

## **DOENÇA DE ALZHEIMER**

Ana Paula Moreira Ferreira; Ana Karine Pereira de Castro; Elizete Andrade de Lima; Iara Saldanha Marques; Karla Mylleane Silva Oliveira; Rebeca de Sousa Maciel; Maria Auxiliadora Bezerra

### **RESUMO**

A doença de Alzheimer (DA) compreende uma alteração neurológica, progressiva, degenerativa, lenta e irreversível, caracterizada por déficit de memória e outras funções intelectuais. Manifesta-se de forma insidiosa em decorrência de lesões neuronais e, consequente degeneração do tecido nervoso. Objetivo: Fazer uma revisão da literatura sobre acerca da conduta terapêutica na doença de Alzheimer identificando os principais grupos farmacológicos e efeitos colaterais. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa feita a partir do levantamento de referências teóricas analisadas e publicadas por meio de artigos. Resultados e discussão: Embora muitos estudos tenham contribuído para elucidar os mecanismos fisiopatológicos da doença de Alzheimer, a perda neuronal seletiva ainda não foi totalmente compreendida. Mais ainda, a busca desses mecanismos está tendo resultado. Conclusão: O trabalho apresenta a realidade da maioria dos pacientes e da família que não tem acesso ao conhecimento da doença, das unidades de saúde que não disponibiliza materiais informativos, a proposta desse estudo é auxiliar a família como cuidar de um paciente com DA, repassando as informações necessárias para a busca de tratamento adequado para o idoso com demência.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer. Enfermagem. Farmacoterapia.

### **INTRODUÇÃO**

O termo "demência" refere-se a uma série de sintomas que se encontram geralmente em pessoas com doenças cerebrais, que causa destruição e perda de células cerebrais. A perda dessas células cerebrais é um processo natural, mas em doenças que conduzem à demência isso ocorre a um ritmo mais rápido e faz com que o cérebro da pessoa não funcione de uma forma normal. Entre as doenças que envolvem a demência, está a doença de Alzheimer. Esta é uma patologia neurodegenerativa que pode ser associada à idade, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma deficiência progressiva e uma eventual incapacitação (ZHAO, 2012).

Atualmente estima-se haver cerca de 35,5 milhões de pessoas com demência no mundo. Este número praticamente irá dobrar a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e a 115,4 milhões em 2050 segundo os dados fornecidos pelo Relatório de 2012 da Organização Mundial de Saúde (OMS) realizando juntamente com a associação Internacional de Doenças de Alzheimer (ADI). Segundo este relatório, estima-se que cada 4 segundo, um novo caso de demência é detectado no mundo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O Alzheimer leva à morte dos neurônios. Com o passar do tempo, o cérebro encolhe, perdendo todas as funções. Nos casos da doença, o córtex encolhe, comprometendo áreas responsáveis pela memória e outras atividades intelectuais. O processo mais severo se dá no hipocampo, área do córtex importante para formação de novas memórias, onde ocorre a perda de proteínas responsáveis pela doença. A proteína *Tau* vai passando de um neurônio para o outro, destruindo-o. E essa proteína vai passando de um neurônio para o neurônio, ocorrendo processo de contágio (KAREN DUFF, 2014).

Em geral, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até certo estágio da doença. Além das dificuldades de atenção e fluência verbal, outras funções cognitivas deterioram à medida que a patologia evolui, entre elas a capacidade de fazer cálculos, as habilidades visuoespaciais e a capacidade de usar objetos comuns e ferramentas (LINDEBOOM, 2004).

O grau de vigília e a lucidez do paciente não são afetados até a doença estar muito avançada. A fraqueza motora também não é observada, embora as contraturas musculares sejam uma característica quase universal nos estágios avançados da patologia (FUENTEALBA, 2004).

Sintomas depressivos são observados em até 40-50% dos pacientes, enquanto transtornos depressivos acometem em torno de 10- 20% dos casos. Outros sintomas, como a apatia, a litificação (da marcha ou do discurso), a dificuldade de concentração, a perda de peso, a insônia e a agitação podem ocorrer como parte da síndrome demência (EASTWOOD, 2008).

