

RELAÇÕES ENTRE A DOENÇA DE ALZHEIMER E O ENVELHECIMENTO HUMANO: O QUE SUGEREM AS PESQUISAS

Raquel de Jesus Rocha da Silva (1); Paulo Ricardo Cordeiro de Sousa (2); Núbia Maria Figueiredo Dantas (3); Valéria Alves da Silva (4); Sofia Dionizio Santos (5)

(1) *Universidade Federal de Campina Grande- raquelrocha02@hotmail.com*

(2) *Universidade Federal de Campina Grande- paulocordeiro17@outlook.com*

(3) *Universidade Federal de Campina Grande- nubiamaria@hotmail.com*

(4) *Universidade Federal de Campina Grande- valleriaalvs@gmail.com*

(5) *Universidade Federal de Campina Grande- psycosofya@hotmail.com*

Resumo do artigo: A doença de Alzheimer (DA) é uma doença degenerativa, que acomete o sistema nervoso central principalmente de pacientes acima dos 65 anos de idade, interferindo de maneira direta nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais da vida desses indivíduos. O presente trabalho possui, como principal objetivo, a análise de pesquisas já publicadas acerca do assunto, relacionando a doença de Alzheimer ao envelhecimento humano e seus impactos na vida de pacientes e cuidadores. Utilizou-se como metodologia a revisão sistemática, selecionando os estudos para análise. A partir dos trabalhos encontrados, observou-se que a DA é o tipo de demência mais comum entre idosos, mais prevalente em pessoas do sexo feminino e em pessoas de baixa escolaridade. Além disso, a DA dificulta a prática de atividade física pelos idosos, tornando-se um problema, já que essas atividades poderiam diminuir a necessidade de medicações, servindo de alternativa a determinados tratamentos farmacológicos. Outro fato destacado nestes trabalhos é a influência da doença sobre o estado psicológico dos pacientes, interferindo de maneira direta nos relacionamentos com a família e cuidadores, o que é evidenciado, também, durante o contínuo e desgastante trabalho dos cuidadores para que o idoso não se exponha a situações de perigo. As informações encontradas determinam que ainda não existe cura para a doença de Alzheimer, mas existem tratamentos farmacológicos e associados à realização de atividade física, atividades lúdicas e estimulação das funções psíquicas, especialmente a memória, que podem ter impacto positivo na qualidade de vida desses pacientes e seus cuidadores.

Palavras-chave: doença de Alzheimer, qualidade de vida, desenvolvimento humano, idosos, envelhecimento.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas da modernidade é o aumento na expectativa de vida, principalmente no que diz respeito à classe idosa. Em 2050 as pessoas com 60 anos ou mais superarão as crianças menores de 14 anos, representando 22,1% da população mundial, sendo esse um evento histórico nunca visto antes. ¹ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ² a população idosa irá triplicar chegando a 41,5 milhões em 2030 como consequência da diminuição da fecundidade e da mortalidade em todas as idades.

A população idosa também é marcada por uma grande diversidade, que não é aleatória, pois resulta da combinação de fatores genéticos, ambientais e psicossociais. Assim, a faixa de renda

pode ser determinante para a capacidade funcional de uma idosa, e esses fatores devem ser levados em conta na formulação das políticas públicas voltadas para esse grupo populacional, conforme estudos apontados pelo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, da Organização Mundial da Saúde.³

Em decorrência desse fato, as políticas de assistência à saúde devem estar preparadas para prestar o auxílio necessário que a pessoa idosa necessita. A velhice deve ser compreendida em toda a sua amplitude e totalidade, uma vez que é um fenômeno biológico universal com consequências psicológicas e sociais das mais diversas.⁴

O envelhecimento humano carrega diversos preconceitos, que os esforços de pesquisa sobre o tema, na atualidade, buscam desconstruir. Por um lado, visões da velhice como uma etapa de incapacitação, de sofrimento, por outro lado, perspectivas otimistas fantasiosas, considerando-a uma etapa de relaxamento e despreocupação. Ambas as abordagens representam distorções que vêm sendo abandonadas, dando lugar a uma compreensão mais ampla da velhice como uma fase da vida marcada por ganhos e perdas, assim como qualquer outra.⁵

Constata-se que o passar dos anos tem efeitos sobre o organismo humano, trazendo alterações em suas funções e, algumas vezes, acarretando perdas ou necessidade de adaptação. É necessário, entretanto, diferenciar os sinais característicos do processo de envelhecimento, como etapa do ciclo de vida do desenvolvimento humano, dos sinais que indicam um processo de adoecimento do indivíduo, acarretando sintomas específicos. Envelhecer não pode ser considerado sinônimo de adoecer.

