

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS - FEF
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS - FIFE**

ISABELA GONÇALVES DA CUNHA

**DOENÇA DE ALZHEIMER E AS SUAS IMPLICAÇÕES NO ASPECTO
SÓCIOAFETIVO DOS INDIVÍDUOS**

**FERNANDÓPOLIS-SP
2021**

ISABELA GONÇALVES DA CUNHA

Artigo científico apresentado à banca examinadora do Curso de Biomedicina da Fundação Educacional de Fernandópolis ao curso de Biomedicina, como requisito parcial para o título de Bacharel em Biomedicina.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Estevam
Simonato de Oliveira

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS - FEF
FERNANDÓPOLIS
2021**

DOENÇA DE ALZHEIMER E AS SUAS IMPLICAÇÕES NO ASPECTO SÓCIOAFETIVO DOS INDIVÍDUOS

ALZHEIMER'S DISEASE AND ITS IMPLICATIONS ON THE SOCIO-AFFECTIVE ASPECT OF INDIVIDUALS

CUNHA, Isabela Gonçalves¹; OLIVEIRA, Luciana Estevam Simonato de²
E-mail: isabelag04@hotmail.com; lucianasimonato@gmail.com.

ABSTRACT:

Alzheimer's disease is a serious memory problem that has serious implications for the lives of individuals and is present all over the world. This disease is also known as neurodegenerative disease that can be classified into various stages of development. Over the years, with its progressive characteristic, it blossoms into dementia and impairment of the individual's autonomy. With this aggravation of autonomy, the needs of a caregiver, whether family or not, begin to appear. From a clinical point of view, it generally affects the age group above 65 years and generates a high financial cost in society. refers to the socio-affective relationships that are affected due to the great impairment of the health of these individuals. For this, a literature review was carried out, in databases such as Google Scholar and Scientific Electronic Library Online (SciELO). As a result, it is noteworthy that in the more advanced stages of the disease, there is a great dependence on the part of the individual, due to the enormous cognitive impairment caused by Alzheimer's, this can inevitably lead to emotional problems in these patients, since they lose skills necessary for the survival and social coexistence.

Keywords: Alzheimer's disease; Neurodegenerative disease; Dementia.

RESUMO:

A doença de Alzheimer é um sério problema de memória que possui graves implicações na vida dos indivíduos e está presente em todo o mundo. Essa doença é conhecida, também, como doença neurodegenerativa que pode ser classificada em vários estágios de desenvolvimento. Ao longo dos anos, com sua característica progressiva, floresce para demência e comprometimento da autonomia do indivíduo. Com esse agravamento da autonomia, começam a aparecer às necessidades de um cuidador, seja da família ou não. Do ponto de vista clínico, afeta geralmente a faixa etária acima dos 65 anos e gera um alto custo financeiro na sociedade.

¹Acadêmica do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE, Fernandópolis-SP.

²Orientadora e professora do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas de Fernandópolis - FIFE, Fernandópolis-SP.

Esse trabalho objetiva realizar uma revisão de literatura, a fim de discorrer sobre a doença de Alzheimer e suas consequências, especialmente no que se refere as relações sócio afetivas que são afetadas por conta do grande comprometimento da saúde desses indivíduos. Para isso, foi feita uma revisão de literatura, em base de dados, como Google Acadêmico e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Como resultado, destaca-se que nos estágios mais avançados da doença, ocorre uma grande dependência por parte do indivíduo, por conta do enorme comprometimento cognitivo causado pelo Alzheimer, isso pode inevitavelmente acarretar problemas emocionais nesses pacientes, pelo fato de perderem habilidades necessárias para a sobrevivência e a convivência social.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Doença neurodegenerativa; Demência.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, é notório o grande aumento percentual dos casos da doença de Alzheimer, pois quanto mais pessoas nascem, mais as chances de desenvolver a enfermidade, sendo a doença mais comum que acomete idosos (MARINHO *et al.*, 1997). Discorreremos ao longo do artigo algumas características desta doença, incluindo as físicas e psicológicas. Será abordado também, as consequências para familiares e cuidadores e as possíveis atitudes a serem tomadas ao conviver com uma pessoa portadora da doença de Alzheimer.

Partindo desta explanação, iremos relatar problemas futuros da doença, de modo a demonstrar como isso afeta a família, mostrando como lidar com tais problemas no dia a dia, quais os possíveis sinais para detectar que a pessoa está com a doença, exames a serem realizados, e os demais cuidados e preocupações que permeiam a vida daqueles que convivem com indivíduos acometidos pela doença.

