

ENFERMAGEM FRENTE AO CUIDADO DO IDOSO COM ALZHEIMER: É POSSÍVEL TRAÇAR CUIDADOS ESPECÍFICOS A FIM DE MINIMIZAR A REPERCUSSÃO NEGATIVA DA VIDA DO MESMO?

**ANGELINA ALVES SILVA¹; MARCIANILA BAPTISTA DE AZEVEDO²;
MONICA DE ALMEIDA KARAM³**

¹Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy/ UNIGRANRIO. E-mail: angelinafariasneta@hotmail.com.

²Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy/ UNIGRANRIO. E-mail: enfamilia.rj@gmail.com.

³Enfermeira. Professora Adjunto I pela Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy- UNIGRANRIO. Mestre pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, Especialista em Enfermagem Cardiológica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, Residente de Enfermagem em Clínica Médica pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro- UERJ, Membro do Núcleo de Pesquisa NUPESINF pela Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ, Enfermeira Supervisora no Hospital Municipal Souza Aguiar-HMSA-RJ. E-mail: monicadeakaram@yahoo.com.br.

RESUMO

Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência neurodegenerativas em idosos acarretando na perda das funções cognitivas. A enfermagem tem papel fundamental no cuidado prestado ao portador de Alzheimer, pois há uma necessidade de atenção integral, humanizada e sistematizada. Diante disso estabelecer um plano de cuidado assistencial de forma rotineira irá evitar o desgaste emocional deste paciente preservando a sua dignidade, promovendo o autocuidado e o integrando na realização de suas necessidades básicas. Este estudo tem por objetivo identificar cuidados de enfermagem específicos para portador do mal de Alzheimer descritos na literatura acadêmica afim de minimizar os danos que a doença pode gerar na vida do idoso. Trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa, onde será realizado uma busca por artigos e livros já

publicados que abordam o tema escolhido. Após a escolha do tema foi realizado uma busca na base de dados em Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), associando aos descritores “cuidados de enfermagem”, “idoso” e “Alzheimer” que foram confirmados no DECS. Observou-se que a prevalência da Doença de Alzheimer tende a aumentar com o envelhecimento e a idade é um dos maiores fatores de risco. Neste momento é essencial que a família ou cuidador tenha habilidades e maturidade para enfrentar esse processo, onde o cuidado deve ser integral e humanizado. Concluiu-se que através dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e plano assistencial criado com base na SAE, é possível organizar o processo do cuidado facilitando a rotina e promovendo qualidade de vida.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Idosos; Alzheimer.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is the most common form of neurodegenerative dementia in the elderly leading to loss of cognitive functions. Nursing plays a fundamental role in the care provided to the Alzheimer's patient, since there is a need for comprehensive, humanized and systematized care. Facing this, establishing a care plan routinely will prevent the emotional exhaustion of this patient while preserving their dignity, promoting self-care and integrating in the fulfillment of their basic needs. Objective: To identify specific nursing care for patients with Alzheimer's disease described in the academic literature in order to minimize the damage that the disease can generate in the life of the elderly. Methodology: This is a literature review with a qualitative approach, where a search will be carried out for articles and books already published that address the chosen theme. After choosing the theme, a search was made in the Nursing database (BDENF), Virtual Health Library (VHL), associating the descriptors "nursing care", "elderly" and "Alzheimer" that were confirmed in DECS. Results and discussions: The prevalence of Alzheimer's disease tends to increase with aging, and age is one of the major risk factors. At this moment it is essential that the family or caregiver has the skills and maturity to face this process, where care must be integral and humanized. Conclusion: Through NANDA nursing diagnoses and care plan created based on SAE, we realized that it was possible to organize the process of care facilitating the routine promoting quality of life.

KEYWORDS: Nursing care; elderly; Alzheimer's disease.

INTRODUÇÃO

Doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência neurodegenerativas em pessoas de idade. A causa é desconhecida, mas acredita-se que seja geneticamente determinada. (BRASIL³, 2010).

De acordo com a Portaria N^o491, de 23 de dezembro de 2010, Ministério da Saúde.

No Brasil, três estudos investigaram a prevalência e incidência desta doença, utilizando amostra de idosos de bases comunitária e critérios diagnósticos atuais. A prevalência de demência na população de mais de 65 anos foi de 7,1, sendo que a DA foi responsável por 55% dos casos. A taxa de incidência foi 7,7 por 1.000 pessoas-ano no estudo de São Paulo e 14,8 por 1.000 pessoas-ano no estudo do Rio Grande do Sul. Considerando a prevalência de demência no Brasil e a população de idosos de aproximadamente 15 milhões de pessoas, a estimativa para demência é de 1,1 milhão.