No caso das demências, entre elas a doença de Alzheimer (DA), é frequente confundir seus sintomas com as modificações no aspecto cognitivo durante a velhice. As demências, segundo NITRINI⁶, são síndromes caracterizadas pelo declínio cognitivo persistente, que levam a alterações psicossociais, fisiológicas e motoras. A doença de Alzheimer é uma das formas mais comuns de demência presentes na atualidade. Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde⁷, a doença de Alzheimer é uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia ainda desconhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos.

Dentre os principais efeitos da doença de Alzheimer, as alterações psicossociais destacam-se por interferirem consideravelmente nas relações pessoais e sociais do idoso, o que se deve principalmente ao declínio na autonomia da pessoa acometida pela doença. Entre as perdas que

provocam esse declínio, a perda gradativa da audição, visão e reflexos motores, são as principais causas dessa exclusão do idoso na sociedade.

Considerando a importância de verificar como as pesquisas vêm relacionando a doença de Alzheimer e o processo de envelhecimento, o presente estudo buscou identificar, na literatura científica nacional, as pesquisas sobre relações entre a doença de Alzheimer e o envelhecimento humano.

METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado, com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto.⁸ A metodologia utilizada foi a revisão sistemática, que permite a busca rigorosa de estudos relacionados a uma temática definida, servindo, entre outros propósitos, de fundamento à Prática Baseada em Evidências (PBE) no campo da saúde.⁹

Seguindo as etapas propostas para a realização da revisão sistemática GALVÃO e PEREIRA¹⁰ iniciaram definindo o objetivo da pesquisa: buscar estudos sobre a relação entre Alzheimer e o envelhecimento humano.

A seleção de artigos foi realizada nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram utilizados os seguintes descritores: “idoso”, “doença de Alzheimer”, “qualidade de vida” e “desenvolvimento humano”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: ser resultado de pesquisa nacional; publicadas no idioma português; com disponibilidade de texto completo; com período de publicação entre 2012 e 2017; ser pesquisa focada no objetivo delimitado para a revisão proposta. A pesquisa dos artigos foi realizada em agosto de 2017.

RESULTADOS

A partir dos descritores e critérios de inclusão estabelecidos, foram encontrados 707 artigos, havendo 9 exclusões por idioma, 12 por repetições e 648 por não estarem focadas na questão definida para a revisão, sendo selecionados, ao final, um total de 38 artigos. Após uma segunda avaliação, através da análise dos resumos, 10 artigos foram selecionados para análise e discussão, de acordo com os critérios estabelecidos.

A doença de Alzheimer é apontada como o tipo de demência mais prevalente na população, levando em consideração os tipos existentes, sendo que nem todas são progressivas, mas geralmente

ocorrem em fases tardias da vida. Cerca de 50% a 60% dos indivíduos, apresentam sobrevida entre 2 e 15 anos, tendo um progresso lento e contínuo, que é independente de escolaridade, raça e situação econômica.¹¹ Essa demência compromete o cognitivo, além do comportamento do indivíduo, que se apresenta rigoroso, assim prejudicando suas atividades diárias, pela perda da memória e linguagem, sua independência e de um modo geral a qualidade de vida.

É possível observar a importância de incentivar atividades de acesso a reservas cognitivas nos idosos acometidos com a DA, sendo essa uma tarefa importante para a família, cuidadores e profissionais da saúde.¹² A busca pelo resgate de potenciais ainda existentes apresentados pelos idosos pode ser considerada uma ação muito importante realizada pelas pessoas que estão ao lado dos idosos com a DA. Por isso, o acompanhamento feito por profissionais e a busca de informações por parte da família e cuidadores contribuem de maneira direta para a diminuição das perdas cognitivas e o bem-estar biopsicossocial do idoso.

