



ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
da FAMÍLIA



CASO COMPLEXO 6

Dona Margarida

Fundamentação Teórica:

Demência

Demência

Sônia Maria Garcia Vigêta

A Assistência Domiciliar constitui um recorte da Atenção Domiciliar que ocorre no âmbito da Atenção Primária, vinculada ou não a equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e destinada a pessoas com perdas funcionais e dependência para atividades da vida diária. O processo de trabalho das equipes de saúde apresenta as seguintes características na Assistência Domiciliar: ações sistematizadas, articuladas e regulares; integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde; trabalho em equipe, utilizando tecnologias de alta complexidade, dados os conhecimentos que requer; baixa densidade pelo uso de equipamentos menos sofisticados.

Segundo a OMS (WHO, 2000), a população que necessita de cuidados domiciliares inclui: portadores de doenças crônicas, transmissíveis ou não, como tuberculose, câncer e moléstias cardiovasculares; portadores de deficiências físicas ou sensoriais, independente da etiologia destas; portadores de HIV ou com AIDS; pessoas incapacitadas definitiva ou temporariamente devido a acidentes de causas externas ou outros; portadores de doenças mentais e também os cuidadores destas. Os critérios de elegibilidade baseiam-se no grau de incapacidade funcional, independentemente da patologia que causou a dependência ou do grupo etário. A pobreza extrema, a ausência de cuidador e a moradia em local muito íngreme podem obrigar a prestação de cuidados de terceiro nível (institucionalização) a pessoas com graus mais leves de incapacidade funcional, podendo inviabilizar a prestação dessa assistência.

A Avaliação Global da Pessoa Idosa ou Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) nos serviços de Atenção Primária tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade e na qualidade de vida, de forma a estabelecer um planejamento terapêutico e o gerenciamento dos recursos necessários.

No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico. Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos e outros que envolvam a vida da pessoa. O uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa³ tem como função primordial propiciar um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem-estar. Antes do adoecimento orgânico, a pessoa idosa apresenta alguns sinais de risco, e é função do profissional de saúde, por meio do registro na caderneta, identificar esses sinais para que as ações possam ser assumidas de maneira precoce, contribuindo não apenas para a melhoria da qualidade de vida individual, mas também para uma saúde pública mais consciente e eficaz.

Para a operacionalização da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, consideramos dois grandes grupos populacionais: idosos independentes e idosos frágeis ou em processo de fragilização. Os primeiros são aquelas pessoas idosas que, mesmo sendo portadoras de alguma doença, se mantêm ativas no ambiente familiar e no meio social. Por outro lado, as pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização são aquelas que, por qualquer razão, apresentam determinadas condições que podem ser identificadas pelos profissionais de saúde. O objetivo da caderneta é justamente identificar esse último grupo para que sejam priorizadas as ações de recuperação, de promoção e de atenção, evitando, com isso, a piora do quadro apresentado.

O preenchimento da Caderneta de Saúde se dá com base na própria fala do indivíduo. É importante que todo profissional de saúde resguarde sua privacidade. Para a relação profissional-paciente no ambiente domiciliar, é necessário construir vínculos dos profissionais de saúde com o paciente/cuidador, assim como manter diante da pessoa e de sua família uma atitude acolhedora expressa pela escuta, pela compreensão e pelo comprometimento.

No relacionamento e nas atividades desenvolvidas no cuidado domiciliar, deve-se: ter uma atitude de disposição para transmitir conhecimentos, compartilhando saberes e tornando a pessoa e seu cuidador corresponsáveis pelo tratamento; estar atento para controlar a tendência à excessiva intervenção profissional,

que pode impedir o exercício da autonomia da pessoa cuidada; respeitar a liberdade individual e os valores do outro; abster-se de julgamentos; ter sensibilidade para perceber e valorizar as potencialidades da pessoa, e não apenas os seus limites; informar em linguagem simples e “dar significados” ao que vai ser feito; procurar promover a autonomia da pessoa e o máximo de independência possível para o momento, favorecendo assim sua autoestima; permitir e valorizar sua participação e de sua família nas decisões referentes ao cuidado; “investir” na capacidade da família de buscar soluções. Também se deve orientar o cuidador a realizar as atividades cotidianas, respeitando a autonomia da pessoa, solicitando sua participação e colaboração. Quando a pessoa cuidada não estiver consciente, os cuidados devem ser realizados visando evitar a dor e promover o conforto.

Entre as alterações cognitivas e comportamentais na pessoa idosa⁵ devemos pensar na Demência. Essa doença faz parte do grupo das doenças que acarretam declínio funcional progressivo e a perda gradual da autonomia e da independência. Síndrome caracterizada por declínio de memória, associado a déficit de pelo menos outra área de cognição, como atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento com intensidade suficiente para interferir no desempenho social e profissional do sujeito.

