



## Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer

Multidisciplinary/interdisciplinary actions in the care of elderly with Alzheimer's Disease

Thaís Mara Alexandre Bertazone<sup>1</sup>, Mariana Ducatti<sup>2</sup>, Helen Palmira Miranda de Camargo<sup>3</sup>, Jéssica Magalhães Felipe Batista<sup>1</sup>, Luciana Kusumota<sup>1</sup>, Sueli Marques<sup>1</sup>

**Objetivo:** identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o efeito das ações multidisciplinares/interdisciplinares na saúde ou no tratamento do idoso com Doença de Alzheimer. **Métodos:** revisão integrativa realizada em bases de dados, sem delimitação de período de publicação dos artigos, utilizando-se descritores controlados e não controlados. **Resultados:** a busca inicial resultou em um total de 508 estudos, dos quais seis foram considerados elegíveis para análise. Os resultados mostraram que as ações multidisciplinares/interdisciplinares utilizadas foram efetivas no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. Os principais efeitos observados foram a melhoria dos problemas comportamentais e da função cognitiva e a diminuição do uso de drogas psicotrópicas. **Conclusão:** as ações multidisciplinares/interdisciplinares podem oferecer cuidados mais efetivos para os idosos com Doença de Alzheimer, maximizando seu nível cognitivo e funcional, com melhoria da qualidade de vida tanto para o paciente, quanto para os familiares/cuidadores.

**Descritores:** Idoso; Doença de Alzheimer; Pesquisa Interdisciplinar; Equipe de Assistência ao Paciente.

**Objective:** to identify the available evidence in the literature on the effect of multidisciplinary/interdisciplinary actions on health or in the treatment of the elderly with Alzheimer's disease. **Methods:** an integrative revision made in databases, without accrual period of publication of articles, using controlled and non controlled descriptors. **Results:** the initial search resulted in a total of 508 studies, six of which were considered eligible for analysis. The results showed that the multidisciplinary/interdisciplinary actions used were effective in the care of the elderly with Alzheimer's disease. The main effects observed were improved behavioral problems and cognitive function and the decrease use of psychotropic drugs. **Conclusion:** multidisciplinary/interdisciplinary actions can provide more effective care for the elderly with Alzheimer's disease, maximizing their cognitive and functional levels, with improvement in the quality of life for both the patient and for the family/caregivers.

**Descriptors:** Aged; Alzheimer Disease; Interdisciplinary Research; Patient Care Team.

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>2</sup>Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Sueli Marques

Av. dos Bandeirantes, 3900. Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: smarques@erp.usp.br

## Introdução

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. No Brasil está ocorrendo de forma acelerada devido à redução das taxas de fecundidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida<sup>(1)</sup>. Este fenômeno, por sua vez, acarreta alterações nos padrões de morbimortalidade da população. Dentre as principais doenças não transmissíveis da população idosa, têm se notado um aumento na prevalência das demências<sup>(2)</sup>, sendo a Doença de Alzheimer a principal delas.

A Doença de Alzheimer é caracterizada por falhas na memória, aprendizagem e linguagem que tendem a se agravar pelo avanço da doença. O diagnóstico é considerado provável quando há evidência de alterações genéticas e, possível, quando não há tal evidência, mas a perda das funções cognitivas ocorre de forma progressiva e há ausência de outras etiologias. Há quatro critérios diagnósticos para a definição da doença: a presença da síndrome de transtornos neurocognitivos; o surgimento lento, porém gradual de falhas nas funções cognitivas; a classificação em possível ou provável; e a ausência de doença cerebrovascular ou neurodegenerativa e ausência de algum tipo de transtorno, seja neurológico, sistêmico ou mental<sup>(3)</sup>. Não há cura para a mesma, mas os tratamentos farmacológicos e a reabilitação neurocognitiva retardam e/ou estagnam temporariamente o avanço da doença<sup>(4-6)</sup>.

