

PERCEPÇÕES MÉDICAS: O MANEJO DO IDOSO DEMENCIADO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Lorena Fernandes Kronbauer

Discente do curso de Medicina da Universidade Cesumar - UniCesumar, Maringá, PR, Brasil.

Antonio Augusto Claudio Pereira

Discente do curso de Medicina da Universidade Cesumar - UniCesumar, Maringá, PR, Brasil.

Mayara Maria de Jesus Rozante

Discente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, Marília, SP, Brasil.

Raquel Cristina Luis Mincoff

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de medicina na Universidade Cesumar - UniCesumar, Maringá, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Antonio Augusto Claudio Pereira
antonio-augusto_@hotmail.com

RESUMO: Objetivou-se analisar a vivência e o conhecimento de profissionais médicos quanto à demência em idosos e as contribuições do tema para a formação acadêmica e promoção da saúde no envelhecimento. Estudo exploratório, qualitativo, realizado entre abril e agosto de 2017 em uma instituição de ensino superior do Paraná. Participaram nove docentes do curso de medicina, das especialidades de geriatria, psiquiatria e neurologia. Os dados foram extraídos a partir de questionário eletrônico semiestruturado e submetidos à análise lexicográfica através do software IRaMuTeQ® à luz da Práxis Freiriana. A similitude destacou quatro zonas centrais com os elementos diagnóstico, familiar, processo e médico. A nuvem de palavras realçou vocábulos referentes à abordagem da demência no ambiente acadêmico durante a graduação. As percepções profissionais configuram ferramenta importante para melhor explorar os conhecimentos e práticas gerontogeriatricas em módulos teóricos e ambientes práticos de aprendizagem, sendo estímulo a intervenções promotoras e preventivas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Brasil; Demência; Faculdades de Medicina; Ensino.

PHYSICIANS' PERCEPTIONS: THE MANAGEMENT OF THE DEMENTED ELDERLY IN ACADEMIC TRAINING AND HEALTH PROMOTION

ABSTRACT: The experience and knowledge of medical professionals regarding dementia in elderly people are analyzed, coupled to the contributions of the theme in academic formation and health promotion in aging people. Current exploratory and qualitative study was conducted between April and August 2017 in a higher education institution of the state of Paraná, Brazil. Nine faculty members of the medical course, specializing in geriatrics, psychiatry and neurology, participated in the study. Data were retrieved from a semi-structured electronic questionnaire and submitted to lexicographic analysis using the IRaMuTeQ® software in the light of Freirian Praxis. Similarity highlighted four central zones featuring diagnostic, familial, process and medical elements. Word cloud highlighted terms referring to the approach of dementia in the academic environment during the undergraduate course. Professional perceptions constitute an important tool to better explore geronto-geriatric knowledge and practices in theoretical modules and practical learning environments, stimulating health promotion and preventive interventions.

KEY WORDS: Elderly people; Brazil; Dementia; Medical schools; Teaching.

Recebido em: 30/08/2019
Aceito em: 24/02/2020

INTRODUÇÃO

Com a evolução do cuidado, o médico contemporâneo deve ser versátil¹, e suas competências estão diretamente relacionadas à sua formação. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) vigentes determinam que o curso de medicina propõe currículo de forma a possibilitar a habilitação do acadêmico ao atendimento da população geral, vinculado às necessidades do Serviço Único de Saúde (SUS), integrando o ensino-serviço e a comunidade². Estas necessidades acompanham o envelhecimento populacional, que é um fenômeno mundial, e pode sobrecarregar os serviços públicos de saúde¹.

Em 2018, pela primeira vez, indivíduos com 65 anos ou mais de idade superaram o grupo das crianças menores de cinco anos. Até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo será idosa². No Brasil, cálculos de projeção populacional apontam aumento da proporção idosos de 13,4%, em 2018, para 18,73% em 2030³. Assim, haverá risco aumentado para o desenvolvimento de agravos neurodegenerativos, como os neurológicos, caracterizados como síndromes demenciais, como a doença de Alzheimer (DA).

