

Análise quantitativa dos acadêmicos da Faculdade Ciências da Saúde do UNIPAM frente ao tratamento do portador do Mal de Alzheimer

Janayna de Fátima Moreira

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM
e-mail: janayna_moreira@yahoo.com.br

Abdias André Caixeta Magalhães Tibúrcio

Colaborador: Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM
e-mail: abdiasandre@gmail.com

Débora Vieira

Orientadora: Fisioterapeuta, Docente no Centro Universitário de Patos de Minas.
Mestre em Neurociências. e-mail: vieira.debora@gmail.com

Resumo: O estudo verificou a formação dos acadêmicos dos últimos períodos de cursos da Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) quanto ao conhecimento específico sobre o Mal de Alzheimer e o trabalho em equipe interdisciplinar atuante e integrado nos cuidados com os portadores deste mal. Esta é uma pesquisa de campo que consistiu na aplicação de um questionário contendo questões de múltipla escolha que posteriormente foram analisadas e comparadas com informações pesquisadas em portais de revistas científicas. Os resultados revelaram que os acadêmicos apresentam dificuldades em reconhecer e integrar uma equipe profissionalizante, além de não conseguirem identificar os sintomas específicos da patologia. Concluímos que apesar de a maioria dos entrevistados se achar apta e qualificada para integrar uma equipe multidisciplinar no tratamento do portador do Mal de Alzheimer, estes não conhecem de fato o papel de cada integrante da referida equipe, o que prejudicaria as interações entre os profissionais, resultando em um déficit na qualidade da assistência prestada ao cliente e à família.

Palavras-chave: Mal de Alzheimer. Equipe multidisciplinar. Acadêmicos.

Abstract: This study searched the training of academics in later periods of the courses of the Faculdade de Ciências da Saúde (UNIPAM) as on the specific knowledge about Alzheimer and the work with interdisciplinary teams active and integrated in the care of patients with this illness. This is a field research that consisted of a questionnaire containing multiple choice questions that were later analyzed and compared with the information present in on-line pages of scientific journals. The results showed that academics have difficulty in recognizing and joining a professional team, besides having a difficulty in identifying the specific symptoms of this disease. We concluded that although most of the interviewees claim to be apt and qualified to join a multidisciplinary team in the treatment of patients with Alzheimer, they do not really know the role of each member of that team, what would impair the interactions between professionals, resulting in a deficit in the quality of care provided to the client and to the family.

Keywords: Alzheimer disease. Multidisciplinary team. Academics

1. Introdução

O envelhecimento é um fenômeno dinâmico e progressivo, que permanece ainda como um dos pontos mais complexos e desconhecidos para os pesquisadores, pois não se sabe como este fenômeno se desenvolve, evolui e, principalmente, quais os mecanismos que o desencadeiam ou que possam retardá-lo. Porém, na tentativa de minimizar as repercussões no estilo e na qualidade de vida, órgãos nobres, tais como o cérebro, coração e rins, procuram reequilibrar-se constantemente, visando à manutenção do seu melhor padrão funcional por meio de mecanismos homeostáticos (FREITAS, et al., 2006; SILVA, et al., 2005).

Na perspectiva dessa visão no fórum mundial de debates, realizado em Madrid (2002), sobre o envelhecimento, foi ressaltada a necessidade de os países e organizações implantarem políticas de envelhecimento ativo e programas que incrementem a saúde, a independência e a produtividade do idoso.

Sabe-se que de acordo com estimativas recentes do U. S. National Institutes of Health, o número de pessoas com idade superior a 65 anos dobrará de 36 milhões em 2003 para 72 milhões em 2030 (NATIONAL Institute on Aging, 2009). No Brasil, estima-se que em 2020 a população de idosos será de 28,5 milhões, colocando o país entre as seis maiores populações de idosos do mundo (FORTUNA, 2007).

Ao contrário do que se pensava, os distúrbios funcionais típicos da senescência não são decorrentes de nenhuma patologia, mas sobrevêm simplesmente em consequência do passar do tempo, o que pode ser corretamente definido por envelhecimento intrínseco ou eugeria, ao passo que as alterações funcionais decorrentes de patologias comuns à terceira idade constituem a patogeria, senilidade ou envelhecimento secundário (PAPALÉO NETTO, 2001).

Porém, a temática que torna a qualidade de vida um estado precário é o envelhecimento patológico, que surge quando os danos naturais da senescência ocorrem em uma intensidade maior, ocasionando deficiências funcionais marcantes e alterações das funções nobres do Sistema Nervoso Central. A repercussão dessas alterações neuronais influencia diretamente nas atividades desempenhadas pelo indivíduo, e também em sua capacidade cognitiva, levando-o a um quadro demencial e consequentemente à inatividade (SCHIMIDT, 2006). De acordo com os fatos, no quadro demencial ocorre manutenção da consciência e severidade suficiente para interferir nas funções sociais e ocupacionais do indivíduo; assim, é de tal importância diferenciar as perdas do envelhecimento normal e os déficits ocasionados pela demência (CALDAS, 2004).