Com base nesta indagação, podem-se descrever algumas hipóteses como: acompanhamento médico para tratamento com medicamentos, as fisioterapias para auxílio nos movimentos do corpo, pois ao longo do tempo, a tendência da maioria é que aconteça o atrofiamento (MARINHO *et al.*, 1997).

Portanto, como objetivo, o presente trabalho visa estudar a doença, desde seus aspectos do diagnóstico até as interferências que ocorrem nas relações que esses indivíduos possuem. (MACKINNON; MULLIGAN, 1998). E, também, será observada hereditariedade, pois alguns casos também são relatados por consequência disso (PAUL *et al.*, 1996).

A pretensão geral do artigo é de entender o papel do familiar ou cuidador que está presente todos os dias, colocando em pauta o que pode interferir em uma convivência harmônica com o paciente. Este trabalho justifica-se pelo grande aumento dos casos em que

família leigas sobre a doença, acabam deixando de tomar as devidas providências do que fazer quando surge alguma dúvida sobre, seja de cuidados ou exames, falhando em atender necessidades dia a dia de uma pessoa com doença de Alzheimer, como o que essa pessoa ingere diariamente após um elevado grau da enfermidade, quais ações ela terá ou deixará de ter ao decorrer dos anos, e etc.

Portanto, conforme o exposto, o trabalho está estruturado em três momentos, que consistem em elucidar questões pertinentes acerca da doença. Inicialmente, serão apontados os aspectos biológicos e o funcionamento em si da doença no organismo dos seres humanos, e como são realizados os diagnósticos. Por fim, será levantado o debate sobre como as relações afetivas desenvolvidas ao longo da vida dos indivíduos são afetadas pela doença.

METODOLOGIA

Para a realização do trabalho, foi selecionada a metodologia de revisão da literatura do tipo narrativa, por meio da seleção de artigos científicos da área como base de estudo. As fontes que foram usadas como embasamento para fundamentar o estudo se deram por meio do uso de plataformas como Google Acadêmico e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), artigos científicos da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, entre outros.

Para critério de inclusão foi com base em artigos e estudos dos anos 1992 até os dias atuais. Artigos estes, bem explanados e completos para abrangência do tema escolhido, exemplificando os cuidados necessários para o idoso portador da enfermidade, os possíveis acometimentos psicológicos e físicos, medicações usadas como tratamento da doença.

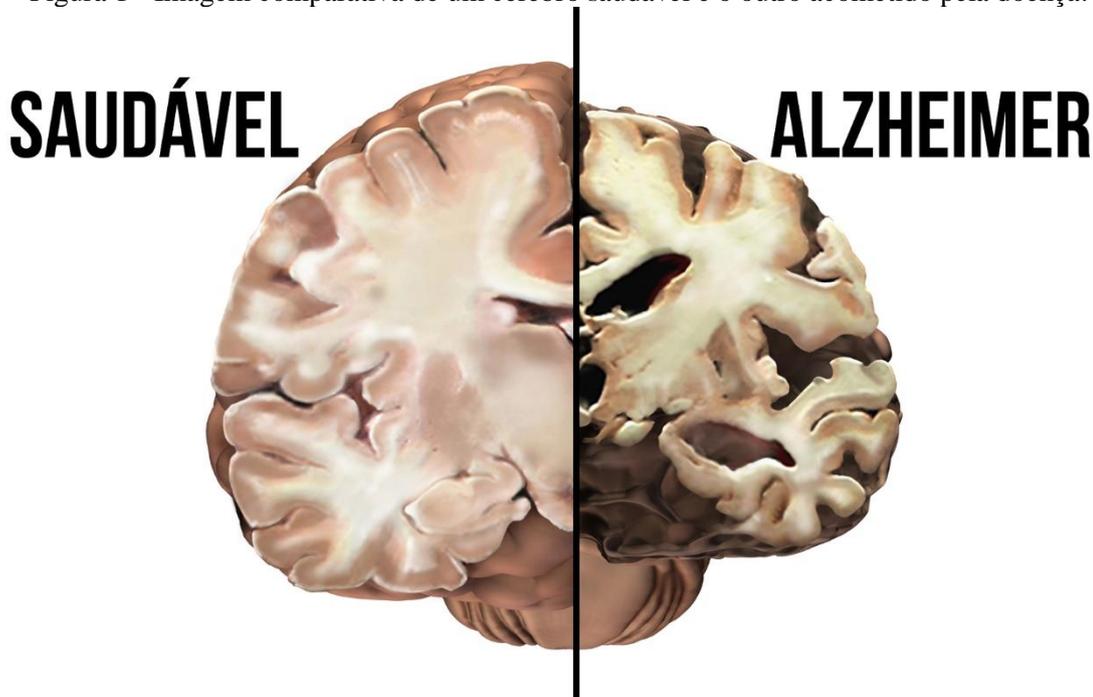
A base do estudo foi guiada utilizando os seguintes descritores: “Doença do Alzheimer”, “Demência”, “Doença neurodegenerativa”. além das combinações de variados escritores e livros.