Os tipos de demência são:

- **Doença de Alzheimer (DA):** doença cerebral degenerativa primária, de início insidioso, perda de memória com declínio cognitivo lento e progressivo. Etiologia: multifatorial, aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. Fatores genéticos são relevantes em 32,9% de casos diagnosticados, além do fator idade. A DA evolui em três estágios: inicial, intermediário e avançado. Há um pior desempenho de memória verbal e repetição de linguagem.
- **Demência vascular:** não é uma doença, mas um grupo heterogêneo de síndromes (vascular e mudanças cerebrais relacionadas). Apresenta-se com início abrupto, geralmente após um episódio vascular e flutuação do déficit cognitivo. É o segundo tipo mais prevalente de demência. Etiologia: multifatorial. O paciente apresenta déficits maiores em testes de movimento repetitivo e dependente de velocidade motora.
- **Demências dos corpúsculos de Lewy:** o paciente apresenta flutuação na cognição, alucinações visuais recorrentes bem formadas e parkinsonismo precoce.
- **Demências frontotemporais ou Doença de Pick:** patologia de início pré-senil (a partir de 45 anos), apresenta mudanças na personalidade e no comportamento e/ou alteração da linguagem como características iniciais bem marcantes. São comuns alterações do comportamento sexual, como desinibição, jocosidade e hipersexualidade, além de hiperoralidade, hiperfagia com ganho de peso e obsessão em tocar objetos. O comprometimento da memória é geralmente mais tardio.

(Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf)

Sinais sugestivos de demência para o diagnóstico

Na fase inicial encontramos: desorientação no tempo e no espaço; perda de objetos, ou colocação de objetos em locais inapropriados; mudança no humor e comportamento; mudança na personalidade; perda de iniciativa. Em uma fase mais avançada: perda de memória/agnosia (não reconhece ou identifica para que servem os objetos, pessoas, sons, formas); dificuldade na execução de tarefas familiares/apraxia (perda da capacidade para executar movimentos e gestos como vestir-se, alimentar-se); problemas com a linguagem/afasia: incapacidade de nomear pessoas e objetos; pobreza ou declínio de julgamento (o julgamento é alterado, perdendo a noção de riscos); problemas com o pensamento abstrato.

- **Anamnese:** se o início da doença foi súbito ou progressivo, há dificuldades de linguagem, interpretadas como normais. Se houve comprometimento de outra área de cognição além da

memória, é fundamental para o diagnóstico. E essas alterações deverão influenciar nas atividades de vida diária (AVD) ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

- **Exame neurológico:** nas fases iniciais há pouco comprometimento. Mas devem ser procuradas evidências de sinais de parkinsonismo, sinais focais que poderão dar pistas de comprometimento vascular, presença de reflexos axiais primitivos comuns na doença frontal.
- **Avaliação cognitiva:** teste mais difundido de rastreio, é o minixame de estado mental (MEEM); a nota de corte é 18 para analfabetos; 21 para escolaridade de um a três anos; 24 para escolaridade de quatro a sete anos; 26 para mais de sete anos de escolaridade em comparação a 30 pontos no total. Mas vale lembrar que a baixa pontuação não necessariamente é demência; nenhum teste isolado fecha um diagnóstico. Um indivíduo em depressão ou em delirium pode interferir no resultado.
- **Exames complementares:** exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética do encéfalo); hemograma completo; eletrólitos; funções hepática e renal; testes de função da tireoide; dosagem sérica de vitamina B12; ácido fólico; sorologia para sífilis. E, se houver comportamento de risco, pesquisar anticorpos anti-HIV.
- **Classificação CID 10:** G30 – Doença de Alzheimer e F00 – Demência na doença de Alzheimer
- **Diagnósticos de enfermagem (NANDA):** comunicação verbal prejudicada; memória prejudicada; padrão do sono prejudicado; eliminação de urinária prejudicada; confusão crônica e outros.

Caso seja confirmada a possibilidade de demência com a família ou cuidador mais próximo na UBS/PSF, é necessário que o(a) idoso(a) seja encaminhado(a) para avaliação médica especializada (neurologista e/ou geriatra e/ou psiquiatra) nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso definidos pela Portaria GM/MS no 702 e pela Portaria SAS/MS no 249, ambas de 12 de abril de 2002, respeitando-se os fluxos de referência e contrarreferência locais e mantendo a responsabilização pelo acompanhamento na UBS/PSF.