Há mais de cem anos foi descrita pelo neurocientista alemão Alois Alzheimer a doença que foi alcunhada pelo seu nome e que atualmente tornou-se a mais comum das demências, acometendo cerca de 55% das pessoas com idade superior a 65 anos (BRUCKI, 2006; SCHIMIDT, 2006).

Trata-se de uma doença degenerativa e progressiva decorrente de alterações neuropatológicas e bioquímicas que levam à morte neuronal e à consequente atrofia cerebral. São ainda observados comprometimentos à integridade física, mental e social do portador, culminando em uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos e em tempo integral (LUZARDO, 2009; SMELTZER, 2006). O quadro clínico do Mal de Alzheimer (MA) caracteriza-se pelo comprometimento de funções cognitivas como memória, atenção, concentração, funções executivas, praxias, linguagem, gnosis e funções não cognitivas: humor, personalidade e comportamento

(BRUCKI, 2006; KAUFFMAN, 2001). O paciente ainda pode apresentar repetição de movimentos físicos, ilusões ou alucinações, até mesmo invenção de histórias para preencher espaços vazios na memória (KAUFFMAN, 2001; NATIONAL Institute on Aging, 2009).

O tratamento desta enfermidade objetiva a lenta evolução da doença, uma vez que não se conhece a cura para tal. Deste modo, o MA causa profundas alterações no dia a dia das famílias, além de trazer um abalo e sobrecarga emocional a todo núcleo profissionalizante, sendo assim considerada uma doença familiar, pois impõe a necessidade de se programar medidas de apoio e cuidados tanto para o doente como para seus familiares (PELZER, 1997).

Diante dos fatos, uma equipe de saúde estruturada e sistematizada deve estar atenta às queixas e sintomas detectados, a fim de possibilitar a determinação do estado de acuidade mental do paciente (MACHADO, 2006). Portanto, em relatos de experiências sobre as ações educativas em saúde com idosos, tende-se a reafirmar o propósito das equipes que conduzem as práticas paliativas e curativas para a promoção da saúde (NÉRI; CACHIONI, 1999); elas são cuidadosas no intuito de garantir a integridade funcional na senilidade. Por outro lado, ainda são iniciais os princípios para a promoção do bem-estar físico, mental e social do paciente, sobretudo no que se refere à operacionalização e organização de indicadores multiprofissionalizantes (NÉRI; CACHIONI, 1999; BRUCKI, 2006).

Deste modo, a temática abordada é de suma importância por se tratar de um problema que vem atingindo um número crescente de pessoas, as quais necessitam de cuidados especiais e especializados, tendo em vista que a assistência à saúde de pessoas idosas com doenças demenciais exige longos períodos de tratamento. O problema fragiliza tanto o paciente quanto a família. Portanto, é relevante que todos os profissionais da saúde deixem o meio acadêmico conhecendo métodos de diagnóstico precoce e dêem início imediato e sistematizado ao tratamento paliativo deste mal, uma vez que a implementação precoce do tratamento farmacológico, a intervenção interdisciplinar e o envolvimento da família e dos grupos de apoio tornam-se fundamentais para o sucesso no tratamento dos portadores do MA (MACHADO, 2006).

Diante de uma gama tão extensa de necessidades que os pacientes com MA apresentam, faz-se necessária a participação de profissionais de várias especialidades para proporcionar um tratamento de melhor qualidade. No entanto, há uma carência de estudos relacionados à interação entre os profissionais da saúde com a necessidade de uma assistência que inclua a própria equipe clínica e o familiar no planejamento das ações do cuidado. Portanto, dentro de uma contextualização social e educacional na área da saúde temos observado uma falha na existência ou formação destas equipes em instituições, o que inviabiliza a preservação dos valores humanos condizentes à saúde mental e física, além da valorização da família e da própria casa como local de cuidados informal da saúde (LUZARDO, 2004).

Portanto, o presente estudo busca detectar na formação dos acadêmicos dos cursos da Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM) o conhecimento necessário para uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar ao portador de MA no exercício de sua profissão, pois se espera que essa abordagem possa alertar os futuros profissionais e a comunidade da saúde pública a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados a serem prestados na promoção da saúde do idoso demencial.

2. Materiais e métodos

O projeto foi realizado na Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM), submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma instituição. A pesquisa foi estruturada num trabalho de campo com abordagem quantitativa. Esta se baseia na premissa de que os cuidados interdisciplinares, apesar de descritos na literatura, não são devidamente abordados durante a vida acadêmica em cursos da área da saúde.

A amostra de 177 acadêmicos foi selecionada aleatoriamente entre os cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Psicologia. Os acadêmicos dos respectivos cursos dos últimos períodos envolvidos nos cuidados diretos do paciente responderam a um questionário com questões de múltipla escolha relacionadas aos aspectos comportamentais do futuro profissional. As questões foram direcionadas isoladamente, e depois para um trabalho em equipe. No curso de Medicina o questionário foi aplicado no final do 2º ano, devido à ausência de períodos mais avançados. As respostas às questões foram em seguida analisadas, registradas e posteriormente comparadas às diretrizes citadas na literatura pertinente ao referido assunto. Ressaltamos que as respostas obtidas foram utilizadas unicamente para elaboração dos resultados desta pesquisa, e as identidades dos sujeitos pesquisados não foram colhidas.