FUNCIONAMENTO E DIAGNÓSTICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa, progressiva e sem reversão que atinge o nível cognitivo dos seres humanos e conseqüentemente as demais funções do organismo. Tal doença se configura como 50% dos casos de demência nos Estados Unidos,

o que demonstra que se trata de uma doença comum e com alta letalidade (ALMEIDA; GOMES; NASCIMENTO, 2014). A imagem abaixo demonstra como o cérebro se modifica após ser acometido pela doença:

Figura 1 - Imagem comparativa de um cérebro saudável e o outro acometido pela doença.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/tiP5R4j4KErsRfqd6>

Como apontado por Azevedo *et al.* (2010), de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a população brasileira conta com 190.732.694 pessoas em que os idosos com mais de 60 anos foi considerado o grupo que teve maior crescimento na última década, e com isso a incidência de novos casos da doença de Alzheimer passou a ser aproximadamente 100 mil por ano.

Conforme Marinho *et al.* (1997), a doença de Alzheimer interfere nas atividades mentais, principalmente a memória, visto que afeta a formação hipocampal, que é o centro onde se localiza a memória a curto prazo. Além disso, com a progressão da doença tem-se interferências em aspectos como a orientação, atenção, linguagem e demais habilidades necessárias para a sobrevivência.

Os diagnósticos clínicos são feitos por meio de demonstrações de dificuldade de desempenhar habilidades intelectuais que envolvam a memória, a linguagem, a percepção, a abstração e atividades motoras. A doença pode ser dividida em estágios como leve, moderado e severo, ao que inicialmente apresentam um comprometimento da memória no que se refere a

fatos recentes (FACURE; CASTRO; MENEZES, 1993). A esse respeito, Gwyther (1985), elencou as fases, como:

- Fase inicial: é definida por perdas leves de aspectos como memórias recentes, capacidade funcional e o planejamento de atividades de rotina. Esse período pode durar até 3 anos, em que os indivíduos apresentam distração, esquecimentos gradativos, dificuldade de fixação de novos conhecimentos, dificuldade para recordar nomes e palavras e a redução de atividades sociais;
- Fase intermediária: essa fase dura entre 7 e 10 anos, o indivíduo demonstra a necessidade de ajuda de terceiros, pelo fato de apresentar perdas significativas de memória, deterioração de habilidades verbais, modificações de comportamento em que pode expressar frustração inquietação e até mesmo atitudes agressivas;
- Fase avançada: essa fase tende a durar cerca de 7 anos e a pessoa que possui a doença torna-se totalmente dependente, necessitando de auxílio para as práticas de sobrevivência como o uso de sondas para alimentação e fraldas. É comum que esse indivíduo permaneça maior parte do tempo de cama por conta da falta de mobilidade, o que agrava ainda mais os seus sintomas. Na figura 2 é possível observar uma representação de como as fases da doença se manifestam no indivíduo:

Figura 2 - Representação das fases da doença.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/BTFVH5VjSNFYZcw19>

De acordo com Facure, Castro e Menezes (1993), há deterioração das funções cognitivas com apraxias construtivas, agnosias e distúrbios afásicos. O quadro demencial é de evolução variável, caminhando para estado vegetativo num período de 10 a 15 anos a partir do início dos sintomas, que demonstra a rapidez e a agressividade que a doença exerce sobre o organismo humano.

A doença de Alzheimer se desenvolve de forma lenta e contínua, por meio de alterações neuropatológicas e bioquímicas. As consequências gerais podem ser definidas em duas áreas: mudanças estruturais e mudanças nos sistemas neurotransmissores, como afirma Costa (2013) que incluem alterações no metabolismo e possíveis perdas sinápticas.

As modificações que acontecem nos sistemas neurotransmissores possuem relações com mudanças estruturais, de cunho patológico, que são resultados da atuação desordenada causada pela doença, que faz com que alguns neurotransmissores sejam pouco afetados, e outros de maneira significativa, como por exemplo, nas ocorrências em que podem levar a perdas no sistema colinérgico corticobasal (COSTA, 2013).

