



**Pró-Reitoria de Graduação
Curso de Enfermagem
Trabalho de Conclusão de Curso**

**ESTUDO DE CASO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM (SAE) PARA IDOSO COM DEMÊNCIA EM
FASE MODERADA**

**Autora: Patrícia de Queiroz Oliveira Melo
Orientadora: Prof^a MSc. Neuza Moreira de Matos**

**Brasília - DF
2011**

PATRÍCIA DE QUEIROZ OLIVEIRA MELO

**ESTUDO DE CASO: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
(SAE) PARA IDOSO COM DEMÊNCIA EM FASE MODERADA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. MSc. Neuza Moreira de Matos.

**Brasília
2011**

AGRADECIMENTO

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por permitir que a Enfermagem fizesse parte da minha vida. Aos familiares e amigos que acompanharam de perto a dedicação e esforço empenhados durante os anos de aprendizado. À cuidadora Rosângela e seu pai, por abrirem as portas da história de suas vidas em prol da construção do conhecimento. A todos os docentes de enfermagem da Universidade Católica de Brasília que ensinam com sabedoria a arte do cuidado aos seres humanos, e em especial à orientadora Prof^ª MSc. Neuza Moreira de Matos, que por meio do amor e competência pelo que faz cativa todos ao seu redor. Aos meus amados, Fábio e Davi, que estiveram sempre ao meu lado durante toda a caminhada acreditando que a vitória seria alcançada, amo vocês! Agradeço a Deus novamente por nos confiar mais um filho ou filha, aguardamos ansiosos a sua chegada!

“Você tem que achar o que ama. E isso é tão verdade para o trabalho, quanto é para as pessoas que ama. Seu trabalho vai preencher boa parte da sua vida. E a única maneira de ser verdadeiramente satisfeito, é fazer o que acredita ser um ótimo trabalho. E a única maneira de fazer um ótimo trabalho, é amar o que você faz. Se você não achou isso ainda, continue procurando e não desista”.

Steve Jobs

RESUMO

MELO, Patrícia de Queiroz Oliveira. **Estudo de caso:** Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para idosos com demência em fase moderada. 2011. 187 folhas. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica, Brasília, 2011.

O envelhecimento populacional acarretou profundas transformações no perfil demográfico e epidemiológico da população. As doenças crônicas não transmissíveis passaram a fazer parte da vida da maioria dos indivíduos adultos e idosos. As demências contribuem com significativa parcela de tais doenças que acometem a população idosa no mundo inteiro, interferindo na qualidade de vida deste grupo etário e de seus cuidadores, na maioria dos casos familiares. Portanto, torna-se imprescindível que os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, compreendam os quadros demenciais e as condutas a serem adotadas em cada caso. Para a realização desta pesquisa, adotou-se o estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, com um idoso portador de demência em fase moderada. O objetivo geral foi Sistematizar a Assistência de Enfermagem para idoso com demência em fase moderada, e os específicos foram desenvolver o Histórico de Enfermagem do idoso através da História de Enfermagem e do Exame Físico para identificar possíveis problemas apresentados na fase moderada da demência; aplicar instrumentos sugeridos pelo Ministério da Saúde (2007) para avaliar a pessoa idosa; elaborar Diagnósticos de Enfermagem baseados na North American Nursing Diagnosis Association (NANDA – 2009/2011) descrevendo exemplos de resultados esperados; elaborar uma proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); e construir um Plano de Cuidados de Enfermagem voltado para idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e literaturas específicas da área quanto ao cuidado gerontológico. O estudo de caso tratou de um idoso de 87 anos, totalmente dependente para as atividades instrumentais da vida diária e independente para as atividades básicas da vida diária e com histórico prévio de dois acidentes vasculares encefálicos e hipertensão arterial, tendo diagnóstico de possível demência vascular. O idoso é cuidado por sua filha mais velha (cuidadora principal familiar). Este estudo possibilitou o levantamento de 20 potenciais problemas, 64 possíveis Diagnósticos de Enfermagem e 20 Planos de Cuidados de Enfermagem, com diversas propostas de intervenções para a fase moderada da demência em idosos, sendo, portanto, uma ferramenta no suporte para a enfermeira, no auxílio ao cuidador ou ao grupo de apoio, por meio da educação em saúde e de consultas de enfermagem, a fim de melhor cuidar das condições atuais, prevenir complicações futuras e favorecer maior longevidade ao idoso, com qualidade, competência técnica e científica.

Palavras-chave: Envelhecimento. Demência. Enfermagem.

ABSTRACT

MELO, Patrícia de Queiroz Oliveira. Case Study: Nursing Care Systematization (NCS) to elderly patients with moderated dementia. 2011. 187 folhas. Paper presented to the undergraduate programa at Universidade Católica, Brasília, 2011.

The population aging has led to profound transformations in demographic and epidemiological profile of the population. Chronic Non-Communicable Diseases have become a part of the lives of most adults and elderly individuals. Dementia contribute to a significant portion of such diseases that affect the elderly population worldwide, interfering in the quality life of this age group and in their caregivers, in most family cases. Therefore, it becomes necessary that health professionals, specially nurses, understand the dementing illness cases and the procedure to adopt in each case. In this research, it was adopted a qualitative study, of type case study, with an old age with moderated dementia. The main objective was to systematize nursing care to an elderly patient with moderated dementia, and the specifics objectives were to develop the Nursing Assessment of the patient through Nursing History and Physical Examination to identify potential problems presented in moderated dementia; apply the tools suggested by the Ministry of Health (2007) to evaluate the elderly person; elaborate Nursing Diagnosis based in North American Nursing Diagnosis Association (NANDA – 2009/2011) describing examples of expected results; and build a Nursing Care Plan aimed at older people with moderated dementia and their caregivers based on the Nursing Interventions Classification(NIC) and on specific gerontological care literature. The case study was an elderly patient of age 87, totally dependent on others to his daily instrumental activities and independent to basic activities of daily living with early history of two strokes e arterial hypertension, with possible diagnosis of vascular dementia. The elder is cared by his oldest daughter (main family carer). This study enabled the raising of 20 potential problems, 64 possible nursing diagnosis and 20 Nursing Care Plans, with varied intervention proposes to moderated dementia on old ages, being, therefore, a support tool for the nurse, for the carer or the support group, through health education and nursing consultation, in order to best take care of current conditions, prevent future complications and provide greater longevity to the old age, with quality, and technical and scientific expertise.

Keywords: Aging, Dementia, Nursing.

LISTA DE SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CDR – Clinical Dementia Rating

DA – Doença de Alzheimer

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DV – Demência Vascular

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Interventions Classification (Classificação das Intervenções de Enfermagem)

NOC – Nursing Outcomes Classification (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

RM – Ressonância Magnética

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SNC – Sistema Nervoso Central

TC – Tomografia Computadorizada

UMST – Unidade Mista de Saúde de Taguatinga

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	13
1.1.1 Objetivo geral.....	13
1.1.2 Objetivos específicos.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 METODOLOGIA.....	16
1.3.1 Classificação da pesquisa	16
1.3.2 Sujeito da pesquisa	16
1.3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	17
1.3.4 Local.....	17
1.3.5 Coleta de dados	17
1.3.6 Aspectos éticos	18
1.3.7 Análise dos dados.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO	19
2.1.1 Processo de envelhecimento	19
2.1.2 Envelhecimento Normal e Patológico	22
2.1.3 Principais Determinantes do Envelhecimento Populacional	23
2.1.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs).....	25
2.2 DEMÊNCIA	27
2.2.1 Doença de Alzheimer	29
2.2.2 Demência Vascular	33
2.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM: DO EMPIRISMO À CIÊNCIA	34
2.3.1 Idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores sob o olhar da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	40
3 PROBLEMA DA PESQUISA	43
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
4.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	44
4.1.1 Identificação	44
4.1.2 Queixa principal	44

4.1.3 Histórico familiar.....	44
4.1.4 Moradia	45
4.1.5 Atividade/Trabalho	45
4.1.6 Vida afetiva	46
4.1.7 O adoecer.....	47
4.1.8 Projetos	47
4.1.9 História da doença atual	48
4.1.10 Histórico de saúde.....	48
4.1.11 Histórico de álcool, fumo e drogas	48
4.1.12 Histórico social.....	48
4.1.13 Histórico das necessidades humanas básicas	49
4.1.14 Histórico de medicamentos	50
4.1.15 Dados laboratoriais	51
4.1.16 Orientações da equipe de saúde	52
4.1.17 Exame físico (realizado na UMST-DF dia 12/09/2011).....	52
4.1.18 Instrumentos de avaliação da pessoa idosa sugeridos pelo Ministério da Saúde ..	54
4.1.18.1 Miniexame do estado mental (MEEM)	54
4.1.18.2 Desenho do relógio	56
4.1.18.3 Index de independência nas atividades de vida diária de Katz.....	56
4.1.18.4 Escala de Lawton.....	59
4.1.18.5 Escala de depressão geriátrica	60
4.1.18.6 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores (Zarit).....	61
4.1.18.7 Clinical Dementia Rating (Avaliação Clínica da Demência) – CDR.....	62
5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PLANOS DE CUIDADOS PARA IDOSOS COM DEMÊNCIA EM FASE MODERADA	64
5.1 LEVANTAMENTO DE DADOS	65
6 DISCUSSÃO	118
7 CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA (HISTÓRICO DE ENFERMAGEM E EXAME FÍSICO).....	131
APÊNDICE B – ESTUDO DAS MEDICAÇÕES.....	141
APÊNDICE C – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO O NANDA (2009- 2011).....	149

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	177
ANEXO B – INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA SUGERIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	178
ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (FEPECS).....	187

1 INTRODUÇÃO

O fato mais marcante para todos os países nos dias atuais inegavelmente é o envelhecimento populacional (BRASIL, 2007; 2010; CAMARANO, 2010; OMS, 2005). Entre os principais fatores que contribuíram para a rapidez desse processo incluem-se: diminuição nas taxas de mortalidade e fecundidade; avanços tecnológicos, que repercutiram na saúde; melhorias na qualidade de vida, o que resultou em aumento da expectativa de vida das pessoas (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; CAMARANO, 2010; IBGE, 2008; 2009; 2010).

O aumento exacerbado na quantidade de idosos nas últimas décadas, de acordo com Schoueri Júnior, Ramos e Papaléo Netto (2000) e Neri (2001), transformou o perfil de morbimortalidade dos indivíduos, no qual as doenças infecciosas e parasitárias cederam lugar às doenças crônicas não transmissíveis, que como aponta Gratão (2006) são as principais causas de mortes e incapacidades em todo o mundo. Pelo exposto, Camarano e Mello (2010, p. 15) acreditam que “o envelhecimento populacional requer a inclusão, em algum grau, de serviços de saúde nos programas de cuidados. “Isto exige profissionais especializados para lidar com as múltiplas doenças crônicas típicas da idade avançada”.

As demências estão inclusas no grupo das doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem a população idosa no mundo, como demonstram a Organização Mundial da Saúde (2005) e Gratão (2006). Para Vaz et al. (2002, p. 41) “demência é definida como a perda de capacidades intelectuais (funções cognitivas) de gravidade suficiente para interferir no funcionamento social ou ocupacional”.

A ocorrência aumentada de demência nos idosos faz com que todo idoso com demência acabe precisando de alguém para prestar os cuidados necessários. Este na maioria das vezes é um familiar, que com pouca ou nenhuma experiência tem que aprender a lidar com tal situação, porquanto a tendência da doença é somente progredir. Nesta perspectiva, o papel do enfermeiro é de extrema importância tanto no cuidado ao idoso com demência quanto no auxílio a sua família (GRATÃO, 2006).

Esta pesquisa visa demonstrar que pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) os profissionais de enfermagem podem prestar um cuidado mais qualificado aos idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores, pois adotando-se o método científico o profissional será capaz de identificar quais são as reais necessidades e prioridades para cada caso, já que a Sistematização deve ser elaborada para cada indivíduo, não havendo assim o

mesmo e único cuidado a todos.

A pesquisa realizada neste estudo de caso foi de cunho qualitativo. O objetivo geral foi Sistematizar a Assistência de Enfermagem para idoso com demência em fase moderada, tendo como objetivos específicos: desenvolver o *Histórico de Enfermagem do idoso* através da História de Enfermagem e do Exame Físico para identificar possíveis problemas apresentados na fase moderada da demência; aplicar instrumentos sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) para avaliação da pessoa idosa; elaborar Diagnósticos de Enfermagem baseados no NANDA (2009-2011) descrevendo exemplos de resultados esperados e uma proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), construir um Plano de Cuidados de Enfermagem voltado para idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e outras literaturas específicas do cuidado gerontológico.

Para este estudo de caso, conta-se com a participação de um idoso paciente da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga (UMST-DF), centro de referência em Atenção à Saúde do Idoso. Essa Unidade é formada por uma equipe multiprofissional que desenvolve atividades a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos. A coleta de dados foi realizada na própria residência do idoso e na UMST-DF, sendo utilizado um roteiro de entrevista que abordava o histórico familiar e de saúde, além de orientações básicas para realizar o exame físico. A cuidadora e o idoso assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados dos objetivos da pesquisa e da liberdade que teriam de participar ou desistir, de responder ou não a qualquer dos questionamentos.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Sistematizar a Assistência de Enfermagem para idoso com demência em fase moderada.

1.1.2 Objetivos específicos

Desenvolver o Histórico de Enfermagem do idoso através da História de Enfermagem e do Exame Físico para identificar possíveis problemas apresentados na fase moderada da demência.

Aplicar instrumentos sugeridos pelo Ministério da Saúde (2007) para avaliação da pessoa idosa.

Elaborar Diagnósticos de Enfermagem baseados no NANDA (2009-2011), descrevendo exemplos de resultados esperados.

Elaborar uma proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e um Plano de Cuidados de Enfermagem voltado para idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e literaturas específicas voltadas ao cuidado gerontológico.

1.2 JUSTIFICATIVA

A população idosa brasileira aumentou consideravelmente nas últimas décadas seguindo uma tendência mundial. Tal fato ocorreu em virtude da diminuição das taxas de mortalidade, iniciada em 1940, e fecundidade a partir de 1960. Dados do Censo (2010) realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que o percentual de pessoas com sessenta anos, ou mais, no Brasil, alcançou 10,8% da população total, o que equivale aproximadamente a vinte e um milhões de idosos no país.

Outro fator condicionante ao aumento populacional de idosos refere-se ao aumento da expectativa de vida ao nascer, que reflete as melhores condições e qualidade de vida, além dos avanços técnicos e científicos atingidos pela medicina, enfermagem e outras áreas voltadas à manutenção da saúde das pessoas. Em pesquisa realizada pelo IBGE (2008) é possível vislumbrar o aumento substancial da expectativa de vida ao nascer no Brasil, a qual em 1940 correspondia a 45,5 anos; em 2008, 72,7 anos; e em 2050 atingirá 81 anos de idade.

Em projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 revisada em 2008 conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conclui-se que o país está adquirindo progressivamente um perfil demográfico distinto, ao revelar o aumento bastante significativo da população idosa, situação esta que altera a estrutura etária da população ao colocar em evidência que “em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existia 24,7 idosos com 65 anos ou mais, enquanto em 2050 o quadro mudará e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos” (IBGE, 2008, p. 55).

O crescimento do número de idosos e a maior expectativa de vida favorecem o aparecimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que de acordo com Gratão (2006, p. 19) “são as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo”. As demências enquadram-se no grupo de DCNT e têm prevalência elevada na população de idosos em todo o mundo.

As síndromes demenciais, segundo Manfrim e Schmidt (2006, p. 242), “são caracterizadas pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória, e interferência nas atividades sociais e ocupacionais”.

O início de um quadro demencial geralmente passa despercebido pelos que convivem com o idoso, conforme Rizzo e Schall (2008). Isso porque as manifestações iniciais de perda de memória são muito sutis e não geram preocupações com a saúde do indivíduo. Tal fato contribui para um diagnóstico de demência tardio, quase sempre em fases mais avançadas.

Fundamentando-se no entendimento de Pavarini (2008), com o passar dos anos e com a evolução do quadro demencial, certamente o indivíduo tornar-se-á dependente de outras pessoas carecendo de cuidados diferenciados. Conseqüentemente, a demência terá repercussão tanto na qualidade de vida do indivíduo acometido quanto de quem presta os cuidados e/ou convive com este.

Luzardo, Gorini e Silva (2006, p. 587) acreditam que “a sobrecarga produzida pelas demandas de cuidados pode ser minimizada pela adoção de estratégias e de políticas públicas eficazes, representando melhor qualidade de vida para o idoso e seu cuidador”. Além disso, torna-se relevante o entendimento de que o aumento exacerbado de casos de demências acarretará gastos significativos para o Sistema Único de Saúde, sendo, pois, motivo de interesse do governo e instituições públicas.

Diante disso, Talmelli et al. (2010, p. 938) afirmam que “é fundamental que o enfermeiro atue com o cuidador e a família na orientação, supervisão e execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)”, identificando os problemas, elaborando diagnósticos de enfermagem, descrevendo os resultados esperados à família/cuidador, priorizando junto à família as ações a serem desenvolvidas, executando procedimentos e avaliando o Plano de Cuidados de Enfermagem individualizado. Desse modo, é possível tornar a assistência de enfermagem aos cuidadores e aos idosos com demência de melhor qualidade e reduzir as complicações ao longo da progressão da doença.

Por tudo isso esta pesquisa se faz tão importante, não só para o mundo da Enfermagem, como para a vida das pessoas. Sendo assim, para melhor fundamentar este trabalho, tem-se como base um estudo de caso que relata o histórico de saúde e doença de um idoso portador de demência que se encontra em fase moderada. O intuito é elaborar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e torná-la instrumento-guia voltado para profissionais e cuidadores, especificando claramente o Plano de Cuidados e os Resultados Esperados, os quais devem ser tomados como base na prestação de cuidados para idosos nessa condição. Dessa maneira, pretende-se sobretudo melhorar significativamente a assistência prestada aos idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores.

1.3 METODOLOGIA

1.3.1 Classificação da pesquisa

Esta pesquisa foi realizada com base na abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso.

Para Minayo e Sanches (1993, p. 244), a abordagem qualitativa faz “uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”. Serapioni (2000, p. 188) complementa que “a pesquisa qualitativa focaliza as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados”.

O estudo de caso, segundo Galdeano, Rossi e Zago, corresponde a um vasto processo que pode ser empregado

a uma grande variedade de problemas e contribui, de forma consistente, para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem. O objetivo é descrever, entender, avaliar e explorar essa situação, e, a partir daí, determinar os fatores causais e estabelecer ações. (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003, p. 375)

De acordo com esses autores, o estudo de caso “reflete o interesse da profissão em organizar o seu trabalho, baseando o estabelecimento de suas ações na análise da história do paciente, que deverá ser avaliada de maneira integral e individualizada, considerando seus aspectos biopsicossociais” (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003, p. 372-374).

1.3.2 Sujeito da pesquisa

O participante principal da pesquisa foi um idoso portador de demência em fase moderada. No entanto, sua cuidadora foi essencial para a coleta de informações. A escolha do idoso e cuidadora foi realizada pela participação no Grupo de Cuidadores de Idosos com Demência da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga – DF (2011).

1.3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes da pesquisa contemplaram os seguintes critérios de inclusão: ser idoso, ou seja, ter sessenta anos de idade ou mais, de qualquer sexo, apresentar alguma demência em fase moderada, e possuir cuidador(es) de qualquer sexo, maior(es) de 18 anos, participante(s) assíduo(s) do Grupo de Cuidadores de Idosos da UMST-DF. Foram excluídos desta pesquisa indivíduos com quadro demencial que apresentaram idade inferior a sessenta anos; encontravam-se em outra fase da demência (leve ou avançada); ou ainda no caso de o cuidador recusar-se a participar da pesquisa e não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1.3.4 Local

A pesquisa ocorreu no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso do Distrito Federal – Unidade Mista de Saúde de Taguatinga (UMST-DF) durante consulta de enfermagem e na própria residência do idoso. Foi realizada no período de agosto a setembro de 2011.

1.3.5 Coleta de dados

Os dados foram obtidos durante quatro encontros por meio de entrevistas com o idoso e sua cuidadora, identificados durante a realização do exame físico, além daqueles referentes à aplicação de instrumentos de avaliação da pessoa idosa sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) (ANEXO B). A entrevista com questões fechadas e abertas foi utilizada na produção de dados relativos às características individuais: identificação; queixa principal; história da doença atual; histórico de saúde; histórico familiar; histórico de medicamentos; histórico de álcool, fumo e drogas; histórico social; padrão de vida cotidiana, dados laboratoriais; orientação recebida pela equipe de saúde (APÊNDICE A).

1.3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida garantindo o cumprimento estabelecido na Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram garantidos aos cidadãos envolvidos na pesquisa todos os direitos citados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). E somente teve início após aprovação pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) mediante Parecer nº 203, de 25 de maio de 2011 (ANEXO C).

1.3.7 Análise dos dados

Serão apresentados os dados coletados em forma de Estudo de Caso, com apresentação fidedigna de cada dado coletado. A análise foi baseada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) por meio da qual a prática do cuidado foi abordada de maneira ordenada e sistemática. Por meio da análise da entrevista semiestruturada e exame físico, além dos instrumentos de avaliação da pessoa idosa sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), foram identificados os problemas e as reais necessidades de saúde do idoso, para então listar os possíveis diagnósticos de enfermagem com base no NANDA (2009-2011), descrever os resultados esperados e formular um Plano de Cuidados de Enfermagem baseado na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e em literatura específica voltada ao cuidado gerontológico para idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ASPECTOS GERAIS DO ENVELHECIMENTO

2.1.1 Processo de envelhecimento

Envelhecimento é definido no dicionário Mini Aurélio (FERREIRA, 2010, p. 294) como “o processo de envelhecer”, tornar-se velho. Tal processo tem início com o nascimento e término com a morte como declaram Papaléo Netto (2006) e Smeltzer et al. (2009). Já Silva, A. (2009) acredita que a vida adulta marca o começo deste processo que se prolonga até a morte.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA (2010, p. 19) conceitua o envelhecimento como “um processo de perdas físicas, mentais, cognitivas e sociais, o que traz vulnerabilidades. Essas são diferenciadas por sexo, idade, grupo social, raças e regiões geográficas etc. É diferenciada, também, a idade em que elas se iniciam”. Neri (2001) afirma que tal processo acontece devido às inúmeras interações ocorridas durante a vida, que tem início em épocas e ritmos diferenciados e que causam resultados distintos para as várias partes e funções do organismo. Tais modificações aumentam a probabilidade de morte.

Pesquisa realizada por Menezes, Lopes e Azevedo (2009) aborda como as pessoas idosas compreendem e formam a concepção do próprio envelhecimento. Nesse estudo fica evidenciado que o envelhecer é percebido de diversas maneiras. Em parte, os idosos apresentam dificuldade de aceitação do envelhecimento, em decorrência principalmente do convívio com as perdas mentais, físicas e sociais advindas do processo de envelhecimento, entre as quais se encontram os déficits de memória, dificuldades de locomoção, entre outros, que repercutem, em grande parte, na aparência corporal.

O Ministério da Saúde (2010, p. 11) define envelhecimento populacional “como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice”. A Organização Mundial da Saúde estabelece que a distinção entre um indivíduo adulto e um idoso será feita pela idade, sendo 65 anos para países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento. Portanto, no Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos de idade ou

mais (BRASIL, 2010). Mas, como já abordado por Papaléo Netto (2006) e Smeltzer et al. (2009), Silva, A. (2009, p. 23) sustenta a ideia de que “o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interações de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a vida”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), o envelhecimento é um fenômeno global, pois, no mundo todo, a quantidade de indivíduos com 60 anos ou mais está aumentando com mais rapidez quando comparada às outras faixas etárias. Smeltzer et al. (2009, p. 184) comentam que “a medida que a população idosa aumenta, o número de pessoas que vivem até uma idade muito avançada também aumenta”. Como asseguram Camarano, Kanso e Mello (2004), Brasil (2010), Ipea (2010) e Camarano e Mello (2010), é possível perceber um aumento proporcional e mais acelerado da população considerada muito idosa, ou seja, aquela com mais de 80 anos de idade, tornando-se o grupo que apresenta crescimento mais significativo nos dias de hoje. Logo, a própria população idosa também envelheceu.

Camarano e Mello (2010) atestam que o envelhecimento da população é um fato real tanto dos países desenvolvidos quanto daqueles em desenvolvimento. Em publicações do Ministério da Saúde (2007; 2010) é destacado que há diferenças relevantes quanto ao processo de envelhecimento dos países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. Nos primeiros, ocorreu de forma gradual e concomitante a melhorias no modo de viver das pessoas, enquanto no segundo esse processo ocorreu e ainda está ocorrendo de forma bastante veloz sem haver tempo suficiente para promover uma reorganização da sociedade, uma preparação, inclusive da área da saúde, para atender a população idosa que veio à tona.

Em documento publicado pela Organização Mundial da Saúde “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde” (2005), o envelhecimento é compreendido como um grande êxito do ser humano e também como um imenso desafio. Rodrigues e Rauth (2006) e Aymone et al. (2010) acreditam que um dos grandes desafios dos setores da saúde em todos os países é proporcionar suporte adequado aos idosos, para mantê-los saudáveis, e garantir boa qualidade de vida. Pois, como expressam Amorim, Amorim e Carvalho (2011, p. 16) “viver com qualidade é o desejo de todo ser humano, principalmente durante o processo de envelhecimento, quando este acumula incapacidades progressivas nas suas atividades funcionais e de vida diária”. As mesmas autoras acreditam que para proporcionar uma vida com qualidade aos idosos é preciso que a assistência seja eficaz e eficiente para garantir a satisfação e bem-estar da pessoa idosa.

Envelhecer num país com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver constitui-se para Rodrigues e Rauth (2006, p. 191) “em grande desafio para os

indivíduos, para o conjunto da sociedade e para o governo, no sentido de oferecer condições qualificadas para o prolongamento da vida”. Porque “após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer as condições adequadas para vivê-la” (VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987, p. 232).

Os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2009) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010) confirmam que o país vive um intenso processo de envelhecimento, com mudanças profundas na estrutura etária da população. Papaléo Netto (2006, p. 4) explica que “o aumento acentuado do número de idosos trouxe conseqüências para a sociedade e, obviamente, para os indivíduos que compõe [sic] este grupo etário. É relevante a visão global do envelhecimento como processo e do idoso como ser humano”.

Dados da Sinopse do Censo Demográfico (IBGE, 2010) afirmam que “a população brasileira cresceu quase vinte vezes desde 1872, quando tinha apenas 9.930.478 habitantes”. “Em 1940, a população idosa representava 4,1% da população total brasileira” (IPEA, 2010, p. 3), e atualmente o IBGE (2010) assegura que a população brasileira total é de 190.755.799 habitantes, sendo que aproximadamente 11% da população total é composta por idosos, o que equivale a cerca de vinte e um milhões. E, ao que tudo indica, a população brasileira continuará envelhecendo, pois, até 2025, segundo a Organização Mundial da Saúde (2005, p. 4), “o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos”.