A Doença de Alzheimer acarreta perda das funções cognitivas (memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem), podendo ser identificado através da manifestação de sintomas como: falta de memória para acontecimentos recentes; repetição da mesma pergunta; dificuldade de acompanhar conversas ou pensamentos complexos; dificuldade para dirigir automóvel e encontrar caminhos conhecidos; perguntar por pessoas do passado a qual já faleceram. (LUZARDO, *Et Al*/2006).

Em um idoso com Alzheimer o cuidado tem de a ser um tanto difícil e aumentado, pois envolve questões biopsicossocial e comportamental a qual foram mudadas ao longo da sua vida e com a chegada da doença. Visando a necessidade de um cuidado diferenciado, a enfermagem frente ao cuidado do idoso com Alzheimer tem grande importância, pois há uma necessidade de atenção integral, humanizada e sistematizada. Desta forma será possível estabelecer um plano de cuidado assistencial de forma rotineira para evitar o desgaste emocional deste paciente preservando a sua dignidade como pessoa, promovendo o seu autocuidado e o integrando na realização de suas necessidades humanas básicas. (SOARES, *Et Al*/2009).

O cuidado ao idoso com Alzheimer traz grandes repercussões tanto na vida do idoso quanto na dos seus cuidadores, através desse estudo será possível o esclarecimento das dúvidas e promover um cuidado integral através de medidas estratégicas para facilitar o cuidado visando sempre na qualidade de vida do idoso portador de Alzheimer, portanto, faz-se necessário a pesquisa do mesmo.

OBJETIVO

Identificar cuidados de enfermagem específicos para portador do mal de Alzheimer descritos na literatura acadêmica a fim de minimizar os danos que a doença pode gerar na vida do idoso.

JUSTIFICATIVA

A enfermagem essencial no cuidado ao paciente com Alzheimer e por isso é extremamente importante ter um conhecimento sobre as ações que visam assistência qualificada a esse idoso, visto que um enfermeiro que tem embasamento para tal ação está apto a prestar orientações à família/cuidador a respeito de cuidados específicos e rotineiros, pois está preparado para estimular o autocuidado permitindo que o mesmo consiga realizar suas atividades humanas básicas.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura com abordagem qualitativa, onde será realizado uma busca por artigos e livros já publicados que abordam o tema escolhido.

A pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias é a que especificamente interessa a este trabalho. Trata-se de levantamento de toda bibliografia já publicada, em forma de livro, revistas, publicações avulsas em imprensa escrita. Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com objetivo de permitir ao cientista “o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações”. (TRUJILLO, 1974, p.230 *apud* MARCONI e LAKATOS, 2012, p.43-44).

Segundo Triviños (1987, p.116) a maioria das pesquisas de natureza qualitativa não precisam de apoio de informações estatísticas, porém, isso não significa que sejam especulativas. Ela tem um tipo de objetividade e de validade

conceitual como logo determinaremos que contribuam decisivamente para o desenvolvimento do pensamento científico.

Após a escolha do tema foi realizado uma busca na base de dados em Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), associando aos descritores “cuidados de enfermagem”, “idoso” e “Alzheimer” que foram confirmados no DECS. Utilizou-se como critério de inclusão idioma em Português, a relação enfermagem com o tema do estudo e ano da publicação igual ou inferior a 10 anos. Adotou-se como critério de exclusão: outros idiomas, a não relação do artigo com o tema do estudo e ano de publicação superior a 10 anos.

É essencial que o pesquisador atente para o rigoroso processo de coleta de dados e uso dos instrumentos de pesquisa compreendendo que trata-se de um fator fundamental para evitar erros relacionados a pratica de pesquisas inexperientes ou de informações tendenciosas. (MARCONI e LAKATOS, 2010).

REVISÃO DE LITERATURA

Envelhecimento populacional X Alzheimer

“O envelhecimento é um processo normal de alteração relacionada com o tempo, começa com o nascimento e continua por toda vida”. (Brunner e Suddarth, 2010 11ª edição p.184).

Sabe-se que hoje há no Brasil aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; que, em 2025, esse número chegará a 32 milhões, passando a ocupar o 6º lugar no mundo em número de idosos; e, em 2050, provavelmente, o número de pessoas idosas será maior ou igual ao de crianças e jovens de 0 a 15 anos; fato marcante em todo o mundo. O impacto dessa nova "ordem demográfica" é imenso; o desafio é, portanto, considerável. (BRASIL³, 2013 pág5).

Conhecido como transição epidemiológica ou demográfica o processo de envelhecimento se dá pela queda das taxas de fecundidade e mortalidade tornando a expectativa de vida maior. (LUZARDO, *Et Al* 2006).

Segundo Aprahamian *Et Al* (2009) as doenças relacionadas ao estado senil como as coronariopatias, neoplasias, osteoporose e demências aumentaram juntamente com a inversão da pirâmide e envelhecimento da população.

