

**ASSOCIAÇÃO CULTURAL EDUCACIONAL DE ITAPEVA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS DE ITAPEVA**

**ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AOS
PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

**Camila Lopes Pierino
Evelin Barros Camargo
Isabeli Cristina O. Silva
Jessiane Gomes Souza
Juliana C. Camelotto Paiva**

Itapeva – São Paulo – Brasil

**ASSOCIAÇÃO CULTURAL EDUCACIONAL DE ITAPEVA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E AGRÁRIAS DE ITAPEVA**

**ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AOS
PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

**Camila Lopes Pierino
Evelin Barros Camargo
Isabeli Cristina O. Silva
Jessiane Gomes Souza
Juliana C. Camelotto Paiva
Prof. Taís Contenças**

Outubro/2012
Itapeva - SP

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER

PIERINO, C. L¹.
CAMARGO, E. B¹.
SILVA, I. C. O¹.
SOUZA, J. G¹.
PAIVA, J. C. C¹.

1 Discentes do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva.

CONTENÇAS, T.S².

2 Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva.

RESUMO

A Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência em idosos. Atinge cerca de 8 a 15% da população com 65 anos ou mais, sendo a 4º causa de morte em países desenvolvidos. Os sintomas iniciais da DA são caracterizados pela perda progressiva da memória e das habilidades motoras. Nas fases mais avançadas pode apresentar mudanças de comportamento, confusão mental e após 6 a 12 anos do início dos sintomas a doença pode levar a óbito. O tratamento farmacológico é limitado e o diagnóstico não é preciso. Esse trabalho tem como objetivo discorrer sobre os cuidados de enfermagem prestados a pacientes com esta demência.

Palavras- chave: Doença de Alzheimer, cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Alzheimer's Disease is the most common form of dementia in the elderly. Affects about 8-15% of the population aged 65 years or more, being the 4th leading cause of death in developed countries. The initial symptoms of DA are characterized by progressive loss of memory and motor skills. In the later stages may have behavioral changes, confusion, and after 6 to 12 years from the onset of symptoms the disease can lead to death. Pharmacological treatment is limited and the diagnosis is not accurate. This paper aims to discuss the nursing care provided to patients with this dementia.

Keywords: Alzheimer's disease, care nursing.

INTRODUÇÃO

O Sistema Nervoso (SN) é responsável por controlar e realizar muitas ações complexas, através de informações recebidas de vários órgãos sensoriais, que tem como resposta desempenhar a ação que foi estimulada (GUYTON e HALL, 1997).

O SN é dividido em sistema nervoso central (SNC), formado pelo encéfalo e medula espinhal e sistema nervoso periférico (SNP), formado pelos nervos e gânglios (GUYTON, 1988).

O encéfalo é o principal órgão do SNC, responsável pelo armazenamento de memórias, é o local onde são elaborados os pensamentos e as emoções (GUYTON, 1988).

A DA é definida como uma síndrome clínica, onde ocorre a decadência de forma progressiva em diversos domínios cognitivos como na fala, perda de memória, agnosia, praxia e funções executivas, afetando a vida social do indivíduo. Cada paciente tem um nível de comprometimento que está diretamente relacionado com o tempo e a evolução da doença (MANFRIM e SCHMIDT, 2006).

Esse trabalho tem como objetivo apresentar a importância da assistência de enfermagem na DA.

EPIDEMIOLOGIA

Cerca de 4 milhões de pessoas são afetadas pela doença, 50% dessa população com idades iguais ou acima de 85 anos. O risco é aumentado conforme a velhice, dobrando de cinco em cinco anos após os 65 anos (ZABAR, 2006).

Em um estudo brasileiro feito na cidade de Catanduva (SP), onde 165 pessoas com 65 anos ou mais, foram submetidas a uma avaliação com diagnóstico de demência em 118 idosos, sendo que 55,1% receberam diagnóstico de DA (AREZA- FEGYVERES, 2000).

A DA grave atinge cerca de 4% das pessoas com idade acima de 65 anos, levando-as a incapacidade de realizar suas atividades (BENATAR, et al., 2006).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações ocorridas nos pacientes com a DA não são observadas através de exames no primeiro momento, mas por pessoas mais próximas, que percebem algo de errado, como a desorganização, a perda de objetos, perda de compromissos. Com o avanço da DA, manifestações

psiquiátricas são comuns, como a alteração da personalidade, comportamento agressivo, alucinações, distúrbio do sono (BENATAR, et al., 2006).

Nas fases mais avançadas da DA surgem sinais de parkinsonismo, que deixa mais difícil de diferenciá-la de outras demências, mas uma de suas características é que o portador não apresenta déficit motor (ZABAR, 2006).

A DA apresenta três estágios observados na maioria dos casos, embora possam ocorrer variações, relacionadas por fatores como a idade em que aparecem os sintomas, sexo, nível de escolaridade, além de alterações de base genética ou biológica (AREZA-FEGYVERES, 2000).

De acordo com a Manfrim e Schmidt (2006), a DA apresenta três estágios que são:

Fase inicial, onde o portador ainda consciente manifesta déficit de esquecimento, dificuldade de memorização, descuido no trabalho. Nessa fase, além dos falhos esquecimentos, ocorrem as primeiras alterações de linguagem, o que contribui ainda mais no comprometimento cotidiano do portador da doença.

Na segunda fase, todos os seus domínios intelectuais já demonstram danos. Alterações de linguagem são marcadas por discurso fluente, alteração de compreensão e repetição parcialmente reservada. Memórias recentes e remotas estão acometidas, nesta fase os pacientes podem se perder na própria casa.