De acordo com Silva, J. (2009, p. 140), “o primeiro impacto que o envelhecimento populacional traz é a mudança importante nas causas de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas cedem lugar às doenças crônico-degenerativas como causa líder de mortalidade”, como demonstram Schoueri Júnior, Ramos e Papaléo Netto (2000, p. 28): “em 1930 quase metade das mortes eram causadas por doenças infecciosas e parasitárias, porém, em 1980 essas enfermidades foram responsáveis por apenas 10% dos óbitos”.

A preocupação com a qualidade de vida na velhice para Neri (2001) adquiriu maior importância nos últimos 30 anos, na medida em que o aumento do número de idosos e a expansão da longevidade passaram a ser experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos vivendo em muitas sociedades. Com a transformação do quadro epidemiológico populacional, as metas no atendimento de saúde deixam de ser somente prolongar, mas manter e reabilitar a vida. De tal modo, a pessoa pode permanecer com a sua autonomia e qualidade de vida preservada como expõem Dias, Silva e Vitorino (2009).

2.1.2 Envelhecimento Normal e Patológico

“Velhice e doença são condições que caminham juntas no imaginário das pessoas” (GUIMARÃES; CAMARGOS, 2004, p. 7). Logo, Salles (2009, p. 57) explica que “ter doenças na velhice passa a ser encarado como natural, como se saúde fosse prerrogativa dos mais jovens”. No entanto, envelhecimento não deve, em qualquer circunstância, ser considerado sinônimo de doença, como expõem Curiati e Alencar (2000), Vaz et al. (2002) e Cançado e Horta (2006), pois é um fenômeno biológico peculiar de todos os seres vivos. No entanto, como ressalta Paschoal (2008, p. 113), “as pessoas idosas são, em geral, mais vulneráveis, isto é, ficam mais sujeitas a adoecer e, quando adoecem, demoram mais para sarar.”. Menezes, Lopes e Azevedo (2009, p. 599) afirmam que “mesmo sabendo que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não se pode deixar de lado que algumas doenças são próprias do envelhecimento, e que, com o decorrer do tempo, elas provocam mudanças corporais.”.

O Ministério da Saúde (2010) e Papaléo Netto (2006) apontam que Senescência compreende o processo de envelhecimento normal, que é acompanhado de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas ocasionando diminuição gradativa de reserva funcional. Essas alterações ocorrem com discrição ao longo da vida e não comprometem as relações sociais, atividades pessoais, gerenciais, executivas dos indivíduos como salientam Cançado e Horta (2006). Como consideram Jacob Filho e Souza (2000, p. 39) corresponde, pois, ao “processo natural de envelhecimento que é absolutamente fisiológico, caracterizado pela manutenção da quase totalidade das funções orgânicas, em condições habituais com progressiva redução da reserva funcional dos órgãos e aparelhos com o avançar da idade”.

Ao contrário, Senilidade corresponde ao processo de envelhecimento patológico, ou seja, quando há presença de doenças que costumam manifestar-se nas pessoas idosas, sendo necessária a disponibilização de assistência, como ressaltam o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e Papaléo Netto (2006). Assim, segundo Rodrigues e Rauth (2006), a velhice torna-se cêlere quando em seu curso intervém uma enfermidade.

Curiati e Alencar (2000) e Silva, A. (2009) ressaltam que a idade cronológica (medida em anos) e a biológica (capacidade funcional) quase sempre não ocorrem simultaneamente, pois, com frequência, o cronológico não acompanha o biológico. Além disso, o processo de envelhecimento não é semelhante para todas as partes do corpo, como ressaltam Cançado e Horta (2006, p. 204): “ele pode estar acentuado numa determinada área, ao contrário de

outras, que estariam dentro de um padrão fisiológico”.

“O sistema nervoso central (SNC) é o sistema biológico mais comprometido com o processo do envelhecimento, pois é o responsável pela vida de relação (sensações, movimentos, funções psíquicas, entre outros) e pela vida vegetativa (funções biológicas internas)” (CANÇADO; HORTA, 2006, p. 194). A modificação mais significativa que ocorre nesse sistema, de acordo com Silva, A. (2009, p. 28), “é a perda de neurônios, cerca de 10.000 por dia, a partir dos 30 anos”.

As chances de ser acometido por graves deficiências cognitivas e físicas crescem bastante em pessoas de idade muito avançada como afirma a Organização Mundial da Saúde (2005).

2.1.3 Principais Determinantes do Envelhecimento Populacional

“Desde o século XIX até meados da década de 1940, o Brasil caracterizou-se pela prevalência de altas taxas de natalidade e de mortalidade” (IBGE, 2008, p. 48). Schoueri Júnior, Ramos e Papaléo Netto (2000, p. 13) asseguram que “o crescimento da proporção de idosos em qualquer parte do mundo encontra-se diretamente relacionado à transição da fase de alta fecundidade e alta mortalidade para baixa fecundidade e baixa mortalidade”. De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004, p. 27), “o movimento de envelhecimento pode ser reconhecido pelo estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide etária”.

Após 1940, o país começou a apresentar declínio nas taxas de mortalidade total¹ como reflexo de diversas políticas públicas que começaram a ser implantadas, como indica Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). Como apontam Schoueri Júnior, Ramos e Papaléo Netto (2000) e Camarano, Kanso e Mello (2004), a redução da mortalidade em qualquer etapa da vida tem

¹ Taxa de mortalidade total: número de pessoas que morrem por 1000 habitantes, durante 1 ano.

nítida influência sobre o crescimento absoluto e proporcional da população idosa. Por conseguinte, já é fato reconhecido, de acordo com Camarano (2006, p. 96), que “uma das grandes vitórias do século XX em todo o mundo foi a diminuição da mortalidade que atingiu todos os grupos etários”.

As taxas de fecundidade², por sua vez, começaram a diminuir em meados da década de 1960, época em que começa lentamente a introdução e divulgação dos métodos contraceptivos orais. Essa diminuição expressiva na fecundidade acentuou-se na década seguinte como mostra o IBGE (2008). “Até 1960, a taxa de fecundidade total, estimada para o País, era ligeiramente superior a 6 filhos por mulher” (IBGE, 2008, p. 48). Em 2000, a taxa de fecundidade média por mulher era de 2,3 filhos e, em 2009, 1,94 filho como aponta o IBGE (2010). Desta forma, Rodrigues e Rauth (2006) e Camarano (2006) compartilham a idéia de que a fecundidade exerce forte influência no processo de envelhecimento populacional, pois a redução da fecundidade aumenta na família o número de pessoas idosas, enquanto as outras faixas etárias começam a diminuir, conforme Schoueri Júnior, Ramos e Papaléo Netto (2000) e Rodrigues e Rauth (2006).

A queda nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, a melhoria nas condições de saneamento e infra-estrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia são os principais determinantes do processo de envelhecimento da população brasileira, cujos contornos tornaram-se mais nítidos nos últimos 20 anos. (RODRIGUES; RAUTH, 2006, p. 186)

Para Smeltzer et al. (2009, p. 184), a “expectativa de vida”³ aumentou enormemente nos últimos 100 anos, como resultado dos avanços da medicina e das melhorias gerais na vida da população brasileira, visto que em 1940 a vida média do brasileiro correspondia a 45,5 anos, em 2008 alcançou 72,7 anos e em 2050 atingirá 81 anos de idade (IBGE, 2008).

O aumento da esperança de vida ao nascer tem ocorrido de modo sustentado em todo o

² Taxa de fecundidade: “é uma estimativa do número de filhos que cada mulher deverá ter, em média, durante sua vida reprodutiva, numa determinada população” (SCHOUERI JÚNIOR, RAMOS & PAPALÉO NETTO, 2000, p. 13).

³ Expectativa de vida: o número médio de anos que se pode esperar que uma pessoa viva.

mundo desde a Segunda Guerra Mundial conforme Camarano, Kanso e Mello (2004) e Camarano (2006). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 15) concorda e reforça que esse aumento “em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resulta no aumento absoluto e relativo da população idosa”.

Outro determinante do processo de envelhecimento é o índice de envelhecimento como revela o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008, p. 55), pois, “em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existia 24,7 idosos com 65 anos ou mais, enquanto em 2050 o quadro mudará e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos”.

Há no Brasil, desde 1970, uma tendência demográfica em curso, como confirma o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2010), na qual existe a diminuição do crescimento populacional e mudanças importantes no perfil etário das pessoas, contribuindo para o envelhecimento.

2.1.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)

O envelhecimento da população faz com que a saúde dos idosos torne-se foco de atenção considerável, pois à medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances de adquirir uma doença crônica não transmissível como apontam Gratão (2006), Silva et al. (2007), Pavarini et al. (2008) e o IBGE (2010). Por isso, Cançado e Horta (2006) e Regi (2006) afirmam que a prevalência das doenças crônicas é dependente da idade. Logo, quanto maior a idade de uma pessoa, maior a chance de desenvolver uma doença crônica. Então, “apesar de grandes esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, as pessoas estão sob um risco cada vez maior de desenvolver doenças conforme envelhecem” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 21).

Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (2005, p. 15) garante que “conforme os indivíduos envelhecem as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo”. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) aponta que as complicações devido às doenças crônicas não transmissíveis têm sido as maiores causas de morte na população idosa, seguindo uma tendência mundial.

Chaves e Silva (2007, p. 61) afirmam, que embora o mundo tenha alcançado relevantes avanços, ainda tem-se dificuldades, “pois com o envelhecimento da população aumentaram também as doenças crônico-degenerativas que atingem esses idosos tornando improvável o envelhecimento saudável”. Logo, o IBGE (2010, p. 194) afirma que a atenção à saúde dos idosos é fundamental para manter a sua autonomia pelo maior tempo possível. “O envelhecimento do organismo por si só já diminui a capacidade funcional do ser humano. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo, principalmente, se não houver acompanhamento médico”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), as principais doenças crônicas que afetam os idosos no mundo são: Doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana), Hipertensão, Acidente Vascular Encefálico, Diabetes, Câncer, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Doenças Músculo-Esqueléticas (como artrite e osteoporose), Doenças mentais (principalmente demência e depressão), Cegueira e diminuição da visão.

Gratão (2006) e Rizzo e Schall (2008) concordam que a depressão e as demências são os distúrbios mentais mais prevalentes na população idosa. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 101) explica que, “nas Instituições de Longa Permanência, cerca de 50% dos residentes são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo que os quadros demenciais são os mais comuns seguidos por problemas comportamentais e depressão”. Em geral, como expõe Regi (2006), os idosos apresentam mais de uma doença crônica, tornando necessário o acompanhamento permanente com uma equipe de saúde interdisciplinar, pois, como comentam Dias, Silva e Vitorino (2009, p. 36), “a presença de múltiplas complicações associadas na mesma pessoa aumenta a probabilidade de incapacidade para uma ou mais atividades”.

Durante a velhice, o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, como demonstram os estudos de Cançado e Horta (2006) e Gratão (2006), resultam em aumento da incapacidade e dependência. Pois, segundo Camarano (2006, p. 98), “existem doenças crônicas que antes de representarem um risco de vida constituem uma ameaça à autonomia e independência do indivíduo”.

A Organização Mundial da Saúde (2005), apesar de expor que atualmente existe tratamento para a maioria das doenças crônicas não transmissíveis, aponta que o melhor a fazer é retardar ao máximo o aparecimento dessas doenças porque acarretam diminuição na qualidade de vida dos idosos e, às vezes, dependência total. Por isso, Silva, J. (2009, p. 141) comenta que “pessoas com doenças crônicas e suas seqüelas demandam suporte de longa

duração, com serviços comunitários e uma rede de apoio, ajudando as famílias no cuidado desses idosos”.

Levando-se em consideração as informações supracitadas fica evidente que o envelhecimento populacional é uma realidade ainda não concluída, pois nos dias de hoje encontra-se em pleno processo de acontecimento no mundo. E traz consigo um aumento exacerbado das doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais as doenças relacionadas ao Sistema Nervoso, principalmente as demências.

“Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência” (BRASIL, 2007, p. 108). Desta forma, torna-se imprescindível a capacitação de profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros, para que estes sejam capazes de conduzir adequadamente o tratamento de idosos com doenças crônicas não transmissíveis, além de apoderar a família neste processo de cuidado. Pois, como comentam Balduino et al. (2007), os profissionais de enfermagem desempenham função essencial no cuidado a pessoas portadoras de doenças crônicas, porque exigem cuidados técnico-científicos constantes e integrais.

Com bases em todas essas informações, fica nítido que as doenças crônicas não transmissíveis aumentaram significativamente na população nas últimas décadas. Esta pesquisa enfocará apenas uma dessas doenças, as demências, já que possuem elevada prevalência na população idosa e interferem substancialmente na qualidade de vida de idosos e familiares.

2.2 DEMÊNCIA

Na tentativa de se compreender o que vem a ser demência, Garrido e Almeida (1999, p. 428) consideram que “é um termo genérico que caracteriza síndromes de etiologias diversas cujo aspecto fundamental é o prejuízo da memória. Somado a este, o comprometimento de pelo menos uma outra função cognitiva deve estar presente”. Manfrim e Schmidt (2006, p. 242) também contribuíram na elucidação de tal conceito ao afirmarem que “as síndromes demenciais são caracterizadas pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória, e interferência nas atividades sociais e

ocupacionais”.

A definição de demência adotada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 108) é de “síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas”. Assim, como cita Machado (2006, p. 265), “entre os déficits cognitivos, incluem-se os da memória, do pensamento, da orientação, da compreensão, da linguagem, do cálculo, da capacidade de aprendizagem, do pensamento abstrato e do julgamento”.

Machado (2006, p. 266) aponta que, para a confirmação do diagnóstico de demência, é necessário que as disfunções impliquem “significativo comprometimento nas atividades profissionais, ocupacionais e sociais do indivíduo e representem declínio significativo com relação aos níveis prévios de funcionamento, na ausência de alterações de consciência”. De acordo com Freitas et al. (2008, p. 509), na demência há preservação da consciência; no entanto, os sintomas tornam-se tão severos que interferem “nas funções sociais e ocupacionais do indivíduo, neste ponto é crucial diferenciar as perdas do envelhecimento normal e os déficits ocasionados pela demência”.

Vaz et al. (2002) e Doll e Re (2008) expõem que conforme as pessoas envelhecem a chance de adquirir alguma demência torna-se maior, “o que significa que ocorre muito raramente entre os 40-50 anos de idade, aumenta entre 60-65 anos, e é muito comum ao longo de 80 anos” (VAZ et al., 2002, p. 43). Segundo Machado,

a incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, dobrando, aproximadamente, a cada 5,1 anos, a partir dos 60 anos de idade. Após os 64 anos de idade, a prevalência é de cerca de 5 a 10%, passando, após os 75 anos de idade, para 15 a 20%. (MACHADO, 2006, p. 261)

Lopes e Bottino (2002, p. 64) realizaram uma pesquisa para avaliar a prevalência de demência em diversas regiões do mundo entre 1994 a 2000 e constataram que “a prevalência média de demência, acima dos 65 anos de idade, variou entre 2,2% na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa”.

Segundo Regi (2006), a identificação das demências no idoso tem papel essencial para a saúde pública, pois com base em diagnóstico breve a qualidade de vida destes pacientes pode manter-se por maior tempo. Rizzo e Schall (2008, p. 39) salientam que “a qualidade de vida de pacientes com demência depende, primordialmente, daqueles que são responsáveis pelos seus cuidados”.

Nesta pesquisa serão abordados os dois tipos de demência com prevalência mais

elevada: a doença de Alzheimer e a demência vascular.

2.2.1 Doença de Alzheimer

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) assegura que a doença de Alzheimer é a demência com prevalência mais elevada entre os vários tipos de demência. Vaz et al. (2002) e Ribeira, Ramos e Sá (2004) concordam com a assertiva ao afirmarem que a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, sendo responsável, provavelmente, por 50 a 70 por cento de todas as demências. Em estudo conduzido por Lopes e Bottino (2002, p. 65), “a doença de Alzheimer (DA) foi mais prevalente do que a demência vascular (DV) em todas as regiões pesquisadas”.

Ao esclarecer a proporção de ocorrência das demências e observando que, entre elas, a doença de Alzheimer é a mais prevalente e relevante, Gratão (2006, p. 24) aponta que “é essencial para os profissionais de saúde conhecer a evolução dessa doença e as conseqüências que ela causa no idoso acometido e seus familiares no processo do cuidar”.

Segundo Vaz et al. (2002, p. 39), alterações de memória e outras funções do cérebro foram consideradas como “parte da velhice até o final do século XIX”. Em 1906 o Dr. Alois Alzheimer descreveu minuciosamente um paciente com quadro demencial e, desde 1907, esse tipo de demência passou a ser chamada de doença de Alzheimer. Logo, a doença de Alzheimer não pode ser considerada normal na velhice.

Alguns autores como Vaz et al. (2002), Manfrim e Schmidt (2006), Machado (2006), Luzardo, Gorini e Silva (2006), Smeltzer et al. (2009) e Talmelli (2010) corroboram com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) ao afirmarem que a doença de Alzheimer é neurodegenerativa, progressiva e de início insidioso.

A doença de Alzheimer para Luzardo, Gorini e Silva (2006) causa intenso comprometimento físico, mental e social do idoso, causando um estado de total dependência, no qual é necessária a oferta de cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados na própria residência. Pavarini et al. (2008) e Valim et al. (2010) acreditam que o aumento da necessidade de cuidados ocorra por causa do comprometimento cognitivo e funcional acarretado pela doença.

Devido aos danos irreversíveis da função cognitiva e motora na doença de Alzheimer,

Talmelli et al. (2010) e Valim et al. (2010) consideram que há comprometimento psicossocial e emocional não só do idoso como também dos familiares. À vista disso, Gratão (2006, p. 27) aponta que todo idoso com demência precisa de familiares que se responsabilizem pelos cuidados prestados no domicílio; logo, tornam-se cuidadores, “função exercida, na maioria das vezes, por um familiar que reside junto com ele, que com pouca ou quase nenhuma orientação, presta os cuidados essenciais para a manutenção da vida do idoso”.

A Doença de Alzheimer pode afetar qualquer indivíduo segundo Vaz et al. (2002, p. 39), “mas não se pode de antemão prever quem será afetado”. Logo, reconhecer os fatores de risco relacionados à doença é, para Machado (2006, p. 261), “de fundamental importância devido às potenciais implicações para a prevenção da doença, possibilitando futuras intervenções naqueles possíveis de modificação”. “Os fatores de risco para a DA são: idade, história familiar positiva, síndrome de Down, baixo nível educacional e gênero feminino (após 80 anos de idade)” (MACHADO, 2006, p. 261). Para Vaz et al. (2002, p. 46), os principais fatores de risco são “aumento da idade e predisposição genética”.

O diagnóstico definitivo, na atualidade, só é confirmado pelo estudo anatomopatológico do tecido cerebral, como afirmam Caramelli e Barbosa (2002), Machado (2006) e Manfrim e Schmidt (2006). Por conseguinte, “trabalha-se usualmente com diagnóstico de probabilidade” (MANFRIM; SCHMIDT, 2006, p. 246). A partir do entendimento de Smeltzer et al. (2009, p. 203), “a história de saúde, a história familiar, a história social e cultural e a história medicamentosa, e o exame físico, incluindo os estados de saúde funcional e mental, são essenciais para o diagnóstico de provável doença de Alzheimer”.

Machado (2006, p. 265) ressalta que, para firmar um diagnóstico de doença de Alzheimer, “o primeiro passo é a confirmação do diagnóstico de demência”. Os autores Vaz et al. (2002), Machado (2006) e Pavarini et al. (2008) comentam que na maioria dos casos não é possível proceder um diagnóstico precoce devido à dificuldade de idosos e familiares em compreender que determinados sintomas iniciais da doença de Alzheimer não correspondem ao processo de senescência. Tal dificuldade ocorre porque, como assegura Pittella (2006, p. 224), “os pacientes com doença de Alzheimer apresentam as mesmas alterações macro e microscópicas que ocorrem no envelhecimento normal, ou seja, em indivíduos não-dementes, embora em intensidade muito maior”.

“Os principais achados neuropatológicos encontrados na DA são a perda neuronal e a degeneração sináptica intensas, com acúmulo e deposição no córtex cerebral de duas lesões principais: placas senis e emaranhados neurofibrilares” (MACHADO, 2006, p. 263). O

mesmo autor explica que as placas senis e os emaranhados neurofibrilares podem ser encontrados em idosos sem demência, nos quais, isoladamente, não determinam um diagnóstico. No entanto, em pacientes com doença de Alzheimer, são encontrados em quantidades muito maiores.

Rizzo e Schall (2008, p. 43) afirmam que a demência tem início com “sintomas de memória muito leves, que, em geral, não são percebidos ou considerados pelos cuidadores como motivos para preocupação quanto à saúde do familiar”. Em decorrência, Pavarini et al. (2008, p. 583) demonstram que “muitos idosos quando procuram ou são levados aos serviços de saúde muitas vezes se encontram em estágios mais avançados da doença”. Como explicam Manfrim e Schmidt (2006, p. 243), “a demência passa despercebida em mais de 50% dos casos comprovados por autópsia, em parte porque sinais e sintomas precoces são atribuídos ao envelhecimento normal”.

Em geral, as manifestações de demência, para Smeltzer et al. (2009, p. 202), “são sutis no início e, com frequência, progridem até que sejam óbvios e devastadores. As alterações características caem em três categorias gerais: cognitiva, funcional e comportamental, e destroem, mais adiante, a capacidade de atuação de uma pessoa”.

A tendência da doença de Alzheimer é avançar ao longo dos anos como afirmam Machado (2006) e Luzardo, Gorini e Silva (2006). Garrido e Almeida (1999, p. 428) enfatizam que “a demência, sabidamente, evolui em estágios e, desde um quadro incipiente até uma demência grave, o cuidador é obrigado a enfrentar diversas dificuldades”.

Para Valim (2010, p. 529) “a sintomatologia da doença de Alzheimer pode ser descrita em três estágios, que correspondem à fase inicial, intermediária e terminal”, enquanto para Machado (2006) compreende a fase leve, intermediária e avançada. Por sua vez, para Luzardo, Gorini e Silva (2006, p. 589), “os estágios do processo demencial são classificados em leve, moderado e severo”. Os mesmos autores ressaltam que é possível haver distinção com relação às formas de apresentação e progressão da doença, pois é importante atentar para as diferenças individuais.

“A FASE LEVE dura, em média, de 2 a 3 anos e é caracterizada por sintomas vagos e difusos, que se desenvolvem insidiosamente. O comprometimento da memória é, em geral, o sintoma mais proeminente e precoce” (MACHADO, 2006, p. 264). Este autor declara ainda que determinadas pessoas manifestam alterações precoces de linguagem, como dificuldade para encontrar palavras. Com frequência há dificuldades no trabalho para adaptar-se com situações complicadas e para aprender coisas novas. Existe desorientação gradual com relação ao tempo e espaço. Como afirmam Doll e Re (2008, p. 303), “as memórias mais antigas

geralmente não são afetadas, enquanto existem dificuldades de se lembrar de coisas que aconteceram pouco tempo atrás”. Pavarini et al. (2008, p. 583) apontam que isso ocorre porque “a perda da memória recente é um dos primeiros sintomas a se manifestar”.

“A FASE INTERMEDIÁRIA, cuja duração varia entre 2 e 10 anos, é caracterizada por deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo aparecimento de sintomas focais, que incluem afasia, apraxia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoespaciais” (MACHADO, 2006, p. 265). Nessa fase, de acordo com Doll e Re (2008, p. 303), “podem aparecer dificuldades na percepção, na leitura ou na compreensão de falas e podem surgir alucinações. [...] As pessoas podem desenvolver medo exagerado de ser ameaçada, roubada ou maltratada”.

Machado comenta que:

a capacidade para realizar cálculos, fazer abstrações, resolver problemas, organizar, planejar e realizar tarefas em etapas torna-se seriamente afetada. Podem ocorrer sintomas motores extrapiramidais, com a alteração da postura e da marcha e o aumento do tônus muscular [...]. (MACHADO, 2006, p. 265)

De acordo com o mesmo autor, “todos esses déficits contribuem para a perda das habilidades para realizar tarefas da vida diária, ocasionando um declínio não apenas cognitivo, mas também funcional” (MACHADO, 2006, p. 265).

“Distúrbios do comportamento ou alterações não cognitivas da demência incluem um grupo de sintomas que, em sua maioria, relacionam-se a transtornos mentais e do comportamento” como explicam Garrido e Almeida (1999, p. 428). “A agitação, a perambulação, a agressividade, os questionamentos repetidos, as reações catastróficas, os distúrbios do sono e a síndrome do entardecer são alguns exemplos comuns de alterações do comportamento”, segundo Machado (2006, p. 265). Estas são mais comuns a partir dessa fase da doença. Tais transtornos comportamentais, de acordo com Garrido e Almeida (1999, p. 427) e Pavarini et al. (2008), ocasionam intenso impacto e sobrecarga na vida do cuidador. Outros sintomas frequentes nessa fase são os chamados sintomas psicológicos, “tais como ansiedade, depressão, idéias delirantes, alucinações, sobretudo visuais, erros de identificação, idéias paranóides, principalmente persecutórias” (MACHADO, 2006, p. 265).

“Na FASE AVANÇADA das demências, com duração média de 8 a 12 anos, todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas. Devido à perda total da capacidade para realizar atividades da vida diária, os pacientes tornam-se totalmente dependentes” (MACHADO, 2006, p. 265).

O principal alvo no tratamento médico da doença de Alzheimer baseia-se no tratamento dos sintomas cognitivos e comportamentais porque não há cura e nenhum método para retardar a evolução da doença como afirmam Smeltzer et al. (2009, p. 203). As metas primárias do tratamento da doença de Alzheimer para Machado (2006, p. 273) “são melhorar a qualidade de vida, maximizar o desempenho funcional dos pacientes e promover o mais alto grau de autonomia factível pelo maior tempo possível em cada um dos estágios da doença, ou seja, prover eficácia sustentada ao longo do tempo”.

2.2.2 Demência Vascular

Para Pittella (2006, p. 230), “as doenças cerebrovasculares podem ser causa de demência, denominada demência vascular ou transtorno cognitivo vascular”, constituindo-se para Giacomini (2006) e Bayona (2010) na segunda causa de demência mais comum entre idosos.

A demência vascular como aponta Smeltzer et al. (2009, p. 205) “está associada à hipertensão e à doença cardiovascular. Tende a ter um início mais abrupto que a doença de Alzheimer, sendo caracterizada por um declínio desigual e acentuado na função mental associada a um incidente vascular, como um acidente vascular cerebral”.