A prevalência da Doença de Alzheimer tende a aumentar com o envelhecimento e a idade é um dos maiores fatores de risco.

	Prevalência	Idade
Países desenvolvidos	1,5%	65 anos
-	30%	80 anos
Estados Unidos	3% a 11%	65 anos ou mais
-	25% a 47%	> 85 anos
Brasil	7,1%	= ou > 65anos
-	38,6%	> 90 anos

Fonte: Doença de Alzheimer: Revisão da Epidemiologia e Diagnóstico.

Doença de Alzheimer e suas repercussões

A doença de Alzheimer ocorre de forma degenerativa caracterizada por piora progressiva com períodos de estabilidades. Foi descrita pela primeira vez pelo médico Alóis Alzheimer que em 1906 estudou o caso de uma mulher que era saudável e aos 51 anos desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação e dificuldades de compreender e expressar, o que a tornou incapaz de se cuidar. Após a morte da mulher o médico Alóis Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu alterações que hoje em dia são consideradas características da doença.

A evolução da doença ocorre em três estágios sucessivos: Estágio I, Estágio II e Estágio III. Cada estágio possui a sua particularidade, onde o estágio I muitas vezes passa por despercebido, pois é comum que os sintomas sejam confundidos com o da velhice propriamente dita; no estágio II a doença começa a refletir na dificuldade de realizar atividades diárias básicas; no estágio III ele se torna dependente e incapaz de realizar suas atividades sozinho. No quadro a baixo podemos observar a evolução da doença de acordo com cada estágio.

QUADRO 1 - Evolução da doença

Estágio I	Estágio II	Estágio III
Problemas de linguagem.	Pode ficar desmemoriado, especialmente com eventos recentes e nome de pessoas.	Dificuldades para comer.
Perda da memória recente.	Pode não conseguir viver mais sozinha sem problemas.	Fica incapacitada para comunicar-se.
Não sabe a hora ou o dia da semana.	É incapaz de realizar atividades diárias.	Não reconhece parente, amigos e objetos familiares.
Se perde em locais familiares.	Pode ficar dependente de um familiar ou cuidador.	Tem dificuldades de entender o que acontece ao redor.
Dificuldade na tomada de decisão.	Necessita de ajuda para realizar higiene pessoal.	É incapaz de encontrar o caminho de volta para casa.
Ficar inativo ou desmotivado.	Dificuldade com a fala avançada.	Tem dificuldades para caminhar. Pode ficar confinado a cadeira de rodas ou cama.
Apresenta mudança de humor, depressão ou ansiedade.	Alteração de comportamento (repete perguntas, grita, e distúrbio do sono).	Tem dificuldades para deglutir.
Reage com raiva incomum ou agressivamente em determinadas ocasiões.	Risco de se perder, tanto em casa quanto fora de casa.	Pode apresentar incontinência urinária e intestinal.
Apresenta perda de interesse por hobbies e outras atividades.	Pode ter alucinação (vendo e ouvindo).	Pode manifestar comportamentos inapropriados em público.

Fonte: Doença de Alzheimer: A Principal Causa de Demência nos Idosos e seus Impactos na Vida dos Familiares e Cuidadores.

Estímulo ao autocuidado na realização das atividades humanas básicas

O fato de estar lidando com um adulto que perde de forma progressiva a capacidade de executar atividades básicas do dia-dia além de afetar idoso que está passando por esse processo de mudança também afeta a família que tem de se adaptar a esse processo, pois, a realização do cuidado envolve questões emocionais e de comprometimento físico de quem assume a tarefa de cuidar. (SOARES, *Et Al* 2009).

Neste momento é essencial que a família ou cuidador tenha habilidades e maturidade para enfrentar esse processo onde o cuidado tende a ser integral e humanizado com o idoso sendo visto como um todo e não seja caracterizado apenas por ter a doença.

Visto que o enfermeiro é um educador em saúde ele tem a função de estabelecer um vínculo entre a família/cuidador e o paciente e de avaliar quais são as necessidades do idoso e orientar o cuidador diante das suas dificuldades e dúvidas pertinentes a realização do cuidar.

Pensando no cuidado em gerontologia a escala de Índice de Katz desenvolvida por de Sidney Katz traz seis parâmetros que possibilitam a avaliação funcional do idoso que são denominadas como Atividades Básicas da Vida Diária onde o idoso é considerado independente se ele conseguir realizar qualquer um dos seis parâmetros presente nela. Entre os cuidados diários realizado encontram-se o ato de se banhar, vestir, o uso do banheiro para realizar funções fisiológicas, transferência (se transferir da cama para cadeira e vice-versa), controle de esfíncter para micção e evacuação e se alimentar. (DUARTE, *ET AL* 2006).