Na terceira e última fase, todas as funções cognitivas já estão seriamente prejudicadas. A fala se reduz a ecolalia, palalia ou ao mutismo. Ocorre a perda dos esfínteres e os membros passam a ter rigidez generalizada. Em média, o óbito ocorre de 8 a 9 anos desde o início dos sintomas, geralmente por infecção do trato urinário (ITU) com sepse ou pneumonia aspirativa.

DIAGNÓSTICO

Segundo Yuval Zabar (2006), menos de 50% dos casos de DA têm seu diagnóstico comprovado, e a taxa das pessoas que recebem o tratamento medicamentoso é menor ainda.

Não há testes que possam diagnosticar a DA, além da biópsia cerebral. O diagnóstico só é realizado após manifestações apresentadas pelo paciente. Exames complementares como a tomografia computadorizada por emissão de fóton único, PET e a SPECT são usados para diagnosticar o fluxo sanguíneo cerebral, diferenciando o Alzheimer de outras demências (BENATAR, et al., 2006).

A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) mostram atrofia cerebral progressiva. O líquido e testes com o sangue estão normatizados. Uma progressão gradual dos déficits ou distúrbios neurológicos claramente focais deve diminuir a suspeita de que a doença é outra que não seja a DA (MUMENTHALER e MATTLE, 2007).

Apesar de se ter alguns achados em exames de imagem como dilatação dos ventrículos e alargamento dos sulcos corticais, a TC e RM são mais úteis para excluir outras possíveis causas de demências (SMAAL e MAYEUX, 2007).

Small e Mayeux (2007) dizem que a DA não é diagnosticada por exames laboratoriais, já que eles não sofrem alterações. O que pode haver é um discreto aumento de proteínas encontradas no líquido céfalo raquidiano, porém essa medida não é muito utilizada por ser necessário realizar uma punção lombar, que é um procedimento invasivo realizado pelo médico.

TRATAMENTO

Não há tratamento específico para a DA, somente o tratamento farmacológico, onde são utilizados alguns medicamentos como: tacrina, donepezil, rivastigmina e a galantamina, mas se esses medicamentos forem

interrompidos durante o tratamento podem agravar ainda mais a doença (ZABAR, 2006).

A tacrina foi a primeira droga colinomimética que teve eficácia na cognição em parte dos pacientes, mas ela pode ser tóxica ao fígado. O Donepezil e a Rivastigmina são melhor tolerados, atuam na diminuição dos sintomas da DA dos níveis iniciais e intermediários. O Metrifonato também é eficaz e observou-se que a dergocrina aumenta o humor e a capacidade de atenção (MUMENTHALER e MATTLE, 2007).

O tratamento medicamentoso consiste, além da profilaxia, prevenir os sintomas e retardo da progressão, como nas manifestações já citadas. (BENATAR, et al., 2006).

AÇÕES DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem tem o dever de estimular a família a manter o paciente com o máximo de independência enquanto possível (SMELTZER, et al., 2008).

Segundo Nettina (2007), o profissional de enfermagem deve promover independência no auto-cuidado, avaliar a capacidade de autonomia do paciente, estimular a tomada de decisão em relação a vida diária, facilitar ações simples da rotina do paciente, como usar roupas de velcro ou elástico ao invés de botões e zíper.

Deve falar lentamente e de forma simples e breve com o paciente, identificar-se sempre que encontrá-lo para melhorar a comunicação, solicitar óculos ou prótese auditiva no caso de pacientes com distúrbios de visão ou audição, procurar conhecer os sentimentos do paciente, não contestar o conteúdo de possíveis delírios, o profissional deve reforçar a realidade (NETTINA, 2007).

Para garantir a segurança do paciente, devem ser removidos objetos que possam oferecer riscos ao mesmo, avaliar a comodidade e a segurança que ela oferecer, alertar a polícia e os vizinhos quanto aos seus

comportamentos, instalar travas de segurança nas portas e barra de banheiro, estimular atividade física, iluminar sempre o local. Para melhorar seu convívio com a sociedade deve ser estimulado o paciente a participar de atividades em grupo como, danças, canto, pintura, estimular grandes grupos musculares. O cuidador deve falar de forma calma e tranquila, remover objetos que possam ser usados para dano próprio, distrair o paciente em situações desconcertantes, prevenindo da violência e agressões (NETTINA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a assistência de enfermagem é indispensável para os pacientes portadores da DA, desde seu diagnóstico ao estágio mais avançado. No início, o enfermeiro tem o papel de orientar a família sobre os devidos cuidados, visando minimizar os riscos e preservar a integridade do mesmo. Na fase terminal o profissional deve estabelecer os cuidados paliativos além da orientação ao cuidador.

REFERÊNCIAS

- AREZA-FEGYVERES, R. **Psiquiatria geriátrica**. 1ºed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- BENATAR, et al. **Neurologia**. 2ºed. Revinter, 2006.
- GUYTON, A.C. **Fisiologia humana**. 6ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- GUYTON, A.C; HALL, J.E. **Fisiologia humana e mecanismos da doença**. 6ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- MANFRIN,A; SCHIMDT,S. **Diagnóstico diferencial das demências, Tratado de Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MUMENTHALER, M; MATTLE, H. **Neurologia**. 1ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NETTINA, S.M. **Prática de enfermagem**. 8ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SMALTZER, S.C, et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ºed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ZABAR, Y. **Neurologia de Netter**. 1ºed. Porto Alegre: Artmed, 2006.