O número total de pessoas com demência no mundo em 2010 foi estimado em 35,6 milhões e está projetado para quase dobrar a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050<sup>(2)</sup>. Nos Estados Unidos da América, a estimativa foi de 4,5 milhões no ano de 2000 e a projeção para 2050 é de 13,2 milhões<sup>(7)</sup>. No Brasil, as projeções indicam que a prevalência média se encontra mais alta que a mundial, visto que na população com 65 anos ou mais, este valor passará de 7,6% para 7,9% entre 2010 e 2020, com 55 mil casos novos por ano<sup>(8)</sup>.

Por se tratar de uma doença neurodegenerativa

e incapacitante, a Doença de Alzheimer acarreta elevados custos relacionados aos cuidados em saúde. O custo total estimado a nível mundial com gastos foi de 604 bilhões de dólares em 2010<sup>(2,9)</sup>, e os países que mais gastam nos cuidados com a demência são, respectivamente, Estados Unidos, China e Japão<sup>(10)</sup>. No Brasil, as pesquisas que abordam os custos relacionados à doença ainda são incipientes, com ênfase em estudos epidemiológicos<sup>(11-13)</sup>.

O idoso com Doença de Alzheimer tem sua integridade física, mental e social comprometida, o que acarreta situações de dependência total ou parcial, muitas vezes com necessidade de cuidados complexos. Por se tratar de uma doença que incide em diversas dimensões da vida do idoso/família, é preciso intervenções integradas de diferentes profissionais de saúde, por meio de ações multidisciplinares/interdisciplinares<sup>(14)</sup>.

Além disso, os sintomas comportamentais e psicológicos da demência, comumente presentes no idoso com Doença de Alzheimer, comprometem tanto a saúde do paciente quanto a dos familiares/cuidadores envolvidos<sup>(15-16)</sup>. Muitas vezes, é indicado aos familiares/cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer, uma intervenção psicoterapêutica, pelo fato de que quase a metade deles apresentam sinais de estresse ou depressão, e tendem a descrever sua saúde de forma mais negativa, quando comparado a pessoas que não exercem o papel de cuidar<sup>(17)</sup>.

Ao se falar em ações multidisciplinares/interdisciplinares, remete-se à relevância da definição de alguns conceitos. A multidisciplinaridade é o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico<sup>(18)</sup>. A interdisciplinaridade parte do pressuposto da integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os profissionais, incorporando seus conhecimentos em um novo modo de agir e na forma como se produz o cuidado em saúde, evitando a ótica da individualidade e, conseqüentemente, da fragmentação do cuidado<sup>(19-20)</sup>.

As ações multidisciplinares/interdisciplinares têm como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, por meio de uma abordagem integral aos indivíduos e famílias, intervindo com ações voltadas a realidade a qual são inseridos<sup>(21)</sup>. Desta forma, esta revisão integrativa justifica-se pela falta de evidências na literatura relacionadas às ações multidisciplinares/interdisciplinares de saúde no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer, assim, o objetivo desta revisão foi identificar as evidências disponíveis na literatura sobre o efeito das ações multidisciplinares/interdisciplinares na saúde ou no tratamento do idoso com Doença de Alzheimer.

## Métodos

Os passos para esta revisão integrativa foram realizados em seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>(22)</sup>.

A pergunta norteadora para a elaboração da revisão foi: Qual o efeito das ações multidisciplinares/interdisciplinares na saúde ou no tratamento do idoso com Doença de Alzheimer?