A enfermagem tem se preocupado cada vez mais com a melhoria na qualidade da assistência prestada ao cliente, estando relacionada com a sua formação, com o exercício profissional e com a aplicação de uma ação autônoma embasada nas teorias de enfermagem. A atuação da assistência de enfermagem deve ser baseada em conhecimento científico de maneira que o cuidado possibilite a melhoria da saúde do indivíduo, família e comunidade.

As teorias propiciam orientar e auxiliar a enfermagem na busca de soluções para os problemas apresentados pelos clientes. A teoria de enfermagem de Dorothea E. Orem, está diretamente relacionada ao paciente com Alzheimer visto que com a progressão da doença perde-se a capacidade de exercer seu autocuidado. Esta capacidade de cuidar de si mesmo é afetada por fatores condicionantes básicos, como a idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, modalidade de diagnósticos e de tratamentos, sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos.

A teoria é composta de três hipóteses inter-relacionadas, ou seja, a do autocuidado, do déficit de autocuidado e do sistema de enfermagem. Incorporados a

essas três, Orem preconiza seis conceitos centrais e um periférico. Sendo eles: o autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem. O conceito periférico a autora denominou de fatores condicionantes básicos, que é relevante para a compreensão de sua teoria geral de enfermagem. (GEORGE JB. 2000; p 83-103).

Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento. A enfermagem se faz necessário quando o indivíduo é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado continuado.

Sistematização da Assistência de Enfermagem

A SAE é uma metodologia criada para organizar os serviços de enfermagem, é um instrumento privativo do enfermeiro que possibilita realizar o cuidado integral, preservando a individualidade do paciente com base em todo o seu histórico e exame físico. As fases do processo de enfermagem se caracterizam pela identificação do problema que torna possível traçar diagnóstico e posteriormente a formação de um plano de cuidado e avaliação individualizada. (BARROS & CHIESA, 2007 apud KOHNLEIN, Juliana do Nascimento; *Et Al* 2010).

A Resolução COFEN – 358/2009 enfatiza as etapas do processo de enfermagem que se organizam em cinco:

- I. Coleta de dados de Enfermagem.
- II. Diagnóstico de Enfermagem.
- III. Planejamento de Enfermagem.
- IV. Implementação.
- V. Avaliação de Enfermagem.

Diagnósticos de enfermagem

Através dos Diagnósticos de enfermagem propostos na Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem pela North American Nursing Diagnosis Association da NANDA será possível traçar um plano assistencial de qualidade possibilitando melhores condições de saúde e bem estar, respeitando esse idoso e os limites da doença, pois dependendo em qual estágio ele se encontra há possibilidade dele participar do cuidado e o cuidador pode estimulá-lo a realizar atividades diárias sozinho de forma supervisionada oferecendo ajuda quando necessário.

No quadro a baixo foram listados os diagnósticos de enfermagem que se adequam com as características que o portador da doença de Alzheimer apresenta e que foram descritos no quadro de evolução da doença.

QUADRO 2 - Diagnósticos Real de Enfermagem segundo taxonomia de NANDA (2012-2014) e (2015-2017)

Diagnóstica de Enfermagem	Característica Definidora	Fator Relacionado
Confusão aguda.	Caracterizada por alucinações, dificuldade na tomada de decisão, perda da memória recente.	Relacionado à deficiência cognitiva.
Síndrome de interpretação ambiental prejudicada.	Caracterizado por estado crônico de confusão, perda da função social, se perder em lugares familiares, se perde tanto em casa quanto fora de casa.	Relacionado à incapacidade de memorizar lugares e coisas simples devido ao déficit neurológico.
Confusão crônica.	Caracterizado por memória antiga prejudicada, memória recente prejudicada, personalidade alterada, prejuízo cognitivo progressivo.	Relacionado à deterioração dos neurônios.
Memória prejudicada.	Caracterizado por não reconhecer parentes e amigos, perda de memória recente.	Relacionado à doença de Alzheimer.
Comunicação verbal prejudicada.	Caracterizado por desorientação no tempo e no espaço, dificuldade com a fala, incapacidade de se comunicar, problema de linguagem (dificuldade em encontrar palavras).	Relacionado ao avanço da Doença de Alzheimer.
Conhecimento deficiente.	Caracterizado por comportamento inapropriado.	Relacionado á alteração na função cognitiva e alteração na memória.
Privação do sono.	Caracterizado por agitação, alucinações, ansiedade.	Relacionado à demência e a mudanças de estágio do sono relacionadas ao envelhecimento.
Insônia.	Caracterizado por	Relacionado