Os fatores de risco para a demência vascular são iguais aos que ocasionam o acidente vascular cerebral (PITTELLA, 2006; SMELTZER et al., 2009). De acordo com Giacomini (2006, p. 300), “o perfil de um demente vascular envolve a presença de fatores de risco tais como: hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia, tabagismo, fibrilação atrial, presença de cardiopatia isquêmica ou aterosclerose periférica, antecedentes de acidente vascular cerebral”.

Segundo Pittella (2006, p. 230), “o diagnóstico definitivo de demência vascular pode ser firmado em bases anátomo-patológicas pela presença de lesões cerebrovasculares na ausência de alterações neurodegenerativas, além daquelas esperadas para a idade”. O diagnóstico sindrômico da demência vascular, como comenta Giacomini (2006, p. 300), é realizado com base na “investigação clínica rigorosa e da aplicação de instrumentos de rastreio”. Pois a demência vascular apresenta sintomatologia clínica variada, o que para Bayona (2010) torna o diagnóstico difícil pela diversidade de sintomas e causas. No entanto, para Caramelli e Barbosa (2002, p. 9), “o elemento diagnóstico principal é o estabelecimento

de relação causal entre o comprometimento cerebrovascular e o quadro demencial”.

“Cerca de 1/3 a 1/4 dos pacientes com idade igual ou acima de 65 anos que sobrevivem a acidente vascular cerebral desenvolvem demência em um período de três meses após o ataque isquêmico” (PITTELLA, 2006, p. 230).

Após o diagnóstico de demência vascular ser comprovado, Bayona destaca que:

se faz necessário o controle dos fatores de risco vascular para prevenir o aparecimento de novos acidentes vasculares, pois o paciente que já apresentou um acidente vascular cerebral tem risco elevado de apresentar outro, de 10-15% no primeiro ano e até 30% em cinco anos. (BAYONA, 2010, p. 75)

As metas do tratamento da demência vascular são: “melhora sintomática dos sintomas-alvo (p. ex., sintomas cognitivos ou comportamentais), retardar a progressão da doença e tratamento secundário dos fatores que afetam a cognição” (GIACOMIN, 2006, p. 303).

“A demência vascular resulta em menor sobrevida do paciente quando comparada à doença de Alzheimer, estimada a partir do início do quadro demencial: a mediana é de 3,9 anos e 7,1 anos, respectivamente” (PITTELLA, 2006, p. 235). Este autor ainda explica que o que ocasiona o óbito na demência vascular geralmente relaciona-se com o próprio acidente vascular cerebral e suas complicações.

Devido à elevada prevalência de demência de Alzheimer e demência vascular e o significativo grau de dependência que acarretam aos cuidadores, impõe-se, portanto, de acordo com Santana, Almeida e Savoldi (2009, p. 462), “a necessidade de cuidados de enfermagem sistematizados, priorizando àqueles relacionados às atividades de vida diária e a prevenção de incapacidades e complicações”. Pois, como já declarava Horta (1979, p. 31): “para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem”. Sendo assim, esta pesquisa busca pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) colaborar para que o cuidado prestado aos idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores torne-se de melhor qualidade.

2.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM: DO EMPIRISMO À CIÊNCIA

Para Horta (1979, p. 35) o processo de enfermagem é “a dinâmica das ações

sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”. Alfaro-Lefevre (2005) acrescenta que tal processo é “sistemático, dinâmico, humanizado, com enfoque nos resultados e [...] permite aos enfermeiros proporcionar um cuidado com enfoque holístico que ajuda a garantir que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença”. Pois, como afirmam Barros et al. (2010, p. 77), “a enfermagem não pode nem deve dimensionar apenas a doença, mas o indivíduo como totalidade, o qual, por estar doente, precisa de cuidado pessoal e especial”.

Carvalho e Bachion (2009, p. 466) acreditam que a sistematização “pressupõe a organização em um sistema, que por sua vez implica em um conjunto de elementos dinamicamente inter-relacionados, [...] no caso da sistematização da assistência, por um conjunto de ações, uma seqüência de passos, para alcance de um determinado fim”. De acordo com Franzen et al. (2007), a sistematização da assistência de enfermagem é uma metodologia utilizada pelos enfermeiros na prática clínica que favorece o cuidado, unindo de forma indissociável as dimensões do pensar, do sentir e do agir.

Por conseguinte, Jesus et al. (2010, p. 287) declaram com firmeza que “a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma ferramenta ímpar que deve permear a atuação dos enfermeiros em seus diversos campos de trabalho, melhorando o serviço prestado”. Conforme Mascarenhas et al. (2011, p. 204), tal metodologia mostra-se como recurso indispensável que pode “subsidiar e/ou guiar a assistência de enfermagem, com foco na integralidade das dimensões do ser cuidado e garantindo ao enfermeiro, autonomia e segurança, além de atendimento humanizado e individual”.

Segundo Tannure e Gonçalves (2008, p. 13), “para sistematizar a assistência de enfermagem é necessário haver um marco conceitual que fundamente a organização que o serviço almeja alcançar”. As mesmas autoras defendem que a teoria funciona como base que estrutura a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que precisa de um método para ser implementada.

Um método que pode ser empregado para colocar em prática a teoria é o Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Pois “a ciência da enfermagem está baseada em uma ampla estrutura teórica, e o processo de enfermagem é uma das ferramentas por meio da qual essa estrutura é aplicada à prática da enfermagem, ou seja, é o método de solução dos problemas do cliente” (TANNURE; GONÇALVES; CARVALHO, 2008, p. 17). Portanto, como analisa Alfaro-Lefevre (2005), ter capacidade para utilizar o processo de enfermagem corretamente requer vasta base de conhecimentos de enfermagem, pensamento crítico, habilidades interpessoais e técnicas e capacidade e desejo de cuidar.

“A teoria é importante como guia de ação [...], um guia para coleta de fatos, um guia na busca de novos conhecimentos e que explica a natureza da ciência” (HORTA, 1979, p. 5). Atualmente, essa afirmação permanece legítima, pois, como expressam Tannure e Gonçalves (2008, p. 10), “as teorias devem direcionar as ações dos enfermeiros, de modo a responsabilizá-los pelos cuidados a prestar aos clientes, não mais executados de maneira empírica”. Nessa perspectiva Souza et al. (2010, p. 22) afirmam que “as teorizações são criações do ser humano para guiar a sua ação”.

Sendo assim, Cunha e Barros (2005, p. 570) evidenciam que os profissionais enfermeiros necessitam compreender os modelos teóricos e o seu conteúdo para que possam orientar as suas ações, “já que a teoria interpreta, explica e elucida o conhecimento”. Pesquisa conduzida por Balduino et al. (2007, p. 90) defende que “contemplar esse referencial teórico considerando as suas complexidades propicia reflexão e o surgimento de expectativas por parte do enfermeiro”, resultando em melhor fundamentação para a realização do processo de enfermagem, “o que permite o cuidado humano integral e sistematizado ao paciente”.

Esta pesquisa será guiada pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, criada com base na teoria da Motivação Humana de Maslow. Este apóia sua teoria sobre a motivação humana nas necessidades humanas básicas. “Estas foram por ele hierarquizadas em cinco níveis: 1) necessidades fisiológicas, 2) de segurança, 3) de amor, 4) de estima, 5) de auto-realização”. Uma pessoa somente busca satisfazer uma necessidade do nível seguinte, após um mínimo de satisfação daquelas do nível anterior (HORTA, 1979, p. 39).

“Necessidades humanas básicas são aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não” (HORTA, 1979, p. 39).

O Processo de Enfermagem caracteriza-se por suas fases ou passos serem inter-relacionados e dinâmicos como expõem a teorista Horta (1979) e Souza et al. (2010). As fases desse processo, para Horta (1979), compreendem: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Na atualidade, Alfaro-Lefevre (2005), Souza et al. (2010) e Garcia (2011) compartilham a ideia de que o Processo de Enfermagem consiste de cinco fases sequenciais, que são: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.

A primeira fase do Processo de Enfermagem, “comumente conhecida como coleta de

dados ou levantamento de dados do paciente” (SOUZA et al., 2010, p. 24), foi denominada por Horta (1979) e Tannure e Gonçalves (2008) como Histórico de Enfermagem. Para Horta (1979, p. 35) o histórico compreende um “roteiro sistematizado para o levantamento de dados significativos para o enfermeiro do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas”, ou seja, “toda a situação e/ou condição apresentada pelo indivíduo, família ou comunidade que exija assistência profissional” (HORTA, 1979, p. 43). Sendo assim, verificasse a importância para Tannure e Gonçalves (2008) da fidedignidade das informações obtidas dos pacientes para que o perfil de saúde ou de doença possa ser determinado. O instrumento de coleta de dados utilizado para a realização desta etapa encontra-se no apêndice A.

De acordo com Alfaro-Lefevre (2005), a coleta de dados é um processo permanente que tem início a partir do primeiro contato com o indivíduo até a sua alta. Os levantamentos de dados de enfermagem em todos os níveis de análise (indivíduos, famílias e comunidades) compõem-se de dados subjetivos, declarados verbalmente ou por escrito pela pessoa ou por pessoas, e em dados objetivos, obtidos por meio da análise de exames diagnósticos e outras fontes como esclarecem Alfaro-Lefevre (2005) e NANDA (2010). “A separação das informações [...] auxilia o pensamento crítico, porque um tipo complementa e esclarece o outro” (ALFARO-LEFEVRE, 2005, p. 81).

A obtenção de um histórico minucioso é para Ribeiro, Ramos e Sá (2004) a parte mais importante da avaliação inicial, na qual no caso de pacientes com quadro demencial é necessário o auxílio de um familiar para relatar histórias fidedignas, pois a memória do idoso pode estar severamente comprometida. Por tal motivo, esta pesquisa, além de ouvir o idoso, permitiu que a cuidadora familiar tivesse total liberdade para expressar suas opiniões, e contribuir assim para o enriquecimento das informações.

Ao término da análise da coleta de dados identificam-se, então, os problemas de enfermagem. “Estes, em nova análise, levam à identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem, para seu atendimento” (HORTA, 1979, p. 57). O raciocínio diagnóstico ou a utilização do pensamento crítico para o reconhecimento de problemas de saúde reais ou potenciais, como esclarece Alfaro-Lefevre (2005), requer conhecimento, habilidades e experiência.

Em seguida, inicia-se a segunda fase do processo, ou seja, a elaboração dos diagnósticos de enfermagem como apontam Tannure e Gonçalves (2008) e Chaves (2009). Diagnóstico de Enfermagem é definido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA):

Define-se um diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família e da comunidade a problemas de saúde / processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (NANDA, 2010, p. 436)

Em suma, de acordo com a NANDA (2010, p. 29), um diagnóstico de enfermagem compreende “interpretações científicas dos dados levantados, usados para orientar o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação”. Pois a precisão e importância de todo o plano dependem da capacidade para identificar, de modo claro e específico, tanto os problemas quanto suas causas, como explicitam Alfaro-Lefevre (2005) e Chaves (2009).

Tannure e Gonçalves (2008) e NANDA (2010) demonstram que é necessário identificar e estabelecer ordem de prioridade entre os diagnósticos, “com base no grau de ameaças ao nível de bem estar do cliente, proporcionando, assim, um foco central para as etapas subsequentes” (TANNURE; GONÇALVES, 2008, p. 41) e “com base nas necessidades de indivíduos, famílias e comunidades” (NANDA, 2010, p. 51).

Os diagnósticos de enfermagem são focos clínicos da profissão, e a atividade diagnóstica aproxima profissionais e usuários, possibilitando-lhes conhecer melhor as respostas físicas e emocionais apresentadas durante o desenvolvimento do processo de trabalho do Enfermeiro. (PEREIRA; STUCHI; ARREGUY-SENA, 2010, p. 75)

Portanto, de acordo com a NANDA (2010), enfermeiros são diagnosticadores que utilizam o modo diagnóstico de raciocínio em auxílio aos pacientes, identificando os melhores diagnósticos para guiar as intervenções de enfermagem, com o objetivo de atingir os melhores resultados para o paciente.

Ao término da identificação e análise dos diagnósticos de enfermagem, tem início a terceira fase do processo como comenta Horta (1979), ou seja, o planejamento. Planejar para Alfaro-Lefevre (2005, p. 142) “envolve estabelecer prioridades, fixar os resultados esperados, determinar as intervenções de enfermagem, assegurar que o plano seja registrado com adequação”.

“A fase de planejamento [...] possibilita que os profissionais enfermeiros mantenham uma comunicação a partir do estabelecimento de resultados esperados para cada diagnóstico de enfermagem levantado durante a anamnese e o exame físico dos clientes” (TANNURE; GONÇALVES, 2008, p. 68). As mesmas autoras explicam o significado de tais resultados como parte indispensável na fase de planejamento, uma vez que ao avaliar o alcance dos

resultados o enfermeiro poderá definir posteriormente se o diagnóstico de enfermagem foi minimizado ou solucionado. Nesse sentido, para cada diagnóstico de enfermagem haverá um resultado esperado, ou seja, para cada problema identificado espera-se algo para determinado indivíduo. Alfaro-Lefevre (2005, p. 150) sintetiza que “resultados enunciam os benefícios que se espera encontrar no cliente após o oferecimento dos cuidados de enfermagem”.

A implementação representa a quarta fase do processo de enfermagem como apontam Tannure e Gonçalves (2008), que expõem que para atingir cada resultado esperado o enfermeiro deverá prescrever cuidados de enfermagem. Por conseguinte, Chaves (2009, p. 103) demonstra que “as prescrições de enfermagem são as ações realizadas na etapa de implementação da assistência de enfermagem”.

Implementar ou colocar o plano em ação para Alfaro-Lefevre (2005, p. 180) inclui: “preparar para comunicar e receber comunicações, estabelecer as prioridades diárias, investigar e reinvestigar, realizar as intervenções e fazer as mudanças necessárias, registrar e fazer comunicações”. Tannure e Gonçalves (2008, p. 78) comentam que, em geral, nesta fase, “a enfermagem pode vir a realizar as atividades para o cliente ou a família quando estes demonstram déficit total em realizá-las, auxiliá-los quando têm dificuldade de cumpri-las sozinhos, ensiná-los e aconselhá-los, ajudando-os a obter novos conhecimentos”. No entanto, Barros et al. (2010) esclarecem que é necessário encorajar o paciente a descobrir soluções e não as dar prontas, e somente fazer algo para o paciente quando houver obstáculo incontornável, estimulando sua participação de modo gradual, de acordo com as suas habilidades.

Por fim, Tannure e Gonçalves (2008) afirmam que a última fase deste processo é a avaliação, que consiste na observação da evolução das respostas do cliente aos cuidados prescritos, por meio de anotações no prontuário ou nos locais devidamente estabelecidos, da observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como da verbalização do próprio cliente.

A avaliação de um plano individualizado de cuidados, como assegura Alfaro-Lefevre (2005, p. 204), “inclui a passagem por todas as etapas do processo de enfermagem, [...] para decidir se continua, modifica ou finaliza o plano”. O mesmo autor defende que a avaliação criteriosa, deliberada e minuciosa de diversos aspectos do cuidado do paciente compreende o elemento decisivo para a excelência na oferta de cuidados de saúde.

Além das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Ribeira, Ramos e Sá (2004) defendem a importância do Exame Físico do paciente com demência para complementar o processo, não apenas para firmar um diagnóstico, mas também para

identificar outros problemas de saúde potenciais ou reais que poderiam contribuir para o quadro demencial.

A partir da análise de Cunha e Barros (2005, p. 571) fica evidenciado que “a função mais importante da enfermeira é planejar a assistência e para isso é necessário levantar informações, problemas, executar ações e avaliar os resultados para assegurar a continuidade do cuidado”. Pois, ao conhecer o paciente e reconhecer suas necessidades, Franzen et al. (2007) asseguram que o profissional tem condições de auxiliá-lo por meio do planejamento conjunto das ações/intervenções de cuidado e da determinação dos resultados alcançados.

Portanto, esta pesquisa almeja qualificar a assistência ofertada aos idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores por meio da utilização correta da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

2.3.1 Idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores sob o olhar da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A dimensão e a complexidade de determinadas doenças crônicas, progressivas e degenerativas repercutem negativamente sobre o cuidador, sendo este merecedor de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, no que diz respeito à educação em saúde, pois com frequência desconhece as condutas adequadas frente às manifestações das doenças e às exigências de cuidar de um idoso fragilizado (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Em geral, os cuidados são realizados na própria residência, em grande parte por familiares, sem conhecimento da doença e suas consequências. Diante disso, Talmelli et al. (2010, p. 938) afirmam que “é fundamental que o enfermeiro atue com o cuidador e a família na orientação, supervisão e execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso”. Além disso, apontam Santana, Almeida e Savoldi (2009), os cuidadores também necessitam de auxílio e acompanhamento, pois se sentem muito solitários e sobrecarregados de trabalho. Pois, como apontam Luzardo, Gorini e Silva (2006), a necessidade de cuidados perenes e o difícil manejo das manifestações psiquiátricas e comportamentais, acrescentado às vivências dos vínculos emocionais, tanto positivos como negativos experienciados pelo convívio anterior à instalação da doença, produzem desgaste físico, mental e emocional.

O exercício de competência da enfermagem, para Cattani e Girardon-Perlino, talvez seja essencial para que:

diante das dificuldades evidenciadas no cotidiano dos cuidadores, possam se sentir assistidos e não solitários enquanto cuidam, pois informação e acompanhamento dos cuidadores domiciliários, pode influenciar no desenvolvimento das tarefas desempenhadas no cuidado ao idoso doente. (CATTANI; GIRARDON-PERLINO, 2004, p. 269)

Portanto, como acreditam Valim et al. (2010, p. 533), “cabe ao profissional de enfermagem orientar, avaliar e apoiar os cuidadores a fim de minimizar as tensões e para melhor eficiência e eficácia do cuidado”.

Rizzo e Schall (2008, p. 47) acreditam que “compreender melhor a doença dá mais segurança e senso de controle para o cuidador”. Os mesmos autores afirmam que ter uma explicação coerente para as manifestações apresentadas pelo paciente conforta o cuidador, pois possibilita que ele perceba que a doença não tem nada a ver com o relacionamento dele com a pessoa cuidada ou que os sintomas comportamentais da demência não são direcionados propositalmente a ele. Proporciona ainda a possibilidade de um tratamento para o doente, e conseqüentemente apoio e orientações aos cuidadores durante o processo de cuidado. Pois Santana, Almeida e Savoldi (2009) expõem que quando a enfermagem proporciona orientações que possibilitam a esses cuidadores conhecimento e habilidades aplicáveis a sua realidade cotidiana também se estimula a adaptação de mecanismos reguladores de enfrentamento primordiais ao ato de cuidar de um idoso com demência.

A assistência domiciliar, como reconhece Regi (2006), deve ser encorajada pelos serviços de saúde, que não simplesmente transferem a responsabilidade do idoso doente para a família, mas garante a articulação da família com o próprio serviço. Desta forma, ganha-se um grande aliado no tratamento e na preservação do bem-estar do idoso. A família deve também receber apoio formal e informal, sobretudo quando se tem nesta família um idoso com demência, motivo, muitas vezes, de grande sofrimento generalizado. Estes apoios devem ocorrer por meio de orientações e de suporte psicológico para que os integrantes da família criem formas de enfrentamento das dificuldades e desafios impostos pela doença.

O profissional enfermeiro e demais integrantes da equipe de enfermagem, como agentes transformadores no campo da saúde, devem estar atentos e comprometidos com a assistência domiciliar ao cuidador e ao idoso doente, pois por intermédio da assistência qualificada podem compreender de maneira mais ampla o processo saúde-doença, englobando

os fatores psicossociais de cada um, proporcionando assim, qualidade de vida aos cuidadores e também ao familiar doente (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004).

Ao acompanhar o cuidador no domicílio, os profissionais da área da enfermagem podem ajudar ao prestar uma assistência efetiva. Ademais, é possível proporcionar ao cuidador um acolhimento de forma digna ao serviço de saúde e “colaborar para que o familiar em vez da inexperiência possa desenvolver conhecimentos e habilidades para lidar com a demanda de cuidados que a doença do idoso exige, em meio ao cotidiano” (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004, p. 269).

Como acredita Machado (2006, p. 278), as ações da enfermagem, tanto em ambiente domiciliar quanto em instituições, junto aos pacientes e cuidadores, são de máxima importância, sobretudo quando se trata de:

questões relacionadas aos hábitos de vida, às rotinas diárias, ao uso correto da medicação e aos seus efeitos colaterais, à manutenção da integridade cutaneomucosa, à preservação de níveis de hidratação adequados e ao tratamento das intercorrências clínicas. (MACHADO, 2006, p. 278)

A criação de estratégias de cuidados que melhorem a assistência prestada e retardem a evolução da demência são cruciais para proporcionar maior qualidade de vida aos idosos com risco para a referida enfermidade e seus cuidadores, quer sejam familiares, quer institucionais. (JESUS et al., 2010, p. 287)

Segundo Talmelli et al. (2010, p. 938), “por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o enfermeiro identifica os problemas, elabora, prioriza com a família, executa e avalia o plano assistencial individualizado”. Sustenta-se, portanto, a realização desta pesquisa, pois se acredita que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) seja a estratégia ideal para conduzir o tratamento do idoso demenciado e sua família.

3 PROBLEMA DA PESQUISA

Devido ao crescimento do número de idosos com demência em fase moderada, há dificuldades na elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para cada idoso e seu cuidador familiar. Ademais, há escassez de materiais publicados sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem para idosos nessa fase da demência.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data da Coleta: 26 de agosto de 2011.

4.1.1 Identificação

J.A.S.F., 87 anos, sexo masculino, aposentado, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental, totalmente dependente para as atividades instrumentais da vida diária e independente para as atividades básicas. Apresenta sequelas de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEI) na porção póstero-inferior do hemisfério cerebelar esquerdo. É evangélico, natural de Porto Velho da Cunha, Rio de Janeiro, mas atualmente reside em Taguatinga Sul.

4.1.2 Queixa principal

O idoso queixa-se de dores por todo o corpo e problemas na memória. Como ele mesmo afirma, apesar de “já ter realizado acompanhamento com cinco médicos, nenhum conseguiu lhe dar um remédio em que ele pudesse obter a cura”. Logo, sua principal queixa relaciona-se à ausência de medicamentos que possibilitem a cura da doença.

4.1.3 Histórico familiar

O idoso explica que sua mãe “faleceu durante um parto de gêmeos”, e o pai, “após

aposentar-se, enlouqueceu e morreu”. Teve seis irmãos: dois homens e quatro mulheres. Desses, J.A.S.F. é o filho mais velho. Foi pai de três filhos, que atualmente possuem respectivamente cinquenta e três, cinquenta e vinte e um anos de idade. Supõe-se pela sua fala que na infância habitava em casa simples, talvez numa fazenda ou sítio: “antigamente as coisas não funcionavam na mordomia que se vê hoje em dia [...], morava na roça”. A cuidadora preferiu não expor a renda familiar. No entanto, acredita-se que a família possua boa condição econômica, pois conta com a renda da aposentadoria do idoso, do trabalho do genro e neto, além de aluguéis mensais. De acordo com a cuidadora, o idoso não realiza qualquer atividade doméstica, e as reuniões e/ou encontros familiares ocorrem esporadicamente, geralmente em datas comemorativas. Pelo fato de não ter convivido com os familiares paternos, a cuidadora não soube informar as doenças mais prevalentes no histórico familiar.

4.1.4 Moradia

Atualmente o idoso mora em um apartamento com sua filha mais velha, que é a cuidadora principal, genro e neto. O apartamento é amplo, arejado, possui três quartos, uma dependência de empregada doméstica (a qual está sendo ocupada pelo idoso), cozinha, sala, copa, banheiro, além de possuir um terraço espaçoso, descoberto, onde existe a lavanderia e a churrasqueira. Apesar disso, o idoso não esconde o desejo de morar sozinho, pois acredita que está atrapalhando a vida da filha.

4.1.5 Atividade/Trabalho

De acordo com o idoso e a cuidadora, a profissão exercida por ele durante a maior parte da vida foi de eletricitista; atualmente é aposentado. E a possibilidade de voltar ao trabalho é nula. O idoso comenta que se tivesse tido a oportunidade de fazer um curso superior seria advogado “para defender todas as mulheres e crianças de todos os males”. Ele afirma que gosta mesmo é de conversar. A cuidadora expõe que “há algum tempo atrás

chegou a levar o idoso em um asilo para distrair-se conversando com outros idosos, no entanto, parou de levar, pois o idoso começou a querer não voltar mais para casa”. Atualmente o idoso frequenta a Terapia Ocupacional na Unidade Mista de Saúde de Taguatinga (UMST-DF) uma vez por semana e realiza pequenas caminhadas nas proximidades ou no terraço da residência.

4.1.6 Vida afetiva

Idoso relata (e cuidadora confirma) que teve seis mulheres ao longo da vida. Logo, confirma-se que era muito sedutor. Uma dessas mulheres, com quem J.A.S.F. conviveu durante 25 anos, é a mãe da cuidadora. Atualmente ela está com 88 anos de idade e mora com o irmão da cuidadora. O idoso reconta as histórias de suas ex-mulheres com bastante orgulho. Durante a entrevista foi possível constatar que o idoso possui a libido acentuada. A cuidadora expôs a história que fez seu pai e sua mãe se unirem.

Eles se conheceram em 1950. Nessa época, o idoso estava noivo de outra mulher e trabalhava na siderúrgica de Volta Redonda. Seu chefe era envolvido com o comunismo e a política. Como neste período encontrava-se na ditadura militar, este com medo que algo de ruim lhe acontecesse, um dia fez J.A.S.F prometer que se algo o acontecesse o funcionário assumiria a esposa dele e seus seis filhos. Então, certo dia, o chefe do idoso desapareceu, e como havia prometido uniu-se à esposa do chefe, a qual já tinha seis filhos.

A esposa do chefe de J.A.S.F era a mãe da cuidadora. O casal viveu juntos cerca de 25 anos e tiveram dois filhos. O idoso sempre dizia que gostaria de ir embora para um garimpo, acreditando que encontraria uma pedra de diamante, mas a mãe da cuidadora nunca quis acompanhar o esposo nessa aventura. Então, J.A.S.F. abandonou sua família e foi embora para o garimpo. Por sorte uma vez encontrou uma pedra de diamante que valeu muito dinheiro.