O contexto familiar é afetado quando um indivíduo é acometido pela doença de Alzheimer, tendo implicações sobre a qualidade de vida dos familiares, principalmente aqueles que estão cuidando diariamente do idoso e estes acabam por desenvolver sentimentos que os levam a uma deterioração tanto física quanto mental.¹³

Ilha et al.¹⁴ evidenciaram que o idoso portador de Alzheimer apresenta dificuldades quanto ao reconhecimento dos próprios familiares e de algumas localidades, em especial sua moradia, ocorre perda do discernimento do local em que encontra-se, desenvolvimento de negação ao processo de doença, déficit no autocuidado, dentre outras.

Outro achado importante é o fato de que a maior parte dos idosos com Alzheimer apresenta baixo hábito para a prática de atividades físicas.¹⁵ Na velhice é normal que a pessoa idosa tenha dificuldade para realizar certas atividades, porém o Alzheimer agrava as alterações trazidas nessa fase, por isso, o estímulo a prática de exercícios físicos podem ser um tratamento não farmacológico para diminuição dos danos ocasionados pela doença.

Um dos fatores mais comuns no envelhecimento é o fato de uma grande parcela dos idosos se sentirem inúteis, principalmente pelo fato de não poderem mais realizar algumas atividades. Este sentimento pode ser agravado pelo Alzheimer como evidenciado na pesquisa de Burlá¹, que afirma que a capacidade de autodeterminação diminui com a progressão da doença. Com isso, esses idosos estão mais propícios ao surgimento da depressão, doença que afeta grande parte da população, e está cada vez mais afetando esses indivíduos.

Evidenciou-se ainda a prevalência do Alzheimer em indivíduos de sexo feminino. Em estudos verificou a prevalência da doença de Alzheimer em mulheres e, além disso, o número de indivíduos de baixa escolaridade com a doença sobrepôs o número de indivíduos com algum nível de escolaridade.¹⁶ Uma hipótese para esse fato pode ser que as mulheres vêm apresentando uma expectativa de vida maior do que os homens, além de que, indivíduos que possuem algum grau de escolaridade certamente são estimulados por práticas como a leitura que minimiza os efeitos da doença.

Como já se sabe o Alzheimer ainda não tem cura, deste modo, declínios nas funções cognitivas e motoras são esperadas nesses pacientes. Há um declínio das funções cognitivas e motoras nas fases leve e moderada.¹⁷ Como consequência, os autores conseguem identificar a perda de autonomia entre os idosos que participaram do estudo. . Em vista disso, podemos perceber que o Alzheimer reforça o declínio esperado das funções cognitivas e motoras que surgem decorrentes do envelhecimento.

MARINS *et al.*¹⁸ também trazem em seu artigo algumas preocupações dos cuidadores de idosos com essa patologia, como a exposição ao fogo, queimaduras e riscos de explosões, fuga do idoso, saída de casa sem companhia, deixando claro que há necessidade de uma reorganização familiar, de forma a voltar-se ao cuidado do idoso com Alzheimer.

Por fim, BECKERT *et al.*¹⁹ concluem que a percepção de qualidade de vida de idosos está relacionada com o funcionamento cognitivo. Portanto, alterações no funcionamento cognitivo ocasionadas pelo Alzheimer irão refletir sobre a qualidade de vida do idoso. Os autores evidenciaram relações entre qualidade de vida, funcionamento cognitivo e desempenho nas funções executivas, porém afirmaram que essa relação é pouco explorada na literatura, sendo necessários mais estudos para melhor compreender a relação entre a qualidade de vida e a função cognitiva e como estes se relacionam com a DA.

DISCUSSÃO

Conforme indicado anteriormente, há evidências de que a doença de Alzheimer seria a mais prevalente entre as demências. Assim como as demais demências, a DA costuma acometer indivíduos em fases tardias da vida, sendo que pode se diferenciar delas por seu curso progressivo. XIMENES *et al.*¹¹ também indicaram uma estimativa de sobrevida que independe de escolaridade, raça ou condição econômica, em torno de 2 a 15 anos para 50% a 60% dos indivíduos.