	alterações de comportamento.	desorientação no tempo e no espaço.
Desesperança.	Falta de envolvimento no cuidado.	Relacionado à deterioração da condição fisiológica e isolamento social.
Perambulação	Caracterizado por andar de um lado para o outro e perder-se.	Relacionado a déficits de memória, recordação e desorientação.
Síndrome do idoso frágil.	Caracterizado por Deambulação prejudicada, déficit no autocuidado para alimentação, déficit no autocuidado para banho, déficit no autocuidado para higiene íntima, déficit no autocuidado para vestir-se e desesperança.	Relacionado à alteração na função cognitiva e doença crônica.
Manutenção ineficaz da saúde.	Caracterizado por ausência de interesse em melhorar comportamentos de saúde e incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde.	Relacionado à alteração na função cognitiva e habilidades de comunicação prejudicadas.
Sofrimento moral.	Caracterizado por Angústia (p. ex., impotência, ansiedade, medo) em relação a agir de acordo com a própria escolha moral.	Relacionado à perda da autonomia e conflitos entre os tomadores de decisão.
Autonegligência.	Caracterizado por incapacidade de realizar atividade diária, necessita de ajuda para realizar higiene pessoal e depender de família ou cuidador.	Relacionado por prejuízo cognitivo.
Deglutição prejudicada.	Caracterizado por dificuldade para se alimentar.	Relacionado ao estágio avançado da Doença de Alzheimer.
Déficit no autocuidado para vestir-se.	Caracterizado por incapacidade de realizar atividades diárias básicas (capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessário).	Relacionado a prejuízo cognitivo e diminuição de motivação.

Déficit no autocuidado para alimentação	Caracterizado por dificuldade de deglutição e incapacidade de levar o alimento de um recipiente à boca	Relacionado a prejuízo cognitivo.
Déficit no autocuidado para banho.	Caracterizado por incapacidade de realizar atividades diárias básicas.	Relacionado a prejuízo cognitivo e diminuição de motivação.
Déficit no autocuidado para higiene íntima.	Caracterizado por incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada, incapacidade de manipular as roupas para realizar a higiene íntima.	Relacionado ao estado de mobilidade prejudicada, motivação diminuída e prejuízo cognitivo.
Incontinência intestinal.	Caracterizado por manchas de fezes nas roupas, odor fecal.	Relacionado à cognição prejudicada e perda do controle do esfíncter anal.
Deambulação prejudicada.	Caracterizado por capacidade prejudicada para percorrer as distancias necessárias.	Relacionado a prejuízo cognitivo.
Capacidade de transferência prejudicada.	Caracterizado por capacidade prejudicada de transferir-se da cama para a cadeira.	Relacionado à mobilidade prejudicada e alteração da função cognitiva
Mobilidade física prejudicada.	Caracterizado por alteração da marcha, redução na amplitude de movimentos e Instabilidade postural.	Relacionado à alteração da função cognitiva, controle muscular diminuído e desuso.
Mobilidade no leito prejudicada.	Caracterizado por capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama, capacidade prejudicada de mover-se de um lado para o outro na cama.	Relacionado a prejuízo cognitivo.

**QUADRO 3 - Diagnósticos de Risco segundo taxonomia de NANDA
(2012-2014) e (2015-2017)**

Diagnóstico de Enfermagem	Fator de Risco
Risco de dignidade humana comprometida.	Invasão percebida da privacidade, participação inadequada na tomada de decisão, perda de controle sobre as funções corporais, revelação de informações confidenciais, tratamento desumano percebido.
Risco de solidão.	Isolamento físico, isolamento social, privação afetiva.
Risco de síndrome do desuso.	Nível de consciência alterado e imobilização mecânica.
Risco de integridade da pele prejudicada.	Extremo idade, fatores mecânicos (p. ex., forças abrasivas, pressão, imobilidade física), Pressão sobre saliência óssea.
Risco de ulcera por pressão.	Escore maior que oito na escala de bradem, alteração na função cognitiva, déficit de autocuidado, extremo idade, imobilização física ou redução na mobilidade.
Risco de aspiração.	Capacidade de deglutição prejudicada.
Risco de queda.	Idade maior ou igual 65 anos, uso de dispositivos auxiliares (p. ex., andador, bengala, cadeira de rodas) e alteração na função cognitiva.
Risco de volume de líquido deficiente.	Extremo idade, falha nos mecanismos reguladores.
Risco de incontinência urinária de urgência.	Relaxamento involuntário do esfíncter.

Planejamento de Enfermagem e Implementação do cuidado ao portador da Doença de Alzheimer

Diante da dificuldade do cuidado ao idoso com Alzheimer em decorrência ao agravamento dos sintomas é importante a criação de um planejamento do cuidado e estabelecer rotinas que facilitam a família/cuidador a lidar esse processo do cuidar e principalmente ajude o idoso a cuidar de si.