Em conformidade com os apontamentos feito por Selkoe (2001), patologicamente a doença de Alzheimer se define como uma perda sináptica significativa e possíveis mortes neuronais em regiões no cérebro que são responsáveis por funções cognitivas, como o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral.

No que se refere as características histopatológicas, no parênquima cerebral dos indivíduos que possuem a doença de Alzheimer, constam depósitos fibrilares amiloidais estão localizadas nas paredes dos vasos sanguíneos, que como define Sereniki e Vital (2008) que estão relacionados a tipos diversificados de placas senis, filamentos de proteína tau, novos neurofibrilares (NFT).

Por meio da hipótese da cascata amiloidal a doença de Alzheimer provoca neurodegeneração que se inicia com a clivagem proteolítica da proteína precursora amiloide (APP), que gera a produção, agregação e deposição da substância β amilóide ($A\beta$) e placas senis. Já a hipótese colinérgica aponta que “a disfunção do sistema colinérgico é suficiente para produzir uma deficiência de memória em modelos animais, a qual é semelhante à doença de Alzheimer” (BARTUS, 1999).

De acordo com Sereniki (2008) com a diminuição da atividade que produz a enzima fosfatidilcolina, ocorre o declínio na síntese de acetilcolina o que acentua ainda mais a deficiência colinérgica provocada pela doença. Nos indivíduos portadores da doença de

Alzheimer, por conta da diminuição da atividade da acetilcolinesterase no córtex frontal e parietal, foi observado que se acentuou o início de um grau de demência.

Os fatores genéticos apresentam grande relevância para o desenvolvimento para doença de Alzheimer, mas além de componentes genéticos, agentes etiológicos podem atuar nesse processo como a toxicidade a agentes infecciosos, e aminoácidos neurotóxicos, de modo em que podem atuar causando danos no material genético, o que pode acarretar mutações nos tecidos (MESTEL, 1996).

Segundo Smith (1999), por volta de um terço dos casos de doença de Alzheimer, seguem um padrão de herança monogênica autossômica dominante, e nesses casos, os indivíduos são afetados precocemente, o que faz com que famílias compostas por muitos membros tenham que ser estudadas periodicamente, levando em consideração também que os filhos possuem 50% de chance de herdarem tal doença.

O cérebro humano é responsável por controlar diversas tarefas do organismo como a respiração, movimentos e o processamento de informações que são enviadas pelos órgãos dos sentidos, portanto faz parte de um conjunto complexo que está ligado a medula espinhal e nervos periféricos, o que faz com que conforme o avanço da doença várias funções sejam colocadas em risco ou comprometidas (BORGES, 2008).

Como descrito por Bremenkamp (2014) por se tratar de uma doença cerebral, em determinado momento as células nervosas do cérebro que controlam a memória são afetadas e a capacidade de raciocínio e julgamentos, isso ocorre por conta da interrupção das mensagens entre as células nervosas. Essa comunicação é feita por meio de agentes químicos ou neurotransmissores e no caso dos indivíduos afetados pela doença atribui-se a falta de um neurotransmissor específico.

TRATAMENTOS E CUIDADOS NECESSÁRIOS

De acordo com Costa (2013), o tratamento da doença de Alzheimer precisa ser realizado de forma multidisciplinar, visto que envolve sinais e sintomas variados. O objetivo principal do tratamento ao serem introduzidos medicamentos, é que se tenha uma estabilização do comprometimento dos aspectos cognitivos do indivíduo. Além disso também busca mudanças no comportamento e melhorias na realização de atividades cotidianas.

Ao se utilizar fármacos colinérgicos tem-se o aumento da secreção de acetilcolina na fenda sináptica em algumas áreas do cérebro humano. Algumas abordagens colinérgicas como

agonistas muscarínicos e nicotínicos já foram testados como possíveis tratamentos para a doença de Alzheimer, contudo provaram-se serem ineficazes tendo em vista a efemeridade de sua duração, e possíveis efeitos adversos (COSTA,2013).

Estudiosos demonstram em suas pesquisas que o uso de antioxidantes polifenólicos vem sendo analisados como possíveis mecanismos de reversão do declínio das funções cognitivas e motores causadas nos pacientes com Alzheimer, como demonstra De Felice *et al.* (2001) “Um estudo *in vitro e in vivo* envolvendo 2,4-dinitrofenol e 3-nitrofenol demonstrou que esses nitrofenóis foram capazes de inibir a agregação amiloidal, além de provocar a desagregação das fibras amiloidais já formadas.