A prevalência na população apresenta diferenças dependentes do sexo. Entre as pessoas acometidas pela DA, existe uma prevalência entre o sexo feminino.¹⁶ Esse perfil foi confirmado em

pesquisas realizadas por HASSEN *et al.*²⁰ e por MENEZES *et al.*²¹ que destacaram a maior sobrevida das mulheres, bem como o aumento da taxa de mortalidade entre os homens, como hipóteses para compreensão da maior prevalência entre mulheres. Outro aspecto apontado foi que, além da prevalência no sexo feminino, o Alzheimer também predominava entre os indivíduos de menor escolaridade.¹⁶ Segundo SNOWDON *et al.*²² fatores como menores habilidades linguísticas e intelectuais na infância, baixa escolaridade e menor ocupação intelectual ao longo da vida, aumentam o risco de desenvolvimento de Alzheimer, idosos com mais de 75 anos e com baixa escolaridade têm o dobro do risco de desenvolver a patologia do que um idoso com 8 anos de escolaridade com a mesma idade.

As modificações no aspecto cognitivo, entre os idosos, podem limitar a realização de algumas ações, que podem ser consideradas, pela família ou pelo próprio idoso, como difíceis ou inalcançáveis e perigosas para sua saúde. Como mencionado antes, essas alterações cognitivas são esperadas durante a velhice, entretanto, elas podem ser compensadas pela utilização de recursos de uma dimensão da inteligência para balancear as perdas em outra dimensão.⁵ A DA agrava as perdas no sistema cognitivo, dificultando também as possibilidades de compensação e trazendo prejuízos para o idoso. ZIDAN *et al.*¹⁷ evidenciaram, em seu estudo, um declínio nas funções cognitivas e motoras em idosos entre o estágio leve e moderado da doença de Alzheimer. Ligando este achado ao pensamento de NOVELLI²³ que afirma que a perda progressiva em realizar atividades diárias ocasiona uma maior dependência, podemos supor que o declínio das funções cognitivas e motoras irá, gradativamente, comprometer a capacidade de autonomia e autocuidado do idoso.

Dentre os diversos estudos realizados sobre aspectos relacionados à doença de Alzheimer, as discussões sobre seus efeitos na memória estão entre os principais pontos trabalhados na literatura. LEMOS *et al.*²⁴ observaram que existe um declínio da memória autobiográfica e que existe uma relação desta com os domínios cognitivo e afetivo, afirmação que se encaixa com a de CONWAY *et al.*²⁵ em que definem memória autobiográfica como a ação de recordar eventos experimentados pessoalmente por um indivíduo. O diagnóstico da DA também está relacionado à incapacidade de recordar memórias autobiográficas. Segundo LEMOS *et al.*²⁴ essa incapacidade de recordar é denominada “supergeneralização”, em que o indivíduo é incapaz de descrever um evento único no tempo e no espaço.

Reforçando as discussões sobre a memória, PHILLIPS *et al.*²⁶ concluíram que as recordações autobiográficas diminuem à medida que os prejuízos cognitivos aumentam. Nos estudos desses autores, ao compararem o desempenho de grupos de idosos, perceberam que aqueles

que eram saudáveis não apresentavam “supergeneralização” da memória autobiográfica, ao contrário do grupo com DA. DONIX *et al.*²⁷ corroborando essas idéias, enfatizou o prejuízo ocasionado pelo Alzheimer sobre o processo cognitivo e a preservação da memória autobiográfica. LEMOS *et al.*²⁴ confrontando a idéia de que a memória remota estaria inicialmente preservada, demonstraram em seus estudos que a memória autobiográfica encontra-se prejudicada na fase inicial da doença. É importante enfatizar que o presente trabalho não pretende apontar conclusões sobre essa discussão, mas, verificando a existência de divergências, instigar a necessidade de mais pesquisas neste campo.