A cuidadora afirma que comprou a casa onde mora com o dinheiro dado pelo pai com a venda de uma pedra preciosa que encontrara. Isso explica a vontade expressa pelo idoso de querer voltar ao garimpo atualmente. Após ter ido embora, começou a envolver-se com várias mulheres mais jovens, que de acordo com a cuidadora só queriam tirar proveito da boa situação financeira do idoso. Por este motivo, a cuidadora revela com bastante indignação que

descobriu há alguns anos que o pai é casado no civil com uma mulher muito mais jovem, a qual, de acordo com a curadora, estaria interessada somente no dinheiro e na herança do pai. É possível perceber o lado galanteador do idoso quando questionado sobre o que mais gostava de fazer na juventude: “cantar e que já fez muita serenata”.

4.1.7 O adoecer

O significado do adoecer para o idoso é confuso, pois, na maioria das vezes, ele não se considera doente. Por outro lado, tem consciência das dificuldades advindas após o AVE, e que conseqüentemente o corpo e a mente não são mais os mesmos. A cuidadora relata que em 2009 o pai estava morando em Belém (PA) com uma mulher. Esta tinha um filho envolvido com drogas. Certa vez, este rapaz discutiu com a mãe. Esse episódio marcou a memória de J.A.S.F., pois ele “jamais admitiu que ninguém fizesse nenhum mal contra nenhuma mulher e nenhuma criança”. Neste dia, ele resolveu ir embora.

A cuidadora não sabe explicar direito o que aconteceu, mas acredita que o AVE possa estar relacionado a esse episódio, pois esta mulher e seu filho não queriam que o idoso fosse embora, pois perderiam o conforto que a aposentadoria do idoso proporcionava. No dia 09 de setembro de 2009, a cuidadora recebeu um telefonema de Belém com más notícias do pai, dizendo que ele havia sofrido um AVE e que estava em péssimas condições de higiene, não falava e não andava. Foi providenciada a busca de J.A.S.F., o qual foi diretamente internado no Hospital Regional de Taguatinga em estado de magreza, sujo, sem andar, sem falar e sem reconhecer as pessoas próximas.

4.1.8 Projetos

Segundo o idoso seu projeto para o futuro baseia-se em “proporcionar total assistência, proteção à filha cuidadora, pois ela é muito carinhosa”, mas ele “acredita que lhes resta poucos dias de vida”. A cuidadora explica que o pai afirma constantemente que deseja ir embora para o garimpo, pois acredita que lá encontrará pedras preciosas, como já aconteceu

uma vez, e isso poderia proporcionar melhores condições à cuidadora. Já a cuidadora espera com anseio retomar sua vida profissional na área de Educação Física.

4.1.9 História da doença atual

O idoso não consegue recordar as características dos sintomas, e a cuidadora, como não morava com o pai, também não soube descrever. Às vezes o idoso concorda que teve um acidente vascular encefálico e às vezes nega.

4.1.10 Histórico de saúde

Com relação à história de saúde pregressa do idoso, a cuidadora tem pouco conhecimento. No entanto, afirma que com cerca de 70 anos o idoso teve uma queda e três meses após foi constatado aneurisma hemorrágico. Possui Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Realizou colocação de marcapasso em janeiro de 2010.

4.1.11 Histórico de álcool, fumo e drogas

Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas.

4.1.12 Histórico social

O idoso é aposentado; trabalhou na roça. Como lazer gostava de cantar e dirigir. Atualmente o que mais gosta de fazer é conversar. Porém, diz sentir falta de uma companhia

para isso. A cuidadora principal relata que o idoso começou recebendo seus cuidados após o aparecimento do segundo AVE há cerca de três anos, tornando-se totalmente dependente para as atividades instrumentais da vida diária e independente para as atividades básicas. O outro filho de J.A.S.F, irmão da cuidadora, cuida da mãe deles. Por vezes, a cuidadora sente-se injustiçada por ter que cuidar do pai com demência, enquanto o irmão cuida da mãe, completamente lúcida, e que para ela dá muito menos trabalho. A convivência familiar harmônica fica comprometida, pois a tensão da cuidadora e do idoso aumentam a cada dia. O idoso sente-se atrapalhar a vida da filha, e a cuidadora fica ressentida em ter tido que abandonar a vida profissional para dedicar-se aos cuidados com o pai.

4.1.13 Histórico das necessidades humanas básicas

O idoso com sequelas de AVE reside em moradia própria da filha cuidadora, que é um apartamento amplo, arejado, com água, esgoto, coleta de lixo, facilidade de condução e comunicação. A cuidadora relata que o pai mantém suas necessidades humanas básicas parcialmente atendidas. Ele tem o costume de dormir e acordar cedo. Mantém sono e repouso controlados por meio de medicamentos específicos.

Ele afirma que, apesar de dormir bem, toda noite apresenta diversos sonhos, e ainda diz que “todos os acidentes que ocorreram na sua vida foram avisados em sonhos anteriores”. Quanto à alimentação, não precisa de auxílio. A cuidadora procura sempre incluir na dieta do idoso alimentos ricos em fibras como pão integral, soja, linhaça; ele, em contrapartida, come bem tudo que lhe é oferecido. Durante o dia, há seis refeições diárias (desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, janta ou lanche, ceia). O idoso não possui aversão ou intolerâncias alimentares e ultimamente tem se esforçado para aumentar a quantidade de líquidos ingeridos.

Ambos não reportam problemas relacionados à eliminação renal do idoso. No entanto, afirmam que a eliminação intestinal é prejudicada, sendo no máximo duas evacuações por semana, e ainda assim com auxílio de laxantes. O idoso toma um banho diário de aspersão sem auxílio no período da tarde, escova os dentes e faz a barba, sendo necessário que a cuidadora realize apenas corte e higiene das unhas. Ele leva uma vida sedentária, pois “passa a maior parte do tempo dentro do apartamento sem ter nada para fazer e a maior atividade

física que faz é descer do apartamento e caminhar um pouco”.

Além disso, ele não gosta de assistir televisão, pois, por conta dos problemas visuais e auditivos, não consegue se concentrar. O idoso deambula com auxílio de bengala. Com relação às atividades de recreação, queixa-se por não ter nada o que fazer o dia inteiro. Tal situação contribui para aumentar o estresse da cuidadora.

Ambos demonstram que o convívio familiar harmônico está bastante prejudicado porque o idoso encontra-se numa fase de elevada dependência para tudo o que vai fazer, e a cuidadora lamenta-se por ter que abandonar seus projetos de vida para cuidar do pai. Essa situação reflete momentos de estresse no ambiente familiar, pois o idoso diz que “a filha não concorda com ele em nada”. Isso o deixa nervoso. Por sua vez, a cuidadora certas vezes perde a paciência por ter perdido sua privacidade.

Quando questionado sobre sua participação na vida religiosa, ele declara que não está frequentando a igreja, mas é evidente sua fé em Deus ao falar que “durante o dia realiza várias orações”. Durante entrevista comentou que “é revoltado com a igreja, pois os pastores vivem do dinheiro que os fiéis doam à igreja”.

A cuidadora mantém as consultas e exames laboratoriais do pai sempre em dia buscando melhorar a qualidade de vida e bem-estar do pai, realizando consultas periódicas na Unidade Mista de Saúde de Taguatinga (UMST-DF), frequentando cardiologista de três em três meses, acompanhamento voltado ao funcionamento do marcapasso duas vezes ao ano. O idoso encontra-se na fila de espera para realizar cirurgia de catarata e está aguardando aparelho auditivo.

4.1.14 Histórico de medicamentos

Segue no Apêndice B um estudo detalhado de cada medicamento utilizado pelo idoso, com base no dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem (AME, 2009).

Losartana Potássica	25 mg	1 vez ao dia – pela manhã
Indapamida	1,5 mg	1 vez ao dia – pela manhã
Cloridrato de sertralina	50 mg	1 vez ao dia – pela manhã
Ácido acetil salicílico (AAS)	100 mg	1 vez ao dia – 2 comprimidos antes do almoço
Sinvastatina	20 mg	1 vez ao dia – 1 comprimido após o lanche da tarde

Cloridrato de trazodona	50 mg	1 vez ao dia – antes de dormir
Levozine	40 mg/ml	3 a 5 gotas pela manhã e à tarde
Centrum (Suplemento de vitaminas)		Pela manhã

A cuidadora ainda afirma que semanalmente administra laxantes ao idoso para auxiliar na eliminação das fezes. No entanto, não é um laxante específico; a marca do medicamento varia.

4.1.15 Dados laboratoriais

De acordo com a filha cuidadora, os exames mais recentes realizados pelo idoso foram os que se seguem abaixo.

HEMOGRAMA COMPLETO	10/05/2011	15/10/2010	30/10/2009
SÉRIE VERMELHA			
HEMÁCIAS	5.14 M/UI	4.56 m/mm ³	4.19
HEMOGLOBINA	13.5 g/dl (↓)	11.5 g/dl (↓)	11.2 g/dl (↓)
HEMATÓCRITO	41.1 %	37.8% (↓)	35,7% (↓)
MCV	80.1 fL	82.9 fL	85.2 fL
MCH	26.3 p/g	25.2 p/g (↓)	26.7 p/g
MCHC	32.9 g/dl	30.4 g/dl (↓)	31.4 g/dl (↓)
RDW	17.7% (↑)	14.6% (↑)	17.1 % (↑)
SÉRIE BRANCA			
LEUCÓCITOS	9.84 K/UI	6.800 mm ³	8.630
NEUTRÓFILOS	67.7%	63%	65.1%
LINFÓCITOS	23.0%	27%	21.8% (↓)
MONÓCITOS	7.38% (↑)	4%	10.4%
EOSINÓFILOS	1.11%	4% (↑)	2.5%
BASÓFILOS	0.795%	0%	0.2%
PLAQUETOGRAMA			
PLAQUETAS	196. k/UL	242 mil/mm ³	237.000
MPV	5.97 fL	7.7 fL	10.7 fL
OUTROS			
GLICOSE	104 mg/dl	92 mg/dl	86 mg/dl
URÉIA	50 mg/dl	42.0 mg/dl	49 mg/dl

CREATININA	1.3 mg/dl (↑)	0.80 mg/dl	1.0 mg/dl
CREATININA FOSFOQUINASE (CPK)	--	61 U/l	--
ÁCIDO ÚRICO	--	3.7 mg/dl	5.7 mg/dl
TGO - TGP	43 U/L – 31 U/L	--	--
LDH (Desidrogenase Láctica)	362 IU/L	--	274 IU/L
SÓDIO	--	141 mEq/L	147 mEq/L
POTÁSSIO	--	4.3 mEq/L	4.5 mEq/L
T4 LIVRE	--	0,80 ng/dL	--
TSH	--	1.854 UI/mL	--

4.1.16 Orientações da equipe de saúde

A cuidadora explica que recebe orientações frequentemente da equipe multidisciplinar da Unidade Mista de Saúde de Taguatinga do Distrito Federal (UMST-DF). No entanto, foi possível constatar que ainda existem muitas dificuldades na condução da terapêutica do idoso, além de a cuidadora sentir-se bastante sobrecarregada com relação aos cuidados prestados, o que acaba prejudicando também a sua própria saúde.

4.1.17 Exame físico (realizado na UMST-DF dia 12/09/2011)

Ao exame físico: idoso em BEG, consciente, desorientado no tempo e no espaço, deambula com auxílio de bengala. Apresenta pele íntegra, rosada, elasticidade e turgor reduzidos, anictérica, sem alterações quanto à coloração, umidade, sensibilidade e temperatura, ausência de lesão, presença de sujidades no tórax e cicatriz em região supra clavicular direita referente à inserção de marcapasso. Peso: 72kg; Altura: 1,59m; IMC: 28,57, o que permite um diagnóstico nutricional de sobrepeso. Afebril (T: 36,7°C), normocárdico (P: 71bpm), taquipnéico (30rpm), normotenso (PAS: 100 x 50 mmHg). Sinais de craniotomia fronto-parietal direita referente à cirurgia de AVEH.

Presença de nódulo gorduroso em região occipital esquerda. Olhos simétricos, esclera normocorada, conjuntiva rósea, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Pavilhão auditivo íntegro,

sem sujidades. Nariz íntegro, mucosas nasais e orais normocoradas, ausência de fissuras em mucosa labial, presença de três dentes em arcada dentária superior e três na arcada inferior. Ausência de nódulos e massas palpáveis na região do pescoço.

AR⁴: tórax simétrico; ausência de abaulamentos ou depressões; ausência de nódulos e secreções; presença de sujidades na região torácica. À palpação, expansibilidade e mobilidade preservadas; à ausculta, presença de murmúrios vesiculares fisiológicos, sem ruídos adventícios.

ACV⁵: RCR em 2 T, BNF, sem sopros.

ABD⁶: Globoso, pele íntegra e normocorada; à ausculta, ruídos hidroaéreos presentes; à percussão timpânico e à palpação abdome liso, de consistência macia, normotenso, indolor, sem órgãos aumentados ou massas.

RINS: Idoso relata, e cuidadora confirma, dores nas costas do lado direito e esquerdo – sinal de Giordano positivo, além de necessidade de acordar frequentemente à noite para urinar (nictúria). Eliminação presente, urina de coloração amarelada.

GEN⁷: Não foram avaliados devido à elevação da libido do idoso. Mas foi possível identificar uma hérnia em região inguinal esquerda.

EXT⁸: Pele íntegra, musculatura hipotrófica, edema em membros inferiores (+/4+), pulsos periféricos palpáveis e boa perfusão periférica.

⁴AR – aparelho respiratório.

⁵ACV – aparelho cardiovascular.

⁶ABD – abdome.

⁷GEN – genitália.

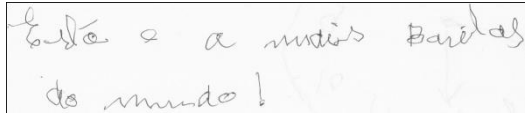
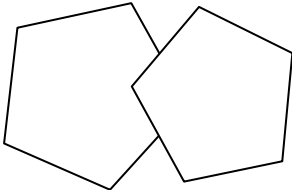
⁸EXT – extremidades.

4.1.18 Instrumentos de avaliação da pessoa idosa sugeridos pelo Ministério da Saúde

4.1.18.1 Miniexame do estado mental (MEEM)

É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva, por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requer material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio, ou seja, não substitui uma avaliação mais detalhada. Isso porque, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), o faz de maneira superficial. Não serve para diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

Objetivo: é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.			
Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19 1 a 3 anos de escolaridade = 23 4 a 7 anos de escolaridade = 24 > 7 anos de escolaridade = 28			
Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.			
Orientação Temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	0 0 0 0 1
Orientação Espacial (0 – 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 0 0 0
Repita as palavras (0 – 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições).	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
Cálculo (0 – 5 pontos)	O (a) Sr (a) faz cálculos? Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	

4a.	restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (Total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	0 0 0 0 0
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 0 0
Memorização	Repitas as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	0 0 0
Linguagem (0 – 3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	<input type="checkbox"/>
Linguagem (0 – 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	0 0 0
Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “Feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS	0
Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		0
Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho		0
PONTUAÇÃO			11

O idoso da pesquisa obteve 11 pontos no Miniexame do Estado Mental (MEEM), pontuação esta que confirma os prejuízos cognitivos presentes na demência. O desempenho do idoso com demência em fase moderada está de acordo com o que comprovado pela literatura, na qual os prejuízos cognitivos acentuam-se conforme a progressão do quadro demencial.

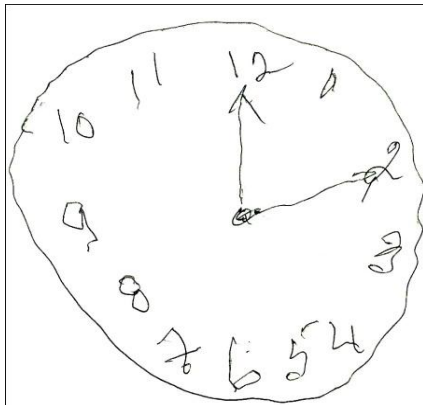
4.1.18.2 Desenho do relógio

Consiste em solicitar à pessoa idosa que desenhe um mostrador de relógio com números. Em seguida, solicita-se que sejam acrescentados os ponteiros do relógio, de horas e minutos, representando ali um horário específico, por exemplo, 2 horas e 50 minutos.

Objetivo: teste válido e confiável para rastrear pessoas com lesões cerebrais. Verifica a habilidade visuoespacial ou praxia construcional que é a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo (no caso, um comando verbal). Indepe da linguagem verbal e por essa razão é considerada uma prova cognitiva não verbal. A tarefa tende a ser mais complexa e mais abstrata dada sua natureza integradora com *input* auditivo e *output* motor e maior necessidade de utilização de memória.

Avaliação dos resultados: se o paciente desenha um mostrador pequeno, onde não cabem os números, já há evidência preliminar de uma dificuldade com o planejamento. Na negligência unilateral, os números serão colocados apenas na metade do relógio. Pacientes com disfunção executiva (lesão frontal) podem apresentar dificuldade para colocar os ponteiros.

Relógio desenhado por J.A.S.F: PONTUAÇÃO = 8



O teste do relógio é utilizado, na maioria das vezes, associado ao MEEM com a finalidade de auxiliar na comprovação de prejuízo cognitivo progressivo, no caso das demências. Esperava-se do idoso pesquisado um desempenho inferior ao obtido, já que a sua pontuação no MEEM foi abaixo do score esperado. Apesar do comprometimento cerebral decorrente do AVE, ele mantém-se relativamente orientado quanto às capacidades visuoespaciais e visuoconstrutivas.

4.1.18.3 Index de independência nas atividades de vida diária de Katz

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um

dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD's. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Segundo os autores, haveria uma regressão ordenada como parte do processo fisiológico de envelhecimento, em que as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções que são mais básicas e menos complexas poderiam ser retidas por mais tempo. A escala mostra-se útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, determinar a efetividade de tratamentos, além de contribuir para o ensino do significado de “ajuda” em reabilitação.

Objetivo: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD's.	
Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de seis funções com base na utilização de um questionário padrão.	
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico Singular.	
Index de AVD (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades, menos uma.
C	Independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C, D, E e F.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Nome: J.A.S.F Data da avaliação: 12/09/2011		
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
BANHO – A avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se utilizada para banho). <input checked="" type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna). <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>
VESTIR – Para avaliar a função “vestir-se”, consideram-se o ato de pegar as roupas no armário e o de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar		

sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input checked="" type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>
BANHEIRO – A função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando-se por si mesmo pela manhã. <input checked="" type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>
TRANSFERÊNCIA – A função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador). <input checked="" type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>
CONTINÊNCIA – “Continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input checked="" type="checkbox"/>	Tem “acidentes” ocasionais (Perdas urinárias ou fecais). <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO – A função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentar são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. <input checked="" type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>

O idoso mantém-se independente para todas as atividades da vida diária. Entretanto, faz-se necessário um monitoramento mais rigoroso da cuidadora a fim de acompanhar se as atividades estão sendo realizadas de modo satisfatório. Por exemplo, apesar de o idoso banhar-se diariamente sem auxílio, durante a realização do exame físico foram encontradas

sujidades na região torácica, o que sugere que outras regiões também podem não estar sendo higienizadas adequadamente.

4.1.18.4 Escala de Lawton

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVD's, é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente.

Objetivo: avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilitem que ela mantenha uma vida independente.
Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções.
Avaliações dos resultados: para cada questão a primeira resposta significa independência; a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda; e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.
Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

	Atividade	Avaliação	
1	O Sr. consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 <input type="checkbox"/>
2	O Sr. consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 <input type="checkbox"/>
3	O Sr. consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 <input type="checkbox"/>
4	O Sr. consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 <input type="checkbox"/>
5	O Sr. consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 <input type="checkbox"/>
6	O Sr. consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3

		Com ajuda parcial Não consegue	2 1
7	O Sr. consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O Sr. consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O Sr. consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
RESULTADO = Dependente para todas as atividades.			

O idoso mostrou-se dependente para todas as atividades instrumentais da vida diária, pois, como enfatiza Regi (2006, p. 18), “as atividades instrumentais de vida diária são atividades um pouco mais complexas que as atividades básicas, como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições e realizar tarefas domésticas”. Rizzo e Schall (2008) confirmaram em sua pesquisa que o comprometimento nas atividades instrumentais foi o sintoma inicial que chamou a atenção dos cuidadores para a questão dos familiares.

4.1.18.5 Escala de depressão geriátrica

Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A Escala de Depressão Geriátrica não é substituto da entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É sim uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. A cada resposta afirmativa soma-se 1 ponto. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.

Objetivo: verificar a presença de quadro depressivo.
Avaliações dos resultados: uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.
Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

	SIM	NÃO
Está satisfeito(a) com sua vida?	X	
Interrompeu muitas de suas atividades?	X	
Acha sua vida vazia?	X	
Aborrece-se com frequência?		X
Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	X	
Teme que algo ruim lhe aconteça?	X	
Sente-se alegre a maior parte do tempo?		X
Sente-se desamparado com frequência?		X
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		X
Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	X	
Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	X	
Sente-se inútil?		X
Sente-se cheio(a) de energia?	X	
Sente-se sem esperança?		X
Acha que os outros têm mais sorte que você?		X
RESULTADO = 8 PONTOS (DEPRESSÃO LEVE)		

4.1.18.6 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores (Zarit)

Essa avaliação serve para avaliar se os cuidadores dos idosos estão sobrecarregados. Deve ser aplicada para o cuidador principal – pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista deverá ser realizada sem a presença da pessoa idosa.

Objetivo: avaliar estresse nos cuidadores.					
Avaliações dos resultados: a avaliação compreende uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas se sentem ao cuidar de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, deve ser indicado com que frequência o cuidador se sente em relação ao que está sendo perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas.					
Providências com os achados/resultados: altos escores indicam estresse dos cuidadores; nesses casos, a equipe deve discutir o planejamento assistencial mais adequado.					
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
A Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a)	X				

necessita?					
A Sr(a) sente que por causa do tempo que gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?			X		
A Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					X
A Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?			X		
A Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?	X				
A Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	X				
A Sr(a) sente receio pelo futuro do NOME DO IDOSO(A)?					X
A Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) depende do(a) do Sr(a)?					X
A Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?	X				
A Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					X

4.1.18.7 Clinical Dementia Rating (Avaliação Clínica da Demência) – CDR

Nome do idoso: J.A.S.F.

Registro: 11/04/1924

Grau de escolaridade: 4ª série

	Nenhuma 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderada 2	Grave 3
Assuntos Comunitários	Funcionalmente independente ao nível usual de trabalho, compras, atividades voluntárias e grupos sociais.	Leve incapacidade nestas atividades.	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, ainda que possa se engajar em algumas. Parece normal quando casualmente inspecionado.	Sem pretensão de manter funções independentes fora do domicílio. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora do domicílio familiar.	Parece muito doente para ser levado para fora do domicílio.

Atividades domésticas e passatempos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual bem mantidos.	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual levemente comprometidos.	Incapacidade leve, porém definitiva, para atividades do lar. Abandono de atividades mais difíceis, passatempos complicados. Outros interesses abandonados.	Somente as ações simples estão preservadas, interesse restrito.	Ausência de atividades significantes no domicílio.
Cuidado pessoal	Plenamente capaz de manter autocuidado.	Plenamente capaz de manter autocuidado.	Necessita “incentivo”.	Requer assistência no vestuário, higiene e manejo de itens pessoais.	Requer muita ajuda no cuidado pessoal; incontinência frequente.
Julgamento e resolução de problemas	Resolve problemas do dia a dia, incluindo atividades comerciais e financeiras. Capacidade de julgamento adequado quando comparado ao desempenho anterior.	Incapacidade leve para resolver problemas, identificar similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada no manejo de problemas, identificação de similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente preservado.	Enorme incapacidade para manejar problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas.
Memória	Sem perda de memória; esquecimento inconstante.	Esquecimento leve consistente; relembra parcialmente eventos. “Esquecimento benigno”	Perda moderada da memória, mais acentuada para eventos recentes. Interferência nas atividades da vida diária.	Perda grave da memória com retenção apenas de dados fortemente consolidados; os novos dados são rapidamente perdidos.	Grave perda da memória. Apenas fragmentos permanecem.
Orientação	Orientação plena.	Orientação plena, exceto dificuldade branda com datas.	Dificuldade moderada com datas, orientação quanto ao “espaço” onde se realiza o exame. Pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave com datas. Desorientação usual quanto ao tempo. Permanente quanto ao espaço.	Orientação apenas em relação à pessoa.

GRAU DE ACOMETIMENTO = 2

Como comenta Montañó e Ramos (2005), o Clinical Dementia Rating (CDR) compreende um questionário que tem como finalidade principal classificar em qual estágio da demência o indivíduo encontra-se, além de descartar casos suspeitos que não se enquadram em quadros demenciais, como é o caso do declínio cognitivo associado ao envelhecimento e ao transtorno cognitivo leve. O teste confirmou que o idoso pesquisado encontra-se na fase moderada da demência, enquadrando-se perfeitamente nos objetivos da pesquisa.

5 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E PLANOS DE CUIDADOS PARA IDOSOS COM DEMÊNCIA EM FASE MODERADA

Os Diagnósticos de Enfermagem do NANDA (2009 – 2011) e o Plano de Cuidados de Enfermagem para idosos com demência em fase moderada foram selecionados a partir da lista de problemas retirada da história de Enfermagem e exame físico. Portanto, com base no Histórico de Enfermagem e a observação da realidade do idoso J.A.S.F., bem como as informações fornecidas pela cuidadora familiar, elaboraram-se os possíveis diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados de enfermagem para idosos com demência em fase moderada.

Os diagnósticos aqui listados, bem como o Plano de Cuidados de Enfermagem, mesmo tendo como base o caso específico do idoso J.A.S.F., foram redigidos a fim de abranger a doença de forma geral, contemplando a fase moderada das demências.

Segue o resumo retirado do NANDA (2009-2011) com os principais Diagnósticos de Enfermagem, Domínio e Classe, com respectivas características definidoras e fatores relacionados específicos para os quadros de demência em fase moderada (Apêndice C). Na apresentação do Diagnóstico de Enfermagem, serão citados apenas alguns exemplos de fatores relacionados e características definidoras, porém é possível pesquisar no Apêndice C os demais selecionados.

Ressalta-se que os resultados ou metas esperadas foram elaborados pela pesquisadora; porém, devem ser utilizados apenas quando forem apropriados para o caso. Deve-se também especificar o tempo previsto para o resultado ser alcançado, quando possível. Como comentam Almeida et al. (2010, p. 34) pode-se utilizar também a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que é um sistema de classificação que “compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado”.

O Plano de Cuidados de Enfermagem para Idosos com Demência em Fase Moderada deve ter o seu uso apropriado conforme a situação real encontrada. Vale lembrar que nem todos os cuidados poderão ser aplicados ao mesmo tempo, pelo simples fato de o idoso estar na fase moderada, não apresentar todos os problemas ao mesmo tempo e da mesma forma, podendo ter apenas algumas características do início da fase moderada ou trazer ainda características da fase anterior. A pesquisadora buscou o Plano de Cuidados de Enfermagem em diversas literaturas, entre elas: Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC),

2008; e Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2006. Porém, os cuidados foram enriquecidos com a apresentação de exemplos práticos.