De acordo com análise sistemática do Global Burden of Disease, o número de casos de demência aumentou 117% entre 1990 e 2016. O Brasil obteve a segunda maior prevalência. Em 2050, o número de pessoas com demência poderá ser em torno de 100 milhões⁴. Os currículos acadêmicos no curso de medicina deveriam atentar-se às novas demandas epidemiológicas e das doenças crônicas não transmissíveis, possibilitando discussão aprofundada das teorias e práticas voltadas à demência na velhice³.

Compreender a percepção dos profissionais médicos que participam da formação acadêmica médica pode ser ferramenta potencial para a aproximação e imersão do graduando nesse campo, estimulando-o a pensar criticamente e a propor soluções que beneficiem à academia e à comunidade. Nesse sentido, o presente estudo estruturou-se nas seguintes perguntas norteadoras: quais são as vivências e os conhecimentos que médicos docentes têm para o manejo do idoso com doenças demenciais? A formação acadêmica durante a

graduação de medicina é suficiente, de forma a capacitar o profissional egresso?

Para tanto, objetivou-se analisar a vivência e conhecimento de profissionais médicos quanto à demência em idosos, e as contribuições do tema para a formação acadêmica e promoção da saúde no envelhecimento.

METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza exploratória, realizada entre abril a agosto de 2017, em uma Instituição de Ensino Superior, privada, localizada em um município do norte central do Estado do Paraná.

Participaram da pesquisa nove profissionais médicos docentes do curso de medicina, nas especialidades de geriatria, psiquiatria e neurologia, profissionais atuantes no envelhecimento. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado encaminhado via ferramenta *Google Forms*[®]. O instrumento foi aprovado por dois juízes compostos por médicos especialistas na área do envelhecimento, no intuito de assegurar a clareza do conteúdo. As respostas foram organizadas em dois *corpus* textuais para análise lexical das palavras que possibilitou classificá-las em função dos vocabulários de maior frequência presentes em cada classe com o apoio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ[®])⁵. Para esta pesquisa utilizou-se a Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras⁵. Aos depoimentos foi atribuída a letra “E”, seguida do número correspondente ao entrevistado.

O referencial teórico dialógico de Paulo Freire, pautado no pensamento crítico-educativo e comunicativo fundamentais no processo educacional sustentou as discussões dialógicas importantes no processo⁶.

Cumpriu-se os preceitos éticos, parecer n° 1.716.714 (CAAE: 58532116.6.000.5539), de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se que este estudo seguiu todos os critérios estabelecidos no instrumento Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR), enquanto ferramenta de apoio em relação ao padrão para relatórios de estudos qualitativos.

RESULTADOS

Dos nove participantes, quatro eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. A idade dos médicos docentes variou entre 30 a 41 anos.

No que se refere às vivências e ao conhecimento médico sobre demência na pessoa idosa, a Figura 1 apresentou o léxico semântico das palavras mais frequentes no *corpus*, originando quatro zonas centrais com as palavras *diagnóstico* (n=27), *familiar* (n=26), *processo* (n=23) e *médico* (n=19).

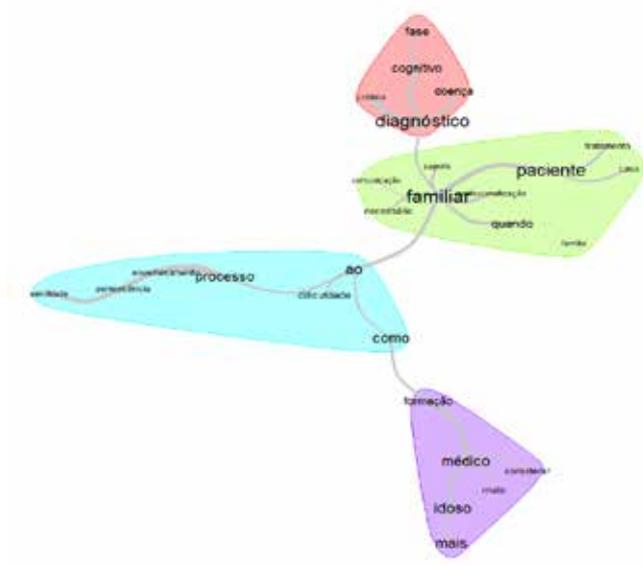


Figura 1. Análise de similitude: vivência e conhecimento do profissional médico docente sobre a demência em idosos.