A doença de Alzheimer é uma forma de demência, mas não é necessariamente originada pelos mesmos fatores que originam as outras formas de demência. Contudo, apesar da série considerável de investigações, a causa real da doença permanece desconhecida. Não existe um único teste que determine se alguém tem a doença de Alzheimer.

Não existe um padrão típico de tratamento, existe sim uma intervenção que deve ser baseada nos seguintes pressupostos: Multidisciplinar, preventivo e sintomático e existem três abordagens básicas para melhorar a qualidade de vida do paciente de Alzheimer: Tratamentos psicossociais, terapia comportamental e tratamento medicamentoso (KIHARA, 2004).

As medicações mais usadas são os agentes colinomiméticos (tacrina, rivastigmina, donepezil e galantamina), que apresentam benefícios cognitivos, comportamentais e funcionais semelhantes, são inibidores reversíveis da acetilcolinesterase, respectivamente de duração curta, intermediária e longa. Tacrina e rivastigmina inibem também a butirilcolinesterase o que podem resultar em maior incidência de efeitos colaterais periféricos; por outro lado a butirilcolinesterase também está envolvida na maturação das placas neuróticas, e sua inibição pode representar benefícios adicionais ao tratamento.

Outras terapêuticas são discutidas, incluindo o uso de antioxidante, reposição estrogênica, estatinas, antiinflamatórias não hormonais e agentes naturais, considerando que não se mostram eficazes no tratamento e na prevenção da demência (ASTWOOD, 2008).

Embora muitos estudos tenham contribuído para elucidar os mecanismos fisiopatológicos da doença de Alzheimer, a perda neuronal seletiva ainda não foi totalmente compreendida. Mais ainda, a busca desses mecanismos tendo resultado, reconhecendo a realidade da maioria dos pacientes e da família que não tem acesso ao conhecimento da doença, das unidades de saúde que não disponibiliza material informativos, a proposta desse estudo é auxiliar a família como cuidar de um paciente com DA, repassando as informações necessária para a busca de tratamento adequado para o idoso com demência.

Em razão do crescimento epidemiológico dos casos de Alzheimer é necessário um aprofundamento de conhecimento sobre essa patologia por parte da população, pois o número de casos a cada ano só aumenta, trazendo perspectivas de tratamento farmacológico, desenvolver estratégias de promoção em saúde, tanto para a família como para o idoso por meio de ferramentas voltadas para o cuidado de ambos.

## **DOENÇA DE ALZHEIMER**

A doença de Alzheimer trata-se de uma doença neurológica, progressiva e irreversível, com início insidioso e caracterizado por perda gradual da função cognitiva e distúrbios do comportamento e do afeto (SMELTZER; BARE, 2006).

A descoberta da doença foi em 1906 pelo médico Alois Alzheimer, que investigou um caso de uma paciente Auguste Deter, uma mulher saudável que, aos 51 anos, desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação, distúrbios de linguagem (com dificuldades de compreender e falar e se expressar), tornando-se incapaz de cuidar de si. Após o falecimento de Auguste, Dr Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença (ABRAZ, 2014).

A sobrevida média pode variar de dois a vinte anos. Usualmente a duração da doença após o diagnóstico é de quatro a seis anos. Representa o principal predito de mortalidade em idosos acima de 65 anos, superando a doença cardiovascular, AVC, diabetes e câncer (MORAES; SANTOS, 2008).

A etiopatogenia ainda é desconhecida fatores genéticos, ambientais entre outros devem estar associados ao desenvolvimento da doença. Os fatores de riscos mais citados na literatura são: idade avançada, história familiar de pessoas com Alzheimer, sexo feminino e síndrome de Down. A hereditariedade ou a importância de herança genética corresponde a 51% do risco de desenvolver a DA, que é 3,5 vezes mais alto nos indivíduos com pelo menos um parente de primeiro grau acometido pela doença (MORAES; SANTOS, 2008).

Em relação à fisiopatologia, tanto a doença de Alzheimer como outras demências se caracterizam por um declínio geral no funcionamento intelectual que inclui perda de memória, devido a um entrelaçamento neurofibrilar e a formação de placas senis que resultam na diminuição do tamanho do cérebro (MORAES; SANTOS, 2008).