Abaixo serão apresentados os vinte problemas encontrados, com os 64 diagnósticos de enfermagem, que foram agrupados, tendo sido encontrado para alguns mais de um possível diagnóstico. Os vinte resultados esperados foram colocados de forma geral (para exemplificar), devendo ser construído um resultado esperado para cada Diagnóstico de Enfermagem. Os vinte Planos de Cuidados de Enfermagem foram feitos para cada problema.

5.1 LEVANTAMENTO DE DADOS

1. Alteração da memória ou da percepção
2. Confusão
3. Alterações comportamentais
4. Alteração do padrão de sono
5. Alteração na comunicação
6. Alteração na mobilidade
7. Déficit de socialização
8. Déficit de recreação e lazer
9. Cansaço
10. Dor
11. Fezes endurecidas
12. Espiritualidade
13. Propensão à alteração da pele
14. Propensão à alteração da temperatura
15. Propensão à queda
16. Déficit de autocuidado
17. Ingestão (alimentar e hidratação) melhorada
18. Riscos inerentes ao envelhecimento
19. Estresse do cuidador
20. Conhecimento do cuidador familiar (formal) ou informal (remunerado)

Alteração da memória ou da percepção

1. **Diagnóstico de Enfermagem:** memória prejudicada relacionada ao distúrbio neurológico (AVE – possível demência vascular), caracterizada por experiências de esquecimento, incapacidade de recordar eventos, pessoas e fatos, além de diversas vezes confundir a filha cuidadora com sua esposa durante entrevistas.
2. **Diagnóstico de Enfermagem:** síndrome da interpretação ambiental prejudicada relacionada à demência, caracterizada por estados crônicos de confusão, incapacidade de concentrar-se, lentidão para responder as perguntas e perda da função social e do trabalho.
3. **Diagnóstico de Enfermagem:** percepção sensorial perturbada: visual e auditiva, relacionada à demência, estímulos ambientais insuficientes e estresse psicológico, caracterizada por comunicação prejudicada, concentração insatisfatória, desorientação, irritabilidade, mudança na capacidade de resolução de problemas e mudança no padrão de comportamento.

Resultado esperado (Metas): manter a memória e a função cognitiva atual. Melhorar o comportamento para compensar a audição e a visão prejudicada. Amenizar o pensamento distorcido.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Treinar a memória do idoso:

- Discutir com o idoso e a família os problemas práticos vivenciados ligados à memória.
- Estimular a memória por meio da repetição do último pensamento que o idoso expressou, quando adequado.
- Recordar experiências passadas com o idoso, quando adequado.
- Encaminhar o idoso à terapia ocupacional, quando adequado.
- Encorajar o idoso a participar de programas de treinamento de memória em grupo, quando adequado.

- Monitorar o comportamento do idoso durante a terapia.
- Identificar e corrigir com o idoso os erros de orientação.
- Monitorar as mudanças na memória decorrentes do treinamento.
- Orientar o cuidador a ler livros ou revistas para o idoso, colocar músicas com sons agradáveis, ou músicas que eram da preferência do idoso, fazendo com que a pessoa idosa se mantenha tranqüila.

b) Procurar socializá-lo:

- Leve-o, sempre que puder, para passear, ir aos lugares onde gostava de ir e conhecer novas pessoas.
- Em caso de acamados, promover a socialização em casa, permitindo visitas de parentes e amigos.
- Incluir os familiares no planejamento, na prestação e na avaliação dos cuidados, durante o tempo desejado.
- Preparar o idoso para interações por meio de contato visual e toque, quando apropriado.
- Apresentar-se ao iniciar o contato.
- Dirigir-se claramente ao idoso pelo seu nome ao iniciar as interações, falar devagar.
- Usar um tom de voz claro, baixo, cordial e respeitoso.
- Limitar o número de visitas com as quais o idoso interage em cada ocasião e promover e estruturar as atividades e os períodos de repouso.
- Solicitar aos familiares e amigos que vejam o idoso individualmente ou em pares, se necessário, para reduzir a estimulação.
- Dar uma orientação simples de cada vez.
- Fornecer meios de comunicação, conforme a necessidade, evitando o isolamento físico ou emocional do idoso para evitar privação sensorial ou atenuar a confusão mental.
- Reorientar o idoso quanto ao tempo, ao lugar, à equipe e aos acontecimentos.
- Explicar os procedimentos, as sensações esperadas e os resultados.
- Estimular a família a trazer objetos familiares, conversar e tocar frequentemente no

idoso.

- Proporcionar atividades recreativas na medida da capacidade do idoso.
- Sentar o idoso junto à mesa durante as refeições, em grupo de três a cinco pessoas, quando apropriado.
- Evitar contato e proximidade, caso isso provoque estresse ou ansiedade.

c) Estruturar os métodos de ensino de acordo com a organização de informações:

- Recordar experiências passadas com o idoso sobre a cidade onde ele morou, como era antigamente, fatos da infância, adolescência e juventude.
- Realizar uma atividade de cada vez e se identificar cada vez que houver interação com o idoso.
- Explicar tudo o que está acontecendo, mesmo se o idoso não parecer entender, como: “Hora de tomar banho”, “Vamos jantar agora”.
- Manter a comunicação simples. Utilizar termos concretos.
- Conversar com o idoso – mesmo quando este não consegue responder – enquanto lhe presta cuidados, para fornecer estimulação auditiva e evitar o reflexo de sobressalto.
- Proporcionar estimulação sensorial, inclusive odores/sons familiares, estímulos táteis com diferentes objetos e alterações da intensidade da iluminação.
- Envolver outros membros da equipe de saúde com a exposição a outras modalidades de estimulação, como musicoterapia, treinamento sensorial, terapia de remotivação.
- Quando necessário, limitar as atividades que possam aumentar a pressão intra-ocular: evitar movimentos repentinos com a cabeça, inclinar-se.
- Limitar a quantidade de escolhas que o idoso deve fazer, de modo a evitar ansiedade.

d) Manter o mesmo cuidador, se possível, e incluir a família no processo de planejamento.

e) Manter a rotina do idoso, quanto aos horários das atividades de vida diária, determinando os padrões pregressos/habituais de atividades como dormir, comer, autocuidado, etc.

f) Distrair/redirecionar a atenção ao idoso, quando o comportamento estiver agitado ou perigoso.

- Usar a distração, em vez de confronto, ao lidar com o comportamento do idoso.
- g) Observar as respostas comportamentais como: retração, choro, confusão/desorientação, e determinar o grau de acometimento de um ou mais sentidos.
- Limitar/monitorar cuidadosamente a utilização de sedação e contenção.

Confusão

4. **Diagnóstico de Enfermagem:** confusão crônica relacionada ao Acidente Vascular Encefálico, caracterizada por interpretação alterada, memória recente prejudicada e prejuízo cognitivo progressivo.
5. **Diagnóstico de Enfermagem:** autonegligência relacionada ao prejuízo cognitivo (demência) e funcional, caracterizada por higiene pessoal inadequada.
6. **Diagnóstico de Enfermagem:** manutenção ineficaz da saúde relacionada ao prejuízo cognitivo e perceptivo, caracterizada por prejuízo dos sistemas de apoio pessoais, incapacidade de identificar sinais e sintomas relativos à doença e questionamentos repetidos sobre a veracidade da doença.
7. **Diagnóstico de Enfermagem:** autocontrole ineficaz da saúde relacionado aos déficits de apoio social e de conhecimento, caracterizado por não poder buscar apoio em outras pessoas, além de sua filha, e verbalização do idoso em querer um medicamento que propicie a cura da sua doença e não apenas o controle.
8. **Diagnóstico de Enfermagem:** síndrome do estresse por mudança relacionada ao estado de saúde diminuído, sentimento de impotência e saúde psicossocial prejudicada, caracterizada por ansiedade, dependência, distúrbio do sono, solidão, perda de identidade e preocupação com a filha cuidadora.
9. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de síndrome do estresse por mudança relacionada à competência mental moderada e sentimentos de impotência.

Resultado esperado (Metas): melhorar a orientação de tempo e espaço. Prevenir risco de acidentes. Melhorar a promoção da saúde, para o cuidador adquirir informações, tornando eficaz a manutenção da saúde. Melhorar a adaptação psicossocial com a mudança de vida.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Manter um ambiente calmo, desenvolvendo a relação de confiança.

- Colocar o nome do idoso em grandes letras maiúsculas no quarto e nas roupas, conforme necessário.
- Usar símbolos, em vez de sinais escritos, para ajudar o idoso a localizar o quarto, o banheiro e outras áreas.
- Retirar ou cobrir os espelhos, caso o idoso se sinta amedrontado ou agitado com eles.
- Discutir questões e intervenções a respeito da segurança em casa.
- Identificar perigos potenciais no ambiente do idoso e removê-los.
- Manter móveis da casa no mesmo local de costume do idoso, evitando mudanças ambientais simples e/ou bruscas.
- Proporcionar um ambiente de baixa estimulação (p. ex., música calma em altura moderada, padrões simples, discretos e familiares na decoração; expectativas de desempenho que não ultrapassem a capacidade cognitiva de processamento; refeições em pequenos grupos).
- Fornecer iluminação adequada, mas não excessiva.
- Oferecer espaço para caminhadas seguras e despreocupadas.
- Proporcionar ambiente físico e rotina diária compatíveis.

b) Estimular a família/pessoas significativas a proporcionar orientação/estimulação contínua, inclusive notícias recentes e acontecimentos familiares. Exemplo: “Hoje é domingo, receberemos a visita da sua neta”.

- Oferecer ao idoso dicas gerais sobre a orientação do ano, usando estímulos adequados (p. ex., decoração de feriados, decoração e atividades específicas da estação e acesso à área cercada, ao ar livre).
- Oferecer dados, tais como eventos atuais, estações, locais e nomes, para auxiliar na orientação.
- Evitar frustrar o idoso com perguntas de orientação que não possam ser respondidas.

- Ajudar a família a compreender que pode ser impossível para o idoso adquirir novos conhecimentos.
 - Selecionar atividades individuais e grupais adequadas às habilidades cognitivas e aos interesses do idoso.
 - Selecionar programas no rádio ou na televisão com base nas habilidades cognitivas de processamento e nos interesses do idoso.
- c) Determinar os recursos apropriados existentes na comunidade para idosos com Alzheimer ou lesões cerebrais, grupo de apoio aos cuidadores, afastamento temporário para descanso, para proporcionar apoio e facilitar a solução de problemas.
- d) Determinar o nível de dependência/independência, comportamento, conhecimento, o tipo/presença de limitações, habilidades adaptativas quanto à manutenção da saúde, ao ambiente e à segurança.
- Identificar os padrões usuais de comportamento em atividades como sono, uso de medicamentos, eliminação, ingestão de alimentos e autocuidado.
 - Determinar a história física, social e psicológica do idoso, seus hábitos comuns e rotinas.
 - Monitorar com cuidado as causas fisiológicas do aumento da confusão que possam ser agudas ou reversíveis.
- e) Instruir o cuidador a ficar atento e checar a todo momento que o ambiente esteja livre de obstáculos e perigos que possam causar acidentes.
- Identificar as formas pelas quais o idoso pode adaptar-se quando há doença progressiva/problemas de saúde de longa duração, como andadores, bengalas ou cadeira de rodas.
- f) Ensinar o uso adequado de dispositivos auxiliares, como: utilizar esponjas com extensores de mão para auxiliar no banho.
- Encaminhar ao fisioterapeuta ou ao terapeuta ocupacional para auxiliar no treinamento do uso de equipamentos de ajuda para aumentar a capacidade funcional do idoso.
- g) Explicar tudo o que está acontecendo, mesmo se o idoso não parecer entender.
- h) Orientar o cuidador para estimular os sentidos do idoso, estimulando a capacidade mental,

ouvindo músicas de preferência do idoso e barulhos diferentes da rotina, deixando que prove diferentes sabores, que toque diferente texturas, que sinta o cheiro de perfumes, xampus, temperos, etc. Esses estímulos não devem ser oferecidos quando o idoso estiver agitado.

i) Monitorar a adesão ao regime terapêutico prescrito para modificar o plano de cuidados.

j) Estimular a livre expressão dos sentimentos do idoso.

- Monitorar o comportamento e ficar atento para a ocorrência de irritabilidade, atitude defensiva e agitação. Abordá-lo de maneira pouco apressada e reorientá-lo de modo não crítico positivo, observando as causas físicas da mudança de comportamento, como: constipação, desidratação, infecções, queda, introdução ou interrupção de medicamento, entre outras.
- Detectar sinais de estresse aumentado, queixas recentes de desconforto físico/dor ou presença de fadiga. Ter equilíbrio entre atividade e repouso.
- Lidar com o comportamento agressivo impondo limites firmes de forma tranqüila e controlar o ambiente, protegendo as outras pessoas e ele mesmo do comportamento perturbador do idoso, escondendo objetos perfuro cortante na hora da agitação.
- Observar se a agitação é diária e relacionada ao horário específico (síndrome do pôr do sol). O cuidador pode se antecipar e oferecer atividades que acalmam ou distraiam o idoso. Exemplos: acender as luzes da casa (aumentar a iluminação), fazer companhia e pequenas caminhadas, oferecer um lanche, ouvir música, etc.

k) Estimular o cuidador a personalizar a área com quadros, pertences pessoais e coisas semelhantes do idoso e identificar tudo o que está sendo usado com o idoso, por exemplo: água, banho, sabonete, pente.

l) Determinar os horários habituais das atividades do idoso e incorporar esses horários na rotina da nova residência, caso seja possível.

- Fornecer orientação antecipada para manter e regular as práticas eficazes de saúde durante os períodos de bem-estar. Exemplo: “Hoje vamos ao médico”, “Está na hora de tomar o remédio.”
- Colocar o idoso em um quarto particular e incluir a família nas atividades de autocuidado, nos horários das refeições, nas atividades de socialização, exercícios ou lazer, entre outras.

- Envolver o idoso nas atividades para atenuar o estresse e a ansiedade, na medida de suas capacidades, estimulando a participação em interações sociais.
- m) Reportar qualquer confusão súbita. A confusão que aparece subitamente não é normal e precisa ser reportada ao médico imediatamente.

Alterações comportamentais

10. **Diagnóstico de Enfermagem:** ansiedade relacionada às mudanças na função do papel, na situação econômica, no ambiente, no estado de saúde, caracterizada por irritabilidade, nervosismo, capacidade diminuída de solucionar problemas e aprender, dificuldade de concentrar-se, esquecimento.
11. **Diagnóstico de Enfermagem:** perambulação relacionada ao prejuízo cognitivo – déficits de memória e recordação, desorientação, capacidade visual-construtiva ou visual-espacial insatisfatória, caracterizada por relato da cuidadora de o idoso ter subido e descido a escada que leva ao terraço inúmeras vezes seguidas e locomoção não planejada.
12. **Diagnóstico de Enfermagem:** sobrecarga de estresse relacionada ao Acidente Vascular Encefálico, caracterizada por demonstração de sentimentos de impaciência e sofrimento psicossocial.
13. **Diagnóstico de Enfermagem:** sofrimento moral relacionado à perda da autonomia, caracterizado por expressão de angústia como impotência, culpa, ansiedade em relação à dificuldade de agir de acordo com a própria escolha moral.
14. **Diagnóstico de Enfermagem:** sentimento de impotência relacionado à interação interpessoal, caracterizada por dependência da cuidadora, que pode resultar em irritabilidade, expressão de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores e passividade.
15. **Diagnóstico de Enfermagem:** baixa autoestima situacional relacionada às mudanças no papel social e prejuízo funcional, caracterizada por expressões de sentimento de inutilidade e relatos verbais autonegativos.
16. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de dignidade humana comprometida relacionado à invasão percebida da privacidade e participação inadequada na tomada de decisão.

Resultado esperado (Metas): reduzir o nível de ansiedade. Evitar locomoções repetitivas sem finalidade. Reduzir a impaciência. Buscar elevar a autoestima do idoso.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Para reduzir a ansiedade:

- Usar uma abordagem calma, direta e segura.
- Proporcionar um ambiente estruturado e fisicamente seguro, conforme necessário.
- Esclarecer as expectativas da situação e conseqüências comportamentais apropriadas, de acordo com o comportamento do idoso, considerando o nível cognitivo-funcional e a capacidade de autocontrole.
- Comunicar as regras, as expectativas comportamentais e as conseqüências usando linguagem simples e com indicações visuais, conforme a necessidade.
- Evitar discutir ou barganhar quanto aos limites estabelecidos.
- Elogiar comportamentos desejados e tentativas de autocontrole.
- Obter a atenção do idoso antes de iniciar as interações verbais (p. ex., dizer o nome e obter contato visual).
- Dar todas as instruções/explicações lentamente, usando linguagem simples e objetiva.
- Solicitar ao idoso que repita as instruções antes de iniciar as tarefas, quando possível.
- Limitar as escolhas, se necessário.
- Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o idoso possa ter durante o procedimento.
- Buscar compreender a perspectiva do idoso sobre a situação temida.
- Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico para a família e idoso em condição de entendimento.
- Permanecer com o idoso para promover a segurança e reduzir o medo.
- Encorajar a família a permanecer com o idoso, conforme apropriado.
- Oferecer objetos que simbolizem segurança.

- Realizar massagem nas costas/nuca, conforme apropriado.
- Encorajar atividades não competitivas, conforme apropriado.
- Ouvir atentamente o idoso.
- Criar uma atmosfera que facilite a confiança.
- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos.
- Identificar quando o nível de ansiedade se modifica.
- Oferecer atividades de diversão voltadas à redução da tensão.
- Ajudar o idoso a identificar as situações precipitadoras de ansiedade.
- Controlar os estímulos, conforme apropriado às necessidades do idoso.
- Apoiar o uso dos mecanismos de defesa apropriados.
- Auxiliar o idoso a articular uma descrição realista do evento iminente, quando for possível.
- Determinar a capacidade de tomada de decisão do idoso.
- Orientar o idoso quanto ao uso de técnicas de relaxamento.
- Administrar medicamentos para reduzir a ansiedade, conforme apropriado.
- Observar a presença de sinais verbais e não verbais de ansiedade.

b) Para acalmar o idoso:

- Manter contato visual com o idoso.
- Oferecer privacidade no quarto, se apropriado.
- Manter atitude calma e decidida.
- Sentar e conversar com o idoso.
- Encorajar a respiração profunda lenta e intencional.
- Facilitar que o idoso expresse a sua raiva de forma construtiva.
- Reduzir ou eliminar os estímulos geradores de medo ou ansiedade.
- Identificar pessoas significativas cuja presença possa auxiliar o idoso.
- Tranqüilizar o idoso quanto a sua segurança ou estabilidade pessoal.

- Permanecer com o idoso.

c) Para controlar o humor:

- Determinar se o idoso apresenta risco para si mesmo ou para outras pessoas, e afastar os riscos.
- Monitorar a capacidade de autocuidado (p. ex., arrumar-se, higiene, ingestão de líquidos/alimentos, eliminação).
- Auxiliar o idoso a assumir uma responsabilidade cada vez maior pelo autocuidado, na medida em que for capaz disso. Auxiliar no autocuidado, se necessário.
- Monitorar e regular o nível de atividade e estimulação no ambiente, de acordo com as necessidades do idoso.
- Auxiliar o idoso a manter um ciclo normal de sono/vigília.
- Providenciar oportunidades para a prática de atividade física.

d) Para controlar o ambiente:

- Identificar as necessidades de segurança do idoso, com base no nível de capacidade física e cognitiva e na história comportamental anterior.
- Identificar perigos à segurança em relação ao ambiente (p. ex., físicos, biológicos, químicos). Remover os perigos do ambiente, quando possível.
- Manter os móveis da casa no mesmo local de costume do idoso, evitando mudanças ambientais simples e/ou bruscas.
- Controlar ou prevenir ruído indesejável ou excessivo, quando possível.

e) Para melhorar a autoestima:

- Monitorar as afirmações do idoso em relação à autoestima.
- Determinar a confiança que o idoso tem no próprio julgamento.
- Encorajar o idoso a identificar seus pontos positivos, quando possível e fora do quadro de alteração comportamental aguda.
- Encorajar o contato visual na comunicação com os outros.
- Reforçar os pontos pessoais positivos identificados pelo idoso.

- Propiciar experiências que aumentem a autonomia do idoso, quando adequado.
- Auxiliá-lo a identificar respostas positivas de outras pessoas.
- Evitar críticas negativas e provocações.
- Transmitir confiança na capacidade do idoso para lidar com as situações.
- Auxiliar no estabelecimento de metas realistas para alcançar uma autoestima maior.
- Auxiliá-lo a aceitar sua dependência dos outros, quando adequado.
- Auxiliá-lo a reexaminar percepções negativas acerca de si mesmo.
- Encorajar maior responsabilidade por si mesmo, quando adequado.
- Recompensar ou elogiar o progresso do idoso na direção das metas.

Alteração do padrão de sono

17. **Diagnóstico de Enfermagem:** privação do sono relacionado à demência, sonhos/pesadelos diários, caracterizados por agitação, irritabilidade, alucinações, ansiedade, capacidade funcional diminuída, confusão aguda e sonolência durante o dia.

Resultado esperado (Metas): melhorar o padrão do sono.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Aconselhar o cuidador a evitar que o idoso tenha cochilos diurnos excessivos (mais de um) ou em longo tempo (mais de cinquenta minutos). Evitar o uso de sedativos, hipnóticos ou adjuvantes para dormir sem prescrição médica.

b) Limitar a ingestão de líquidos ao anoitecer, caso haja noctúria, para reduzir a necessidade de ocorrer eliminação à noite e proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, eliminando assim fatores controláveis que interferem no sono como barulho, iluminação e temperatura ambiente.

- c) Programar os horários dos medicamentos, para que atinjam seu efeito e duração máxima e reduzam a necessidade de administrar outras doses durante as primeiras horas de sono.
- d) Rever a possibilidade de sonolência/insônia de “rebote” no dia seguinte e a perda temporária de memória, que podem estar associadas aos agentes prescritos para induzir o sono.
- e) Orientar sobre a utilização/conveniência dos fármacos vendidos sem prescrição/suplementos fitoterápicos e determinar sobre os possíveis efeitos colaterais e as interações com outros fármacos que podem alterar o sono do idoso.
- f) Sempre que possível, revezar com alguém, principalmente entre os membros da família e amigos, para que conversem com o idoso, com carinho e ternura.
- g) Recomendar limitação da ingestão de chocolate e bebidas cafeinadas, principalmente antes de se deitar.
- h) Ouvir queixas subjacentes referentes à qualidade do sono, identificando as circunstâncias que interrompem o sono e a frequência com que ocorrem.
- i) Planejar a assistência de modo a assegurar os períodos interrompidos do sono, principalmente com visitas a permitir períodos mais longos de sono durante a noite, quando possível.
- j) Recomendar ao cuidador para a inclusão de um lanche à hora de deitar-se no programa dietético para reduzir a interferência da fome com o sono.
- k) Indicar atividade física (ativa ou passiva) para diminuição de peso (para quem está acima do peso) colabora significativamente no controle dos roncos e da apnéia.
- l) Identificar e informar ao profissional de saúde se o idoso apresenta síndrome das pernas inquietas, pois é muito frequente entre as pessoas idosas e pode atrapalhar o sono noturno.
- m) Informar ao cuidador que o quarto de dormir não deve ser utilizado para trabalhar, estudar, comer e ver televisão no quarto do idoso.
- n) Tentar estabelecer um horário regular de sono, no mesmo horário diariamente, respeitando o horário de preferência ou de hábito desse idoso.
- o) Evitar assuntos estressantes e atividades estimulantes uma hora antes de o idoso ir para a cama.

n) Encorajar o idoso a estabelecer uma rotina ao deitar, de modo a facilitar a transição do estado de alerta ao estado de sono.

Alteração na Comunicação

18. **Diagnóstico de Enfermagem:** comunicação verbal prejudicada relacionada à alteração no SNC e déficit de audição, caracterizada por desorientação com relação às pessoas, tempo e espaço e dificuldade de entendimento das palavras.

Resultado esperado (Metas): manter o nível atual de comunicação, o maior tempo possível. Elevar a capacidade auditiva por meio de aparelho auditivo no prazo de três meses.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Usar recursos alternativos para estabelecer comunicação com o idoso:

- Usar expressões faciais, gestos e posturas corporais congruente com a mensagem que se deseja passar (cuidadora).
- Instruir a cuidadora e os familiares quanto à interpretação adequada sobre os sinais de comunicação do idoso, como: emoções e sentimentos que conseguem ser expressos pela linguagem corporal e expressão facial: gemidos, lágrimas, franzir a testa e aumento da abertura ocular.
- Falar pausadamente em voz alta em pé, próximo do ouvido, evitando baixar a voz no final da frase. Instruir a cuidadora a falar devagar, mas de forma normal, com a melodia e ritmo de frase normal.
- Falar olhando para o idoso, devagar, com clareza e concisão, observando suas reações. Sorrir para o idoso.
- Permitir que ouça frequentemente a linguagem falada. Ou seja, conversar com o idoso, mesmo que esse não responda ou não entenda. Atitudes simples – como: “Bom dia!” “Hora do almoço!” “Seu neto chegou” “Tá chovendo” “Vamos tomar o remédio da

pressão” “Hoje é domingo” – estimulam a noção de tempo e espaço.

- Dar uma ordem de cada vez, fornecendo comandos simples.
- Usar palavras simples e frases curtas.
- Usar quadro de desenhos, ou mesmo computador.
- Evitar gritar com quem apresenta disfunção da fala.
- Aumentar o volume da voz, se apropriado.
- Chamar sempre o idoso pelo nome ou pelo apelido ou forma carinhosa que o idoso estava acostumado. Cuidado para não infantilizar.
- Fazer terapias prescritas de linguagem especial (fonoaudióloga) durante as interações informais com o idoso.
- Facilitar a consulta para o exame auditivo, conforme apropriado.
- Promover o uso de aparelhos auditivos, conforme apropriado.
- Ensinar ao idoso os sons que serão ouvidos de maneira diferente com o uso de um aparelho auditivo.
- Manter limpo o aparelho auditivo.
- Verificar as pilhas do aparelho auditivo rotineiramente.
- Validar a compreensão das mensagens solicitando ao idoso a repetição do que foi dito.
- Demonstrar interesse pelo idoso.
- Fazer perguntas ou declarações para encorajar a expressão de pensamentos, sentimentos e preocupações.
- Evitar barreiras ao escutar atentamente (p. ex., minimizar sentimentos, oferecer soluções fáceis, interromper, falar sobre si e encerrar prematuramente).