Além das perdas provocadas pela DA no aspecto cognitivo, outros aspectos também serão afetados, conforme indicam os estudos. ILHA *et al.*¹³ destacam que, em umas das três fases do Alzheimer, há um declínio na tonicidade muscular, além de movimentos lentos e marcha afetada. Diante disso, é notável a dificuldade que o idoso com DA pode apresentar para desenvolver ações simples, e sua propensão a quedas, levando à piora de um quadro de risco já apontado para a população idosa. Assim, a atenção profissional deve estar voltada para a prevenção de acidentes, mantendo a segurança do idoso através do controle do ambiente em que ele vive, bem como, da observação dos medicamentos utilizados por este que possam vir a alterar seu funcionamento cognitivo e motor e, por isso, aumentar o risco de acidentes.

Os pacientes com Alzheimer apresentam, como discutido por ILHA *et al.*¹⁴ dificuldades para efetuar suas atividades de autocuidado tanto pelo fato de haver redução da capacidade motora como pela regressão da capacidade cognitiva. Assim, esses pacientes podem ter limitações nos cuidados com a higiene e com a ingestão correta dos medicamentos e alimentos, evidenciando a importância da disponibilidade de um cuidador que seja conhecedor do processo da doença, habilidoso, paciente e amoroso.

Como mencionado anteriormente, a pesquisa de BURLÁ *et al.*²⁸ afirma que a capacidade de autodeterminação diminui com a progressão da doença de Alzheimer. Assim, a dificuldade de realizar determinadas atividades, somada ao preconceito social e à visão do idoso como incapaz, poderá fazer, deste, um grupo populacional mais vulnerável à depressão.

A vulnerabilidade à depressão comprova-se ao identificar estudos apontando que a ela é o transtorno mais comum entre pacientes com DA, no Brasil.²⁹ Avaliando as diversas dimensões prejudicadas pela doença, é fácil perceber que o idoso com Alzheimer terá sua qualidade de vida afetada, e sentimentos negativos como o de inutilidade podem surgir agravando o quadro. Na literatura, diversos autores buscaram compreender a relação entre a depressão e o Alzheimer, e

estudos como o de NASCIMENTO *et al.*³⁰ demonstram que a prática de atividade física tem um efeito sobre a depressão, os pacientes que participaram do estudo tiveram um aumento da autoestima, além do contato social proporcionado pela prática em grupo servindo como distração de pensamentos negativos e contribuindo para o domínio de novas habilidades.

O estímulo à prática de atividades mentais, físicas, e sociais é indicado para todos os idosos, de um modo geral, mas é especialmente recomendado nos casos em que a doença de Alzheimer é diagnosticada. ANTUNES *et al.*³¹ em uma revisão da literatura, concluíram que pessoas ativas tem menor risco de desenvolver patologias relacionadas à mente do que sedentários. Além disso, o mesmo estudo evidenciou que pessoas ativas possuem um processamento cognitivo mais eficaz. Os autores também perceberam um aumento de desempenho físico e uma diminuição da dependência para realizar determinadas ações em idosos com déficit cognitivo e demência. Portanto, puderam concluir que a prática de atividades que estimulem os domínios cognitivos e motor é uma forma de diminuir os prejuízos evidenciados em idosos com Alzheimer.

GROPPO *et al.*³² afirmam que a qualidade de vida pode ser influenciada por diversos fatores tais como ambientais, físicos e psicossociais. A melhor a qualidade de vida dos idosos no aspecto físico propicia um melhor desempenho em tarefas de execução, de atenção, de linguagem e no funcionamento cognitivo como um todo. A condição física do idoso também influencia a autonomia e a capacidade de autocuidado, levando o idoso a se sentir mais seguro para viver de forma independente e, conseqüentemente, a um envelhecimento ativo que resulta em melhor funcionamento cognitivo.¹⁹ A qualidade de vida contribui para o envelhecimento bem-sucedido e, mais especificamente, para preservar o funcionamento cognitivo.³³ Quanto melhor a percepção de qualidade de vida psicológica, caracterizada pela presença de sentimentos positivos, boa autoestima, sentido de vida, capacidade de concentração e aprendizagem, melhor o desempenho em tarefas de atenção. Um estilo de vida saudável está relacionado com bem-estar psicológico, que se reflete em atributos como autoeficácia, sentimentos de controle pessoal e autoestima.¹⁹