O vocábulo central *diagnóstico* se relacionou às fases da demência e aos principais sintomas identificados durante a vivência dos profissionais no atendimento aos idosos, conforme expressam as falas:

“Na primeira fase, a conduta recai sobre transtornos de humor, alguns sintomas psicológicos e comportamentais da demência e reabilitação cognitiva multiprofissional, os quais aumentam na segunda fase necessitando incluir medicamentos na terapêutica. Entretanto, é na terceira fase do diagnóstico que o paciente apresenta alto grau de dependência e o foco do tratamento é a prevenção de complicações infecciosas, quedas, estresse do cuidador”. (E01)

“Para todas as fases são fornecidas orientações globais quando ao processo evolutivo do diagnóstico, sendo que a cada fase vão aumentando os alertas quanto as dificuldade e alterações mais comuns”. (E05)

A palavra *cognitiva* (n=19) se associou à necessidade essencial de avaliação do domínio cognitivo na demência, conforme vivenciaram os médicos que demonstraram o conhecimento sobre a doença.

“Os critérios diagnósticos da Doença de Alzheimer basicamente envolvem o acometimento de ao menos dois domínios cognitivos, sendo obrigatória a alteração da memória, em história coletada com paciente e familiares e/ou cuidadores com declínio progressivo de ao menos seis meses de duração que alteram a função do paciente e não explicada por transtorno de humor, como pseudodemência”. (E01)

[...] *“há diminuição cognitiva, com perda de memória [...] confirmada por testes, e não atribuída a causas reversíveis”.* (E04)

[...] *“embora existam exames de relativamente de alto custo, os quais podem auxiliar no diagnóstico de pacientes com queixa compatível com demência, porém com dificuldade de avaliação de funcionalidade. Acho importante à utilização de instrumentos criteriosos para o diagnóstico e múltiplas fontes e/ou informantes para corroborar o diagnóstico”.* (E08)

No halo 2, os vocábulos, *familiar* (n= 26), e, *paciente* (n= 26), destacaram-se, e expressam relação com as palavras *necessário* (n=11) e *comunicação* (n=10). Estabelecer uma comunicação efetiva com o familiar mostrou-se primordial na identificação correta do diagnóstico, tão necessário quanto à comunicação com o paciente, como evidenciado:

“A maior dificuldade que encontro para o diagnóstico da doença recai sobre a história clínica fornecida pelos familiares e/ou cuidadores”. (E05)

“Na primeira fase, a maioria compreende sua condição ainda que por vezes de forma parcial, mas nas fases moderada e avançada torna-se mais difícil a comunicação e os familiares se tornam cada vez mais importantes para um manejo adequado”. (E01)

“Orientar a família explicando que existe uma crença de que a velhice está associada, invariavelmente, com uma profunda debilidade intelectual e física, entretanto, isso é um mito, uma vez que a maioria das pessoas retém suas capacidades cognitivas e físicas em um grau notável, apesar do processo natural de envelhecimento”. (E03)

Nos halos periféricos, a palavra *caso* (n=11) e *tratamento* (n=11) evidenciou a importância da valorização das queixas do paciente em busca da preservação de sua autonomia durante o tratamento, como no trecho:

[...] O profissional médico deve agir sempre respeitando a vontade do paciente, caso este apresente juízo crítico de realidade e refute o tratamento quando este lhe causa efeitos colaterais não suportáveis”. (E03)

“O idoso demenciado necessita sentir-se confortável e seguro diante do médico para que possa se expressar com mais clareza. É muito útil concordar com o que ele diz e ouvi-lo com atenção, não conversar somente com o familiar”. (E04)

A palavra *institucionalização* se refere à discussão com a *família* (n=11) e *paciente* sobre as possibilidades de condutas no agravamento da doença. Por isso, os relatos de sua experiência profissional evidenciaram a importância do diálogo claro com a família do idoso. A institucionalização é indicada quando o cuidado está inadequado ou inexistente e nas situações nas quais os membros da família não estão dispostos a dá-lo; também quando os familiares estão sobrecarregados por essa responsabilidade e concordam que a institucionalização seria para o bem do idoso e da família.