Smeltzer e Bere (2009) reiteram que existem alterações específicas neurológicas e bioquímicas encontradas na DA, constituídas de por emaranhados neurofibrilatórios (uma massa emaranhada de neurônios não funcionastes) e placas senis ou neuríticas (depósito de proteínas beta-amilóides), parte de proteína maior, proteína precursora do amiloide. Esta lesão neuronal ocorre principalmente no córtex cerebral e resulta numa diminuição do tamanho de cérebro (ABRAZ, 2014).

As perdas neuronais não acontecem de maneira homogênea. As áreas comumente mais atingidas são as células nervosas (neurônios) responsáveis pela memória e pelas funções motoras, outras áreas tendem a ser afetadas, ampliando as perdas. Estudos demonstraram que essas alterações cerebrais já estariam instaladas antes do aparecimento de sintomas demenciais, por isso quando aparecem às manifestações clínicas que permitem o estabelecimento do diagnóstico, diz-se que teve início a fase demencial da doença (ABRAZ, 2014).

O quadro clínico da doença é extremamente variável. Os sintomas podem ser descritos em três estágios, que correspondem a fase inicial, intermediária e terminal, porém são diversas as formas de apresentação e de progressão da doença. A fase inicial da doença dura de dois a quatro anos, em média, havendo perda de memória recente e dificuldades progressivas das atividades de vida diária. O início é usualmente insidioso e a evolução da doença é lenta e progressiva. A fase intermediária varia de dois a dez anos, apresentando crescentes perdas de memória e início das dificuldades motoras, linguagem e raciocínio. A fase terminal é caracterizada por restrições de ao leito, mutismo, estado de posição fetal devido às contraturas (MORAES; SANTOS, 2008; MACHADO, 2006).

A história, os sintomas clínicos, o exame físico e os testes laboratoriais incluindo eletroencefalografia (EEG), a tomografia computadorizada (TC), a imagem por ressonância magnética (IRM), e o exame do sangue e do líquido cefalorraquidiano podem todos auxiliar no diagnóstico da doença. Uma escala de depressão e um teste de função cognitiva devem ser usados para o rastreamento da DA (SMELTZER; BARE, 2006).

## **TRATAMENTO PARA DOENÇA DE ALZHEIMER E OS EFEITOS COLATERAIS**

A doença de Alzheimer é distinguida patologicamente de outras formas de demência por deposição de placas amiloides extracelulares constituídos de beta- emaranhados neurofibrilares intracelulares que possui a proteína Tau hiperronais e perda em massa de neurônios em todo o cérebro, o que ocasiona diversos distúrbios comportamentais que podem resultar em morte. O déficit de memória está intimamente ligado a perda de sinapse e o declínio cognitivo podem estar associados a desregulação da neurotransmissão (SERENIKI; VITAL, 2008).

O tratamento farmacológico de primeira escolha no Alzheimer são fármacos inibidores da colinesterase, como donepezila, rivastantina e galantamina, que alteram a função colinérgica central ao inibir as enzimas que alteram a função colinérgica central ao inibir as enzimas que degradam a acetilcolina, aumentando a capacidade da acetilcolina de estimular os receptores nicotínicos e muscarínicos cerebrais, melhorando a transmissão neuronal colinérgica. (GOLDMAN; MED, 2011).

A rivastigmina é um dos medicamentos mais utilizados, capaz de inibir tanto a enzima acetilcolinesterase quanto a butirilcolinesterase, apresentando maior eficácia quanto ao aumento dos níveis cerebrais de acetilcolina. Tem o efeito significativo na cognição, na memória e nas práxis (SERENIKI; VITAL, 2008).

A donepezila é rapidamente absorvida após administração oral e causam menores reações adversas, principalmente, náuseas, tonturas, diarreias e anorexia. Melhora a função cognitiva e estabiliza a capacidade funcional dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERITRIA E GERONTOLOGIA 2011).

A galantamina possui um duplo mecanismo de ação, além de inibir a acetilcolinesterase, também modula os receptores nicotínicos pré-sinápticos controlando a liberação de neurotransmissores, os quais são importantes para a memória e para o humor. Assim a ligação da galantamina com os subtipos de receptores nicotínicos melhorou a função cognitiva e a memória. O tratamento neuronal ao prevenir a citotoxicidade causada pela agregação de BA, também é possível que a Galantamina amplie a neurotransmissão (SERENIKI; VITAL, 2008).