Os dados obtidos por meio do questionário foram tabulados e alinhados de acordo com as respostas obtidas, relacionando os resultados com a formação profissional e seus conhecimentos sobre a atuação de cada perfil profissionalizante. As informações colhidas foram plotadas em gráficos, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007, e as variáveis quantitativas descritas por meio de média e desvio padrão.

Os resultados desta pesquisa foram divulgados aos acadêmicos da Faculdade de Ciências da Saúde por intermédio de painel expositivo contendo os resultados e conclusões da pesquisa.

3. Resultados e discussão

Foram analisados 177 questionários, em que 28% destes correspondiam ao curso de medicina, 24% ao curso de enfermagem, 20% ao curso de psicologia, 19% ao curso de fisioterapia e 9% curso de nutrição (Gráfico 1).

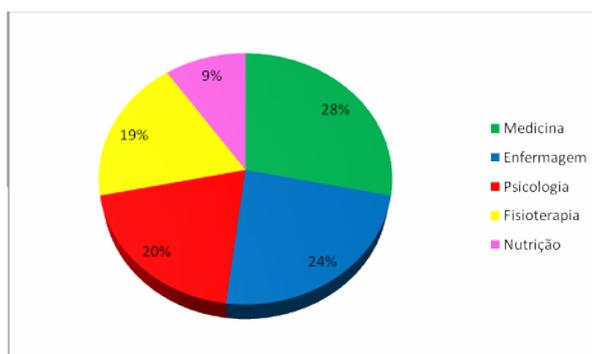


Gráfico 1. Cursos pesquisados.

Da totalidade dos indivíduos pesquisados (Gráfico 2), a maioria não atuou no mercado de trabalho, e apenas 32% relataram já ter desempenhado alguma atividade profissional na área da saúde. Esses resultados mostraram que a grande porcentagem não apresenta atuação prévia numa equipe multiprofissionalizante. Porém espera-se que um conhecimento teórico e prático associado a um trabalho em equipe seja abordado no decorrer da vida acadêmica.

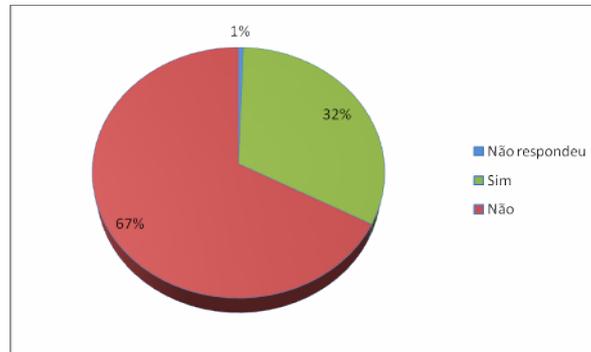


Gráfico 2. Indivíduos que trabalham ou já trabalharam na área da saúde.

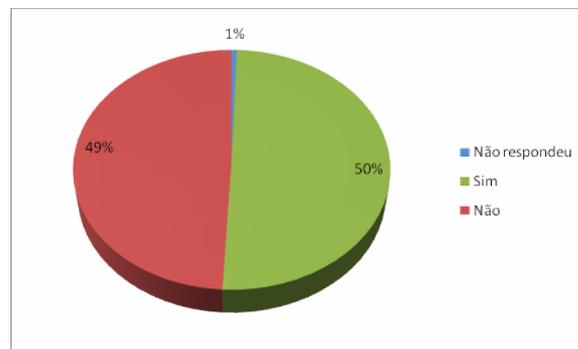


Gráfico 3. Indivíduos que tiveram contato com portadores do Mal de Alzheimer em sua atividade profissional ou em campo de estágio.

Entre os alunos entrevistados, 49% não tiveram contato com portadores do Mal de Alzheimer em sua atividade profissional ou em campo de estágio (Gráfico 3), e 63% relataram que não foram contemplados em sua formação acadêmica cuidados específicos para com o portador dessa demência (Gráfico 4). Esses resultados nos colocam a par da situação dos acadêmicos e da estrutura preparatória da aquisição do conhecimento, habilidade e atitude que regem uma dinâmica de trabalho, para que o aluno possa assumir responsabilidades coletivas quanto à realização de tarefas significantes. Portanto, dentro dessas observações e com o envelhecimento da população mundial em franca expansão, a prevalência de doenças demenciais tende a aumentar (Organização Mundial da Saúde), e uma equipe de ações educativas em saúde do idoso com

conhecimento adequado para oferecer práticas paliativas e curativas na promoção de saúde durante a formação profissionalizante é de grande relevância (NÉRI; CACHIONI, 1999; MACHADO, 2006).