Alteração na mobilidade

19. Diagnóstico de Enfermagem: mobilidade física prejudicada relacionada ao prejuízo

cognitivo, diminuição da massa e força muscular, estilo de vida sedentário, desuso, enrijecimento das articulações, caracterizada por amplitude limitada de movimento, instabilidade postural, uso de bengala e dispnéia ao esforço.

20. **Diagnóstico de Enfermagem:** deambulação prejudicada relacionada ao prejuízo cognitivo, equilíbrio prejudicado e visão prejudicada, caracterizada por capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares, capacidade prejudicada de subir e descer calçadas, capacidade de percorrer as distâncias necessárias e catarata.
21. **Diagnóstico de Enfermagem:** estilo de vida sedentário relacionado à falta de interesse e motivação, caracterizado por rotina diária sem atividades físicas.
22. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de intolerância à atividade relacionado ao não condicionamento físico e hipertensão arterial sistêmica.
23. **Diagnóstico de Enfermagem:** intolerância à atividade relacionada ao estilo de vida sedentário, caracterizada por relato verbal de fraqueza e dispnéia aos esforços.
24. **Diagnóstico de Enfermagem:** proteção ineficaz relacionada aos extremos de idade, caracterizada por alteração neurossensorial, desorientação e fadiga.

Resultado esperado (Metas): prevenir acidentes, como quedas. Evitar complicações de imobilidade fisiológica. Prevenir risco de redução da perfusão tecidual periférica. Melhorar capacidade visual através de cirurgia oftalmológica.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Relacionado ao controle do ambiente:

- Identificar déficits cognitivos ou físicos do idoso que possam aumentar o potencial para quedas em determinado ambiente.
- Criar ambiente seguro para o idoso.
- Oferecer à família/pessoas significativas informações sobre como tornar seguro o ambiente de casa para o idoso.
- Determinar os fatores de risco pessoais e a situação atual, por exemplo, tração, idade, fraqueza, debilitação, imobilidade progressiva e demência.
- Identificar as necessidades de segurança do idoso, com base no nível de

funcionamento físico e cognitivo e na história comportamental anterior.

- Remover perigos ambientais (p. ex., tapetes escorregadios e pequenas peças de mobiliário que podem ser movimentadas).
- Providenciar uma cama baixa, quando apropriado.
- Proporcionar mecanismos de adaptação (p. ex., escadinha com degraus, banquinhos ou corrimãos de apoio), quando adequado.
- Colocar ao alcance do idoso os objetos de uso mais frequente.
- Adaptar a iluminação para fins terapêuticos.

b) Relacionado ao controle de energia:

- Determinar as limitações físicas do idoso.
- Determinar a percepção do idoso/pessoas significativas sobre as causas da fadiga (p. ex., tratamentos, dor, medicamentos).
- Encorajar a verbalização de sentimentos sobre as limitações.
- Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (p. ex., taquicardia, outras arritmias, dispnéia, diaforese, palidez, pressões hemodinâmicas e frequência respiratória).
- Auxiliar nas atividades físicas regulares (p. ex., deambulação, transferências, mudança de decúbito e cuidado pessoal), conforme a necessidade.
- Encorajar a realização de atividade física (p. ex., deambulação ou desempenho de atividades cotidianas, compatíveis com os recursos energéticos do idoso).

c) Relacionado à atividade/exercícios prescritos:

- Auxiliar o idoso na incorporação do programa de atividade/exercício à rotina diária, ao estilo de vida.
- Auxiliar o idoso a alternar, adequadamente, períodos de descanso e atividade.
- Encaminhar o idoso a um centro de reabilitação, quando adequado.
- Proteger o idoso de traumas durante a realização dos exercícios.
- Orientar o cuidador quanto aos métodos para movimentar o idoso em relação às

situações específicas, estimulando a continuação dos exercícios ativos ou passivos e/ou de amplitude de movimento para manter/aumentar os ganhos de força/controlar muscular.

d) Relacionado ao posicionamento:

- Monitorar a melhora da postura/mecânica corporal do idoso.
- Programar atividades para alternar com períodos de descanso, como: sentar e sair da cama.
- Auxiliar a família a identificar exercícios de postura apropriados, observando a frequência e a quantidade de repetições.
- Identificar a condição clínica que contribui para a dificuldade de andar.
- Instruir a família para monitorar a posição das partes do corpo enquanto toma banho, senta-se, deita-se ou troca de posição.
- Colocar o idoso em ambiente menos restrito possível, mas que permita o nível de observação necessário.
- Identificar perigos potenciais no ambiente do idoso e removê-los.

e) Relacionado à transferência:

- A transferência de um idoso dependente da cama para qualquer outro local deve ser feita com técnica correta de acordo com o instrumento de suporte ou transferência. Bengalas, muletas, cadeira de rodas e sofá devem ser usadas, de acordo com as necessidades.
- Orientar a pessoa sobre o uso adequado de recursos auxiliares para a deambulação (p. ex., muletas, cadeira de rodas, andadores, barra tipo trapézio, bengala).
- Determinar a capacidade atual do indivíduo para se transferir (p. ex., força muscular, nível de capacidade, resistência).
- Determinar a capacidade atual do indivíduo para entender instruções e para se levantar e se manter de pé.
- Determinar a presença de instabilidade clínica ou ortopédica que possa impedir a transferência.

- Determinar a presença de hipotensão ortostática.
- Escolher a técnica de transferência mais adequada à pessoa.

Déficit de socialização

25. **Diagnóstico de Enfermagem:** isolamento social relacionado às alterações no estado mental, caracterizado por evidência de deficiência mental devido AVE, ações repetitivas e sem sentido e verbalização de sentimentos de solidão.
26. **Diagnóstico de Enfermagem:** interação social prejudicada relacionada à mobilidade física prejudicada e processos de pensamentos perturbados, caracterizada por desconforto em situações sociais e comportamentos de interações sociais malsucedidos.

Resultado esperado (Metas): aumentar a socialização.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- Encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas.
- Encorajar a paciência no desenvolvimento das relações.
- Encorajar as relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns.
- Encorajar atividades sociais e comunitárias.
- Encorajar a partilha de problemas comuns com outras pessoas.
- Orientar e estimular os familiares, principalmente filhos e parentes mais próximos, a realizarem visitas periódicas.
- Motivar a participação em atividades com grupos de idosos, quando ainda houver interação do idoso com outras pessoas.
- Levar o idoso para pequenas atividades fora de casa como ida a padarias, supermercados, papelaria e outros.

- No caso de idosos acamados, devem ser colocados em diferentes cômodos da casa (sala, varanda, cozinha, outras), permitindo que observe e participe de forma supervisionada das atividades possíveis.

Déficit de recreação e lazer

27. Diagnóstico de Enfermagem: atividade de recreação deficiente relacionada à ausência de atividades de recreação no ambiente, caracterizada por relato do idoso de que passa o dia inteiro sem ter algo para fazer.

Resultado esperado (Metas): inserir na rotina diária do idoso atividades ou passeios que possibilitem a recreação e/ou lazer.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- Auxiliar o idoso e os familiares a identificar déficits de recreação e lazer.
- Auxiliar na investigação do sentido pessoal das atividades recreativas favoritas, principalmente as que já executava no passado.
- Monitorar as capacidades físicas e mentais para a participação em atividades recreativas.
- Incluir o idoso no planejamento das atividades recreativas.
- Auxiliá-lo a escolher atividades recreativas compatíveis com suas capacidades físicas, psicológicas e sociais.
- Auxiliar na obtenção dos recursos necessários à atividade recreativa.
- Auxiliá-lo a identificar atividades recreativas significativas.
- Proporcionar atividades recreativas voltadas à redução da ansiedade (p. ex., cartas ou jogos de encaixe).
- Oferecer reforço positivo para a participação nas atividades.

- Realizar juntamente com o idoso, em horários regulares, pequenas caminhadas.
- Estimulá-lo a ouvir rádio e/ou músicas compatíveis com o que o idoso costumava ouvir.
- Evitar o excesso de televisão, estabelecendo horário reduzido para tal atividade diária.

Cansaço

28. **Diagnóstico de Enfermagem:** fadiga relacionada à condição física debilitada, estado de doença e estilo de vida enfadonho, caracterizada pela dificuldade de concentração, pelo aumento das necessidades de repouso, e incapacidade de manter as rotinas habituais.
29. **Diagnóstico de Enfermagem:** conforto prejudicado caracterizado por efeitos secundários relacionados ao tratamento – medicamentos, inquietação, irritabilidade e relato de falta de satisfação com a situação atual.

Resultado esperado (Metas): manter o repouso do idoso. Melhorar a tolerância à atividade. Aumentar a sensação de conforto.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Promover medidas gerais de manutenção da saúde:

- Determinar as limitações físicas do idoso.
- Determinar a percepção do idoso/pessoas significativas sobre as causas da fadiga.
- Encorajar a verbalização de sentimentos sobre as limitações.
- Determinar as causas da fadiga (p. ex., tratamentos, dor e medicamentos).
- Determinar qual e quantas atividades são necessárias para o desenvolvimento da resistência.
- Monitorar a ingestão nutricional para garantir recursos energéticos adequados.

- Consultar o nutricionista sobre formas de aumentar a ingestão de alimentos com alto teor calórico.
- Monitorar o idoso na busca de evidências de excessiva fadiga física e emocional.
- Observar sinais físicos de fadiga e proporcionar um ambiente tranquilo. Programar medidas de conforto, como: adequado posicionamento na cama, aquecimento adequado, travesseiros de apoio, entre outros.
- Monitorar a resposta cardiorrespiratória à atividade (p. ex., taquicardia, outras arritmias, dispnéia, diaforese, palidez, pressões hemodinâmicas e frequência respiratória).
- Avaliar a resposta fisiológica à atividade, como: alterações da pressão arterial ou da frequência cardíaca e respiratória.
- Monitorar/registrar o padrão de sono do idoso e o número de horas de sono.
- Avaliar a existência/gravidade dos distúrbios do sono, assegurando que o idoso tenha períodos adequados de repouso para garantir um sono reparador (verificar cuidados com o sono no Problema 4 – Alteração do padrão de sono).
- Monitorar a localização e a natureza do desconforto ou da dor durante movimento/atividade.
- Reduzir os desconfortos físicos capazes de interferir na função cognitiva e na automonitoração/regulação da atividade.
- Estabelecer limites se houver hiperatividade que afetem os outros e o idoso.
- Orientar o cuidador sobre as mudanças/limitações no estilo de vida impostas pela fadiga e estabelecer metas realistas de atividade com o idoso.
- Avaliar as queixas de fadiga do idoso e não subestimar seu efeito na qualidade de vida dele.
- Estimular períodos alternados de repouso e atividade.
- Planejar a assistência para assegurar que o idoso tenha períodos adequados de repouso.
- Proporcionar um ambiente que promova a diminuição da fadiga. A temperatura e o nível de umidade são fatores que afetam o grau de exaustão.
- Limitar os estímulos ambientais (p. ex., iluminação e ruído) para facilitar o

relaxamento.

- Limitar o número de visitantes e de interrupções ocasionadas por visitas, se apropriado.
- Encaminhar para fisioterapia com a finalidade de realizar os exercícios para manter o tônus muscular e melhorar a sensação de bem-estar.
- Organizar atividades físicas que reduzam a competição pelo suprimento de oxigênio às funções vitais do organismo (p. ex., evitar atividade logo após as refeições).
- Proporcionar atividades de diversão calmantes para promover o relaxamento.
- Estimular a realização de um cochilo à tarde, se adequado.
- Encorajar e/ou auxiliar o idoso nas atividades físicas regulares (p. ex., deambulação, transferências, mudança de decúbito e cuidado pessoal), conforme a necessidade.
- Informar sobre o regime terapêutico relativo aos fatores causadores específicos, como doenças físicas e/ou psicológicas, e ajudar a família a entender a relação entre a doença e a fadiga.

Dor

30. **Diagnóstico de Enfermagem:** dor crônica relacionada à incapacidade física crônica, caracterizada, segundo relato verbal, por dor, expressão facial, irritabilidade e posição para evitar a dor.

Resultado esperado (Metas): minimizar a dor.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Avaliar o comportamento gerado pela dor, observando indicadores não verbais de desconforto, especialmente em idosos incapazes de se comunicar de forma efetiva, como postura corporal e expressão facial. Além disso, estar atento às alterações da dor, pois podem indicar outro problema físico.

- b) Determinar o limiar e duração da dor. Sugestão: pedir para quantificar de 0 (zero) a 10 (dez), sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor que já sentiu.
- c) Observar indicadores não verbais de desconforto, especialmente em idosos incapazes de se comunicar de forma efetiva.
- d) Identificar quais os fármacos e tratamentos utilizados, e administrar analgésicos conforme prescrição médica.
- e) Investigar com o idoso e/ou cuidador os fatores que aliviam e pioram a dor, e reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor.
- Informações gerais sobre a dor: suas causas, tempo de duração e desconfortos decorrentes de procedimentos.
- f) Ensinar para o cuidador o uso de técnicas não farmacológicas, como: musicoterapia, mudanças de posição, aplicação de calor/frio (cuidado para não gerar queimaduras, pois a pele do idoso é sensível) e massagem, antes, após e, se possível, durante atividades dolorosas, antes que a dor ocorra ou aumente; e junto com outras medidas de alívio de dor. Notifique o médico se as técnicas de controle da dor não forem bem-sucedidas.
- g) Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de uma avaliação constante da experiência de dor e modificar as medidas com base na resposta do idoso.
- h) Promover o repouso/sono adequado para facilitar o alívio da dor. Ressalta-se que o repouso não retira a dor, devendo ser proporcionado após analgésicos, com prescrição.

Fezes endurecidas

31. **Diagnóstico de Enfermagem:** constipação relacionada à motilidade do trato gastrointestinal diminuída, hábitos de evacuação irregulares, atividade física insuficiente e medicamentos em uso (antilipêmicos, antidepressivos), caracterizada por sinais/sintomas atípicos em idosos: mudança no estado mental e frequência diminuída das evacuações.

32. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de constipação relacionado à motilidade diminuída do trato gastrointestinal, lesão neurológica, confusão mental, medicamentos em uso (antilipêmicos e antidepressivos), dentição inadequada e atividade física insuficiente.
33. **Diagnóstico de Enfermagem:** motilidade gastrointestinal disfuncional relacionada ao envelhecimento e estilo de vida sedentário, caracterizada por dificuldade de eliminar as fezes e diminuição na frequência de eliminação intestinal.

Resultado esperado (Metas): melhorar o funcionamento do intestino. Prevenir o risco de constipação.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Instruir/estimular a ingestão equilibrada de fibras e alimentos formadores de bolo fecal com dieta para melhorar a consistência das fezes e facilitar sua passagem pelo intestino grosso.

- Orientar o cuidador para os horários de refeição, que devem ser regulares.

b) Orientar a restauração ou manutenção de um padrão regular de eliminação e prevenir complicações:

- Avaliar a ingestão atual de alimentos e líquidos e suas implicações na função intestinal.
- Garantir a ingestão adequada de líquidos, inclusive água, sucos de frutas e alimentos ricos em fibras, a menos que contraindicado. Sugerir a ingestão de água morna e líquidos estimulantes como o chá, para aumentar a umidade/maciez das fezes.
- Avaliar a utilização de laxantes/enema e administrar sob prescrição médica.
- Monitorar sinais e sintomas de constipação pela palpação do abdome à procura de distensão ou massas e registrar a coloração, o odor, a consistência, a quantidade e a frequência das evacuações.
- Auscultar o abdome para determinar a presença, a localização e as características dos ruídos peristálticos e hidroaéreos, que refletem a atividade intestinal, ficando alerta na ausência de tais ruídos. Consultar um médico sobre a diminuição ou aumento da frequência dos ruídos hidroaéreos.

- Estimular a prática de exercícios dentro dos limites de tolerância do idoso para estimular o peristaltismo ou mesmo por meio de pequenas caminhadas diárias dentro da própria casa ou quarto.
- Pesar regularmente o idoso.
- Ensinar e informar o cuidador sobre o procedimento de remoção manual de fezes, se necessário.
- Mesmo o idoso acamado, instruir o cuidador para auxiliar na mobilização, como estimular a ida ao banheiro, porque a evacuação contínua em fraldas favorece a constipação, sendo mais difícil evacuar na posição deitada que sentada.
- Conversar com o cuidador sobre o padrão de eliminação habitual e sobre a forma correta do uso de laxantes, além dos riscos do uso seu contínuo.
- Motivar a ida regular diária ao banheiro, principalmente pela manhã (ao acordar) e após as refeições, pois ocorre mais facilmente a motilidade intestinal por causa do movimento peristáltico.

Espiritualidade comprometida

34. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de sofrimento espiritual relacionado à mudança na vida, doença crônica, perda e relacionamentos não satisfatórios.
35. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de religiosidade prejudicada relacionado à barreiras para praticar a religião e à doença.
36. **Diagnóstico de Enfermagem:** religiosidade prejudicada relacionada ao envelhecimento e doença, caracterizada por dificuldade em frequentar crenças religiosas e questionamentos de costumes religiosos.

Resultado esperado (Metas): facilitar a manifestação da religiosidade e crescimento espiritual. Favorecer e manter o amparo espiritual.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- a) Identificar a história espiritual/religiosa, as atividades/rituais e a frequência de participação, bem como a existência de conflitos nessa área e crenças culturais da família de origem.
- b) Explorar significado/interpretação e as relações entre espiritualidade, vida/morte e doença com a jornada existencial.
- Esclarecer o significado das crenças espirituais/práticas religiosas do indivíduo e dos rituais na vida diária.
- c) Explorar como a espiritualidade/práticas religiosas influem na vida do indivíduo e dão significado e valor à vida cotidiana. Além dos benefícios, considerar também as conseqüências.
- d) Esclarecer a realidade/conveniência da autopercepção e das expectativas do cuidador.
- e) Estimular o cuidador a reservar algum tempo para a introspecção em busca de paz e harmonia, sugerindo a participação em grupos de espiritualidade para desenvolver/facilitar a aprendizagem das características de percepção espiritual e facilitar o crescimento pessoal.
- Estimular a participação nas atividades religiosas desejadas e o contato com o sacerdote/conselheiro espiritual.
- f) Verificar se há uso de substâncias psicoativas relacionadas a rituais religiosos que podem causar interação com os medicamentos utilizados pelo idoso.
- g) Conversar sobre a diferença de mágoa e culpa e ajudar o cuidador a identificar e a lidar com esses dois sentimentos, assumindo a responsabilidade por suas próprias ações e demonstrando que entende as conseqüências de agir motivado por falsa culpa.
- h) Rezar ou orar com o idoso ou cuidador, se estes quiserem e o profissional se sentir à vontade de fazê-lo.
- i) Determinar os conceitos atuais do cuidador sobre o desejo de aprender mais sobre as crenças e atitudes religiosas.
- Identificar modos de desenvolver a espiritualidade diariamente, sugerindo livros sobre espiritualidade para leitura e crescimento pessoais.

j) Orientar o cuidador a realizar meditação, imaginação dirigida e consciência plena, vivendo o momento e aproveitá-lo, enquanto o idoso se encontra vivo.

k) Pedir ajuda a um religioso (padre, pastor, diácono, outros) ou solicitar comparecimento, quando adequado.

Propensão à alteração da pele

37. Diagnóstico de Enfermagem: risco de integridade da pele prejudicada relacionado à extremos de idade, circulação prejudicada e uso de medicamentos.

Resultado esperado (Metas): evitar aparecimento de lesões.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- a) Observar a pele, os pontos de hiperemia e edema.
- Monitorar atentamente qualquer área avermelhada, detectando área de atrito e cisalhamento.
 - Cuidar diariamente da pele e, quando necessário, secar bem e aplicar massagens suaves e loção para estimular a circulação. Manter a limpeza da pele.
 - Hidratar a pele seca que esteja íntegra.
 - Avaliar rotineiramente a circulação/função nervosa das partes afetadas do corpo. Detectar alterações da temperatura, cor, sensibilidade e dos movimentos.
 - Instituir medidas de suporte à circulação periférica como meias elásticas, para aumentar o retorno venoso.
 - Evitar o uso de roupas apertadas/contenções para não provocar congestão vascular.
 - Evitar ou monitorar com cuidado o uso de calor ou frio, como compressas de calor, bolsas de água quente e compressas de gelo e usar termômetros para testar a temperatura da água.

- Discutir ou identificar as causas de sensações anormais ou das mudanças nas sensações.
- Avaliar a localização e a extensão de edema, se houver.
- Realizar uma avaliação completa da circulação periférica, como avaliar pulsos e edema periférico.
- Examinar a pele em busca de úlceras por estase e ruptura tissular.
- Administrar medicamentos antiagregantes ou anticoagulantes, conforme prescrição médica.
- Manter hidratação oral adequada para reduzir a viscosidade sanguínea.
- Examinar entre os dedos dos pés em busca de maceração, fissuras ou lesões e monitorar a adequação das meias.
- Monitorar ressecamento e umidade excessiva da pele.
- Evitar água muito quente e banho prolongado.
- Manter a higiene cuidadosa da pele utilizando sabonete neutro, secar cuidadosa e suavemente a pele e lubrificar com loção ou emoliente, conforme a prescrição.
- Virar o idoso imobilizado pelo menos a cada duas horas, seguindo um horário específico.
- Manter as roupas de cama secas, utilizando materiais de textura mais grossa que não causem irritação e conservar os lençóis sem rugas.
- Proteger a pele com a utilização de almofadas, travesseiros, colchões de espuma ou água, para aumentar a circulação e alterar/eliminar a pressão excessiva aplicada aos tecidos.
- Verificar rotineiramente as superfícies cutâneas/pontos de pressão, se há áreas hiperemiadas/pálidas. Isso reduz a possibilidade de progressão para lesões cutâneas.
- Vestir o idoso com roupas mais confortáveis e colocar fraldas de forma menos restritiva.
- Aplicar lubrificante para umedecer os lábios e as mucosas orais, conforme necessário.
- Oferecer bastante líquido.

- Ser delicada na hora das transferências, protegendo também as partes duras da cadeira de rodas ou cadeira de banho com travesseiros, coxins ou lençóis.
- Aplicar protetores para os calcanhares e proeminências ósseas, em geral.
- Apoiar o pé na hora de deitar, em posição anatômica, evitando a queda do pé.
- Encorajar o idoso a não fumar e a evitar o uso de álcool.
- Orientar membro da família/cuidador a respeito de sinais de ruptura da pele, quando adequado.

Propensão à alteração da temperatura

38. Diagnóstico de Enfermagem: risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a extremos de idade, inatividade e medicamentos que causam vasodilatação.

Resultado esperado (Metas): prevenir o risco de hipertermia ou hipotermia, mantendo o controle da temperatura.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Monitorar a ventilação do ambiente e impedir as correntes fortes de ar e providenciar dispositivos de aquecimento ou resfriamento, dependendo da idade do idoso. Isso pode afetar diretamente a capacidade de manter/regular a temperatura corporal e responder às alterações ambientais.

b) Orientar medidas de proteção para os fatores de risco identificados, que podem ser: ambiente muito quente ou muito frio; regime terapêutico inadequado; roupas/proteção inadequada; e estado nutricional precário.

c) Rever as formas de evitar alterações acidentais, como hipotermia induzida pelo resfriamento excessivo para reduzir a febre.

- d) Monitorar a temperatura pelo menos a cada duas horas, quando adequado.
- e) Monitorar os sinais e os sintomas de hipotermia e hipertermia e relatá-los, encaminhando ao serviço de saúde ou administrando medicação para hipertermia com prescrição médica.
- f) Ensinar o cuidador a forma de evitar perda e aumento de calor, adaptando a temperatura do ambiente às necessidades do idoso, usando compressas de água fria e banhos mornos ou bolsas de água morna para adaptar a temperatura corporal alterada e evitar exposição às correntes de ar, calor excessivo ou frio desnecessário.
- g) Discutir com o cuidador a importância da termorregulação e os possíveis efeitos negativos da sensação excessiva de frio, quando adequado.

Propensão à queda

39. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de quedas relacionado ao estado mental rebaixado (AVE), idade acima de 65 anos, instabilidade postural, uso de medicamentos e dificuldades auditivas e visuais.

Resultado esperado (Metas): prevenir risco de acidentes com queda, evitando complicações como lesão e trauma.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- a) Identificar as intervenções e os dispositivos de segurança necessários para promover um ambiente seguro e a segurança pessoal do idoso:
- Identificar déficits cognitivos ou físicos do idoso que aumentem o potencial para quedas em determinado ambiente.
 - Explicar ao cuidador sobre a doença/condição do idoso, que podem aumentar o risco de quedas.
 - Identificar comportamentos e fatores que aumentam o risco de quedas.

- Revisar a história de quedas com o idoso e a família.
- Identificar as características do ambiente capazes de aumentar o potencial de quedas (p. ex., assoalhos escorregadios e escadarias externas).
- Orientar o cuidador a não ter pressa nas mudanças de posição, de sentado para em pé, esperando de 5 a 10 minutos na posição sentada, antes de levantar o idoso, a fim de restabelecer os níveis pressóricos e prevenir a hipotensão postural (queda abrupta da pressão arterial), que leva ao desmaio ou queda.
- Orientar o cuidador sobre a importância de monitorar as condições que contribuem para a ocorrência de acidentes, conhecendo a capacidade de mobilidade do idoso, como: déficit auditivo ou de visão, déficit na marcha (pés arrastados), alteração da pressão arterial e corpo fletido para frente.
- Modificar o ambiente para minimizar perigos e riscos, buscando mudanças nas condições de segurança, identificando as características do ambiente capazes de aumentar o potencial de quedas, para que possam ser realizadas adaptações a fim de resolver os seus problemas específicos.
- Recomendar que em caso de queda o idoso deve ser encaminhado para avaliação médica.
- Identificar déficits cognitivos ou físicos do idoso que aumentam o potencial para quedas em determinado ambiente identificando as necessidades de segurança do idoso, com base no nível de capacidade física, cognitiva e na história comportamental anterior.
- Usar técnica adequada nas transferências do idoso que envolva cadeira de rodas, uso do vaso sanitário, deslocamentos da cama ou para a cama, bem como outras situações.
- Providenciar um assento mais alto para o vaso sanitário, para facilitar a transferência.
- Providenciar cadeiras com altura apropriada, com encostos e braços que facilitem a transferência.
- Usar laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas, quando o cuidador estiver ausente.
- Providenciar uma forma de o idoso dependente solicitar ajuda (p. ex., campainha ou lâmpada), quando o provedor de cuidados não estiver presente.