A busca dos estudos incluídos nesta revisão ocorreu em outubro de 2014, em Ribeirão Preto, São Paulo, sendo realizada em duas bases de dados eletrônicas: *US National Library of Medicine, National Institutes of Health* (PubMed) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

Para a pesquisa nas bases de dados foram utilizados tanto os descritores controlados – *Medical Subject Headings* (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – quanto os descritores não controlados. No PubMed, os descritores controlados

(fornecidos pelo MeSH) utilizados foram: *aged, Alzheimer Disease, Interdisciplinary Studies, e Patient Care Team*. E os descritores não controlados foram: *Interdisciplinary Program, Interdisciplinary Research, e Multidisciplinary team*. No LILACS, os descritores controlados (fornecidos pelo DeCS) utilizados foram: Idoso, Doença de Alzheimer, Pesquisa interdisciplinar, e Equipe de Assistência ao Paciente. E os descritores não controlados foram: *Interdisciplinary Program e Multidisciplinary team, e Programa Interdisciplinar e Equipe Multidisciplinar*. Em todos os cruzamentos foram utilizados os operadores booleanos “AND”, “OR”, e “AND NOT”.

Os critérios de inclusão foram os artigos originais que abordassem o tema idoso com Doença de Alzheimer relacionado a equipes multidisciplinares/interdisciplinares e equipes de assistência ao paciente, publicados em inglês, português e espanhol. Não foi delimitado período de publicação dos artigos, com intuito de ampliar a busca. Os critérios de exclusão foram às publicações que não se enquadravam na classificação do nível de evidências utilizadas, estudos realizados em animais, editoriais, carta ao editor, dissertações, teses, revisões de literatura, e os artigos sem resumos que não possuíam texto disponível.

Para a classificação do nível de evidências, foi utilizado o sistema de hierarquia de evidências que determina sete níveis: nível I (evidência obtida de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios clínicos randomizados relevantes ou guidelines baseados em revisões integrativas de ensaios clínicos randomizados, ou de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas de Ensaio Clínico Randomizado Controlado); nível II (evidência obtida de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado bem desenhado); nível III (evidência obtida de ensaios clínicos bem desenhados sem randomização); nível IV (evidência obtida de estudos com caso controle e estudos com coorte); nível V (evidência obtida de revisões integrativas de estudos descritivos e estudos qualitativos); nível VI (evidência obtida de um único estudo descritivo ou qualitativo) e nível VII (evidência

obtida da opinião de autoridades e ou Comitê de Especialistas)<sup>(23)</sup>.

A organização dos dados obtidos dos artigos analisados, foi realizada por meio de um instrumento validado, que aborda a identificação do artigo, os autores, o tipo de publicação, o detalhamento metodológico, o detalhamento amostral, a intervenção estudada, os resultados, e as recomendações/conclusões<sup>(24)</sup>. As publicações selecionadas foram classificadas de acordo com o delineamento metodológico e o nível de evidência, e a síntese dos resultados está apresentada de forma descritiva.

Todos os aspectos éticos relacionados à elaboração e desenvolvimento de uma revisão integrativa foram seguidos, sendo os artigos utilizados públicos, e, portanto, sem necessidade de solicitar a utilização. A análise dos estudos foi fiel aos textos originais.

## Resultados

Todos os artigos foram analisados primeiramente, por meio da leitura dos títulos e selecionados com base no objetivo e pergunta norteadora desta revisão. Foi realizada a leitura dos resumos, e entre os estudos selecionados após este processo, foram lidos os artigos completos, e destes, escolhidos os estudos elegíveis para análise. A busca inicial resultou em um total de 508 estudos, dos quais 395 foram selecionados após a exclusão dos repetidos. Depois, 125 estudos foram selecionados, e destes, 94 foram excluídos. Sendo assim, 31 artigos completos foram avaliados para elegibilidade, destes, 25 foram excluídos, 23 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e dois por estarem em outras línguas. Desta forma, 6 artigos foram considerados elegíveis para análise após a leitura completa do artigo, estando todos os artigos analisados, disponíveis na base de dados PubMed.

Os artigos selecionados foram publicados entre 1998 e 2011. Das seis publicações analisadas, três eram europeias, duas norte-americanas e uma brasileira. As características metodológicas dos estudos relativas

ao objetivo, delineamento e membros das equipes multidisciplinares/interdisciplinares estão descritas na Figura 1.