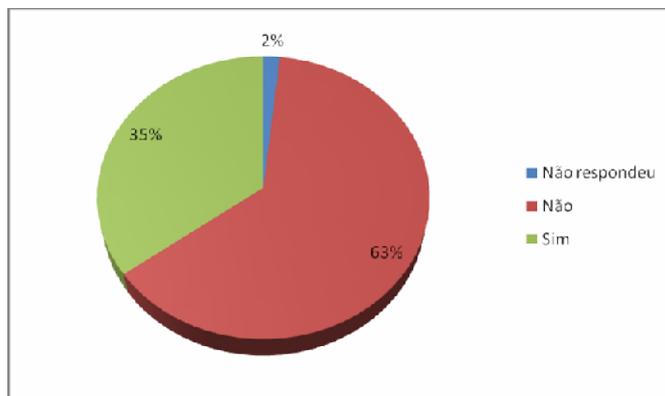


Gráfico 4. Indivíduos acreditam que foram contemplados em sua formação acadêmica os cuidados específicos como o portador do Mal de Alzheimer

Com relação à questão sobre quais eram os principais profissionais envolvidos nos cuidados com o portador do Mal de Alzheimer (Gráfico 5), observamos uma grande valorização dos profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos. Porém, a inferência sobre a importância dos profissionais de fisioterapia, nutrição, farmacêutico e educador físico foi decrescendo na opinião dos entrevistados. Estas observações mostraram a falta de informação sobre a competência desses cursos na prática técnica dos cuidados para a promoção da integridade funcional na senilidade, principalmente no que diz respeito ao conhecimento teórico da patologia. Sabemos que os pacientes portadores desta doença frequentemente apresentam quadro de desnutrição, que seria o fator desencadeante para infecções e úlceras de pele, além de disfunções físico-motoras e cognitivas (VALENTINA; ROMERO, 2005; BRUCKI, 2006) que levam esses pacientes a um significativo déficit na qualidade de vida (CARAMELLI; BARABOSA, 2002).

Dentre os profissionais de farmácia e educação física (Gráfico 5), já era esperado que os mesmos aparecessem nas últimas posições, pois estudos ainda mostram pouca participação nos cuidados diretos com o portador deste mal.

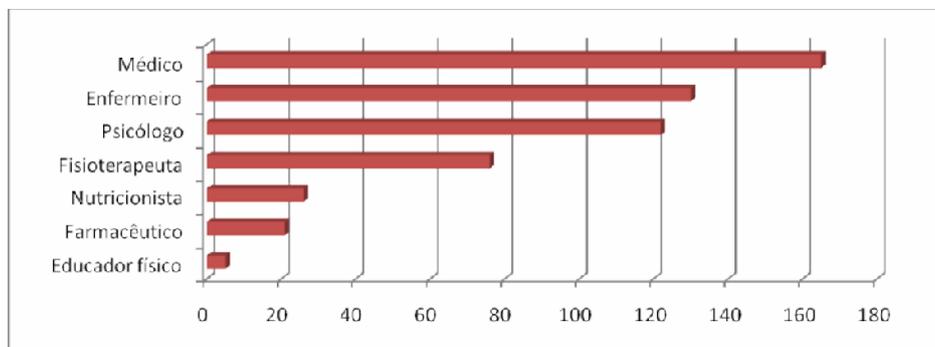


Gráfico 5. Os principais profissionais de saúde envolvidos nos cuidados com o portador do Mal de Alzheimer, segundo os entrevistados.

Diante das observações dos resultados (Gráfico 6), o achado clínico mais relevante entre os alunos dos diversos cursos da área de saúde de nossa instituição foi a “confusão no discurso”. Sabemos que o quadro característico deste mal, que tende a fechar o diagnóstico precoce, é o comprometimento de funções cognitivas, como a perda de memória recente, muito divulgado entre os estudos específicos dessa doença (BRUCKI, 2006). Dentre os outros sinais e sintomas importantes em questão, observamos que os tremores nas mãos foi o quarto colocado na opinião dos entrevistados. Isso demonstra que os futuros profissionais ainda não conhecem as características fisiopatológicas específicas do tema abordado e as diferenças associadas com outras doenças demenciais, como o Mal de Parkinson.

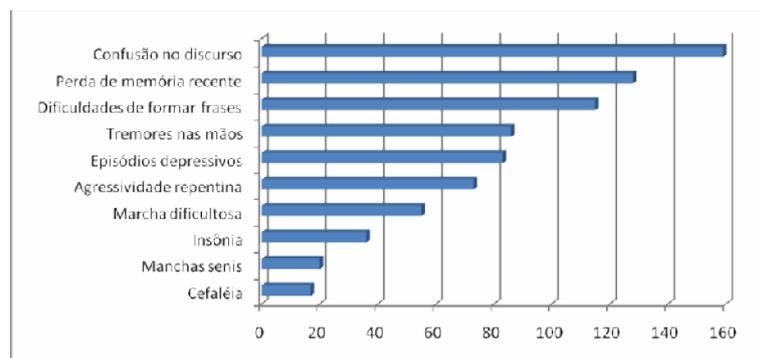


Gráfico 6. Os sinais e sintomas que, na opinião dos entrevistados, são achados clínicos importantes nos portadores do Mal de Alzheimer.