- Utilizar um alarme na cama que funcione alertando o provedor de cuidados de que o indivíduo está saindo do leito, quando adequado.
 - Auxiliar o idoso sem equilíbrio na deambulação.
 - Providenciar dispositivos auxiliares (p. ex., bengala e andador) para equilibrar o andar.
 - Encorajar o idoso a usar bengala ou andador, quando adequado.
 - Orientar o idoso a respeito do uso de bengala ou andador, se adequado.
 - Colocar os itens pessoais ao alcance do idoso.
 - Orientar o idoso a chamar auxílio para movimentar-se, quando adequado.
 - Remover mobiliário baixo (p. ex., mesas menores e banquinhos) que represente perigo de tropeços.
 - Evitar excesso de objetos no chão.
 - Providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade.
 - Providenciar iluminação noturna junto à cabeceira da cama.
 - Providenciar corrimãos e barras de apoio visíveis.
 - Providenciar superfícies de locomoção antiderrapantes e não causadoras de tropeços.
 - Providenciar locais de armazenamento que sejam de fácil alcance.
 - Providenciar mobiliário pesado que não balance ou incline se usado como apoio.
 - Certificar-se de que o idoso calce sapatos que sirvam adequadamente, que estejam bem presos aos pés e que tenham solado antiderrapante.
- b) Registrar a data da queda, a situação ocorrida e a parte do corpo acometida ou lesionada, observando durante os próximos 3 meses (90 dias) alterações possíveis de comportamento neste idoso, e comunicar ao médico caso ocorra tais alterações.

Déficit do autocuidado

40. **Diagnóstico de Enfermagem:** déficit no autocuidado para banho relacionado ao

prejuízo cognitivo e perceptivo, caracterizado por presença de sujidades na região torácica.

41. **Diagnóstico de Enfermagem:** dentição prejudicada relacionada às barreiras ao autocuidado, caracterizada por ausência de vários dentes e dentes desgastados.

Resultado esperado (Metas): manter o idoso higienizado, prevenindo infecções. Manter a saúde oral.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Assistência no autocuidado:

- Monitorar a capacidade do idoso para o autocuidado independente.
- Monitorar a necessidade do idoso de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, vestir-se, arrumar-se, usar o vaso sanitário e alimentar-se.
- Providenciar os artigos pessoais desejados (p. ex., desodorante, escova de dente e sabonetes).
- Oferecer assistência até que o idoso esteja totalmente capacitado a assumir o autocuidado.
- Auxiliar o idoso a aceitar as necessidades de dependência.
- Utilizar a repetição consistente das rotinas de saúde como forma de estabelecê-las.
- Encorajar o idoso a realizar atividades normais da vida diária de acordo com o seu nível de capacidade.
- Encorajar a independência, mas interferir quando o idoso não conseguir realizar algo.
- Ensinar pais/familiares a encorajar a independência e a interferir apenas quando o idoso não conseguir executar algo.
- Estabelecer uma rotina de atividades de autocuidado.
- Considerar a idade do idoso ao promover as atividades de autocuidado.

b) Cuidados quanto ao banho:

- Separar todo o material necessário para a realização do banho.

- Mesmo acamado deve ser levado ao banheiro para que seja realizado o banho de chuveiro, sendo que é uma ótima oportunidade de mobilização.
 - Providenciar um ambiente sem corrente de ar, fechando janelas e portas.
 - Recomendar ao cuidador que durante o banho no leito vá despindo o idoso de acordo com a parte do corpo que será higienizada, nunca deixando o idoso totalmente despido.
 - Realizar medidas de higiene e conforto com o idoso no banho, como: olhos, boca, cabelos, períneo e genitália, mantendo a água em temperatura confortável.
 - Auxiliar o banho do idoso em cadeira de banho, na banheira, no leito ou em banho de assento.
 - Na hora do banho o cuidador deve ser tolerante, avaliando a frequência necessária e escolher uma hora tranquila, sem interrupções.
 - Monitorar a condição da pele durante o banho.
 - Auxiliar com medidas de higiene, com uso desodorante ou perfume e aplicar creme em áreas ressecadas da pele.
 - Instruir o cuidador para aproveitar o momento do banho para realizar a limpeza com movimentos e massagem, para estimular a circulação sanguínea e evitar atrofia dos músculos.
 - Determinar as condições existentes que geram a necessidade de supervisão do banho, como: extremos etários, nível de desenvolvimento que afetam a capacidade do indivíduo de atender às próprias necessidades: AVE, Doença de Alzheimer e o grau de limitação física.
 - Avaliar outras condições clínicas que possam influir no autocuidado, como: pressão arterial elevada ou muito baixa, doença cardíaca, desnutrição, dor e/ou fármacos utilizados, memória/função intelectual, ficando atento ao nível de desenvolvimento ao qual o idoso regrediu.
- c) Fornecer dispositivos auxiliares/métodos de alimentação e realizar visita domiciliar para avaliar as necessidades ambientais.
- d) Recomendar ao cuidador a vestir no idoso roupas largas, sem botões, fáceis de serem vestidas, com fechos na frente e de preferência de velcro.

e) Assegurar privacidade durante as atividades de cuidados pessoais e conceder bastante tempo para a realização de atividades de autocuidado.

f) Apresentar as tarefas em pequenas etapas viáveis para o idoso, em linguagem simples, como: “Vamos vestir a blusa”, “Agora vamos colocar a calça”.

g) Cuidados quanto à escovação e à prótese dentária:

- Aplicar lubrificante para hidratar os lábios e as mucosas orais.
- Orientar quanto à necessidade de uma rotina diária de cuidado oral e sobre a escovação da gengiva e língua.
- Informar ao idoso e ao cuidador que a saúde bucal envolve não só o dente, mas todo o conjunto formado pelas gengivas, papilas interdentárias, palato duro e língua.
- Orientar o idoso a escovar a língua diariamente e utilizar raspadores de língua na presença de placas brancas na língua (língua saburrosa).
- Informar que o uso de creme dental deve ser evitado por conter agentes abrasivos e causar desgaste à resina da prótese.
- Recomendar mergulhar a prótese durante 15 minutos em solução contendo 220 ml de água e uma colher (chá) de hipoclorito de sódio, uma ou duas vezes por semana.
- Observar quanto aos aspectos psicológicos, pois a perda dos dentes compromete a autoestima do idoso.
- Retirar a prótese da cavidade bucal por, no mínimo, 8 horas diárias, buscando a recuperação e possibilidade da realização de higienização dos tecidos bucais. Deixar a prótese à noite em um copo com água. Higienizar a prótese antes de utilizá-la pela manhã.
- Ensinar ao idoso e cuidador que a limpeza da prótese deve ser feita após cada refeição, com a utilização de escova e sabão neutro ou creme dental.
- Ficar atento quando o idoso queixar-se de “ardência”, “queimação” ou mesmo de dores na mucosa bucal. Essas sensações podem estar ligadas diretamente à diminuição do fluxo salivar, uso de medicamentos ou ainda provocadas por prótese total ou parcial, dentes fraturados e ingestão de alimentos arestas cortantes.
- Levar em conta o estado de limpeza de cada boca separadamente, e não apurar esta ou

aquela técnica de higienização bucal, quando se trata especialmente de pessoas idosas, pois quanto mais simples a higienização, mais eficaz.

- Explicar que o fio dental deve ser usado entre todos os dentes, deslizando suavemente.
- h) Rever/modificar o programa periodicamente para ajustar as alterações das capacidades do idoso, caso apresente alguma alteração.
- i) Determinar as potencialidades e as habilidades do idoso. Deixar que o idoso faça por si só o que for possível, estimulando sua independência nas atividades de vida diária.
- j) Orientar o cuidador a inspecionar a cavidade orofaríngea para detectar edema, inflamação, anormalidades da integridade da mucosa oral e adequação da higiene oral. Supervisioná-la também após a administração de medicamentos e alimentos, para evitar a guarda na boca.
- Usar cotonetes ou chumaços de algodão descartáveis para estimular as gengivas e limpar a cavidade oral e monitorar os lábios, as mucosas, as fossas tonsilares e as gengivas quanto à hidratação, cor, textura e presença de resíduos e infecção, utilizando uma lanterna e um abaixador de língua.

Ingestão (alimentar e hidratação) melhorada

42. **Diagnóstico de Enfermagem:** disposição para nutrição melhorada caracterizada por alimentação regular, consumo adequado de alimentos e sempre ingerir o que lhe é oferecido.
43. **Diagnóstico de Enfermagem:** disposição para equilíbrio de líquidos aumentado caracterizado por verbalização do idoso e confirmação da cuidadora de maior ingestão hídrica.

Resultado esperado (Metas): manter o estado nutricional e a hidratação. Manter o equilíbrio de líquidos.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- a) Avaliar interações farmacológicas, efeitos das doenças, alergias, uso de laxantes ou diuréticos. Esses fatores podem alterar a absorção dos nutrientes. Consulte o médico nestes casos.
- b) Assinalar a ingestão diária total. Manter um diário da ingestão calórica, dos padrões e dos horários das refeições para determinar as alterações que devem ser realizadas na ingestão dietética do idoso.
- c) Medir/calcular a gordura subcutânea e a massa muscular com base na dobra cutânea tricúpitica e na medida da circunferência da musculatura do terço médio do braço, ou em outras medidas antropométricas, para obter parâmetros basais.
- d) Consultar a nutricionista para elaborar um plano dietético ideal, realizando as modificações dietéticas indicadas, para cada caso, como fórmulas de alimentação por sonda e espessantes, pesar e avaliar semanalmente, registrando os resultados para monitorar a eficácia do plano dietético.
- e) Detectar sinais físicos de desidratação, como: urina concentrada, secura das mucosas (oral e ocular), turgor cutâneo diminuído, enchimento capilar lento e confusão mental.
- f) Estabelecer as necessidades individuais de líquidos e montar um esquema de reposição, distribuindo os líquidos ao longo das 24 h. Isso evita o excesso/déficit do volume de líquidos.
- Orientar o cuidador a deixar líquidos de fácil acesso para o idoso e em temperatura agradável.
- g) Monitorar a ingestão/perdas, lembrando-se de levar em conta as perdas insensíveis, como a perda de água pela pele, e assegurar a avaliação precisa do estado de hidratação.
- h) Proporcionar cuidados orais e oculares frequentes, para evitar lesão por ressecamento e identificar as ações que o cuidador pode adotar para corrigir as complicações.
- i) Avaliar a função sensorio-perceptiva, como percepção sensorial, orientação, concentração e coordenação motora, como: a força e a amplitude de movimento dos músculos envolvidos na mastigação e na deglutição.
- j) Elevar à cabeceira a 90° com a cabeça em alinhamento anatômico e ligeiramente flexionada para frente durante as refeições. O idoso não deve se alimentar quando sonolento. Manter a cabeceira da cama elevada a 30° a 45° depois das refeições, se possível, e faça com que o

idoso permaneça em posição sentada por pelo menos 45 minutos após se alimentar.

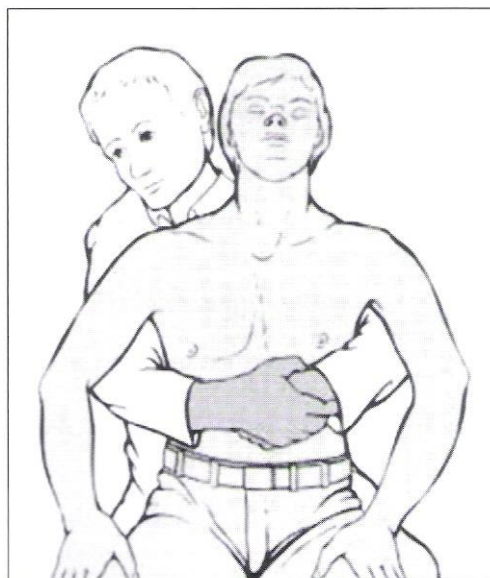
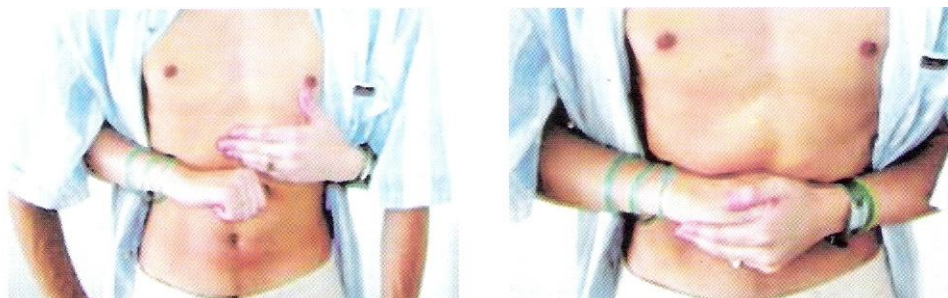
k) Considerar a alimentação por sondas para idosos que não conseguem manter uma ingestão nutricional adequada ou não consegue mais deglutir.

l) Quanto à alimentação:

- Não utilize canudos para os líquidos, pois pode aumentar o risco de aspiração.
- Sirva o alimento na temperatura ambiente ou morno.
- Ofereça os alimentos sólidos e líquidos em horários diferentes.
- Mantenha o idoso em um ambiente tranquilo e sem distrações na hora da alimentação.
- Evitar que o idoso faça suas refeições isoladas da família.
- Evitar alimentos que provoquem intolerâncias/aumentem a motilidade gástrica: alimentos que produzem gases, quentes/frios, de acordo com as necessidades pessoais.
- Orientar o cuidador sobre como passar alimentos no liquidificador e/ou administrar alimentação por sonda e encaminhar para recursos de saúde domiciliar, para supervisionar a terapia de nutrição domiciliar.
- Permanecer com o idoso durante a refeição, para reduzir a ansiedade e manter por perto os equipamentos de sucção, em caso de aspiração.

m) Orientar o cuidador quanto às medidas de emergência para a eventualidade de asfixia, realizando a Manobra Heimlich:

- Fique de pé, atrás, com seus braços ao redor da cintura do idoso;
- Coloque a sua mão fechada com o polegar para dentro, contra o abdome do idoso, ligeiramente acima do umbigo e abaixo do limite das costelas; agarre firmemente seu pulso com a outra mão;
- Exerça pressão contra o abdome rapidamente para trás e para cima;
- Repita até que o objeto seja expelido.



Riscos inerentes ao envelhecimento

44. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de perfusão renal ineficaz relacionado à idade avançada, efeitos secundários relacionados ao tratamento – medicamentos e hipertensão.
45. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de função hepática prejudicada relacionado ao uso de medicamentos hepatotóxicos.
46. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionado à hipertensão e terapia trombolítica.
47. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de perfusão tissular gastrointestinal ineficaz relacionado à acidente vascular cerebral e idade acima de 60 anos.
48. **Diagnóstico de Enfermagem:** deglutição prejudicada relacionada a problemas de alimentação relacionados ao comportamento e distúrbios cardiorrespiratórios, caracterizada por dificuldade do idoso em deglutir, como estase de alimentos na

cavidade oral e tossir.

Resultado esperado (Metas): manter o padrão atual de saúde, sem desenvolver tais problemas.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Controle hídrico e hidroeletrólítico:

- Pesar diariamente o idoso e monitorar as tendências.
- Contar ou pesar fraldas, quando adequado.
- Manter um registro preciso da ingestão e da eliminação.
- Monitorar o estado de hidratação (p. ex., mucosas úmidas, adequação das pulsações e pressão sanguínea ortostática), quando adequado.
- Monitorar sinais vitais, quando adequado.
- Monitorar sinais e sintomas de retenção de líquidos.
- Avaliar a localização e a extensão de edema, se houver.
- Oferecer líquidos, quando adequado.
- Administrar os diuréticos prescritos, quando adequado.
- Monitorar níveis anormais de eletrólitos séricos, quando possível.

b) Promoção da perfusão cerebral:

- Consultar o médico para determinar parâmetros hemodinâmicos e manter tais parâmetros dentro da variação normal.
- Administrar e dosar drogas vasoativas, conforme prescrição, para manter parâmetros hemodinâmicos.
- Manter o nível de glicose sérica dentro do limite normal.
- Monitorar sinais de sangramento.
- Monitorar o estado neurológico.

c) Monitorar função hepática:

- Monitorar por meio de exames laboratoriais os níveis das enzimas hepáticas.

d) Controle da nutrição:

- Confirmar as preferências alimentares do idoso.
- Garantir que a dieta inclua alimentos ricos em fibras, para evitar constipação.
- Oferecer ervas e temperos como alternativas ao sal.
- Encorajar o idoso a usar prótese dentária adequadamente ajustadas e/ou a providenciar cuidados dentários.
- Encaminhar o idoso à nutricionista.

e) Precauções contra aspiração:

- Monitorar o nível de consciência, o reflexo da tosse, o reflexo da náusea e a capacidade para deglutir do idoso.
- Monitorar a função pulmonar.
- Alimentar o idoso com pequenas porções.
- Cortar os alimentos em pedaços pequenos.
- Manter a cabeceira da cama elevada por 30 a 45 minutos após as refeições.

Estresse do cuidador

49. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de sentimento de impotência relacionado à doença debilitante do pai idoso e envelhecimento.
50. **Diagnóstico de Enfermagem:** sentimento de impotência relacionado ao regime da doença do pai, caracterizado por expressões de frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas anteriores e ressentimento pelo abandono de sua vida profissional.
51. **Diagnóstico de Enfermagem:** tensão do papel de cuidador relacionada aos anos de cuidado e responsabilidades de cuidado 24 horas por dia, dependência, cronicidade da doença, problemas cognitivos do idoso e falta de privacidade da cuidadora, caracterizada por estresse, falta de tempo para satisfazer as necessidades pessoais,

- afastamento da vida social e preocupação com os demais membros da família.
52. **Diagnóstico de Enfermagem:** risco de tensão do papel de cuidador relacionado à complexidade das tarefas de cuidado e falta de descanso e atividades de recreação para o cuidador.
53. **Diagnóstico de Enfermagem:** ansiedade relacionada ao estresse e mudança na função do papel, caracterizada por apreensão, irritabilidade, observação atenta e produtividade diminuída.
54. **Diagnóstico de Enfermagem:** sobrecarga de estresse relacionada aos estressores intensos e repetidos, caracterizada por expressar sensação de tensão, demonstração de sentimentos de impaciência e relato de estresse situacional.
55. **Diagnóstico de Enfermagem:** medo relacionado à separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante, caracterizado por relato de autossegurança diminuída, relato de tensão aumentada e estado de alerta aumentado.
56. **Diagnóstico de Enfermagem:** tristeza crônica relacionada à experiência de doença crônica do pai idoso, a oportunidades perdidas e prestação de cuidados ininterrupta.
57. **Diagnóstico de Enfermagem:** conforto prejudicado caracterizado por falta de privacidade, incapacidade de relaxar, lamentação, suporte social insuficiente.

Resultado esperado (Metas): melhorar o enfrentamento do cuidador frente à doença, no papel de cuidador. Melhorar o autocontrole do medo.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

a) Melhorar a autoestima da cuidadora:

- Monitorar as afirmações em relação à autoestima.
- Determinar a confiança que o cuidador tem no próprio julgamento, ajudando a identificar seus pontos positivos e respostas positivas de outras pessoas, investigando os sucessos anteriores.
- Encorajar a cuidadora a identificar seus pontos positivos.
- Investigar as razões da culpa ou da autocrítica.
- Recompensar ou elogiar o progresso da cuidadora na direção das metas.

- Reduzir situações que aumentem o estresse e ansiedade ou que provoquem medo.
- Detectar sinais de estresse aumentado, buscando compreender a perspectiva que o cuidador tem de uma situação estressante e desencorajando a tomada de decisão quando o cuidador está sob grave estresse.
- Demonstrar calma e passar algum tempo com o cuidador, escutando seus temores.
- Buscar no cuidador indícios de tristeza, como suspiros, olhar distante, aspecto descuidado, etc.
- Discutir as mudanças que estão por vir antes que ocorram, evitando situações emocionais intensas, principalmente em relação à doença do idoso e os possíveis cuidados.
- Propiciar experiências que aumentem a autonomia do cuidador, auxiliando no estabelecimento de metas realistas para alcançar uma autoestima maior.
- Descrever ao cuidador as causas, os sinais e sintomas comuns da doença do idoso e antecipar situações de futuras perdas e dependência, para que possa planejar melhor o cuidado.
- Auxiliar o cuidador a identificar metas apropriadas a curto e a longo prazos, fragmentando metas complexas em etapas menores e fáceis de vencer.
- Orientar os familiares ou pessoas mais próximas ao cuidador a evitar críticas negativas e provocações.
- Transmitir confiança na capacidade do cuidador para lidar com as situações.
- Enfatizar a importância da autossatisfação para melhorar e manter a qualidade de vida do cuidador.
- Encorajar o cuidador a aceitar novos desafios e construir metas com clareza, evitando uso de alternativas improvisadas. Encorajar o domínio gradativo da nova situação.
- Auxiliá-lo a priorizar as metas identificadas e identificar a melhor forma de alcançá-las.
- Encorajá-lo a aceitar a satisfação parcial de uma meta.
- Reconhecer o sistema de crenças e valores do cuidador ao estabelecer as metas.
- Discutir com o cuidador experiência(s) emocional(is) e o que desencadeia as emoções,

auxiliando-o no reconhecimento de sentimentos de ansiedade, raiva e tristeza.

- Facilitar a identificação, por parte do cuidador, do padrão usual de resposta no enfrentamento dos medos, da culpa ou da vergonha.
- Encorajar o diálogo ou o choro como meios de reduzir a resposta emocional, oferecendo ao cuidador segurança e proteção durante períodos de ansiedade.
- Encorajar uma atitude de esperança realista como forma de lidar com sentimentos de desamparo.
- Conversar sobre maneiras saudáveis de lidar com situações difíceis e estimular a realização das atividades, exercícios, lazer e socialização habituais dentro dos limites físicos e psicológicos do cuidador.

b) Autorresponsabilização:

- Responsabilizar o idoso pelo próprio comportamento, se apropriado.
- Determinar se o idoso possui conhecimento adequado sobre a condição de cuidados de saúde.
- Encorajar a independência, mas assistir o idoso quando incapaz de realizar algo.

c) Apoio à cuidadora:

- Determinar o nível de conhecimento da cuidadora.
- Determinar a aceitação do papel por parte da cuidadora.
- Aceitar expressões de emoção negativa.
- Reconhecer as dificuldades do papel de cuidadora.
- Investigar os aspectos positivos e negativos da cuidadora.
- Reconhecer a dependência do idoso em relação ao cuidador, conforme apropriado.
- Fazer afirmações positivas sobre os esforços da cuidadora.
- Encorajar a cuidadora a assumir responsabilidades, conforme apropriado.
- Oferecer apoio às decisões tomadas pela cuidadora.
- Investigar com a cuidadora a forma como ela enfrenta as dificuldades.
- Ensinar à cuidadora estratégias de manutenção dos cuidados de saúde, de modo a

manter a própria saúde física e mental.

- Estimular a cuidadora a manter uma vida social, de atividade física e lazer.
- c) Analisar os aspectos éticos e legais da livre escolha, considerando a situação em questão, antes de iniciar a intervenção.
- d) Identificar as habilidades de enfrentamento ineficaz que o cuidador está utilizando no momento. Exemplo: devaneios, esquecimento e incapacidade de resolver problemas.
- e) Encorajar o cuidador a fazer uma lista do que é e do que não é importante na vida e o tempo gasto em cada uma, ajudando-o a definir alternativas e suas vantagens e desvantagens.
- f) Encorajar a análise das questões e das conseqüências dos comportamentos e dos valores do cuidador, verificando se estão de acordo ou em conflito com o esperado pelos familiares, outros membros da família, ou pessoas responsáveis pelo idoso.
- g) Discutir com o cuidador a extensão da responsabilidade pelo estado de saúde atual do idoso e se possui conhecimento adequado sobre a condição de cuidados de saúde.
- h) Ajudar a identificar direitos, responsabilidades, normas conflitantes individuais e esclarecer áreas problemáticas nas relações interpessoais.
- i) Orientar o cuidador da importância legal da obtenção da curatela do idoso, para obter o direito de administrar os interesses da pessoa que se encontra incapaz de fazê-lo.
- j) Orientar o cuidador a ter consigo um parecer médico do estado mental (alterações do comportamento) e o quadro patológico do idoso, para se resguardar de denúncias de vizinhos ou mesmo familiares.
- k) Encaminhar o cuidador aos centros comunitários ou grupos de apoio ao cuidador em unidades de saúde.
- l) Promover jogos ativos, estruturados e não competitivos em grupos de cuidadores.
- m) Auxiliar o cuidador a identificar o papel usual na família e os períodos de transição de papéis ao longo do ciclo da vida, de modo a compensar as mudanças de papel dos membros doentes.
- n) Conversar sobre as estratégias para compatibilizar a assistência ao idoso com as outras responsabilidades, como cuidados com os filhos e atividades de manutenção do lar.

o) Promover uma reunião de família quando necessário para compartilhar informações e desenvolver um plano de participação nas atividades de cuidado, identificando outros recursos, inclusive assistência financeira e jurídica e folgas das atividades de cuidador.

p) Identificar as necessidades de equipamentos/recursos e dispositivos auxiliares para ampliar a independência e a segurança do idoso que recebe os cuidados.

q) Avaliar o impacto da situação de vida do cuidador sobre papéis e relacionamentos.

r) Cuidados durante o descanso da cuidadora:

- Enfatizar ao cuidador e familiares a importância do descanso semanal do cuidador (folga) e férias.
- Organizar-se para encontrar um cuidador substituto.
- Seguir a rotina usual de cuidados.
- Orientar a família, se possível, a ter um cuidador formal (remunerado) para o idoso e que este não se ocupe de atividades domésticas.
- Estabelecer uma relação terapêutica com o idoso e a família.
- Monitorar a resistência do cuidador.
- Informar o idoso (quando adequado) e a família sobre recursos financeiros do Estado disponíveis para o descanso do cuidador.
- Coordenar voluntários para o atendimento em casa, quando adequado.
- Proporcionar cuidados como exercícios, deambulação e higiene, quando adequado.
- Obter telefones de emergência.
- Determinar a forma de contatar o cuidador usual.
- Proporcionar cuidado de emergência, se necessário.
- Manter o ambiente doméstico habitual.
- Providenciar um relatório ao cuidador usual, quando de seu retorno.