O estudo 1 analisou 41 idosos com Doença de Alzheimer, e tanto o grupo experimental quanto o grupo controle foram avaliados com escalas que mensuraram o grau de comprometimento cognitivo e qualidade de vida dos participantes antes e após as intervenções, e também foi realizado o acompanhamento psicológico com os cuidadores. Os resultados dos inventários para avaliação de comprometimento cognitivo e qualidade de vida mostraram que os idosos do grupo experimental mantiveram o nível do comprometimento cognitivo, enquanto que os idosos do grupo controle apresentaram uma queda na cognição. Os cuidadores, por sua vez, relataram melhoria na qualidade de vida.

No estudo 2, foram analisados 153 idosos com Doença de Alzheimer, e os idosos do grupo intervenção e seus cuidadores receberam um ano de gestão de cuidados por uma equipe interdisciplinar. Os cuidados colaborativos para o tratamento da doença resultaram em melhorias significativas na qualidade dos cuidados, e nos sintomas comportamentais e psicológicos da demência entre os idosos de cuidados primários. Estas melhorias foram acompanhadas por uma redução do estresse dos cuidadores e foram alcançadas sem aumentar significativamente o uso de antipsicóticos ou sedativos hipnóticos.

No estudo 3, as ações promovidas pela equipe foram direcionadas aos idosos e aos familiares/cuidadores, com enfoque em avaliações sobre a terapia farmacológica, intervenções educativas com informações sobre a Doença de Alzheimer, aconselhamento aos cuidadores sobre como se comunicar com o idoso, além de orientações quanto a questões jurídicas e financeiras que permeiam a situação de cuidado. Conforme a necessidade apresentada, também foram implementadas intervenções relacionadas à presença de sinais/sintomas de depressão/ansiedade, agressividade/agitação, comportamento repetitivo, e delírios/alucinações/paranoia, distúrbios do sono, assim

como para o gerenciamento de cuidados pessoais e mobilidade. O estudo não apresentou resultados mensuráveis, mas mostrou que as intervenções foram bem recebidas pelos idosos/cuidadores/familiares, bem como pelos médicos da atenção primária à saúde.

No estudo 4, a intervenção baseou-se em visitas domiciliares realizadas por psicólogos e terapeutas ocupacionais, que realizaram orientações sobre demência, além do manejo para os problemas comportamentais. Os resultados mostraram que a

quantidade de tempo dispendido para o cuidado e a frequência elevada de problemas comportamentais foram significativamente correlacionadas à presença de estresse nos cuidadores. O fator determinante para a institucionalização dos idosos foi o nível elevado de estresse dos cuidadores. A intervenção foi eficaz para a redução na frequência dos problemas comportamentais, particularmente em relação à agitação e alucinações. Em menor escala, foi observada diminuição do tempo de cuidado.

Estudo	Objetivo	Delineamento (Tipo de estudo)	Membros das equipes multidisciplinares/interdisciplinares
1	Avaliar os efeitos de um programa de reabilitação multidisciplinar sobre a cognição, qualidade de vida, e os sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com Doença de Alzheimer leve <sup>(25)</sup> .	Estudo cego ( <i>single-blind</i> ), controlado	Não descreve os profissionais da equipe multiprofissional
2	Testar a eficácia de um modelo de assistência colaborativo para melhorar a qualidade dos cuidados aos pacientes com Alzheimer <sup>(26)</sup> .	Ensaio clínico controlado	Psicólogo, neuropsicólogo, geriatra, psiquiatra geriátrico e enfermeira
3	Descrever protocolos não farmacológicas para o tratamento de pacientes com a Doença de Alzheimer e seus familiares, os quais fazem parte de um programa de gestão do cuidado de uma clínica de cuidados primários <sup>(27)</sup> .	Estudo de intervenção randomizado	Enfermeira, médico, psicólogo social, geriatra e psiquiatra geriátrico
4	Avaliar o efeito de uma intervenção estruturada em relação ao estresse dos cuidadores e da taxa de institucionalização dos pacientes com demência e distúrbios comportamentais <sup>(28)</sup> .	Estudo de intervenção randomizado (Estudo piloto)	Terapeutas ocupacionais e psicólogos
5	Apresentar resultados preliminares do 'tratamento combinado' (medicamento anticolinesterásico + treinamento cognitivo) em um grupo de pacientes com Doença de Alzheimer leve, acompanhados por sete meses <sup>(29)</sup> .	Ensaio clínico	Psiquiatras, psicólogas e fonoaudiólogas
6	Avaliar a eficácia do atendimento fornecido a um grupo de unidades especiais de cuidado a pacientes com moderada a severa demência acometidos por distúrbios comportamentais <sup>(30)</sup> .	Estudo de intervenção, sem grupo controle	Enfermeiro, médico e terapeuta