Com relação ao trabalho em uma equipe multidisciplinar (Gráfico 7), 66% dos acadêmicos afirmaram que foi adquirida em sua graduação habilidade para integrar uma equipe. Portanto, ao pedir que os entrevistados relacionassem os profissionais da saúde com suas respectivas competências desempenhadas numa integração entre profissões para aliviar o sofrimento do paciente, observamos altos valores atribuídos de forma decrescente ao profissional de psicologia, enfermagem, medicina, fisioterapia e nutrição (Gráfico 8). Dentro destas observações, devemos destacar a importância igualitária e inclusão de vários profissionais para atuação dinâmica e especializada voltado para um objetivo comum, a melhora do paciente. Robbins (2004) afirma que equipes são capazes de melhorar o desempenho do indivíduo quando a tarefa requer múltiplas habilidades, conhecimento complementar, julgamento e experiência.

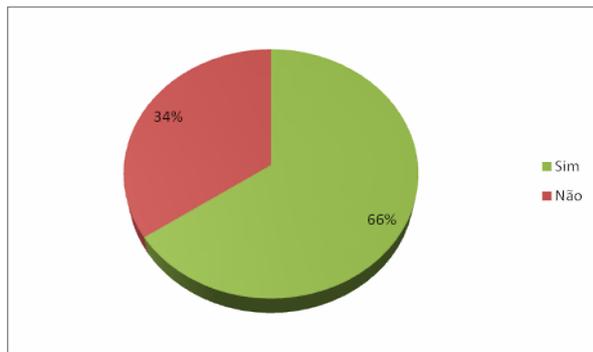


Gráfico 7. Indivíduos acreditam que foram contemplados em sua formação acadêmica com a habilidade para integrar uma equipe

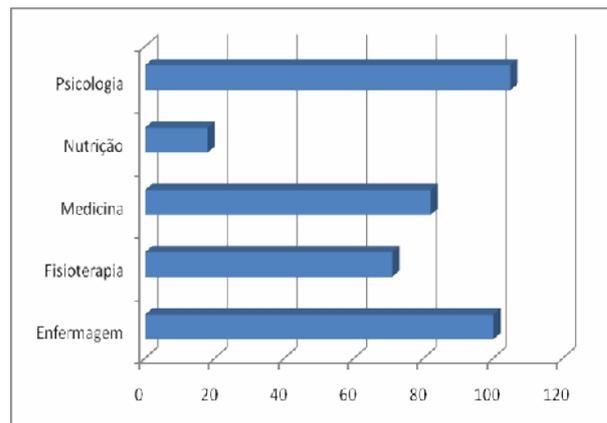


Gráfico 8. Profissionais de saúde responsáveis por aliviar o sofrimento do paciente, na opinião dos entrevistados.

Na opinião dos entrevistados, os profissionais mais indicados para orientar a família do cliente seriam o psicólogo, o médico e o enfermeiro (Gráfico 9). Contudo, o importante seria que todos os integrantes da equipe estivessem envolvidos neste papel, uma vez que os familiares carecem de amplas informações para lidar com a doença de uma maneira clara, consciente e sem estresse, evitando assim falhas no tratamento.

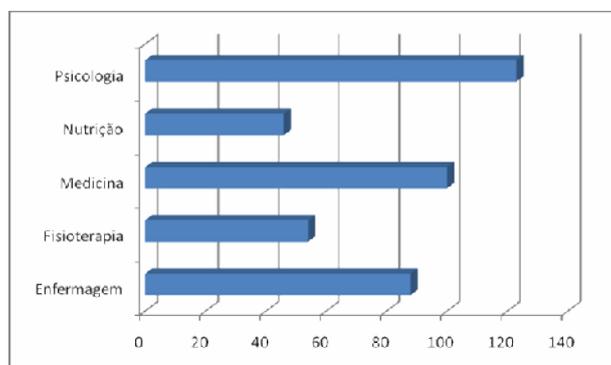


Gráfico 9. Profissionais de saúde responsáveis pela orientação da família do paciente, na opinião dos entrevistados.

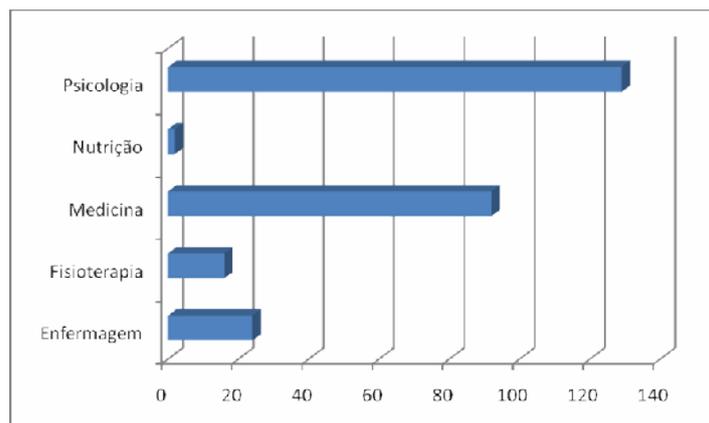


Gráfico 10. Profissionais de saúde responsáveis por estabilizar distúrbios da memória, na opinião dos entrevistados.