- **Tratamento não farmacológico (STOPPE; JALUUL, 2006; CAMARA, 2009) em demências:** orientações ao paciente e ao cuidador, na tentativa de minimizar a ansiedade, responder a todas as questões propostas e orientar os cuidados que deverão ser tomados; dividir as responsabilidades das decisões do cuidador; ajudar a manter a saúde mental do cuidador; ajudar a construir uma rede de suporte social ao cuidador; orientar, se necessário, sobre possibilidades de institucionalização. E o uso das dinâmicas para os tratamentos de reabilitação cognitiva, que são (CAMARA, 2009): técnicas comportamentais; terapia para a orientação para a realidade (ROT); estimulação cognitiva; terapia de reminiscências; teoria de validação.
- **Tratamento farmacológico:** visa diminuir a progressão da doença, retardar ou minimizar os sintomas comportamentais das pessoas, que, apesar do tratamento, irão piorar progressivamente; portanto é de fundamental importância orientar e dar apoio aos familiares/cuidadores. São prescritas drogas inibidoras da acetilcolinesterase (Rivastigmina, Donepezil, Galantamina) para retardar a progressão da doença, que são drogas de alto custo financeiro. É obrigatório o consentimento informado do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o tratamento de Demência, o que deverá ser formalizado por meio da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, de acordo com o medicamento utilizado. E o uso de medicamentos para sintomas não cognitivos, como alterações do humor e comportamento, antidepressivos, antipsicóticos atípicos e outros.

- **Incontinência urinária (IU)** (ELIOPOULOS, 2011; SMELTZER et al., 2009): é a perda involuntária de urina que leva a um problema social/higiene para seu portador. O processo de envelhecimento do sistema urinário cursa com alterações em sua morfologia e função, desde hipertrofia dos músculos da bexiga, reduzindo a sua capacidade de expansão e armazenamento (300 ml), resultando no aumento da frequência urinária durante o dia e a noite. Ocorrem alterações na fisiologia renal com mudanças no controle neural do ato urinário, tornando ineficiente o esvaziamento da bexiga e com os músculos enfraquecidos, que podem promover a retenção de grandes volumes de urina. A retenção urinária predispõe os idosos ao aparecimento de infecção no trato urinário. A eficiência da taxa de filtração da urina pelos rins diminui com a idade, afetando a capacidade do organismo para eliminar fármacos, glicose e outras substâncias. A avaliação do distúrbio miccional do paciente e/ou com a pessoa que cuida deve constar da entrevista, perguntando sobre a frequência, continência, se há dor e características da urina e como ocorre a eliminação intestinal. Também devem constar os antecedentes obstétricos, cirurgias pélvicas, tabagismo, etilismo, doenças coexistentes, medicações em uso, desempenho cotidiano e grau de dependência e o impacto psicológico e social do sintoma na vida do idoso/cuidador.
- **Avaliação clínica** (MORENO, 2004): exame de urina; de sangue (dosagem da glicemia, ureia e creatinina séricas). Na unidade de especialidade exames urodinâmicos, tendo como básicos: urofluxometria (avalia o fluxo urinário); cistometria (avalia a função da bexiga); eletromiografia esfinteriana. E complexos: medidas simultâneas de bexiga, uretra e reto em repouso, com esforço e durante a micção.
- **Avaliação ambiental**: investigando a proximidade do banheiro (iluminação, acesso); altura da cadeira/do vaso sanitário (40 cm) e para quadril rígido ou doloroso (suporte de plástico ou metálico); roupa que facilite a independência do idoso em ir ao banheiro. Orientar a realização de um diário ou mapa miccional por 48 a 72 horas.

Classificação das IU permanentes

- **IU de esforço**, que ocorre por meio de um escape involuntário de urina, quase sempre em pequenas quantidades, com aumento da pressão intra-abdominal (por exemplo, tosse, risos ou exercício), é relacionada ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico ou incompetência do esfíncter da uretra. Apresenta-se como a 2ª causa mais comum de IU nas mulheres.
- **IU de urgência**: quando apresenta um extravasamento de urina, quase sempre em volumes grandes, pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical. Tendo como causa a hiperatividade do detrusor, isolada ou associada a condições locais como uretrite, cistite, tumores, litíase, diverticulose ou por alterações do sistema nervoso central, como acidente vascular encefálico, demência, parkinsonismo ou lesão espinhal.
- **IU de retenção urinária**: apresenta um escape de urina, quase sempre em pequenas quantidades, e/ou secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e/ou da função esfinteriana. É causada por obstrução anatômica que pode ser da próstata ou por uma cistocele.
- **IU funcional**: apresenta-se com um escape de urina relacionado com a incapacidade para usar o vaso sanitário por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente. Normalmente vem acompanhando uma demência grave, imobilidade ou depressão. (SMELTZER et al., 2009)