**Figura 1** - Características metodológicas do estudo

As intervenções multidisciplinares implementadas na amostra de participantes do estudo 5 buscou complementar o tratamento farmacológico. As intervenções consistiram na utilização de técnicas de orientação da realidade, apoio externo, recursos mnemônicos, facilitação da aprendizagem, terapia por reminiscência e adaptação ambiental. O estudo também promoveu intervenções direcionadas para os familiares/cuidadores, abordando questões específicas sobre a etiologia e evolução da Doença de Alzheimer, além de técnicas para proporcionar maior independência aos idosos. Os resultados indicaram tendência a melhoria dos aspectos cognitivos e funcionais dos idosos, bem como redução dos sintomas psiquiátricos avaliados, porém estatisticamente não significativos. Em relação às intervenções fornecidas aos familiares/cuidadores dos idosos, observou-se redução no nível de sintomas psiquiátricos existentes, alterando de forma significativa o bem-estar dos idosos e de suas famílias.

O estudo 6 realizou adaptações nas instalações de instituições especializadas no cuidado de pessoas com demências, além de treinamento específico às equipes de enfermagem e médica prestadoras de cuidado. Foram avaliados aspectos relacionados à cognição, funcionalidade, ao comportamento, à saúde geral e utilização de terapia farmacológica dos idosos atendidos. A estratégia implementada foi efetiva, pois verificou-se que os distúrbios comportamentais melhoraram e o uso de drogas psicotrópicas diminuiu. A redução dos sintomas foi progressiva e significativa para ansiedade, agitação e rendimento motor.

## Discussão

Estudos relacionados ao efeito das ações multidisciplinares/interdisciplinares na saúde ou no tratamento do idoso com Doença de Alzheimer são escassos na literatura brasileira e estrangeira, além disso, os estudos existentes, na maioria das vezes, não detalham com precisão os profissionais envolvidos no tratamento desses idosos, o que dificulta a comparação

entre os estudos analisados, e muitas vezes, também, não especificam se o tratamento realizado foi uma ação multidisciplinar/interdisciplinar, e descrevem apenas que foi um trabalho em equipe.

Observou-se nos estudos 1, 2, 3 e 5 que as intervenções implementadas foram direcionadas tanto para os idosos com Doença de Alzheimer quanto para os seus familiares/cuidadores, uma vez que, a melhoria da qualidade de vida não está centrada somente no doente, mas também, nos familiares/cuidadores em seu entorno, pois são eles que oferecem apoio e suporte para o enfrentamento de dificuldades do dia a dia relacionadas à doença. Já no estudo 4, foi avaliado o estresse somente dos familiares/cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer, e o estudo 06, teve o seu foco no atendimento aos idosos com Doença de Alzheimer.

O cuidador, seja ele da família ou não, configura-se como um elemento indispensável no processo de acompanhamento do idoso com Doença de Alzheimer, pois é ele que chama para si a responsabilidade da realização das tarefas para as quais o idoso não possui mais possibilidade de realizar<sup>(31)</sup>. Esse processo de cuidar pode causar impacto emocional, sobrecarga e estresse para os cuidadores<sup>(17,32)</sup>.