[...] “se faz necessária na ausência de suporte familiar ou mesmo quando esse suporte existe, porém se encontra desgastado e sem qualidade [...]”. (E02).

O halo 3 possui como zona central o vocábulo *processo* (n=23), o qual se liga com *envelhecimento* (n=15), *senescência* (n=12) e *senilidade* (n=11). Durante as vivências médicas é importante apresentar as diferenças entre esses termos para o paciente e seus familiares, no intuito de facilitar o processo de envelhecimento, como nas falas:

“Senescência consiste no processo de envelhecimento natural, esperado. Senilidade se refere ao processo de envelhecimento com desvio da normalidade, com alterações que levam a processos patológicos”. (E05)

[...] “processo de envelhecimento associado às consequências de doenças crônicas instaladas e que geram maiores incapacitações”. (E01)

A nuvem de palavras (Figura 2) agrupou e organizou graficamente as palavras que se destacaram no *corpus* textual 2, representou as contribuições e percepções sobre o tema demência na formação acadêmica médica.

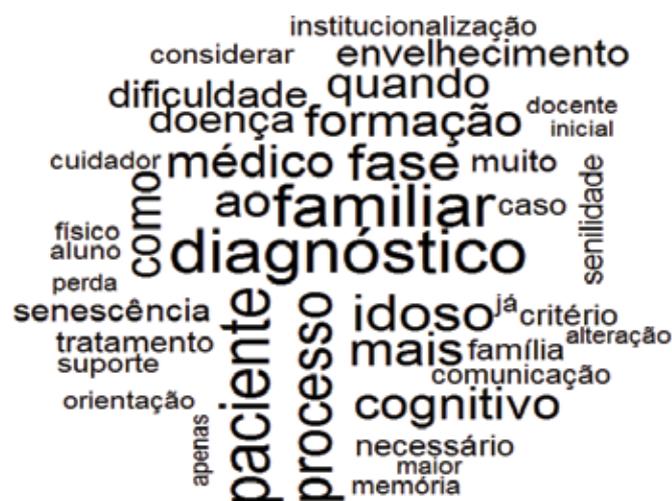


Figura 2. Nuvem de palavras: contribuições e percepções dos entrevistados do tema durante formação acadêmica médica.

As palavras em destaque referem-se à abordagem da demência no ambiente acadêmico, durante a graduação de medicina. Observou-se que a aprendizagem da temática se concentrou no âmbito teórico e carece de aplicações práticas que complementem a formação do perfil generalista, conforme evidenciado pelas falas:

“A formação atual não capacita o acadêmico de forma integral para o manejo do idoso com DA. Atualmente, muitas das habilidades necessárias são adquiridas e amadurecidas durante a especialização”. (E02)

“Os alunos ainda não estão aptos ao diagnóstico e tratamento adequados, porém acredito que em alguns anos isso pode mudar, diante da maior educação acerca desta doença na graduação médica. Nesse processo educacional, além de aulas ou tutoriais acerca do tema, deve-se estimular o aluno a passar em ambulatórios em que terão contato direto com a doença como em ambulatórios de Geriatria, Neurologia ou Psiquiatria”. (E01)

“A carga teórica e prática na área de geriatria podem ser ampliadas nos currículos médicos para instituir uma maior vivência desses casos entre os alunos, o que facilita o interesse e o reconhecimento posterior de casos semelhantes”. (E02)

“Quanto à formação, estágios práticos em ambulatórios de síndromes demenciais seriam muito adequados para complementar a formação. Penso que ainda falta experiência prática de ambulatório para treinar a avaliação”. (E04)

“Acho importante o manejo prático de casos clínicos. Acho deficitário nas questões humanizadas do manejo do sofrimento do paciente e do cuidador” (E08)