A partir da leitura dos artigos, observou-se que o contexto familiar é atingido quando um indivíduo é acometido pela doença de Alzheimer, tendo implicações sobre a qualidade de vida dos familiares, principalmente aqueles que estão cuidando diariamente do idoso. Estes familiares acabam por desenvolver sentimentos que os levam a uma deterioração tanto física quanto mental.²² Os autores também evidenciaram que o idoso portador de Alzheimer apresenta dificuldades quanto ao reconhecimento dos próprios familiares e de algumas localidades, em especial sua moradia,

ocorrendo perda do discernimento sobre o local em que se encontra desenvolvimento de negação da doença, déficit no autocuidado, dentre outras dificuldades.

Ainda foi possível observar as formas de tratamento que minimizam os sintomas da doença de Alzheimer, já que não há cura para a mesma. O tratamento interpessoal, o toque e afeto da família e amigos são fatores considerados extremamente importantes para a minimização, principalmente, dos sintomas de depressão que acometem idosos que sofrem com a DA. Foi evidenciado a importância do envolvimento familiar no tratamento e cuidado de pacientes portadores dessa doença, demonstrando a melhora no desenvolvimento cognitivo e emocional do idoso.²³ Dessa maneira destacam-se a importância da aproximação e estimulação por parte da família.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou identificar pesquisas que abordassem as relações entre a doença de Alzheimer e o envelhecimento humano. A partir dos resultados obtidos, foi possível constatar que a doença afeta diversas dimensões da vida do idoso, tanto no seu desenvolvimento físico e cognitivo, já que a DA afeta o sistema nervoso central, como no desenvolvimento psicossocial e afetivo, alterando as relações do idoso com a sociedade, família e amigos, e podendo levar a quadros de depressão e outras situações de sofrimento.

Considerando os sintomas e prejuízos provocados pela doença de Alzheimer, percebe-se a gravidade de seus impactos na vida do paciente. A grande maioria dos pacientes com DA apresenta uma perda gradativa da memória, apresentando este como um dos primeiros e principais sintomas, posteriormente acompanhado pelo declínio na atividade motora e demais funções psíquicas.

As pesquisas também permitem delinear algum perfil dos pacientes acometidos pela DA, parecendo ser mais prevalente entre mulheres e pessoas com baixa escolaridade. Essa caracterização, segundo hipóteses levantadas pelos estudos, pode estar relacionada ao maior número de mulheres no grupo etário em que a doença de Alzheimer costuma se manifestar, e também com um possível benefício promovido pela prática cotidiana de atividades que estimulem as dimensões afetadas pela doença.

A relação da família e cuidadores com os pacientes foi considerada fundamental para o bem-estar destes. A qualidade das relações interpessoais pode comprometer o estado emocional e físico dos pacientes.

Não há cura para a doença de Alzheimer, porém, contrariamente ao imaginário popular, há tratamento. Como a doença atinge as diversas dimensões da vida, os principais tratamentos

utilizados baseiam-se em medicamentos para amenizar os sintomas, psicoterapias, contato com a rede social e familiar, destacando-se a importância do acolhimento e do cuidado prestados aos pacientes, e incentivo à prática de atividades físicas e cognitivas significativas para os mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burlá C. Camarano AA. Kanso S. Fernandes D. Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. Ciên. Saúde Coletiva. 2013; 18(10): 2949-56.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Resumo – Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS; 2015.
4. Medeiros DV. Santos WN. Sousa MGM. A percepção do idoso sobre a velhice. Rev de enf UFPE online. Recife, out. 2016. 3851-3859.
5. Papalia DE. Olds SW. Feldman RD. Desenvolvimento Humano. 8ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.
6. NITRINI R. Demências. In: Filho ETC, Neto MP. Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2ª Ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
7. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde – CID – 10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 12 de agosto de 2017.
8. GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2010.
9. De-la-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Takahashi RF. Bertolozzi MR. Revisão Sistemática: noções gerais. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(5): 1260-6.
10. Galvão TF. Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(1): 183-184.
11. Ximenes MA. Rico BLD. Pedreira RQ. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. Rev Kairós Gerontologia, 2014 17(2): 121-140.
12. Pozes VLS. Daher DV. Fonseca TC. Resgate de reservas cognitivas em idosos com demência de Alzheimer: Relato de Experiência. Rev pes.: cuid. fundam. online. 2013; 5(5): 148-154.
13. Ilha S. Zamberlan C. Nicola GDO. Araújo AS. Backes DS. Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2014; 4(1): 1057-1065.