Os sintomas comportamentais e psicológicos advindos do processo de demência, comumente presentes nos idosos com Doença de Alzheimer, afetam tanto a saúde do paciente como a saúde dos familiares/cuidadores<sup>(15,17)</sup>. No entanto, os resultados do estudo 2 mostraram que pode haver melhoria dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência entre os pacientes de cuidados primários quando o tratamento é realizado por uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar em saúde. Dados que corroboram os de um estudo de análise qualitativa realizado com profissionais de saúde de uma equipe interdisciplinar, em que os próprios profissionais afirmam que somente com a discussão colaborativa é que foi alcançado os objetivos indicados pelos membros da equipe para coordenar e tomar decisões conjuntas sobre a assistência ao paciente,

o que permitiu resolver os problemas de forma colaborativa<sup>(33)</sup>.

De acordo com o estudo 04, o estresse dos familiares/cuidadores muitas vezes está relacionado à quantidade de tempo dispendido para o cuidado com o idoso com Doença de Alzheimer e à frequência elevada de problemas comportamentais. No entanto, o estudo 2 também mostrou que os cuidados colaborativos para o tratamento da doença quando realizados por uma equipe interdisciplinar apresentam melhorias significativas no estresse dos cuidadores. Um estudo recente que vai ao encontro deste, destacou a replicação de evidências baseadas em um programa para reduzir a deficiência da Doença de Alzheimer, e explorou as mudanças nos resultados para os familiares/cuidadores que participaram do estudo e se essas alterações estavam relacionadas com nível de utilização do programa. Os resultados mostraram que um programa de ações multiprofissionais pode ter benefícios positivos para os familiares/cuidadores<sup>(34)</sup>.

Alguns estudos relacionados a intervenções educacionais estruturadas para ajudar os familiares/cuidadores a lidarem com os distúrbios comportamentais dos idosos com Doença de Alzheimer, mostraram que quando essas ações são realizadas, há uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos, diminuição do estresse e das taxas de institucionalização dos idosos com esta doença<sup>(14,17,35-37)</sup>.

Apesar de não haver cura para a Doença de Alzheimer, o estudo 1 mostrou que a intervenção foi eficiente para estabilizar o comprometimento cognitivo de idosos com essa doença e também melhorar a qualidade de vida dos cuidadores. Nesta perspectiva, percebe-se a importância do trabalho com o idoso com Doença de Alzheimer e seus familiares/cuidadores, utilizando-se técnicas como, a estimulação cognitiva para os pacientes com comprometimento cognitivo, e psicoeducação (esclarecimentos sobre a demência) para os cuidadores<sup>(38)</sup>. Além disto, é necessário ressaltar sobre a importância da conduta farmacológica e não farmacológica para

o tratamento da Doença de Alzheimer<sup>(5)</sup>. Assim, as ações multidisciplinares/interdisciplinares com o paciente e seu cuidador, colaboram para a estagnação do declínio cognitivo e melhoria da qualidade de vida, respectivamente.

Estudos mostram que a equipe multidisciplinar pode oferecer cuidados potencialmente mais eficazes e eficientes para as demências, pois os idosos com Doença de Alzheimer vivenciam uma gama de sintomas que podem sobrecarregar os familiares/cuidadores, sendo necessário buscar medidas de cuidados que associem a redução de custos de cuidados de saúde com a máxima eficácia possível. A presença de equipe multidisciplinar pode oferecer cuidados efetivos aos idosos com Doença de Alzheimer, na medida em que diminui o acesso a diversos tipos de serviços ou terapias ineficazes. Os tratamentos e as pesquisas que buscam identificar estratégias de melhoria para pessoa com demência, entre elas a Doença de Alzheimer, necessitam ser individualizados e multidisciplinares, considerando os sintomas e características específicos de cada paciente, como alterações na memória, dificuldade com as atividades de vida diária ou déficits de fala<sup>(4,39-41)</sup>.