Outra droga utilizada é a memantina, antagonista de baixa afinidade dos receptores NMDA (N-METL DASPARTATO). Ela inibe a toxicidade excitatória glutamatérgica, e age nos neurônios do hipocampo. Há melhoras na impressão clínica global, na cognição, na funcionalidade e comprometimento. Bem tolerada, o evento adverso mais significativo e a agitação. A pesar de todo conhecimento a respeito da fisiopatogênica da DA. (Função cognitiva e estabiliza a capacidade funcional dos pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERITRIA E GERONTOLOGIA 2011).

O tratamento não farmacológico engloba uma variedade de técnicas que devem ser utilizadas consoantes a evolução da doença, ou seja, o tratamento não farmacológico será orientado de forma diferente das várias fases da doença. As orientações de reabilitação cognitiva, reabilitação de memória para melhoria de vida do paciente e do cuidador. A utilização de intervenções Psicossociais no paciente na família. As principais técnicas envolvem trabalho multidisciplinar destacam-se treinamentos cognitivos, técnica para melhor estruturação do ambiente, orientação nutricional, programa de exercício (PERREIRA, 2013).

Estratégias de atendimento multidisciplinar, essas intervenções incluem repetição e treinamento, estratégia de aprendizagem e compensatórias. As técnicas partem da concepção de que exercícios da memória podem melhorar de forma global o funcionamento da memória, pois liga a pessoa a sua característica. E difícil que o paciente com a evolução da doença, consiga empregar sozinho tais técnicas, necessitam da ajuda de um familiar e profissional (PERREIRA, 2013).

Terapia de orientação da realidade tenta-se engajar o indivíduo em interações sociais e melhorar a comunicação através de informações contínuas sinalizações no ambiente, linguagem clara ou não verbal e treinamento de habilidades cognitivas, com atividades adequadas as suas atividades. A grade maioria das abordagens terapêuticas inclui trabalhos com a família e cuidadores, pois depende deles a qualidade de vida dos pacientes (PERREIRA PM, 2013).

## **DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA FAMÍLIA NOS CUIDADOS AO PACIENTE COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

O grau de dependência e de dificuldade enfrentada pela família do idoso portador da DA está diretamente ligado ao estágio da doença, que vai criando, gradualmente, a necessidade de adaptações das famílias, desde a definição de alguém que fique à frente do cuidado, a responsabilidade pelo tratamento, alimentação, medicamentos, higiene da casa, infraestrutura física do ambiente domiciliar. Com isso, à medida em que o portador da DA vai perdendo a capacidade cognitiva e passa a necessidade de muito tempo ou totalmente, de outra pessoa para continuar vivendo, surge a necessidade de uma organização para o acompanhamento e realização da adequada atenção familiar (OTÁVIO CRUZ 2007).

No entanto, a responsabilidade exigida no processo do cuidar tem o potencial de afetar negativamente o ambiente familiar, pois cuidar de idosos dependentes requer por parte do cuidador maior atenção, tempo e esforço. Assim, o cuidado a um idoso dependente pode gerar aflições, angústia e perturbações de natureza física, social, psíquica e emocional (SOUSA; SKUBS; BRETAS, 2007).

Além disso, para a execução do cuidado, a pessoa cuidadora deve obter informações suficientes acerca das manifestações decorrentes da evolução da doença, sendo ainda importante o subsídio que busquem gerenciar uma rede complexa de apoio ao cuidador. Envolvendo desde familiares, vizinhos, até os profissionais de saúde atuantes na comunidade (BRUM et al., 2013).

No estudo realizado por Falcão (2006), constatou-se que o papel de cuidadoras desempenhado pelas filhas atingiu o relacionamento com seus filhos e cônjuges, favorecendo os conflitos conjugais e a disfunção física ou emocional. No entanto, a pessoa destinada a cuidar do doente tem que ser capaz de enfrentar, além dos problemas da doença, os conflitos familiares advindos, principalmente, em relação, os á questão financeira. Os recursos financeiros do paciente tende a gerar problemas na meio pessoa que não ter mais cura, apenas procuram fazer algo paliativo, ou seja, por vezes não querem investir no conforto e na qualidade de vida do paciente devido as limitações de ordem econômica, na grande parte a família tem que buscar auxílio financeiro para poder levar o doente ao médico, principalmente para que recebam informações sobre o estado de saúde do mesmo (LEITE, 2014).