O tratamento da doença de Alzheimer é feito em partes por meio da introdução de medicamentos que auxiliam em aspectos como o bem estar, insônia, e até mesmo a depressão. Alguns remédios costumeiramente utilizados são donepezil, rivastigmina, galantimina, e principalmente a memantina, que é administrada as fases intermediárias e finais da doença (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

Para o tratamento dos pacientes portadores da doença de Alzheimer, não é recomendado o uso de antidepressivos tricíclicos, por apresentarem efeitos colaterais como hipotensão postural, retardo miccional e possíveis obstipação intestinal, visão turva e alterações cardíacas. Os fármacos escolhidos para essa função, geralmente são os inibidores de recaptção de serotonina (FORLENZA, 2005).

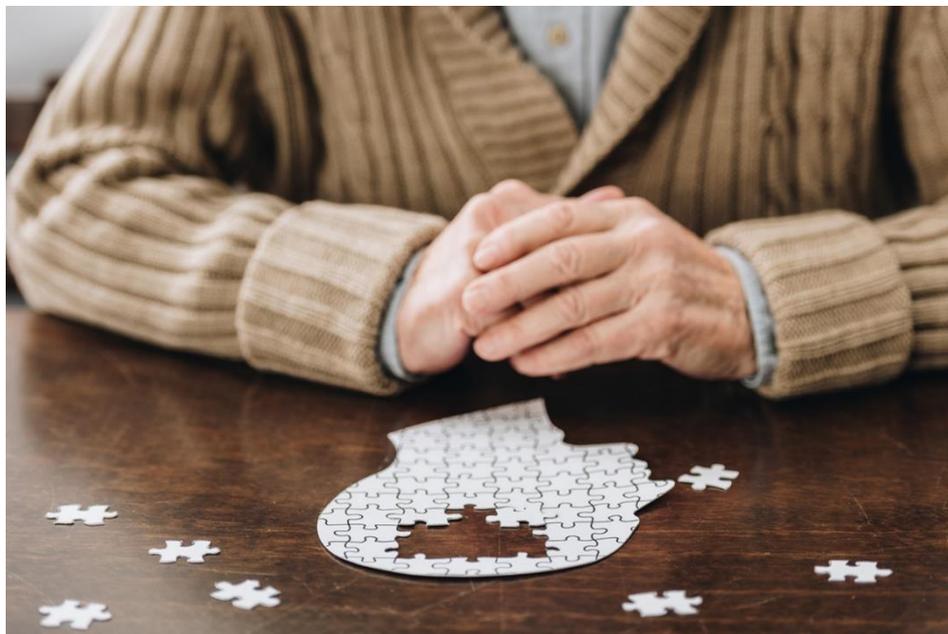
De acordo com Marinho *et al.* (1997), os tratamentos farmacológicos tendem almejar a redução do comprometimento cognitivo por meio da utilização de inibidores das colinesterase, que foram considerados eficazes para o tratamento e ainda melhores que o placebo. Mesmo que a doença siga progredindo, esses fármacos trazem benefícios para a cognição e em alguns casos auxilia na melhora de questões comportamentais.

IMPLICAÇÕES NA VIDA SOCIAL DOS INDIVÍDUOS

Ao se receber o diagnóstico da doença de Alzheimer, a vida dos indivíduos é fortemente impactada, trazendo mudanças tanto para o paciente, quanto as demais pessoas de seu convívio social, em especial, a família, por assumir o papel basilar na rotina desses indivíduos, assumindo compromisso, e responsabilidade pela saúde e bem estar. Portanto, essas novas configurações de rotina, passam a alterar as dinâmicas estabelecidas por essas famílias (D’ALENCAR;

SANTOS; PINTO, 2010). A figura 3 exemplifica uma prática que promove o exercício do cérebro, além de se configurar como uma atividade social:

Figura 3 - Prática de atividades que exercitam o cérebro.



Fonte: <https://images.app.goo.gl/HZJpwWvBLwERGAvs7>

De acordo com D'Alencar, Santos e Pinto (2010), é muito corriqueiro que pessoas que possuem um familiar ou ente querido próximo diagnosticado com tal doença, apresentem queixas como desgaste físico e emocional, e se expressem por meio de sentimentos como angústia e sofrimento. Aliado a isso, em muitos casos, existe também uma desorganização econômica muito agravada para aqueles que de algum modo necessitam abandonar seu trabalho remunerado, para se dedicar ao cuidado desse indivíduo.