Com relação aos profissionais que se encontram aptos para estabilizar os distúrbios da memória dos pacientes portadores da doença de Alzheimer, o psicólogo e o médico foram os mais votados nas pesquisas realizadas em nossa instituição (Gráfico 10). Porém, de acordo com a literatura, alguns estudos comprovam os efeitos da atividade física sobre as tarefas cognitivas durante o tratamento fisioterápico (CANÇADO et al., 2005). O exercício aeróbico tem sido utilizado para melhorar as funções cerebrais, por meio de mecanismos fisiológicos, como o aumento do fluxo sanguíneo cerebral, aumento das demandas metabólicas e de fatores de amadurecimento do hipocampo, além de uma menor perda de tecido cerebral durante o envelhecimento dos seres humanos. Os efeitos parecem também auxiliar na redução de comportamentos inadequados, da agressividade e depressão, bem como uma melhora na comunicação e participação social (MARZOLA et al, 2006).

Quanto à competência da reabilitação físico-motora (Gráfico 11), o profissional que mais apareceu foi o fisioterapeuta, o que reflete a realidade, uma vez que este cuidado deve ser realizado exclusivamente pelo mesmo. Dentro destes aspectos notamos o discernimento dos alunos quanto à competência específica deste profissional, que deve estar presente desde o início da doença, como forma preventiva das complicações decorrentes das perdas motoras (BRUCKI, 2006; KAUFFMAN, 2001). Porém não devemos restringi-lo apenas aos distúrbios físico-motores.

Sabemos que outros aspectos importantes com relação à doença de Alzheimer estão envolvidos, como o estresse, o cansaço físico e a angústia proporcionada ao cuidador. Neste ponto de vista, pouco são os meios, recursos ou serviços de orientação para ajudar a família ou o próprio paciente. Assim, a fisioterapia, como outras áreas da saúde, poderia atuar, integrando em programas educacionais para a família e para o cuidador, ensinando técnicas nos cuidados prestados ao paciente e medidas que visariam a tornar as tarefas menos estressantes e cansativas para quem cuida, e mais adequada para o paciente (PASCALLE, 2007). E de acordo com Brucki, (2006) e Kauffman, (2001), as orientações aos cuidadores também possibilitam a melhora do bem-estar do paciente, buscando ainda preservar a efetividade das tarefas diárias.

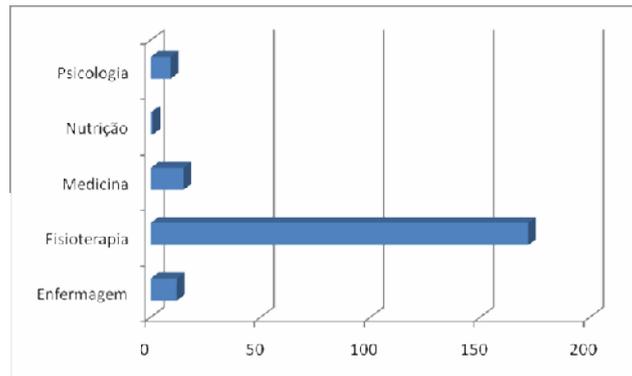


Gráfico 11. Profissionais de saúde responsáveis pela reabilitação físico-motora, na opinião dos entrevistados.

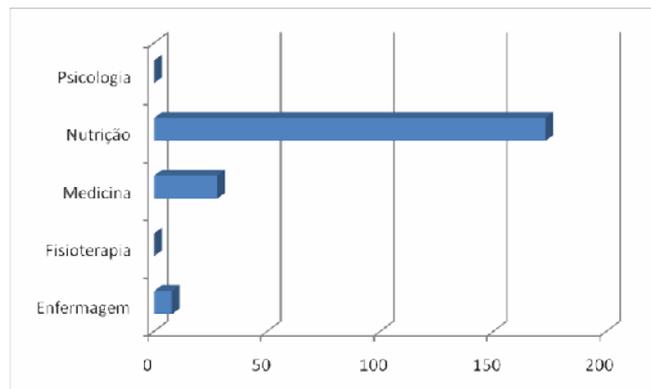


Gráfico 12. Profissionais de saúde responsáveis pelas mudanças na dieta do paciente, na opinião dos entrevistados.

De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas (2008) a assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e de consultório na prescrição e no planejamento de dietas para enfermos é promoção exclusiva do nutricionista. No entanto, alguns entrevistados (Gráfico 12) apontaram o médico e o enfermeiro como sendo responsáveis pela participação na elaboração e modificação nutricional do paciente. Nesse aspecto verificamos que a falta de informação sobre a abordagem e conhecimento no que diz respeito à atuação no mercado de trabalho de cada área especializada é desconhecida por alguns estudantes, o que poderá resultar na incapacidade de trabalhar em uma equipe na saúde.