O cuidador tem que ser informado a respeito da enfermidade que o idoso está enfrentando, para poder lidar com maiores seguranças diante das dificuldades manifestações apresentadas no decorrer da evolução da doença. As orientações dadas pelos profissionais de saúde são, portanto, imprescindíveis para o auxílio do familiar no cuidado, a importante atuação do enfermeiro ao tratamento medicamentoso, tendo como primordial a busca de alternativas para minimizar o impacto desta doença na vida da família promovendo educação em saúde (LOPES; CAIXETA, 2012).

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

O enfermeiro, enquanto educador de saúde deve estar em harmonia com os cuidadores leigos, fornecendo meios que facilitem o cuidar durante todo o processo, evitando ocasionar danos à saúde dos mesmos. Espera-se que o enfermeiro possua a virtude de facilitador, por ser

um profissional que presta cuidados próximos à pessoa enferma e ao cuidador leigo, além de estar integrado diretamente com as ações educativas voltadas para o cuidado com a saúde. (MEDEIROS; SILVA; FILHO, 2010).

A enfermagem deve utilizar recursos terapêuticos nos estágios da DA, que incidem em estratégias de comunicação entre enfermeiro, paciente e orientações ao familiar cuidador, empregando a comunicação mais simples no primeiro estágio, uso terapêutico, como pista multissensorial, como olfato, tato, visão e audição e gustação, empregos de uma instrução de cada vez, contato visual, e fotografia, algo para tratamento de lembranças, e programar a rotina, buscar conversar. A intermediária adota atividades que gerem prazer para instigar o diálogo, e na última etapa, utilizar métodos visuais e o toque. Deve-se guiar o cuidador quanto às suas necessidades e a importância da divisão do trabalho com outros membros da família, observando os cuidados com sua própria saúde (BERTAZONE et al., 2016).

## **DIAGNÓSTICO**

O cérebro, na DA, apresenta modificações pela perda de neurônios e dendritos, presença de placas senis em maior número, de placas amiloides, neurofibrilação e áreas de degeneração granulo vacuolar. Representa um tipo de perda de neurotransmissores que pode ser a causa do severo déficit cognitivo.

As doenças crônico-degenerativas geralmente afetam as necessidades orgânicas de proteínas e de calorias, podendo estar associadas à inapetência, causada pela própria doença, por determinados medicamentos e por dificuldades de alimentação.

No que se refere à deficiência de zinco entre idosos, esta tem sido associada à ingestão elevada de alimentos ricos em carboidratos, com pequena contribuição de proteína animal, maior fonte do mineral (carnes vermelhas, fígado, miúdos, ovos e frutos do mar). Tal perfil é comum entre idosos brasileiros, especialmente por menor renda e dificuldades na obtenção e preparo das refeições (CÉSAR; WADA; BORGES, 2005).

Neste contexto, é válido verificar como se comportam os indivíduos portadores de DA, visto que apresentam além das características comuns aos demais idosos, limitações inerentes à própria patologia, inclusive com repercussões no processo de ingestão alimentar.

## **ÉTICA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE**

A ética em enfermagem tem princípios através de uma conduta profissional apropriada relativa aos direitos e deveres dos próprios enfermeiros, seus pacientes e os companheiros profissionais, como também às ações deles no cuidado de pacientes e em relações com suas famílias. O enfermeiro deve informar ao paciente idoso e/ou seu familiar de maneira mais adequada possível, respeitando a sua capacidade cognitiva, a importância do seu diagnóstico, riscos, prognósticos e alternativas existentes para a sua assistência terapêutica (COSTA et al., 2009).

Quando um paciente se encontra em fase de terminal idade, o principal objetivo do cuidado não é mais prolongar a vida, mas torná-la o mais confortável e digno possível. Nesse contexto, oferecer cuidados paliativos inclui elementos-chave para auxiliar os pacientes e familiares eficientemente, em especial na patologia oncológica, a saber: a promoção do conforto físico, o suporte psicossocial e espiritual, além de um serviço coordenado em vários níveis de saúde (CHIBA, 2008).