Para que essas mudanças sejam feitas, é imprescindível que ocorra uma forte reorganização na estrutura familiar, de modo a contemplar as necessidades da pessoa que está enfrentando a doença. A esse respeito, D'Alencar, Santos e Pinto (2010), pontuaram que para que ocorram modificações, é importante obter informações e conhecimentos a respeito da doença, para que façam o que for necessário, se organizem quanto a recursos, e estabeleçam estratégias a curto e longo prazo.

Conforme explicitado por Ribeiro (2010), é possível observar que as famílias que recebem a notícia de que um de seus familiares foi diagnosticado com a doença, vários membros são afetados direta e indiretamente, em níveis diferentes. Existem as pessoas que são afetadas

mais diretamente por atuarem nas questões referentes ao cuidado dessa pessoa, e há aquelas que acabam se distanciando por medo da forma com que serão tratadas, e a possíveis rejeições. As modificações que ocorrem nas famílias, são divididas por Ribeiro (2010), em três grupos, ao que os elenca:

- **Alterações estruturais:** É necessário que se compreender o quadro familiar inicialmente, para que se tenha uma dimensão de como tais relações ocorriam anteriormente. Com base nisso, é possível se ter-se noção de como a vida do próprio enfermo e familiares serão modificadas, como por exemplo, com base no local que essa pessoa ocupa na estrutura familiar, que é importante observar com esse indivíduo se relaciona com os demais membros de sua família, e em que local ele se situa. Em casos em que as consequências da doença, afetam negativamente a família, notam-se mudanças que podem ser consideradas dramáticas, em que podem causar afastamentos e até mesmo conflitos de forma gradual entre as pessoas que compõem os grupos familiares.

- **Alterações de ciclo vital familiar:** Os reflexos da doença ocorrem de acordo com a fase em que a doença se encontra, que reflete na forma em que as famílias estão organizadas. Isso posto, deve-se ao fato de que as estruturas familiares, não se trata de modelos estanques, ou seja, estão sempre permeadas por alterações, o que ocasiona sempre em reajustes estruturais e na mudança das relações interpessoais presentes em cada realidade.

- **Alterações de resposta emocional:** Essas mudanças possuem um cunho psicoemocional, visto que se trata de um momento sensível para todos que compõe esse contexto. Essas modificações são permeadas por períodos de estresse, e a ansiedade de deparar com situações em que possivelmente perderam um familiar, o que causa uma dor antecedente aos fatos. As famílias podem reagir a essas realidades por meio da negação, em busca de um certo controle e integridade emocional.

Alvarez (2001) discorreu a respeito de casos em que essas mudanças possuem caráter positivo, em que ao experienciar uma enfermidade grave como a doença de Alzheimer, as relações familiares se modificam, ao que ocorrem um processo de revalorização de tais relações, por meio esforços conscientes realizados pelos membros das famílias. São nesses momentos em que podem ocorrer reavaliações de relacionamentos, ao observar quais as pessoas se afastam e quais permanecem.

As questões acerca do enfrentamento da doença são discutidas por Ribeiro (2010), de modo a explicitar as diversas formas de abordagem adotada por cada pessoa. As reações são individuais, e podem ser feitas considerando vários aspectos da vida de cada um, como por

exemplo o tipo de relação que se tem com o indivíduo afetado, levando em consideração possíveis conflitos e estresses ocorridos anteriormente.

Nesse processo, é importante considerar também, aspectos históricos de perdas que tais famílias possuem, visto que em situações em que já tiveram que lidar com o falecimento de muitas pessoas que possuíam vínculo, torna a situação atual ainda mais vulnerável, para essas pessoas no que diz respeito ao emocional, visto que se acentua ainda mais o desgaste em lidar com uma morte iminente (RIBEIRO, 2010).

Questões socioeconômicas também podem ser fatores desencadeantes de estresse nessas famílias, ao que Ribeiro (2010) explanou que de acordo com as condições socioeconômica desses indivíduos é possível observar que se tem um maior controle da situação, visto que se organizam melhor e possuem mais acesso a recursos. De acordo com o exposto, compreende-se o quanto a falta de um amparo financeiro pode acarretar o agravamento de conflitos entre os entes.