Com relação aos cuidados cognitivos, sabemos que o tratamento psicológico pode contribuir para o retardo da progressão da doença e ainda reduzir os níveis de estresse do paciente e seu cuidador, contribuindo ainda para a estabilização de alguns distúrbios da memória, linguagem e comportamento, segundo Engelhardt (2005). Em nossos resultados observamos que o profissional de psicologia foi o mais requerido

para a elaboração de exercícios de memória durante o tratamento (Gráfico 13). Contudo não podemos negligenciar a importância de outros profissionais, como a fisioterapia, a enfermagem e a medicina que, em trabalho conjunto, têm seu papel fundamental na prevenção ou estabilização do quadro cognitivo e conseqüentemente na manutenção das funções biopsicossociais.

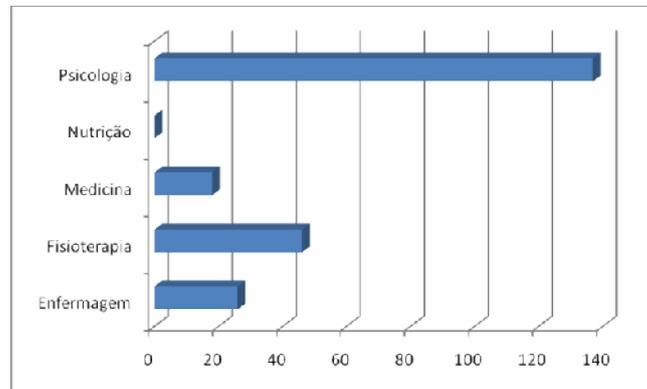


Gráfico 13. Profissionais de saúde responsáveis por elaborar exercícios de memória, na opinião dos entrevistados.

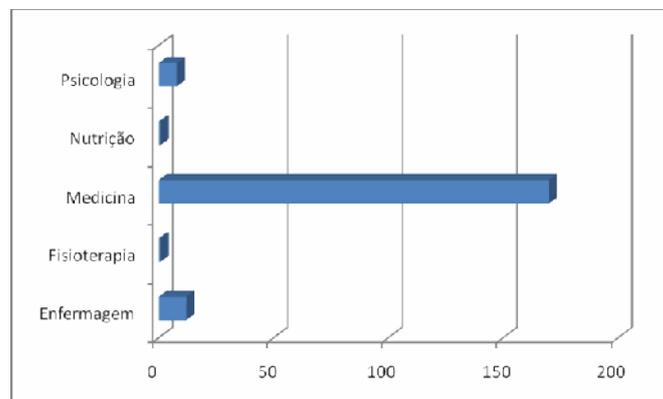


Gráfico 4. Profissionais de saúde responsáveis por implantar o tratamento farmacológico, na opinião dos entrevistados.

Já quanto à prescrição medicamentosa, o único profissional competente para tal atuação segundo as informações colhidas foi o médico, que apresenta em mãos a linha farmacológica como um dos pilares de tratamento. Dentro destes aspectos, Machado (2006) enfatiza que devemos priorizar a intervenção não-farmacológica até que estes não sejam mais eficazes. Em outra análise, alguns entrevistados apontaram também o enfermeiro e o psicólogo como profissionais aptos pra esse procedimento. Porém, eles não apresentam em sua formação ou em sua competência profissionalizante respaldo

para implantar um protocolo medicamentoso (Gráfico 14), o que destaca a falta de discernimento dos acadêmicos quanto às intervenções farmacológicas.

Durante a evolução da doença, o portador do MA apresentará diversas necessidades médicas, psicológicas e sociais e, por esse motivo, faz-se necessária uma intervenção multidisciplinar a fim de garantir o sucesso dos cuidados prestados (BOTTINO, 2009). Sem essa contextualização, torna-se inviável tratar o paciente isolado do âmbito multiprofissionalizante.

Portanto, com todos os dados obtidos e representados, observamos um desvio considerável com relação ao nível de instrução dos alunos dentro do próprio curso e dos outros alunos de outras especialidades condizente com a atuação específica de cada um. Sendo assim, as instituições de ensino e seus professores devem-se certificar de que a metodologia utilizada para abordar o conteúdo profissionalizante esteja sendo a melhor forma para instruir seus alunos dentro de um amplo conhecimento científico multiestruturado. Mas não podemos esquecer que o aluno consciente e despertado para a aquisição do conhecimento biopsicossocial tenderá com maior facilidade, a integrar um trabalho de equipe, levando melhores condições de atendimento preventivo, reabilitativo, psicológico e curativo.

4. Conclusão

Com relação à pesquisa foi possível concluir que apesar de a maioria dos entrevistados se acharem aptos e qualificados para integrar uma equipe multidisciplinar no tratamento do portador do Mal de Alzheimer, estes não conhecem de fato o papel de cada integrante da referida equipe, o que prejudicaria as interações entre os profissionais, resultando em um déficit na qualidade da assistência prestada ao paciente e à família. É importante que os profissionais conheçam e reconheçam a importância de cada integrante no contexto multidisciplinar, para que todos trabalhem buscando um único objetivo, o bem-estar pleno do paciente e seus familiares.