Com foco na realização do cuidado em domicílio e a partir dos diagnósticos pertinentes as características apresentadas pelo idoso portador do mal de Alzheimer

encontrados, foi realizado um plano assistencial dando sequência as etapas de Planejamento de Enfermagem e Implementação de Enfermagem da SAE.

QUADRO 4 - Diagnóstico Real e Intervenção de Enfermagem no cuidado diário ao portador da Doença de Alzheimer.

Diagnóstico de Enfermagem	Planejamento de Enfermagem	Implementação de Enfermagem
Confusão aguda e Confusão crônica.	Espera-se que o cuidador compreenda o estado de confusão do cliente e aprenda a contornar a situação.	Falar de maneira clara e objetiva com o paciente, mantendo contato visual; Criar um vínculo de confiança; Evitar falar dos problemas e dificuldades do paciente na frente do mesmo; Manter padrão de cuidados respeitosos e empáticos.
Síndrome de interpretação ambiental prejudicada.	Espera-se que o cliente identifique os cômodos da casa através das sinalizações.	Colocar placas de identificação dos cômodos para facilitar o trajeto do idoso pela casa sem que ele se perca.
Memória prejudicada.	Espera-se que o cliente consiga identificar seus familiares, amigos e objetos.	Orientar o cuidador a mostrar fotografias antigas e atuais com familiares e amigos. Selecionar 4 objetos por dia para avaliar se o idoso consegue identifica-los.
Comunicação verbal prejudicada.	Espera-se estabelecer um vínculo de comunicação entre o cuidador e o cliente evitando o estresse do mesmo ao não conseguir expressar o que deseja.	Encorajar o cliente a repetir a palavra. Oferecer sugestões verbais. Falar de forma clara com palavras de fácil compreensão. Evitar gritar com o paciente. Se possível acompanhamento com fonoaudiólogo.
Conhecimento deficiente.	Espera-se que o paciente se acalme e preservar a integridade física do	Falar com o paciente de forma clara e com tom de seriedade. (Não usar

	mesmo.	deboches, ameaças e gritar com paciente, pois pode despertar mais agitação). Não debater com o paciente e nem usar de força física. Fazer uso de contenção mecânica caso ele ofereça perigo a sua própria integridade física.
Privação do sono e Insônia.	Espera-se manter um equilíbrio entre o período de repouso e o período de atividade.	Limitar o tempo de sono durante o dia. Aplicar musicoterapia para proporcionar relaxamento. Reduzir os ruídos durante o horário de dormir.
Sofrimento moral.	Espera-se que o paciente faça parte na tomada de decisão e que os cuidadores considerem as escolhas do paciente.	Orientar aos cuidadores a conversar com o paciente sobre tomada de decisão a respeito do mesmo. Não agir como se o paciente não existisse. Não demonstrar conflitos ou insatisfação na frente do paciente.
Desesperança e Autonegligência.	Espera-se desencadear um comportamento positivo a respeito do autocuidado.	Evolver o paciente em seu próprio cuidado.
Perambulação.	Espera-se reduzir ansiedade que provoca perambulação e diminuir riscos relacionados à queda.	Organizar uma agenda semanalmente com rotinas e atividades que estimulam suas funções cognitivas. Adaptar a casa para se tornar seguro para o idoso (instalar corrimão no banheiro e no corredor da casa, retirar tapetes e objetos no meio do caminho, colocar proteção nas janelas).
Síndrome do idoso frágil e manutenção ineficaz da saúde.	Espera-se que o paciente ganhe autonomia e não perca o interesse pelo cuidado básico da saúde.	Estimular o autocuidado na realização das atividades diárias.

<p>Deglutição prejudicada e Déficit no autocuidado para alimentação.</p>	<p>Prevenir broncoaspiração alimentar, manutenção do estado nutricional e autocuidado para alimentação.</p>	<p>Posicionar paciente sentado. Auxiliar na alimentação e manuseio dos talheres.</p>
<p>Déficit no autocuidado para vestir-se.</p>	<p>Autocuidado para as atividades diárias; vestir-se e arrumar-se.</p>	<p>Estimular o paciente a escolher sua própria roupa. Colocar a roupa ao alcance do paciente durante o banho. Reforça as tentativas de se vestir sozinho. Orientar o cuidador a sempre estar ao lado para auxiliar quando necessário. Se não conseguir se vestir sozinho dar o comando para ele ajudar a se vestir. Ex: (levanta o braço direito, levanta a perna esquerda).</p>
<p>Déficit no autocuidado para banho.</p>	<p>Espera-se que o paciente desenvolva autonomia para banhar-se.</p>	<p>Utilizar cadeira higiênica e barras de segurança quando necessário para evitar quedas. Se o paciente não conseguir se banhar sozinho dar o comando para estimular ele ajudar na hora do banho. Ex: (lava a cabeça, abre o braço para lavar as axilas). Se paciente acamado estimular a movimentação no leito quando possível.</p>
<p>Déficit no autocuidado para higiene íntima.</p>	<p>Espera-se prevenir infecções, eliminar odores e estimular o autocuidado para higiene íntima.</p>	<p>Dar assistência na higiene íntima. Auxiliar paciente na utilização da privada. Manter cuidado com períneo.</p>
<p>Incontinência intestinal.</p>	<p>Evitar expor condições fisiológicas do paciente. Prevenir dermatite por</p>	<p>Fazer uso de fralda. Não deixar paciente ficar com fralda suja de fezes.</p>