Augusto, Silva e Ventura (2009), discorreram sobre o papel desempenhado pelo cuidador familiar, que assume uma gama imensa de responsabilidades, o que pode influenciar a dinâmica das famílias, em que o enfermo pode ser exposto a sentimentos como a culpa ou ressentimento, de modo ao que pode ser sintetizado, abaixo:

Os efeitos psicossociais da doença fazem do cuidador uma importante entidade no contexto das investigações científicas acerca da doença de Alzheimer e da conseqüente sobrecarga, termo traduzido da língua inglesa e conhecido internacionalmente como *burden*: sentimento de sobrecarga experimentado pelo cuidador ao realizar uma gama de atividades potencialmente geradoras de estresse e efeitos negativos (LUZARDO *et al.*, 2006, p.588).

Desse modo, levando em consideração as problemáticas apontadas em decorrência do progresso da doença de Alzheimer na vida do idoso, é importante que ocorra o aprimoramento dos conhecimentos que se possuem acerca da enfermidade, além de se realizar o planejamento de ações que compreenda o problema de modo multidimensional, levando em consideração os aspectos gerontológicos (LUZARDO *et al.*, 2006).

O papel que é desempenhado pelo cuidado, é extremamente complexo, ao se considerar que a pessoa que assume tal responsabilidade, precisa atuar de modo a não agir apenas com atenção e zelo, mas também assumir que se trata de uma ocupação que requer envolvimento com a existência de outra pessoa, então é preciso que seja feito com empatia com a pessoa que está sendo cuidada (BOFF, 2011).

Para alguns estudiosos da temática, como discute Pelzer e Fernandes (1997), a doença de Alzheimer é considerada uma “doença familiar”, o que pode ser compreendido a partir da ética que visualiza a grande carga que compreende o cuidado de uma pessoa que possui tal doença, por se tratar de período permeado por incertezas e imprevisibilidades, considerando a gravidade e a vulnerabilidade causada por ela.

As pessoas que realizam os cuidados precisam ter a capacidade de lidar com adversidades extremas, como a dificuldade de aceitação do diagnóstico e o crescente estresse proporcionado pelas constantes mudanças que decorrem do progresso da doença. O idoso por sua vez, se torna vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia etc. (PENDLEBURY; SOLOMON, 1996).

Os pacientes com Alzheimer tendem a perder suas relações sociais previamente estabelecidas, principalmente por conta do desenvolvimento da demência, o que salienta a importância e realizar um trabalho no sentido de manutenção de tais vínculos, principalmente tendo em vista o pontuado por Cipolli e Falção (2017), em que relataram que a partir do suporte emocional propiciado, tem-se a redução de sentimentos como a solidão, e o aprimoramento do aparato cognitivo em alguns aspectos.

A vulnerabilidade social é um fator que pode ser considerado associado ao declínio cognitivo. De acordo com estudos feitos por Andrew e Rockwood (2010), ao que observaram indivíduos em tais circunstâncias, e comprovaram sua relação. Portanto, levando em consideração o processo de degeneração cognitiva causada pelo Alzheimer, é importante se atentar a questões como a vulnerabilidade social em pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto, percebe-se que a doença de Alzheimer se trata de uma enfermidade complexa e que faz com que os indivíduos necessitem de cuidados contínuos e específicos conforme os estágios e sintomas apresentados. A partir dos artigos e demais textos trabalhados, é possível compreender que com a progressão da doença tem-se impactos nos aspectos físicos, psicológicos e emocionais dos indivíduos.

Conforme explicitado, os diagnósticos precisam ser feitos de forma minuciosa, e levando em consideração os sintomas apresentados e histórico genéticos. Por se tratar de uma doença que progride em fases, é necessário que se tenha muita atenção voltada para os cuidados

e necessidades que são demandadas de acordo com as dificuldades demonstradas pelo paciente, sejam elas em atividades básicas do cotidiano, sejam elas mais complexas.

Nos estágios mais avançados da doença, ocorre uma grande dependência por parte do indivíduo, por conta do enorme comprometimento cognitivo causado pelo Alzheimer, isso pode inevitavelmente acarretar problemas emocionais nesses pacientes, pelo fato de perderem habilidades necessárias para a sobrevivência e a convivência social, como a perda da memória que é a principal afetada durante esse processo.

A família e demais entes queridos são expostos constantemente a situações de sofrimento, principalmente tendo em vista a morte iminente do indivíduo acometido pela doença de Alzheimer. Além disso, é possível observar que a doença afeta também de forma mais direta o cuidador familiar, que em muitos casos são responsáveis por todos os cuidados desde a higiene até o controle de medicação, o que pode ocasionar em prejuízos emocionais para tais pessoas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.da S.; GOMES, C. de M. S.; NASCIMENTO, L. F. C. Spatial distribution of deaths due to Alzheimer's disease in the state of São Paulo, Brazil. **São Paulo Medical Journal**, [S.L.], v. 132, n. 4, p. 199-204, 20 maio 2014.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar. Florianópolis, UFSC, 2001.

