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. de. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem?. Revista Gaúcha de Enfermagem [online], v. 32, n. 2, 2011.

SANTOS, C. de S. dos, BESSA, X. T. A.; JUNQUEIRA, A. Fatores associados à demência em idosos. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 2. p. 603-611. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 30, n. 1 suppl, 2008.