5. Referências bibliográficas

BOTTINO, C. M. C.; et.al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de uma equipe multidisciplinar, in: *Arq. Neuropsiquiatr.* São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234.pdf>> Acesso em: 19 fev. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 843, de 06 de novembro de 2002. Brasília, DF. nov. 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p843_protocolo_alzheimer_idoso.pdf>, acesso em 28 ago. 2009.

BRUCKI, S. M. D. Doença de Alzheimer: diagnóstico, característica e estratégias de tratamento. *Revista Racine.* Doença de Alzheimer. São Paulo, 95, p. 30-42, Nov./dez. 2006. CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?, in: *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, 2002, v. 24.

CALDAS, C. P. O significado de cuidar de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial, in: Clemente F. A. S, Groth S. M. Envelhecimento e deficiência mental: uma emergência silenciosa. São Paulo: Instituto APAE; 2004, pp. 65-79.

CANÇADO, G.H.L.; ARAÚJO, M.V.S.; CANTELMO, O.; RECENTE, W. C. Doença de Alzheimer: uma abordagem anatomopatológica, tratamento fisioterapêutico e orientação para as AVDs. *FisioBrasil*. São Paulo, 2005, 70: 8-15.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS DE MINAS, Pró-reitoria de Ensino e Pesquisa e Extensão. *Manual para normalização de trabalhos acadêmicos*. 3. ed. rev e amp. Patos de Minas: UNIPAM, 2009. Disponível em: <<http://alunos.unipam.edu.br/PortalCorporeRM/normasUNIPAM.pdf>>. Acesso em 26. Mar. 2009.

ENGELHARDT, Elias and ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento 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. Neuro-Psiquiatr.* [online]. 2005, v. 63, n. 4, pp. 1104-1112. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a35v63n4.pdf>>, Acesso em: 12 fev. 2009.

FREITAS, E. V. de, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573p.

FORTUNA, S. C. B. Para não esquecer. *Revista Psique: ciência e vida*. Mentess assassinas. São Paulo: Escala, v. 2, n. 13, p. 70-77, 2007.

HOUSE J. S.; LANDIS, K. R., UMBERSON, D. Social relationships and health. *Science*. 1988 Jul 29; pp. 540-545.

KAUFFMAN, T. L. *Manual de reabilitação geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUZARDO, A. R.; Waldman B.F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta Scientiarum Health Sciences* 2004, pp. 135-145.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto contexto - enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n. 4, dez. 2006, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2009.

MACHADO, J. C. B.. Doença de Alzheimer, in: FREITAS, Elizabete Viana de. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 25, pp. 260-280.

MARZOLA, I.H.T, et al. Fisioterapia na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. *Cadernos*. Centro Universitário São Camilo. São Paulo, 2006; 12: 54-58.

NATIONAL Institute on Aging, Alzheimer's Information: General information. 2009. U.S. National Institute of Health. Disponível em:

<<http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/AlzheimersInformation/GeneralInfo/>>. Acesso em: 5 fev. 2009.

NÉRI, A.L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação, in: NÉRI, A.L.; DEBERT, G.G. (orgs.) *Velhice e Sociedade*. São Paulo: Edição Papirus, 1999: 113-140.

OMS. *CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*, 10. ed. v.1, 2008. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 23 fev. 2009.

PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. *Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, conduta terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2001. 476 p.

PASCALE, M. A.. *Ergonomia e Alzheimer: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores de demência do tipo Alzheimer*. Florianópolis. 2002. Disponível em:

http://www.ergonet.com.br/download/ergonomia_alzheimer_maria_a_pascale.pdf. Acesso em: 7 set. 2009.

PELZER, M. T.. Fernandes M.R. Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência. *Texto Contexto Enferm*. 1997. 339-344 p..

PITTELLA, J. E. H.. Neuropatologia da Doença de Alzheimer e da demência vascular. In: FREITAS, Elizabete Viana de. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 21, p. 224-237.

ROBBINS, S. *Fundamentos do comportamento organizacional*. 7 ed. São Paulo: Pearson Education, 2004.

SILVA, F. M. L., et al. Processo de envelhecimento e suas alterações nos diversos sistemas orgânicos. *JBM-Jornal Brasileiro de Medicina*. Rio de Janeiro: Editora das publicações científicas, n. 4, v. 88, abril 2005, pp. 34-40.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1994, pp. 80-91.

SCHIMIDT, S. L.; MAMFRIM, A. Diagnóstico diferencial das demências, in: FREITAS, Elizabete Viana de. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 23, pp. 242-251.

SMELTZER, S. C.; BARE B. G. Cuidados de saúde do idoso, in: *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 12, p. 199-227.

VALENTINA, M.; ROMERO, C. Terapia nutricional para distúrbios neurológicos, in: MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. *Krause alimentos, nutrição; dietoterapia*. 11 ed. São Paulo: Roca, 2005, cap. 43, pp. 1032-1067.