ANDREW, M. K; ROCKWOOD, K. Social vulnerability predicts cognitive decline in a prospective cohort folder Canadians. **Alzheimer's and Dementia**, 2010.

AUGUSTO, F. M. F.; SILVA, I. P. da; VENTURA, M. de M.. Filhos cuidadores: escolha, mudanças e desafios. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 18-103, 2009.

AZEVEDO, P.G., LANDIM, M.E., FÁVERO, G.P.;CHIAPPETTA, A.L.M.L. Linguagem e memória na Doença de Alzheimer em fase moderada. **Revista CEFAC**, v.12, 393-399, 2010.

BARTUS, R. T. Cholinergic Markers in Alzheimer Disease. **Jama: The Journal of the American Medical Association**, [S.L.], v. 282, n. 23, p. 2208-2209, 15 dez. 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BORGES, M. F. Convivendo com Alzheimer: Manual do cuidador. **Liga de Neurociências** Juiz de Fora, 2008.

- BREMENKAMP, Mariana Gegenheimer. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**v.4, n.17, p. 763-773, 2014.
- CIPOLLI, G. C.; FALCÃO, D. V. DA S. Relações sociais, cognição na doença de Alzheimer: revisão sistemática. **Psico**, v. 48, n. 4, p. 329-338, 27 dez. 2017.
- COSTA, A. F. DOENÇA DE ALZHEIMER: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria SAS/MS nº 1.298. 2013
- D'ALENCAR, R. S.; SANTOS, E. M. P. dos; PINTO, J. B.T.. **CONHECENDO A DOENÇA DE ALZHEIMER**: uma contribuição para familiares e cuidadores. Ilhéus: Editora da Uesc, 2010. 90 p.
- DE FELICE F.G. *et. al.* Inhibition of Alzheimer's disease beta-amyloid aggregation, neurotoxicity, and in vivo deposition by nitrophenols: implications for Alzheimer's therapy. **FASEB J.** v.15, n.7.129-145. 2001
- MARINHO, V. *et.al.* Aspectos neurológicos e neuropsiquiátricos das demências degenerativas não-Alzheimer. **Rev. Bras. Neurol.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 31–37, 1997.
- FACURE, N.O.; CASTRO, L. A.G.; MENEZES, M.C. Doença de Alzheimer relação entre o tempo de doença e seu estadiamento. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v.51, n.2, 193, p. 175-178, 1993.
- FORLENZA, O.V. Tratamento farmacológico da Doença de Alzheimer. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.32, n.3,137-148, 2005.
- GWYTHER, L. P. Care of Alzheimer's Patients: A Manual for Nursing Home Staff. **American Health Care Association and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, Inc.** 1985
- LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA A.P. S. S. da. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.4, p.587-594, 2006.
- MACKINNON, A.; MULLIGAN, R. Combining cognitive testing and informant report to increase accuracy in screening for dementia. **Am J Psychiatry.** p. 1529-1555. 1998
- MESTEL R. Putting prions to the test. *Science.* v.273, n.527, p. 9-184. 1996
- PAUL T., *et al.* **Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias**, 1996.
- PENDLEBURY, W.W.; SOLOMON, P.R. Alzheimer's disease. **Clin Symp**, [s. l], v. 48, n. 3, p. 02-32, 1996.

PELZER, M.T.; FERNANDES, M.R. Apoiando a família que cuida do seu familiar idoso com demência. **Texto Contexto Enfermagem**, v.6, n.2, p.339-344. 1997.

POLTRONIERE S.; CECCHETTO F. H.; SOUZA E. N. de. DOENÇA DE ALZHEIMER E DEMANDAS DE CUIDADOS: o que os enfermeiros sabem? **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.2, n.32, p.8-27, 2011.

RIBEIROL.C.C. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** v.15, n.4, p.709-715, 2010.

SELKOE, D. Alzheimer's disease: genes, proteins, and therapy. **Physiol Rev.** v. 81, n.2, 66-74.2001

SERENIKI, A. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev Psiquiatr.** Rio Grande do Sul, 2008, v. 30, p. 1-17.

SMITH, M.A.C. Doença de Alzheimer. **Rev Bras Psiquiatr.** 1999; v. 21, p.3-7.