*“No âmbito profissional, a Enfermagem, ao planejar sua assistência, deve ter em mente os aspectos éticos envolvidos no desenvolvimento de suas atividades, com vistas à promoção de saúde ao idoso, buscando meios de lhe proporcionar longevidade, autonomia,*

*independência e, por conseguinte, um nível mais elevado de bem-estar e dignidade” (COSTA et al., p. 133, 2011).*

A enfermagem como profissão da área da saúde envolvida com o processo do cuidar, deve propiciar uma assistência que vise a maior autonomia do paciente, inclusive preservando a sua dignidade até a morte. Desta forma, Polastrini, Yamashita e Kurashima (2011, p. 277) afirmam que: *“O enfermeiro tem ainda um papel importante no cuidado do paciente em fase terminal, em vários níveis: na aceitação do diagnóstico, na ajuda para conviver com a enfermidade e no apoio a família, antes e depois da morte”.*

## CONCLUSÃO

A conclusão deste trabalho mostra que a Doença de Alzheimer leva a uma perda de funções mentais que ocorrem devido à perda de neurônios. Desta forma, cuidar de uma pessoa com demência não é uma tarefa fácil, pois quando o esforço é utilizado da maneira correta, com estratégias que funciona, o cuidado é de melhor qualidade e o cuidador tende a ficar menos estressado, mais satisfeito e valorizado por seu trabalho.

Também é preciso entender que a maneira com que os familiares cuidam e se relacionam com o paciente é de extrema importância o que gera a assumir decisões e a buscar meios que lidam com sintomas comportamentais com a evolução da doença. Além disso, é necessário que a família tenha um acompanhamento psicológico buscando orientação e apoio emocional para melhorar o relacionamento com o doente.

Portanto, não há dúvida de que o profissional da saúde precisa repassar confiança ao paciente para estabelecer um vínculo mais harmonioso, melhorando a relação e o cuidado para obter impactos positivamente nos aspectos fisiológicos do paciente.

## REFERÊNCIAS

- ZHAO, Q.; TANG, X. C. Effects of huperzine A on an acetylcholinesterase isoforms in vitro: comparison with tacrine, donepezil, rivastigmine and physostigmine. **Eur J Pharmacol.** 2002;455 (2-3):101-7.
- LINDEBOOM, J.; WEINSTEIN, H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. **Eur J Pharmacol.** 2004;490(1-3):83-6.
- FUENTEALBA, R. A.; FARIAS, G.; SCHEU, J.; BRONFMAN, M.; MARZOLO, M. P.; INESTROSA, N. C. Signal transduction during amyloid-beta-peptide neurotoxicity: role in Alzheimer disease. **Brain Res Brain Res Rev.** 2004;47(1-3):275-89.
- EASTWOOD, R.; REISBERG, B. Mood and behaviour. In: GAUTHIER, S. editor. **Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease.** London: Martin Dunitz; p. 175-90. 1996.
- KIHARA, T.; SAWADA, H.; NAKAMIZO, T.; KANKI, R.; YAMASHITA, H.; MAELICKE, A. et al. Galantamine modulates nicotinic receptor and blocks abeta-enhanced glutamate toxicity. **BiochemBiophys Res Commun.** 2004;325(3):976-82.
- LIMA, L. D.; MARQUES, J. C. Relações Interpessoais em Famílias com Portador da Doença de Alzheimer. **Psico**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, maio/ago. 2007.

FALCÃO, D. V. S. **Doença de Alzheimer:** um estudo sobre o papel das filhas cuidadoras e suas relações familiares. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

LEITE, C. D. S. M. et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 63, n. 1, p. 48-56, 2014.

BRUM, A. K. R. et al. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm**, v. 66, n. 4, p. 619-624, 2013.

SERENIK. A.; VITAL, M. A. **A doença de Alzheimer:** aspectos fisiopatológico e farmacológico. Revista Psiquiatr. Rio Grande do Sul. 2008.

PEREIRA, P. M. **Doença de Alzheimer:** Perspectiva de tratamento (TESE). Covilha: Universidade de Beira Interior, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRI E GERONTOLOGIA. Academia Brasileira de Neurologia. Sociedade Brasileira de Medicina da Família Comunidade. **Doença de Alzheimer.** Prevenção e Tratamento. São Paulo, 2011.