	fralda.	Usar pomada tópico com oxido de zinco.
Deambulação prejudicada e mobilidade física prejudicada.	Espera-se reduzir riscos de queda e que o paciente consiga se locomover em segurança.	Não deixar paciente deambular sozinho. Usar dispositivos de auxilio como bengala e andador. Retirar tapetes e objetos do caminho.
Mobilidade no leito prejudicada e capacidade de transferência prejudicada.	Espera-se evitar a ocorrência de úlceras por pressão, prevenir atelectasia pulmonar relacionada ao confinamento na cama com pouca movimentação.	Orientar ao cuidador a importância de realizar mudança de decúbito. Manter lençol esticado, trocar roupa de cama quando apresentar umidade. Usar um lençol para movimentar o paciente. Auxiliar o paciente durante a transferência da cama para cadeira e vice e versa.

QUADRO 5 - Diagnóstico de Risco e Intervenção de Enfermagem no cuidado diário ao portador da Doença de Alzheimer.

Diagnóstico de Enfermagem	Planejamento de Enfermagem	Implementação de Enfermagem
Risco de dignidade humana comprometida.	Espera-se que o cuidador não cometa violação moral (liberdade e honra) o idoso se sinta respeitado.	Deixar que o paciente participe na tomada de decisão perante as condutas realizadas com ele. Não esboçar face de nojo ou citar palavras desagradáveis a respeito de odores característicos das funções fisiológicas. Não debochar do quadro clinico do paciente.
Risco de solidão.	Espera-se manter vínculo entre cuidador e paciente e manter idoso em convivência com a sociedade.	Orientar ao cuidador/família estabelecer relação afetiva com o paciente. (Conversar, acariciar e fazer com que ele se sinta importante).

Risco de síndrome do desuso.	Espera-se através de medidas propostas prevenir complicações decorrentes da imobilização. (Úlcera por pressão, constipação, estase das secreções pulmonares, trombose, redução dos movimentos articulares).	Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas. Usar relógio informativo para cada posição. Manter colchão piramidal no leito. Manter o alinhamento da posição corporal. Manter barreira na planta dos pés a fim de evitar “pé equino”. Manter rolo na palma das mãos. Orientar os familiares quanto à possibilidade e importância de realizarem exercícios passivos. (Indicar fisioterapia). Realizar massagens de estímulo circulatório durante o banho. Proteger proeminências ósseas.
Risco de volume de líquido deficiente.	Aumentar a ingesta hídrica e minimizar riscos de desidratação.	Criar imãs de copinhos e colar na geladeira para que o idoso possa se lembrar de beber água sempre que for à cozinha. Oferecer líquido ao paciente.
Risco de incontinência urinária de urgência.	Evitar expor paciente. Minimizar risco de lesionar a pele devido contato direto com urina.	Fazer uso de fralda geriátrica. Não deixar paciente urinado por muito tempo, realizar higiene íntima sempre for necessário e aplicar pomada de uso tópico com óxido de zinco.
Risco de integridade da pele prejudicada e risco de ulcera por pressão.	Prevenir interrupção da integridade da pele.	Realizar mudança de decúbito de 2/2 horas. Usar relógio informativo para cada posição. Manter colchão piramidal no leito. Manter o alinhamento da posição corporal. Proteger proeminências ósseas.
Risco de aspiração.	Prevenir broncoaspiração por alimentação.	Posicionar paciente sentado sempre que for

		alimentar o paciente, respeitar o tempo que o paciente precisa para deglutir bolo alimentar.
Risco de queda.	Prevenir danos ao paciente decorrentes de queda.	Usar dispositivos auxiliares para deambulação. Não deixar objetos no caminho. Retirar tapetes. Instalar barras de segurança em corredores e banheiros da casa. Se acamado manter grades da cama elevada ou instalar protetores na cama.