Percebe-se, no entanto, a importância de estudos relacionados a ações multidisciplinares/interdisciplinares aos idosos com Doença de Alzheimer e seus familiares/cuidadores, visto que eles são os principais responsáveis pela qualidade de vida desses idosos. Alguns objetivos da orientação à família estão relacionados com o auxílio de lidar com a sobrecarga emocional e ocupacional geradas pelo cuidado contínuo.

## Conclusão

As evidências mostraram que quando o tratamento para idosos com Doença de Alzheimer é realizado por equipes multidisciplinares/interdisciplinares, mostra-se eficaz para controlar o declínio cognitivo dos idosos e para melhorar a qualidade de vida deles e dos familiares/cuidadores.

Verificou-se, também, que ao testar a eficácia de modelos de assistência colaborativo aos idosos com Doença de Alzheimer, os resultados mostraram melhorias significativas na qualidade dos cuidados e dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência entre os idosos de cuidados primários, reduzindo, assim, o nível de estresse dos cuidadores. Observou-se, ainda, que a associação de técnicas de reabilitação cognitiva ao tratamento medicamentoso pode auxiliar na estabilização dos sintomas da Doença de Alzheimer ou resultar até mesmo em uma leve melhoria dos déficits cognitivos e funcionais, que são características progressivas no curso desta doença.

No entanto, pelo fato dos programas de gestão de cuidados para os idosos com Doença de Alzheimer serem inovadores, havia a necessidade de treinar os profissionais envolvidos de acordo com os protocolos de atendimento, e para obter melhores resultados, foi dada ênfase a importância da realização de novos estudos, com amostras maiores e grupos controle para comparação.

Observou-se ainda que os estudos que se preocupam em desenvolver ações multidisciplinares/interdisciplinares direcionadas aos idosos com Doença de Alzheimer são escassos. Neste sentido, percebe-se a necessidade de pesquisas com enfoque nas ações multidisciplinares/interdisciplinares para os idosos com Doença de Alzheimer, visando a melhoria progressiva da assistência prestada, dada a severidade da doença, e visto o aumento desta na população idosa e suas consequências para os familiares/cuidadores.

Para o cenário atual, enquanto ainda não existe cura para a Doença de Alzheimer, percebe-se necessária a existência de serviços de assistência ao cuidador e à família, com equipes multidisciplinares e interdisciplinares integradas, trabalhando com o intuito de manter os idosos independentes e ajudar a reduzir os custos com a doença.

As ações multidisciplinares/interdisciplinares podem oferecer cuidados mais efetivos para os idosos com Doença de Alzheimer, maximizando seu nível

cognitivo e funcional, com melhoria da qualidade de vida tanto para o paciente quanto para os familiares/cuidadores.

## Colaborações

Bertazone TMA e Ducatti M contribuíram para concepção, busca e análise, redação do artigo, revisão crítica relevante e aprovação final da versão a ser publicada. Camargo HPM e Batista JMF contribuíram para concepção, busca e análise e redação do artigo. Kusumota L e Marques S contribuíram para concepção e revisão crítica relevante.

## Referências

1. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012; 15(3):443-58.
2. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva: WHO; 2012.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Transtornos Neurocognitivos. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Da-Silva SL, Pereira DA, Veloso F, Satler CE, Arantes A, Guimarães RM. Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos. *Estud Psicol.* 2011; 28(2):229-40.
5. Engelhardt E, Brucki SMT, Cavalcanti JLS, Forlenza OV, Laks J, Vale FAC, et al. Treatment of Alzheimer's Disease: recommendations and suggestions of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005; 63(4):1104-12.
6. Forlenza OV. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005; 32(3):137-48.
7. Hebert LE, Scherr PA, Bienias JL, Bennett DA, Evans DA. Alzheimer disease in the USA population: prevalence estimates using the 2000 census. *Arch Neurol.* 2003; 60(8):1119-22.



8. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(10):2949-56.
9. Wimo A, Jonsson L, Bond J, Prince M, Winblad B, Alzheimer disease international. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement*. 2013; 9(1):1-11.
10. Wimo A, Winblad B, Jonsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers Dement*. 2010; 6(2):98-103.
11. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60(1):61-9.
12. Scazufca M, Menezes PR, Vallada HP, Crepaldi AL, Pastor-Valero M, Coutinho LM, et al. High prevalence of dementia among older adults from poor socioeconomic backgrounds in São Paulo, Brazil. *Int Psychogeriatr*. 2008; 20(2):394-405.
13. Veras P, Caldas CP, Dantas SB, Sancho LG, Sicsú B, Motta LB. Demented elderly people living at home in Rio de Janeiro, Brazil: evaluation of expenditure care. *Psychogeriatrics*. 2008; 8(2):88-95.
14. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(4):587-94.
15. Haupt M, Kurz A, Janner M. A 2-year follow-up of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000; 11(3):147-52.
16. Seima MD, Lenardt, MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos Contextos*. 2011; 10(2):338-98.
17. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):891-9.
18. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1997; 2(1/2):5-23.
19. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*. 2007; 5(8):107-124.
20. Cutolo LRA, Madeira KH. O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental. *Arq Catarin Med*. 2010; 39(3):79-84.
21. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):455-64.
22. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
23. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011.
24. Ursi ES, Galvão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-33.
25. Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS, Santos GD, et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's Disease. *Clinics*. 2011; 66(8):1395-400.
26. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer Disease in Primary Care: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 295(18):2148-57.
27. Austrom MG, Damush TM, Hartwell CW, Perkins T, Unverzagt F, Boustani M, et al. Development and implementation of nonpharmacologic protocols for the management of patients with Alzheimer's Disease and their families in a multiracial primary care setting. *Gerontologist*. 2004; 44(4):548-53.
28. Nobili A, Riva E, Tettamanti M, Lucca U, Liscio M, Petrucci B, et al. The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors: a randomized controlled pilot study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004; 18(2):75-82.
29. Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA, Avila R, Zukauskas PR, Bustamante SEZ, et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60(1):70-9.

30. Bellelli G, Frisoni GB, Bianchetti A, Boffelli S, Guerrini GB, Scotuzzi AM, et al. Special care units for demented patients: a multicenter study. *Gerontologist*. 1998; 38(4):456-62.
31. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):861-6.
32. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde Soc*. 2006; 15(3):170-9.
33. Bokhour BG. Communication in interdisciplinary team meetings: What are we talking about? *J Interprof Care*. 2006; 20(4):349-63.
34. Menne HL, Bass DM, Johnson JD, Primetica B, Kearney KR, Bollin S, et al. Statewide implementation of "reducing disability in Alzheimer's disease": impact on family caregiver outcomes. *J Gerontol Soc Work*. 2014; 57(6-7):626-39.
35. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STRategies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2013; 347:6276.
36. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11(2):217-28.
37. Mohide EA, Pringle DM, Streiner DL, Gilbert JR, Muir G, Tew M. A randomized trial of family caregiver support in the home management of dementia. *J Am Geriatr Soc*. 1990; 38(4):446-54.
38. Camara VD, Gomes S, Ramos F, Moura S, Duarte R, Costa AS, et al. Reabilitação Cognitiva das Demências. *Rev Bras Neurol*. 2009; 45(1):25-39.
39. Beck KC, Cody M, Zhang M. A multidisciplinary team approach to managing Alzheimer's disease. *Pharmacotherapy*. 1998; 18(2Pt2):33-42.
40. Cunha FCM, Cunha LCM, Silva HM, Couto EAB. Abordagem funcional e centrada no cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer avançada - relato de caso. *Rev Ter Ocup*. 2011; 22(2):145-52.
41. Brandão L, Parente MAMP. Doença de Alzheimer e a aplicação de diferentes tarefas discursivas. *Psicol Reflex Crit*. 2011; 24(1):161-9.