Os docentes entrevistados concluíram que é necessário maior aprofundamento da temática para

colaborar de forma efetiva na formação do acadêmico de medicina, como nas falas:

“Não considero que minha formação docente contribui para a formação de um médico generalista suficientemente apto para lidar com idosos com DA, porque não houve muitos casos nos ambulatórios que fiz”. (E09)

“Não considero que minha atuação como docente contribui para a formação do médico generalista capaz de lidar com idosos com DA. A maioria dos docentes não tem formação para ser docente. Os que a têm, a grande ênfase é em pesquisa. A parte de ensino é desprestigiada e negligenciada em nosso meio”. (E05)

“Considero que minha atuação como docente contribui insuficientemente para a formação do médico generalista capaz de lidar com idosos com DA, faço minha mea-culpa. Tento construir, junto aos alunos, um outro lugar social para o idoso na nossa cultura, não um lugar onde se suporta, mas sim um lugar onde as relações sociais são mais dignas”. (E03)

Ainda, um alertou sobre a necessidade de não se instrumentalizar do ensino, de forma a não prejudicar a formação generalista do acadêmico:

“Infelizmente, as universidades instrumentalizam pessoas para determinadas tarefas ao invés de formar indivíduos. E o próprio indivíduo abriu mão de si mesmo, da sua formação como um ser humano global. Portanto, hoje, apenas neurologistas e geriatras se preocupam e se ocupam do diagnóstico e tratamento de Doença de Alzheimer quando, na verdade, todos os médicos, como médicos poderiam e deveriam fazê-los. Acredito que as universidades se subordinaram e já não são capazes de ofertar uma leitura de mundo aos acadêmicos, sendo insuficientes na inclusão do aluno no processo civilizador que é sua formação. Já os acadêmicos se alienaram e se formam médicos com uma série de deficiências,

inclusive no manejo do idoso, este que até estatuto possui e que muitos desconhecem.” (E03)

DISCUSSÃO

O contexto léxico dos halos relacionados à avaliação médica contempla os critérios padronizados pelo *Diagnostic and Statistic Manual (DSM-V)* e *National Institute of Neurological and Communicative Disorders Association (NINCDS-ADRDA)*. Entretanto, as constantes atualizações desses manuais, bem como a linguagem utilizada em suas elaborações, fragilizam a compreensão pelos acadêmicos durante a sua formação⁷.

Os participantes destacaram a dificuldade em estabelecer o processo diagnóstico na população, em parte resultante das fragilidades na introdução gerontogeriatrica na formação profissional, bem como na ampliação dos cuidados na rede pública de saúde⁸. Ainda, alguns indivíduos podem manifestar a doença com quadros inespecíficos, como os distúrbios visuais, perda auditiva, redução do olfato ou lentidão da marcha, dificultando a identificação pelos profissionais⁹.

Outro limitante relaciona-se ao baixo nível de escolaridade e/ou limitações cognitivas inerentes, que dificultam o diagnóstico dissociado ao contexto social. Nestas situações, seria relevante refinamento dos testes geriátricos, a fim de destacar as nuances entre as características constitucionais e alterações patológicas em diferentes indivíduos¹⁰. Isto se justifica, pois evitaria que déficits cognitivos leves fossem negligenciados ou confundidos com alterações comuns da senescência¹¹.

Os profissionais também reforçaram o papel da família no diagnóstico precoce e a assistência adequada ao idoso com Alzheimer. A institucionalização do idoso se torna cada vez mais comum, porque as famílias sobrecarregadas, reduzidas, e com baixo nível socioeconômico não conseguem dispensar todo o cuidado necessário aos idosos¹². Dessa forma, a abordagem multiprofissional mostra-se imprescindível para fortalecer o vínculo entre o idoso, equipe e família, contribuindo para elaboração de plano de cuidado assertivo¹³.