Podemos perceber que os Diagnósticos de enfermagem estão interligados, logo vimos que as intervenções de enfermagem podem ser repetitivas em algumas situações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo podemos concluir que em decorrência da transição epidemiológica e o aumento da população idosa as doenças relacionadas ao estado senil estão se tornando cada vez mais evidentes, dentre ela destacamos a Doença de Alzheimer cujo um dos fatores de risco é a idade.

Foi possível constatar que a doença de Alzheimer ocorre em três estágios que estão caracterizados pela perda das funções cognitivas que reflete na sua vida de uma pessoa idosa, pois, com o avanço de cada estágio o torna impossibilitado de realizar atividades básicas da vida diária e faz do idoso dependente de um cuidador. Visto que é uma doença degenerativa e progressiva foi levado em consideração a realização dos cuidados diários através de rotinas que visam minimizar efeitos negativos da doença, estimular o autocuidado e auxiliar a família e/ou cuidador a lidar com o processo do cuidar.

Enfatizando que o enfermeiro tem o papel de educador em saúde, neste contexto o enfermeiro que assisti o paciente com Doença de Alzheimer tem seu olhar voltado não só para o idoso como também para família e/ou cuidador ajudando estabelecer o vínculo entre os mesmos e encorajando a família e principalmente os

capacitando para realização do cuidado pois é importante que o cuidador conheça a doença, as limitações que ela causa para assim conseguir conviver e cuidar do idoso com Doença de Alzheimer.

Através dos diagnósticos de enfermagem da NANDA e plano assistencial criado com base na SAE podemos perceber que foi possível organizar o processo do cuidado facilitando a rotina promovendo qualidade de vida.

Nós profissionais enfermeiros aprendemos ao longo da nossa formação que a nossa essência é o olhar observador holístico e cuidado humanizado sendo assim a pesar de ser uma doença incurável os idosos portadores da Doença de Alzheimer merecem nesta etapa da vida serem tratados de forma individualizada, com respeito e dignidade.

REFERENCIAS

1. APRAHAMIAN, Ivan; MARTINELLI, José Eduardo; YASSUDA, Mônica Sanches. **Doença de Alzheimer: Revisão da Epidemiologia e Diagnóstico**. RevBrasClinMed, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a27-35.pdf>>. Acesso em: 24/09/2016 às 17h: 27min.
2. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0491_23_09_2010.html>. Acesso em: 02/04/2016 às 10h: 45min.
3. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Estatuto do Idoso 3ª Edição 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em: 25/09/2016 às 13h: 04min.
4. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014 / NANDA Internacional. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 / NANDA Internacional. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015.
6. DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; Andrade, Claudia Laranjeira de; Lebrão, Maria Lúcia. **O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos**. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>>. Acesso em: 13/10/2016 às 14h:15min.
7. FOSTER P.C, Benett A.M. Dorothea E. Orem. In: George JB. **Teorias de enfermagem: os fundamentos a pratica profissional** [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4a ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000.375 p. p. 83-101.

8. KOHNLEIN, Juliana do Nascimento; Schneider, Mariele Amaral; Bugs, Sabrina; Kaefer, Cristina T. **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)- Uma Reflexão de Sua Metodologia.** (2010). Disponível em: <[http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/SISTEMATIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20ASSIST%C3%8ANCIA%20DE%20ENFERMAGEM\(SAE\)%20-%20uma%20reflex%C3%A3o%20de%20sua%20metodologia.pdf](http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/SISTEMATIZA%C3%87%C3%83O%20DA%20ASSIST%C3%8ANCIA%20DE%20ENFERMAGEM(SAE)%20-%20uma%20reflex%C3%A3o%20de%20sua%20metodologia.pdf)>. Acesso em: 13/10/2016 às 15h:00.
9. LUZARDO Adriana Remião; Gorini, Maria Isabel Pinto Coelho; Silva Ana Paula SchefferSchell. **Características de Idosos com Doença de Alzheimer e Seus Cuidadores: Uma Série de Casos em um Serviço de Neurogeriatria.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06>>. Acesso em: 14/09/2016 às 12h:50min.
10. SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G; HINKLE, Janice L; CHEEVER, Kerry H. Brunner E Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Décima Primeira Edição. Volume 1. Tradução Fernando Diniz Mundim. José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro, 2008.
11. SOARES, Enedina; FONSECA, Aline Miranda. **Cidadania e o Cuidado de Enfermagem aos Portadores de Doença de Alzheimer.** (2009). Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/278/261>>. Acesso 16/05/2016 às 20h: 10min.
12. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso 13/10/2016 às 15h: 45min.
13. RIBEIRO, Cléris Ferreira. **Doença de Alzheimer: A Principal Causa de Demência nos Idosos e seus Impactos na Vida dos Familiares e Cuidadores.** (2010). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3057.pdf>>. Acesso em: 02/04/2016 às 10h:10min.