Implementação dos cuidados de enfermagem ao idoso com incontinência urinária de acordo com os diagnósticos de enfermagem (NANDA)

Eliminação urinária prejudicada devido ao aumento da frequência urinária e à nictúria. Meta: que o paciente consiga recuperação total ou parcial do controle da bexiga. Ações de enfermagem: aumentar sua consciência da quantidade e da regulação temporal de toda a ingestão de líquidos; monitorar a ingestão e a eliminação; evitar tomar diuréticos depois das 16 horas; evitar irritantes da bexiga, como cafeína, álcool e aspartame; empreender as etapas para evitar a constipação, como beber líquidos (1.500 ml por dia), ingerir dieta balanceada e rica em fibras, exercitar-se regularmente e tomar os emolientes fecais quando recomendado; urinar regularmente, 5 a 8 vezes ao dia, a cada 2 a 3 horas; garantir acesso ao banheiro ou comadre ou cadeira sanitária. Em locais de assistência especializada, é possível a assistência por meio das terapias comportamentais com a orientação para realização dos exercícios da musculatura pélvica todos os dias (Kegel); aplicação de estímulos elétricos por meio do tampão intra-anal; uso dos cones vaginais; biofeedback e manobra de crede. E parar de fumar, pois os fumantes tosse com frequência, o que aumenta a incontinência. Orientar produtos de acessórios para IU existentes no mercado.

Risco de integridade da pele prejudicada relacionado à incontinência por pele úmida. Meta: o paciente deve permanecer seco e sem odores. Ações de enfermagem: verificar o paciente para ver se está molhado (a cada duas horas trocar suas roupas e a roupa de cama); limpar e secar completamente a pele do paciente após episódios de incontinência; avaliar diariamente a condição da pele.

Risco de lesão por quedas devido à presença de urina no chão. Meta: o paciente não sofrer queda relacionada à urina perdida. Ações de enfermagem: providenciar dispositivo eficaz de contenção da urina, roupa íntima especial; verificar regularmente o ambiente do paciente quanto à presença de urina no assoalho.

Baixa autoestima crônica relacionada à incontinência por situação traumática. Meta: o paciente recupera ou mantém os papéis e as funções desejados. Ações de enfermagem: estimular o paciente a expressar os sentimentos; oferecer explicações realistas às causas, manejo e prognósticos do tipo de incontinência do paciente; ajudar o paciente a vestir-se com as roupas para sair; evitar discutir a incontinência diante de visitas e outros pacientes; garantir que cuidadores e familiares tratem o paciente com dignidade. Outros diagnósticos de enfermagem: dor aguda evidencia observação de dor na infecção, câncer, retenção urinária, disúria. Déficit no autocuidado para higiene íntima por incapacidade de chegar ao vaso sanitário por imobilidade, demência. Distúrbio na imagem corporal por respostas não verbais a mudanças reais no corpo. Padrão de sono prejudicado por nictúria. Interação social prejudicada pela vergonha dos sintomas, do cheiro; frequência e desconforto na retenção urinária.

Referências

CAMARA, V. D. et al. **Reabilitação cognitiva das demências**. Rev Bras Neurol, v. 45, n. 1, p. 25-33, 2009.

ELIOPOULOS, C. Eliminação urinária. In: _____. **Enfermagem gerontológica**. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 324-332.

MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. Barueri, SP: Manole, 2004.

SMELTZER, S. C et al. In: BRUNNER; SUDDARTH (Ed.). **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Incontinência urinária**. Trad. F. D. Mundim, J. E. F. Figueiredo. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 1326-1359.

STOPPE JR., A; JALUUL, O. **Alterações cognitivas e comportamentais**. In: LOPES, A. C. Tratado de clínica médica. São Paulo: Roca, 2006, p. 4376-4389.

WORLD Health Organization. **Home-based long-term care**. Report. Geneva, 2000. (WHO – Technical report series, 898).

Bibliografia consultada

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf> Acesso em: 9 maio 2011, p.30-48;101-115; 142.

DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/ NANDA Internacional. Trad. Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456p.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians**. J. Psychiat. Res., v. 129, p. 189-198, 1975.

PROTOCOLO Clínico e Diretrizes Terapêuticas – **Demência por doença de Alzheimer** – (Nacional). 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p843_protocolo_alzheimer_idoso.pdf>. Acesso em: 13 maio 2011.

SÃO PAULO (PREFEITURA). Secretaria Municipal de Saúde. **Cuidados domiciliares de saúde guia de apoio**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo_domiciliares_final.pdf>. Acesso em: 9 maio 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: ficha prontuário espelho**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_idosa/ficha_espelho_caderneta_e_avaliacao_breve.pdf>. Acesso em: 9 maio 2011.