Ainda, ampliar a dialogicidade entres os envolvidos favorece a união dos saberes distintos,

principalmente no cuidado dos profissionais da rede pública de saúde. Esta, por meio da educação popular em saúde e da participação das equipes de atenção, pode proporcionar maior esclarecimento sobre a doença e seu manejo, melhorando as relações longitudinais no cuidado geriátrico¹⁴.

Outro cenário abordado foi a percepção dos profissionais médicos docentes sobre a relevância de discutir sobre a demência de Alzheimer no currículo dos cursos de medicina. Aproximar o acadêmico aos idosos e seus familiares na identificação das vulnerabilidades iniciais da doença durante a sua formação pode ser benéfico e dialógico, pautado sobre comunicação assertiva, no intuito de fortalecer a relação médico-paciente e promover melhoria no tratamento¹⁵.

Neste âmbito, tal abordagem depende das habilidades dos profissionais em reconhecer as características individuais e do contexto familiar, para que o processo diagnóstico seja feito de forma individual, humanizada e eficiente¹⁶. Discutiram-se sobre a institucionalização da pessoa idosa, e isso pode gerar sentimento de culpa nos familiares, além de se sentirem sobrecarregados, dificuldades que dificultam o manejo domiciliar. Assim, é considerável que o manejo multidisciplinar pode proporcionar melhora significativa em sintomas neuropsiquiátricos, como a depressão, e a melhoria da qualidade de vida, sendo determinante para redução do sofrimento do idosos e de seus familiares¹⁷.

Esta proximidade e aprofundamento dialógico durante a graduação favoreceria o acadêmico de medicina desenvolver-se aquém da formação generalista, com um olhar ampliado e concreto sobre o manejo da pessoa idosa com Alzheimer e outras demências. Tal dialogicidade é a “essência da educação, pois, só tem sentido o diálogo com encontro de falas que geram vidas em comum, harmonia, convivência entre os seres diversos”¹⁶. Ademais, abordar o perfil do idoso demenciado, frágil e com diversas comorbidades é significativo para o tratamento de cada doença durante a formação médica, embasado no modelo de aprendizagem participativo apreendido pelo acadêmico e se pauta em postura resolutiva com intervenções promotoras e preventivas de saúde¹².

Nesse sentido, o pensamento freireano apresenta o caminho entre educadores e educandos, construídos

e reconstruídos ao conhecimento mediatizados pelo mundo vivido, ou seja, a partir da construção coletiva e participativa⁶. Inserir as temáticas especializadas, como a doença de Alzheimer e síndromes demenciais, para além dos módulos de envelhecimento, poderia solucionar estas fragilidades. O currículo escolar do curso de medicina aborda o tema geriatria e gerontologia, mas ainda seria relevante aprimorá-lo com as experiências dos docentes envolvidos e os contextos de assistência, baseado sempre em evidências científicas¹².

Desse modo, a formação em medicina contemporânea poderia ser melhor explorada, permitir ao graduando treinamento e desenvolvimento de competências e habilidades no trato ao idoso demenciado. Saber manejar as necessidades do perfil do cliente, de sua família, alicerçado ao contexto da saúde pública, pode trazer benefícios e potencializaria a formação acadêmica.

Os manuais que sustentam os diagnósticos se mostraram densos, o que dificulta a compreensão pelos profissionais médicos fora das especialidades de psiquiatria, neurologia e geriatria. Diagnosticar precocemente a doença é crucial no bom tratamento, e estes embasamentos teóricos podem dificultar a clareza na compreensão das alterações da senescência para a senilidade, e assim, impedir a ampliação das ações de promoção da saúde que poderiam minimizar os efeitos evolutivos da demência¹⁷.

Reforçar e aprimorar as competências e habilidades inerentes à formação médica pode ser um diferencial nos cursos de medicina, que possibilita habilitar de forma efetiva o estudante para que ele saiba como agir e praticar de maneira segura em conjunto com a vivência do profissional docente. Uma formação verticalizada, participativa, instrumenta seus acadêmicos, tornando essa relação dialógica, contínua, capaz de construir gradativa e coletivamente o saber⁶.