14. Ilha S. Backes DS. Santos SSC. Gautério-Abreu DP. Silva BT. Pelzer MT. Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. Esc. Anna Nery. 2016; 20(1): 138-146.
15. Stein AM. Costa JCR. Vital TM. Hernandez SS. Garu M. Teixeira CVL. Stella F. Atividade física, sono e qualidade de vida na doença de Alzheimer. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2012; 17(3): 200-205.
16. Holanda ITA. Ponte KMA. Pinheiro MCD. Idosos com alzheimer: um estudo descritivo. Rev Rene. 2012; 13(3): 582-89.
17. Zidan M. Arcoverde C. Araújo NB. Vasques P. Rios A. et al. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. Rev Psiq Clín. 2012;39(5): 161-5.
18. Marins AMF. Hansel CG. Silva J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. Esc Anna Nery. 2016; 20(2): 352-356.
19. Beckert M. Irigaray TQ. Trentini CM. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. Estud. psicol. 2012; 29(2): 155-162.
20. Hassen VG. Couto TV. Ventura MM. Perracini NGR. Perfil funcional de portadores da doença de Alzheimer na enfermaria de geriatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”. Rev Med IAMSPE. 2006; 31(4): 189-93.
21. Menezes TN. Lopes FJM. Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(2): 168-71.
22. Snowdon DA. Kemper SJ. Mortimer JA. Greiner LH. Wekstein DR. Markesbery WR. Linguistic abilit in early life and cognitive function and Alzheimer’s disease in late life. Findings from the Nun Study. JAMA. 1996; 275(7):528-32.
23. Novelli MMPC. Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade de vida na doença de Alzheimer. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
24. Lemos CA. Hazin I. Falcão JTR. Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. Estudos de Psicologia. 2012; 17(1): 135-144.
25. Conway MA. Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self memory system. Psychological Review. 2000; 107, 261-288.
26. Phillips S. Williams MG. Cognitive impairment, depression and the specificity of autobiographical memory in the elderly. Journal of Clinical Psychology. 1997; 36, 341-347.

27. Donix MBC. Jurjanz L. Poettrich K. Winiecki P. Holthoff VA. Overgenerality of autobiographical memory in people with amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's Disease. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2010; 25, 22-27.
28. Burlá C. Pessini L. Siqueira JE. Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Rev. Bioét.* 2014; 22(1): 85-93.
29. Tatsch_MF. Bottino_CM. Azevedo D. Hototian_SR. Moscoso_MA. Folquitto_JC. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and cognitively impaired, nondemented elderly from a community-based sample in Brazil: prevalence and relationship with dementia severity. *American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2006; 14(5): 438-45.
30. Nascimento CM. Teixeira CV. Gobbi LT. Gobbi S. Stella F. A controlled clinical trial on the effects of exercise on neuropsychiatric disorders and instrumental activities in women with Alzheimer's disease. *Revista Brasileira de Fisioterapia.* 2012; 16(3): 197-204.
31. Antunes HKM. Santos RF. Cassilhas R. Santos RVT. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte.* 2006; 12(2): 108-114.
32. Groppo HS. Nascimento CMC. Stella F. Gobbi S. *et al.* Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. *Rev. bras. Educ. Fís. Esporte.* 2012; 26(4): 543-51.
33. Winocur G. Palmer H. Dawson D. Binns MA. Bridges K. Cognitive rehabilitation in the elderly: an evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 2007; 13(1): 153-165.