Conhecimento e planejamento do cuidador familiar (informal) ou formal (remunerado)

58. **Diagnóstico de Enfermagem:** controle familiar ineficaz do regime terapêutico relacionado às exigências excessivas e conflito familiar, caracterizado por verbalização da cuidadora de dificuldade com relação à progressão da doença e regime terapêutico.
59. **Diagnóstico de Enfermagem:** planejamento de atividade ineficaz relacionado à falta de apoio familiar à cuidadora, caracterizado por ansiedade e preocupação excessivas relativas ao cuidado do idoso.
60. **Diagnóstico de Enfermagem:** manutenção do lar prejudicada por conta da doença do idoso, caracterizada por sobrecarga da cuidadora, pesar por abandonar projetos de vida e perda de privacidade.
61. **Diagnóstico de Enfermagem:** processos familiares interrompidos relacionados à alteração do estado de saúde de um membro da família e alteração do poder de membros da família, caracterizado por mudanças em expressões de conflito na família, mudanças em padrões na satisfação com a família.
62. **Diagnóstico de Enfermagem:** enfrentamento familiar comprometido relacionado à crise situacional que a pessoa significativa pode estar enfrentando (cuidadora) e doença prolongada que exaure a capacidade de apoio da pessoa significativa, caracterizado por pessoa significativa que entra em comunicação pessoal limitada com o idoso no momento de necessidade e verbalização de preocupação com a reação pessoal à necessidade do idoso.
63. **Diagnóstico de Enfermagem:** enfrentamento familiar incapacitado relacionado a estilos de enfrentamento dissonantes entre as pessoas significativas e relacionamentos familiares altamente ambivalentes, caracterizado por comportamentos familiares prejudiciais ao bem-estar e preocupação excessiva prolongada com o idoso.
64. **Diagnóstico de Enfermagem:** disposição para conhecimento aumentado caracterizada por verbalização da cuidadora em interesse em aprender, demonstração de conhecimentos sobre a doença e descrição de experiências prévias pertinentes à doença.

Resultado esperado (Metas): melhorar o conhecimento e a forma de planejamento do

cuidado. Melhorar e manter o convívio familiar. Facilitar o controle do regime terapêutico. Identificar o enfrentamento e tentar resolvê-lo.

Plano de Cuidados de Enfermagem:

- a) Identificar os obstáculos à aprendizagem: barreiras lingüísticas; fatores físicos; estabilidade física; e conteúdo do material de difícil compreensão.
- b) Determinar o ritmo e a duração das sessões e das atividades de aprendizagem de acordo com as necessidades individuais, reavaliando junto ao cuidador.
- c) Fornecer informações para ajudar a família a entender a importância do programa terapêutico e orientá-los a reconhecer as atividades inadequadas da família, elaborando um plano conjunto para lidar com a complexidade do sistema terapêutico (doses, horários, frequência de exercícios, rotinas do cuidado, entre outros), auxiliando a identificação da interdependência familiar, as necessidades e os comportamentos individuais, de modo que as interações eficazes possam ser estimuladas e preservadas.
- d) Providenciar o contato com o cuidador para assegurar assistência individualizada, quando necessário, para coordenar os cuidados prestados, oferecer apoio, ajudar a solucionar problemas, entre outros.
- e) Solicitar ao cuidador que identifique o que consegue e não consegue fazer sobre o que está ocorrendo e auxiliá-lo a listar e priorizar todas as possíveis alternativas ao problema, encorajando o desenvolvimento de novas habilidades.
- f) Determinar a forma como o comportamento familiar ou do cuidador afeta o idoso.
- g) Descrever ao cuidador as causas, os sinais e sintomas comuns da doença do idoso e antecipar situações de futuras perdas e dependência, para que possa planejar melhor o cuidado.
- h) Discutir mudanças no estilo de vida que podem ser necessárias para prevenir complicações futuras e/ou controlar o processo da doença.
- i) Descrever as razões que fundamentam as recomendações sobre controle/terapia e

tratamento do idoso.

j) Investigar recursos e apoio possíveis para oferecer ao cuidador e familiares do idoso, como os trâmites para adquirir medicações de médio e alto custo, fraldas geriátricas ou sondas, pelo serviço público de saúde.

k) Promover reunião familiar com a equipe de saúde, especialmente enfermeiro e assistente social:

- Identificar os efeitos das mudanças de papel nos processos familiares e a ruptura nos processos familiares típicos, determinando a presença e a qualidade do apoio familiar ao idoso.
- Promover reunião familiar para mediação do conflito, quando o apoio não for satisfatório, para discutir estratégias para a normalização da vida familiar com os membros da família.
- Promover mútua tomada de decisões com os membros da família em relação ao plano de cuidados do idoso.
- Identificar a percepção dos membros da família quanto à situação, aos eventos precipitadores, aos sentimentos e aos comportamentos do idoso.
- Identificar os sintomas físicos de estresse de cada um dos membros da família.
- Apresentar a família a outras famílias que passam por experiências semelhantes, se apropriado.
- Auxiliar os membros da família a desenvolver expectativas realistas sobre si mesmos no desempenho de seus papéis.
- Oferecer soluções para dificuldades financeiras e ajudar a família a utilizar a rede de apoio social.
- Reconhecer as dificuldades do papel de cuidador.
- Monitorar os problemas de interação familiar relacionados ao cuidado do idoso.
- Ensinar ao cuidador estratégias de manutenção dos cuidados de saúde, de modo a manter a própria saúde física e mental.
- Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos e respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família.

- Encorajar o processo decisório familiar no planejamento dos cuidados ao longo prazo que afetem sua estrutura e seus recursos financeiros.
 - Conversar sobre os métodos de enfrentamento atuais e passados.
 - Determinar a extensão dos comportamentos predisponentes evidenciados pelos membros da família e as potencialidades da família, as áreas de crescimento e os sucessos individuais/familiares.
 - Conversar sobre a importância de reestruturar as atividades da vida diária e os relacionamentos no trabalho e lazer.
 - Ouvir as expressões de desespero e desesperança, para avaliar o grau de sofrimento.
 - Determinar os fatores culturais e/ou religiosos que possam afetar as percepções/expectativas dos membros da família.
 - Enfatizar a importância do diálogo franco e contínuo entre os membros da família, para facilitar a solução dos problemas existentes.
 - Providenciar/estimular a participação da família nas reuniões da equipe multiprofissional/terapia em grupo, conforme a necessidade.
 - Identificar o papel do idoso na família e como a doença alterou a organização familiar.
 - Estimular os familiares a verbalizarem abertamente/sinceramente seus sentimentos.
 - Estimular a família a desenvolverem habilidades para solucionar problemas a fim de lidarem com a situação.
 - Ajudar a família a reconhecer as habilidades de enfrentamento que estão sendo utilizadas e como essas habilidades estão ou não ajudando as pessoas a lidar com a situação.
 - Responder com paciência e franqueza às perguntas dos familiares. Reforçar as informações fornecidas por outros profissionais.
 - Estimular a família a lidar progressivamente com a situação, em vez de apresentar quadro completo de uma só vez.
- l) Orientar o cuidador e familiares quanto ao Estatuto do idoso, esclarecendo questões sobre direitos e deveres.
- m) Manter oportunidades de visitação flexíveis, a fim de atender às necessidades dos

familiares e do idoso.

- n) Encarar os membros da família como especialistas potenciais no cuidado do idoso, estabelecendo relação de confiança com estes e identificando os pontos fortes e os recursos da família.
- o) Oferecer informações sobre a necessidade de repouso do cuidador (folga semanal e férias).
- p) Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas da família e responder a todas as perguntas dos familiares ou ajudá-los a obter as respostas.
- q) Avaliar a capacidade da família de cuidar continuamente do idoso em domicílio, levando em consideração as responsabilidades individuais e a disponibilidade das pessoas.
- r) Conversar com o cuidador sobre a importância de reservar um tempo para estar afastado do idoso.
- s) Promover/planejar a continuidade da assistência, conforme a necessidade. Identificar os recursos necessários para permitir o afastamento temporário dos cuidadores para descansar.
- t) Encaminhar o cuidador aos recursos externos apropriados, como grupos de apoio.
- u) Ouvir a descrição da percepção do cuidador quanto à incapacidade em se adaptar às situações que estão ocorrendo no momento.
- v) Utilizar as habilidades de comunicação terapêutica com o cuidador, como escuta atenta e sensível, reconhecimento, silêncio e afirmações.

6 DISCUSSÃO

Para realização desta pesquisa foi indispensável a revisão bibliográfica consistente em bases de dados como Bireme, Lilacs, Medline e Scielo, a fim de aprofundar o conhecimento acerca dos seguintes assuntos: envelhecimento, demências e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para então após a aquisição de embasamento teórico dar início à pesquisa propriamente dita.

A coleta de dados foi realizada durante visitas à residência da cuidadora familiar do idoso e durante avaliação clínica na Unidade Mista de Saúde de Taguatinga – UMST-DF, onde foi possível aplicar instrumentos de avaliação da pessoa idosa sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e realizar o exame físico com maior comodidade para o idoso e para a pesquisadora.

Por meio do relato da cuidadora principal, coleta do Histórico de Enfermagem e aplicação de instrumentos de avaliação, já citados, foram listados vinte potenciais problemas. A partir do levantamento dos dados, foram elaborados 64 diagnósticos de enfermagem baseados no NANDA (2009–2011), com fatores relacionados e características definidoras específicas para idosos com demência em fase moderada. Dos diagnósticos selecionados, foram pesquisadas intervenções gerais e específicas de Enfermagem, em bibliografias sobre cuidados no envelhecimento.

Os vinte Planos de Cuidados de Enfermagem foram elaborados com base nos vinte potenciais problemas, de acordo com o estado de saúde apresentado pelo idoso com demência em fase moderada e da cuidadora. Além dos problemas apresentados pelo idoso, também foram considerados os problemas da cuidadora e da relação com o cuidado, no momento da elaboração da lista de problemas, diagnóstico e intervenções, a fim de destacar a importância do cuidado em relação aos fatores físicos, emocionais e sociais que afetam a cuidadora e que influenciam na qualidade do cuidado prestado.

Após a realização do Histórico de Enfermagem, Exame Físico e aplicação dos instrumentos sugeridos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), ficou subentendido, já que não há confirmação diagnóstica médica de demência vascular, que o quadro clínico do idoso é compatível com demência vascular, pois o idoso possui fatores de risco para demência vascular, como hipertensão arterial e história de Acidente Vascular Encefálico (AVE) prévio. E, como afirmam Manfrim e Schmidt (2006), para haver diagnóstico de demência vascular, devem existir manifestações, na anamnese e nos exames complementares, de imagem de

doença cerebrovascular relacionada à demência.

No caso do idoso em questão, os sintomas de demência surgiram após um AVE ocorrido em 2009. Nesta época, o idoso encontrava-se totalmente lúcido, com cognição e memória preservadas. Sendo assim, acredita-se que o AVE foi o responsável pelo aparecimento do quadro demencial.

Manfrim e Schmidt (2006, p. 247) explicam que as doenças cerebrais podem ser responsáveis pelo aparecimento de quadros demenciais. As demências vasculares (DV) representam a segunda maior causa de demência. “Tendem a apresentar um início um tanto mais precoce que a doença de Alzheimer, e, ao contrário da doença de Alzheimer, os homens são mais frequentemente afetados que as mulheres”.

De acordo com Pittella (2006, p. 230), “o diagnóstico definitivo de demência vascular pode ser firmado em bases anátomo-patológicas pela presença de lesões cerebrovasculares na ausência de alterações neurodegenerativas, além daquelas esperadas para a idade”. A tomografia computadorizada (TC) do crânio e a imagem por ressonância magnética (RM) geralmente tornam evidente várias lesões vasculares do córtex cerebral e estruturas subcorticais (MANFRIM; SCHMIDT, 2006, p. 247). O idoso desta pesquisa possui laudo de tomografia computadorizada que confirma lesão cerebral compatível com lesão isquêmica.

A demência vascular, como comenta Giacomini (2006, p. 302), mantém relação com o aparecimento de acidentes vasculares encefálicos e de outras alterações isquêmicas com reflexos cognitivos. “Achados compatíveis com mudanças isquêmicas cerebrais estão frequentemente presentes na história clínica, no exame neurológico e nas imagens cerebrais desses pacientes”.

A conduta terapêutica para o tratamento de indivíduos com demência geralmente não sofre alterações em decorrência do tipo específico de demência, pois, na maioria dos casos, a sintomatologia é similar. Então, apesar desta pesquisa abordar um idoso com quadro de demência vascular em fase moderada, a Sistematização da Assistência de Enfermagem pode servir como guia para outros idosos na fase moderada de um quadro demencial, mesmo que não seja de demência vascular, pois a conduta é bastante semelhante.

Cattani e Girardon-Perlini (2004) esclarecem que as políticas de atenção ao idoso defendem que o melhor lugar para um indivíduo envelhecer com qualidade é a sua própria residência, já que se conservar ao lado da família torna possível garantir a sua autonomia, preservar sua identidade e dignidade. Logo, para a maioria das famílias tornou-se frequente o cuidado aos idosos dependentes com alguma doença crônica. No caso de idosos demenciados não é diferente, como demonstra Gratão (2006, p. 27), pois todo idoso com demência mais

cedo ou mais tarde precisa que seus familiares responsabilizem-se por seus cuidados no domicílio, ou seja, tornam-se cuidadores, “função exercida, na maioria das vezes, por um familiar que reside junto com ele, que com pouca ou quase nenhuma orientação, presta os cuidados essenciais para a manutenção da vida do idoso”. O idoso desta pesquisa mora com sua filha mais velha, a qual abandonou todas as atividades profissionais ao assumir de modo integral e contínuo os cuidados ao idoso.

“O contexto familiar pode apresentar outras exigências de cuidados além daqueles necessários ao idoso com demência” (PAVARINI et al., 2008, p. 588), como ocorre no âmbito familiar da cuidadora pesquisada, a qual é responsável não apenas por cuidar do idoso, como também por manter toda a organização da casa, cuidados com os filhos e o esposo, fazer compras, etc. Tal situação resulta em sobrecarga da cuidadora, pois como expõem Luzardo, Gorini e Silva (2006, p. 593) “ao ser provedora de si mesma e do idoso assume uma responsabilidade além dos seus limites físicos e emocionais, motivo pelo qual necessita ser apoiada, valorizada e reconhecida pelo trabalho que executa”.

Uma das manifestações mais marcantes advinda com o progredir do quadro demencial para a fase moderada é a alteração do comportamento. Garrido e Almeida (1999) e Pavarini et al. (2008) afirmam que nesta fase tal alteração exibida pelo idoso acarreta sérios impactos emocionais aos cuidadores, contribuindo significativamente para o surgimento de quadros depressivos, ansiosos, além de deterioração e sobrecarga das condições físicas. Gratão (2006, p. 22) comenta que “ansiedade, depressão, múltiplas queixas físicas, alterações do sono, inquietação, irritabilidade, labilidade emocional, mudanças nos padrões de conduta, agressividade, agitação psicomotora, ilusões, alucinações, delírios e comportamentos sexuais inadequados” são as principais características da alteração do comportamento em idosos com demência.

Gratão (2006) ainda explica que essa carga excessiva na vida do cuidador está relacionada ao cuidar ininterrupto, em decorrência do comportamento característico do idoso demenciado, pouca disponibilidade de suporte social, disfunção ou dificuldade do idoso na realização de tarefas rotineiras, pouca assistência recebida de outros parentes ou amigos, entre outras. As características do idoso e cuidadora coincidem com as apresentadas na literatura pesquisada, na qual a cuidadora principal enfrenta intensa sobrecarga física e emocional, e o idoso torna-se cada vez mais dependente. O idoso é independente para as atividades básicas da vida diária e totalmente dependente para as atividades instrumentais da vida diária.

É de fundamental importância, como comentam Luzardo, Gorini e Silva (2006, p. 592), que o cuidador seja auxiliado por outras pessoas da família, “pois a exposição

prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do indivíduo e seu conseqüente sentimento de sobrecarga pelos efeitos psicossociais da doença”. Durante contato com a cuidadora desta pesquisa percebeu-se que ela encontra-se sobrecarregada pelos cuidados do pai idoso, além de ressentimento por ter tido que abandonar sua vida profissional, social e por perder sua privacidade. Além disso, afirma não contar com nenhum familiar para ajudar na prestação de cuidados. Mas, mesmo diante de tal situação, a cuidadora faz o melhor que pode para cuidar do idoso, estando sempre atenta aos horários dos medicamentos, alimentação, higiene, sono, idas às consultas, etc.

“Os familiares cuidadores, muitas vezes, não possuem a adequada preparação, conhecimento ou suporte para assumir tal papel” (GRATÃO, 2006, p. 31). Isso significa que, ainda que busquem satisfazer todas as necessidades de cuidado fazendo uso do próprio saber, força interior e autoridade, torna-se um sistema informal de cuidados em que o desgaste e o estresse prevalecem, podendo afetar o bem-estar e a saúde da família como um todo. A complexidade da tarefa assistencial faz com que, muitas vezes, os familiares envolvidos esqueçam-se de si próprios, quanto às necessidades e prazer em viver. A mesma autora defende que é necessário criar estratégias para atender as necessidades tanto do idoso com demência quanto de sua família cuidadora. Nesse contexto, o enfermeiro possui fundamental relevância.

O profissional enfermeiro pode contribuir para que as ações em saúde se tornem resolutivas e permanentes não sendo apenas tratadas como questões passageiras, incluindo dentro da estratégia de atenção à saúde vigente, um programa capaz de suprir as necessidades desse núcleo familiar. (FREITAS et al., 2008, p. 512)

Acredita-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a ferramenta ideal para conhecer as reais necessidades do idoso e cuidadora. Dessa forma, pode-se criar estratégias de soluções dos diagnósticos detectados. Alguns destes não são aplicáveis ao idoso ou cuidadora atualmente, mas é necessário atenção, pois são problemas que podem vir a fazer parte da realidade familiar.

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou aprofundar o conhecimento acerca do cuidado de enfermagem para idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores. O envelhecimento populacional em curso no mundo inteiro exige que os profissionais de saúde estejam capacitados para compreender o processo de envelhecimento e as transformações e patologias mais frequentes nessa fase da vida. A Enfermagem, quando executada seguindo todos os preceitos da profissão, muito pode contribuir para que o cuidado aos idosos dependentes e seus cuidadores seja de melhor qualidade.

A literatura pesquisada aborda que as demências fazem parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem a população idosa atualmente, já que a maioria dos quadros demenciais aumenta proporcionalmente com o aumento da idade. O idoso da referida pesquisa possui demência vascular, ou seja, pode ser correlacionada ao Acidente Vascular Encefálico sofrido em setembro de 2009 devido ao aparecimento dos sintomas demenciais após este período.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreende o método de trabalho da enfermagem, que de acordo com esta pesquisa mostrou-se como mais adequado para prestar um cuidado de qualidade aos idosos com demência em fase moderada e seus cuidadores, por objetivar elaborar um plano individualizado para cada indivíduo necessitado.

Realizar uma pesquisa envolvendo a fase moderada da demência permitiu à pesquisadora concluir que, por estar entre a fase leve e a fase avançada, por vezes, torna-se confusa no que concerne à distinção das manifestações clínicas e condutas a serem tomadas pelos enfermeiros, acarretando dificuldades na identificação da fase. Isso porque o idoso ainda pode apresentar características da fase leve, ou então já apresentar alguma característica da fase avançada, mas, no entanto, é classificado dentro da fase moderada.

Além dessa dificuldade, a maioria da literatura não contempla especificamente o cuidado de enfermagem com enfoque na fase moderada das demências. Desta forma, sugere-se a realização de outras pesquisas que envolvam as alterações do comportamento na fase moderada, já que é a manifestação clínica mais marcante dessa fase, além de estudos que enfoquem a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na fase moderada, e nas outras fases das demências, para desta maneira qualificar o cuidado ofertado aos idosos demenciados e seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. **Aplicação do Processo de Enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 284 p.

ALMEIDA, Miriam de Abreu et al. Aplicabilidade da classificação dos resultados de enfermagem em pacientes com déficit no autocuidado: banho/higiene. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 01, p.33-40, 2010.

AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009/2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

AMORIM, Ana Clara de Sousa; AMORIM, Maria Emília de Sousa; CARVALHO, Danielle Franklin de. Qualidade de vida do idoso: o papel da enfermagem na atenção à saúde. **Enfermagem Prática**, São Paulo, n. 16, p. 15-19, ago. 2011.

AYMONE, Willian Cassuriaga et al. Introdução ao estudo do envelhecimento e suas principais teorias. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 98, n. 5, p. 10-18, 2010.

BALDUINO, Anice de Fátima Ahmad et al. Um marco de referência para a prática da enfermeira a pacientes com doenças crônicas à luz da Teoria de Wanda de Aguiar Horta. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 1, p. 89-94, 2007.

BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. **Anamnese & Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BAYONA, Hernán. Demencia vascular: un reto para el clínico. **Acta Neurológica Colombiana**, Bogotá, v. 26, n. 3, p. 69-77, 27 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Cadernos de Atenção Básica n.19).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRITO, Jaqueline S. de; MEDEIROS, Marceane L. P. de. **Estudo de Caso:** fatores que influenciam na longevidade de uma idosa portadora de demência em fase avançada na visão da cuidadora. 2010. 159 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e Mello. Como vive o idoso brasileiro? Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 25-105.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão e. Introdução. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. p. 13-15.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; HORTA, Marcos de Lima. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 194-211.

CARAMELLI, Paulo; BARBOSA, Maira Tonidandel. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 7-10, 2002.

CARVALHO, Emilia Campos de; BACHION, Maria Márcia. Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem: intenções de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 466, 2009.

CATTANI, Roceli Brum; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 06, n. 02, p. 254-271, 2004.

CHAVES, Lucimara Duarte. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2009.

CHAVES, Luce-Iene; SILVA, Marceli Schwenck Alves. Sistematização do atendimento de enfermagem ao idoso portador da doença de Alzheimer em domicílio. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 60-75, 2007.

CUNHA, Sandra Maria Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 5, p. 568-572, 2005.

CURIATI, José Antônio Esper; ALENCAR, Yolanda Maria Garcia de. Aspectos da Propedêutica do Idoso. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 41-50.

DIAS, Ewerton Naves; SILVA, José Vitor da; VITORINO, Luciano M. Capacidade funcional: uma necessidade emergente entre idosos. In: SILVA, José Vitor da (Org.). **Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009. p. 34-45.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOLL, Johannes; RE, Susanna. Comunicação com a pessoa idosa dementada. In: BORN, Tomiko (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 298-310.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FRANZEN, Elenara et al. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista do HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 28-31, 2007.

FREITAS, Iara Cristina Carvalho et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 508-513, 2008.

GALDEANO, Luzia Elaine; ROSSI, Lídia Aparecida; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Roteiro instrucional para elaboração de um Estudo de Caso Clínico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 371-375, 2003.

GARCIA, Julia. Sistematização de enfermagem em pacientes politraumatizados internados

em Unidade de Terapia Intensiva. **Enfermagem Prática**, v. 12, p. 24-29, 2011.

GARRIDO, Regiane; ALMEIDA, Osvaldo P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 427-434, 1999.

GIACOMIN, Karla Cristina. Demências vasculares. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 292-308.

GOLDENZWAIG, Nelma Rodrigues Soares Choiet. **Administração de medicamentos na enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GRATÃO, Aline Cristina Martins. **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Área de concentração: Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GUIMARÃES, Renato Maia; CAMARGOS, Einstein Francisco de. A avaliação do velho doente. In: GUIMARÃES, Renato Maia; CUNHA, Ulisses Gabriel V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 7-16.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Epu, 1979. 99 p.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de. Considerações éticas gerais para o cuidado de enfermagem do paciente na clínica. In: BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. **Anamnese & Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 71-78.

HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de; MARCOLAN, João Fernando; CAVALCANTE, Maria de Belém Gomes. Avaliação das condições emocionais e mentais do paciente na clínica. In: BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. **Anamnese & Exame Físico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 95-116.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>. Acesso em: 08 jul. 2011.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**: Revisão 2008. Rio

de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Comunicados do Ipea: PNAD 2009 Primeiras análises - tendências demográficas**, n. 64. Brasília: Ipea, 2010. p. 1-24.

JACOB FILHO, Wilson; SOUZA, Romeu Rodrigues de. Anatomia e Fisiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 31-40.

JESUS, Isac Silva de et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 285-292, jun. 2010.

LOPES, Marcos A.; BOTTINO, Cássio M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, 2006.

MACHADO, João Carlos Barbosa. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260-280.

MANFRIM, Aquiles; SCHMIDT, Sérgio L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 242-251.

MASCARENHAS, Nildo Batista et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao portador de diabetes mellitus e insuficiência renal crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 203-208, 2011.

MENEZES, Tânia Maria de Oliva; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; AZEVEDO, Rosana Freitas. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 03, p. 598-604, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MONTAÑO, Maria Beatriz M. Macedo; RAMOS, Luiz Roberto. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 06, p. 912-917, 2005.

NANDA International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001. 136 p.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência. In: **Cuidar Melhor e Evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 330.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 580-590, 2008.

PEREIRA, Juliana Cristina; STUCHI, Rosamary Aparecida Garcia; ARREGUY-SENA, Cristina. Proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 01, p. 74-81, 2010.

PITTELLA, José Eymard Homem. Neuropatologia da doença de Alzheimer e da demência vascular. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 224-237.

REGI, Daniela Prunes. **O idoso demenciado e seu impacto na saúde pública: estamos preparados?** 2006. 38 p. Monografia (Pós-graduação em Saúde Geriátrica) – Metrocamp, Campinas, São Paulo, 2006.

RIBEIRA, Susana; RAMOS, Cristina; SÁ, Luísa. Avaliação inicial da demência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Portugal, v. 20, p. 569-577, 2004.

RIZZO, Daniela Chiari; SCHALL, Virgínia Torres. Representações sociais de cuidadores principais de pacientes com demência. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 01, p. 39-48, 2008.

RODRIGUES, Nara Costa; RAUTH, Jussara. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 186-192.

SALLES, Álvaro Ângelo. O idoso e a saúde mental: uma reflexão sob a perspectiva da afetividade. In: SILVA, José Vitor da (Org.). **Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009. p. 49-62.

SANTANA, Rosimere Ferreira; ALMEIDA, Katia dos Santos; SAVOLDI, Nina Aurora Mello. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 459-464, 2009.

SCHOUERI JÚNIOR, Roberto; RAMOS, Luiz Roberto; PAPALÉO NETTO, Matheus. Crescimento Populacional: aspectos demográficos e sociais. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 9-29.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, Afonso Carlos da. Processo natural do envelhecimento. In: SILVA, José Vitor da (Org.). **Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009. p. 23-33.

SILVA, Eulália Maria Martins et al. Enfermidades do paciente idoso. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 7, n. 1, p. 83-88, 2007.

SILVA, José Vitor da. O que significa ser idoso. In: SILVA, José Vitor da (Org.). **Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos**. São Paulo: Iátria, 2009. p. 139-157.

SMELTZER, Suzanne C. et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, Mariana Fernandes de et al. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de et al. **Anamnese & Exame Físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 21-51.

TALMELLI, Luana Flávia da Silva et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-939, 2010.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 168.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro; CARVALHO, Daclé Vilma. O processo de enfermagem. In: TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 17-19.

VALIM, Marília Duarte et al. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 03, p. 528-534, 2010.

VAZ, Chicot J. et al. Alzheimer's Disease: of emerging importance. **Regional Health Forum**, v. 6, n. 1, 2002.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 03, p. 225-233, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005. 61 p.