Este coletivo busca compreender os determinantes da longevidade que motivam o envelhecer saudável nas ações promotoras e preventivas de saúde no campo gerontogeriátrico, reforçando os planos comunitários que permitem ambientes saudáveis e favoráveis ao idoso demenciado¹⁸.

CONCLUSÃO

Esta investigação possibilitou a análise da vivência e conhecimento de profissionais médicos quanto à demência em idosos e as contribuições do tema para a formação acadêmica e promoção da saúde no envelhecimento.

Os profissionais participantes enaltecem as dificuldades diagnósticas no contexto da senescência e as fragilidades no ensino e formação médica para a condução das síndromes demenciais. Destacou-se a importância da abordagem multiprofissional no cuidado e vínculo entre as equipes de saúde, paciente e familiares, sendo determinante para elaboração de um plano terapêutico singular e efetivo em restaurar a qualidade de vida do doente.

Enquanto docentes, os médicos também reconheceram a necessidade de discussões quanto ao currículo dos cursos de medicina, embasado em modelos participativos e com postura resolutiva. A complexidade no manejo de idosos portadores de demência justifica a importância de desenvolver e vivenciar durante a graduação as competências e habilidades no cuidado ao idoso demenciado. Portanto, as percepções profissionais configuram ferramenta importante para melhor explorar os conhecimentos e práticas gerontogeriatricas em módulos teóricos e ambientes práticos de aprendizagem, sendo estímulo a intervenções promotoras e preventivas de saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação - Icti, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, pelo fomento do projeto de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, et al. The geriatric management of frailty as paradigm of "The end of the disease era". *Eur J Intern Med.* 2016; 31:11-4.
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Popu-*

- lation Prospects 2019: Ten Key Findings.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060.
 4. Camanho G. Formação do médico. Rev Bras Ortop. 2016;51(1):1-2
 5. Ferreira ACP, et al. Family assessment of transsexual women with hiv/aids in the light of the Calgary model. J Nurs UFPE on line 2018;12(3):801-804.
 6. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017.
 7. Guimarães LFO, Pinto CT, Tebaldi JB. Alzheimer: diagnóstico precoce auxiliando na qualidade de vida do cuidador. Memorialidades. 2017; 12(23):11-30.
 8. Santos RBA; et.al. Assistência ao Paciente Idoso com Alzheimer: A Informação do Cuidador Familiar Sobre a Doença Pode Fazer a Diferença? Rev Cient Multidisciplinar Núcleo Conhecimento. 2018; 07(02):135-146.
 9. Albers MW. et al. At the interface of sensory and motor dysfunctions and Alzheimer's disease. Alzheimer's & Dementia. 2015;11(1):70-98.
 10. Hübner LC, Da Costa CLS, Schneider F. Aquisição e processamento (a) típico da linguagem (L1 e L2). Letrônica - Rev Dig Prog Pós-Graduação em Letras PUCRS; 2018;10(2):506-512.
 11. Carneiro DN, Vilela ABA, Meira SS. Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. Revista de APS. 2017; 19(2).
 12. Azevedo DL. Mortais - autonomia e solidariedade em resposta à insuficiência da medicina. Interface (Botucatu); 2018; 22(65):643-648.
 13. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. Rev Kairós Gerontologia 2015; 18(1):325-339.
 14. Coimbra VSA, Silva Andrade RMCR, Joaquim FL, Pereira ER. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. Rev. Bras. Enferm.;2018;71(Suppl 2):912-19.
 15. Rosa AF et al. Elderly Women's Perception About Nursing Gynecological Consultation: A Comprehensive Analysis. International Archives of Medicine; 2017;10.
 16. Paulino FG et al. Revelação diagnóstica em demência: dos desafios da decisão à busca de benefícios. Psicologia Revista; 2016; 25(2): 289-315.
 17. Madureira BG, Pereira MG, Avelino PR, Costa HS, Menezes KKP. Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. Cad. saúde colet. 2018; 26(2): 222-232.
 18. Souza EM, Silva DPP, Barros AS. Educação popular, promoção da saúde e envelhecimento ativo: Uma revisão bibliográfica integrativa. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/jul.).

Recebido em:

Aceito em: