



ISSN: 1981-8963

ORIGINAL ARTICLE

IDENTIFICATION OF CLINICAL OF ALZHEIMER'S DISEASE TO THE DEVELOPMENT IN NURSING CARE

A IDENTIFICAÇÃO DO ESTADIAMENTO CLÍNICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

IDENTIFICACIÓN DE LA FASE CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PARA EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho¹, Maria José Coelho²

ABSTRACT

Objective: to identify the clinical staging of clients with Alzheimer's Disease (AD) for the development of nursing care.

Method: it is a quantitative research after approval by the Ethics and Research Committee in the Institute of Psychiatry in the Federal University of Rio de Janeiro (protocol number 0026.0.249.000-08). The subjects were 20 patients and data collection was performed from April to August 2009, and analysis with organization of the content. **Results:** the categories memory, orientation, social participation, discrimination and trial 15% of patients had scores of 0.5. The categories chores/hobbies had 20% of patients with a score of 0.5; in the category personal care 60% of patients had scores 1 and 40% of patients had score 2. **Conclusion:** we see an important deficit in daily activities taking place in nursing care related to hygiene, nutrition and associated diseases (Diabetes Mellitus and Hypertension). With the progression of memory deficits and guidance realize that the deficits in personal care, judgment/discernment and household had a tendency of progressive worsening. **Descriptors:** Alzheimer's Disease; nursing care; nursing; dependent elderly; dementia; process of nursing; plan of nursing care.

RESUMO

Objetivo: identificar o estadiamento clínico dos clientes com Doença de Alzheimer (DA) para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem. **Método:** pesquisa quantitativa, realizada no Centro de DA da UFRJ após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (número de protocolo nº0026.0.249.000-08). Os sujeitos foram 20 pacientes e a coleta de dados foi de abril a agosto de 2009. Para análise foi realizada a organização do conteúdo. **Resultados:** as categorias memória, orientação, participação social, julgamento e discernimento 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5. No item afazeres domésticos/passatempos tivemos 20% dos pacientes com escore 0,5 em a categoria cuidados pessoais 60% dos pacientes tiveram escore 1 e 40% dos pacientes tiveram escore 2. **Conclusão:** percebemos um déficit importante nas atividades de vida diária que decorrem nos cuidados de enfermagem ligados a higiene, alimentação e doenças associadas (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial). Com a progressão dos déficits de memória e orientação percebemos que os déficits de cuidados pessoais, julgamento/discernimento e afazeres domésticos tiveram uma tendência progressiva de piora. **Descritores:** doença de Alzheimer; cuidado de enfermagem; enfermagem; idoso dependente; demência; processo de enfermagem; plano de cuidados de enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar la clasificación clínica de los clientes con la enfermedad de Alzheimer (AD) para el desarrollo de los cuidados de enfermería. **Método:** se trata de una investigación cuantitativa en el Centro de la UFRJ, depues aprobada por el Comité de Ética y Investigación en el Instituto de Psiquiatria de la Universidad Federal del Río de Janeiro (número del protocolo 0026.0.249.000-08). Los sujetos fueron 20 pacientes y la recolección de datos fue de abril a agosto de 2009. El análisis fue realizado para la organización del contenido. **Resultados:** la memoria de las categorías, la orientación, la participación social, la discriminación y el juicio del 15% de los pacientes tenían puntuaciones de 0,5. En las tareas tema/hobbies tenía 20% de los pacientes con una puntuación de 0,5; en la categoría de cuidado personal el 60% de los pacientes tenían puntuaciones de 1 y 40% de los pacientes tenían puntuación de 2. **Conclusión:** hay un déficit importante en las actividades diarias en los cuidados de enfermería relacionados con la higiene, la nutrición y enfermedades asociadas (diabetes mellitus y la hipertensión). Con la progresión de los déficit de memoria y la orientación cuenta que el déficit en el cuidado personal, el juicio/discernimiento y de los hogares había una tendencia de empeoramiento progresivo. **Descriptor:** enfermedad de Alzheimer; cuidados de enfermería; enfermería; anciano dependente; demência; proceso de enfermería; plan de cuidados de enfermería.

¹Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: cicacamacho@uol.com.br; ²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: zezecoelho@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Estadiamento Clínico das Demências (CDR - Clinical Dementia Rating) é usado como um instrumento de avaliação global das demências sendo completado pelo próprio médico que assiste o paciente uma vez que grande parte das informações requerida já teria sido obtida pela história clínica ou por dados colhidos para fins de pesquisa. O CDR tem se tornado um dos principais métodos para quantificar o grau de demência e seu estadiamento. Ele avalia seis importantes domínios: memória, orientação, capacidade de julgamento e de resolver problemas, a relação com o meio social, atividades domésticas e de lazer e cuidados pessoais. As pontuações zero são normais, 0,5 suspeita de demência e 1, 2 e 3 para demência média, moderada e severa respectivamente.¹

A escala de estadiamento das demências é bastante usada e específica para avaliação do diagnóstico diferencial entre pessoas normais e com a Doença de Alzheimer. Possibilita caracterizar a transição entre o envelhecimento normal, transtorno cognitivo leve e estágio das síndromes demenciais. Além disso, visa investigar e caracterizar as diferentes categorias das atividades de vida diária tais como: memória e orientação; julgamento e solução de problemas; vida cotidiana no trabalho, compras, negócios, tarefas financeiras e grupos sociais; tarefas do lar e lazer; cuidados de higiene pessoal.²

O escore global do CDR é obtido do cálculo individual de cada domínio da escala, sendo que um CDR da escala 0 não indica demência, CDR 0,5, 1, 2 e 3 representa demência questionável, leve, moderada e grave, respectivamente.²

Um indivíduo que pontua CDR 0,5 e que mostra risco importante para desenvolver a Doença de Alzheimer, apresenta as seguintes características: esquecimento leve e constante com recuperação parcial dos eventos; alguma dificuldade para resolução de problemas; orientado com leve dificuldade nas relações temporais; leve disfunção nas atividades de vida diária; cuidados com higiene pessoal preservados.²

De um modo geral, os pacientes com CDR 1 reconhecem tanto os sintomas cognitivos (memória) como as dificuldades nas atividades de vida diária. Já os pacientes com CDR 2 reconhecem melhor os sintomas de perda de memória e deixam de reconhecer as alterações de atividade de vida diária. Esses dados podem ser úteis para auxiliar a comunicação entre médicos, pacientes e familiares e para o planejamento de

atividades de reabilitação e orientação familiar.³

Assim, o diagnóstico da Doença de Alzheimer inclui a necessidade de comprometimento de pelo menos uma função cognitiva além da memória. Usualmente, as funções executivas ou a linguagem ou a atenção seletiva e dividida são as mais precocemente acometidas depois da memória. Quando já se comprovou que duas ou mais funções cognitivas foram afetadas, a verificação do comprometimento de outras funções permitirá avaliar a intensidade da síndrome demencial e realizar orientações concernentes à reabilitação. Para esta última finalidade, avaliação neuropsicológica abrangente aplicada por profissional habilitado é a ideal.⁴

A relevância deste artigo está no fato de que a assistência de enfermagem ao idoso demenciado exige uma qualificação diferenciada, porque são estes profissionais que estão no desenvolvimento do cuidado a esta clientela. A contribuição deste artigo está na possibilidade de entendermos a elevada incidência de complicações relacionadas às atividades cotidianas com a importância do conhecimento sobre o tipo de comprometimento visando um planejamento de cuidados de enfermagem coerentes com a clientela.

Portanto, o objeto de estudo desta pesquisa é a identificação do cuidado de enfermagem em pessoas com Doença de Alzheimer através do seu estadiamento clínico. Além disso, temos como objetivo identificar o estadiamento clínico dos clientes com Doença de Alzheimer para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

MÉTODO

Pesquisa de natureza quantitativa na qual o cenário foi o Consultório de Enfermagem de uma instituição pública de referência no atendimento ao cliente com Doença de Alzheimer do Estado do Rio de Janeiro/RJ.

Os sujeitos deste estudo foram 20 pacientes com Doença de Alzheimer na referida instituição onde fazem seu tratamento e acompanhamento. O período de coleta de dados ocorreu de 01 de abril a 04 de agosto de 2009. Para análise das informações foi realizada a organização do conteúdo encontrado quanto às seguintes categorias previstas no CDR que são: orientação, memória, julgamento e discernimento, participação social, afazeres domésticos e passatempos bem como os cuidados pessoais.

O referido estudo atendeu a Resolução 196 de 1996, que trata de pesquisa com seres humanos, onde foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, em março de 2009, com protocolo nº 0026.0.249.000-08, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ANÁLISE DAS INFORMACÕES

Para entendermos as características dos cuidados de enfermagem a pessoa com Doença de Alzheimer se fez necessário traçar um perfil da clientela assistida para que seja possível detectar seus principais comprometimentos. Desta forma, pela observação e apreensão dos dados durante a coleta de dados na consulta de enfermagem foi possível compreender alguns aspectos relevantes.

A identidade é complexa porque é uma unidade composta pela conexão única e singular de diversas variáveis (sexo, idade, parentesco, profissão entre outros). Estas variáveis sendo comuns a um grande número de objetos ou indivíduos, entrecruzam-se e organizam-se de uma maneira única e singular, no interior de uma rede de pertença em relação a cada unidade. Assim, importa distinguir a rede de variáveis que se entrecruzam e organizam, de forma única, para constituir o corpus “cuidados de enfermagem” e, no seio desse “corpus”, distinguir o feixe de variáveis que caracteriza um ou outro cuidado.⁵

Desta forma, foi analisado o quantitativo de pacientes para uma breve caracterização e compreensão dos sujeitos deste estudo. Portanto, 25% dos pacientes são do sexo masculino e 75% dos pacientes são do sexo feminino o que nos leva a afirmar que a procura dos serviços de saúde pelas mulheres é superior em detrimento da clientela masculina.

Sobre a desigualdade no uso e no acesso aos serviços de saúde, temos a associação de renda, escolaridade, sexo e morbidade referida que traduzem a grande necessidade e a baixa capacidade de utilização. À relação dos idosos com os serviços de saúde são intensas, podendo traduzir injustiças e inadequações que impactam na qualidade de vida dessa população e que, por sua vez, depende de políticas públicas integradas e efetivas.⁶

Sobre a faixa etária encontramos 30% dos pacientes estiveram na faixa etária entre 60-69 anos; 20% dos pacientes estiveram na faixa etária entre 70-79 anos; 50% dos pacientes estiveram na faixa etária entre 80-89 anos.

Tal demonstrativo reafirma de que quanto mais elevada à faixa etária maior a possibilidade do diagnóstico provável da Doença de Alzheimer e neste quantitativo de pacientes 50% destes estão em faixas etárias elevadas.

O envelhecimento é, hoje, uma realidade que não pode ser ignorada na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades.⁷

O envelhecimento humano é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais, e possui algumas tendências em relação às enfermidades que levam continuamente a construção de políticas públicas para o idoso tanto no âmbito internacional assim como principalmente no âmbito brasileiro. Essas políticas estão voltadas não somente para a velhice como também veiculadas aos profissionais da saúde visando a sua divulgação e implementação.

Essa mudança no perfil epidemiológico do país é resultante de transformações da vida da população nos âmbitos social, econômico e cultural acarretando novos olhares e planejamentos, para contemplarem suas expectativas de saúde, bem como atender às demandas biopsicossociais e espirituais visando ao equilíbrio do processo vital. Em especial a espiritualidade pode ser entendida como uma ponte da dimensão plena do ser humano quando se recorre em alguns propósitos investigativos sobre o envelhecimento tendo em vista a conexão dos seus aspectos positivos da espiritualidade e evidenciando a existência de potenciais forças que o homem ao amadurecer desenvolve.⁸

No entanto, em relação ao estado civil dos sujeitos foi verificado que 35% dos pacientes são viúvos; 40% são casados; 15% divorciados e 10% são solteiros. Percebemos que a clientela ao apresentar laços familiares pequenos em virtude de divórcios e por não se casarem as dificuldades em compartilhar os cuidados são maiores e fazem com que seja necessário encaminhar seus cuidadores para grupos de apoio. Inclusive é notório quando o próprio cuidador é idoso.

Sobre esta questão, a importância da ampliação de estratégias que tenham o cuidador como sujeito principal, cabendo ao profissional de saúde e às políticas públicas valorizem a rede de suporte ao idoso dependente. Esta rede é importante como

base do processo de cuidar com qualidade. Estas duas últimas referências destacam 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.⁹

Sobre o cuidador do idoso como sujeito importante para a sequência do cuidado no domicílio existe a necessidade de programas voltados para estes para que a atividade do cuidado seja efetiva e investida através de práticas adequadas, trazendo benefícios para quem cuida e quem recebe este cuidador.¹⁰

No que tange ao aspecto da moradia dos sujeitos do estudo que residem no Estado do Rio de Janeiro foi verificado que 60% dos pacientes residem na região Norte; 30% dos pacientes residem na região Sul; 5% dos pacientes residem na região Oeste e 5% dos pacientes residem na região do Centro.

Neste aspecto a região de moradia é relevante porque a utilização de tecnologias de geoprocessamento nos serviços públicos de saúde é de extrema importância, pois permite uma análise da combinação de fatores de risco em um determinado local onde a pessoa reside, que podem levar à maior fragilidade dos idosos. Estas análises certamente trarão contribuições significativas para o cuidado ao idoso com demência, pois levam em consideração condições diversas sobre a região geográfica para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.¹¹

Quanto ao grau de escolaridade foi verificado que 20% dos pacientes são analfabetos; 40% dos pacientes têm o ensino fundamental 15% dos pacientes tem o ensino médio e 25% dos pacientes tem o ensino superior.

Interessante perceber que em termos de profissão estas se mostraram diversas, portanto, 25% dos pacientes são do lar; 5% dos pacientes são copeiras; 5% dos pacientes são advogados; 10% dos pacientes são contador; 5% dos pacientes são serventes; 5% dos pacientes são tratador de cavalos; 5% dos pacientes são ferroviários; 5% dos pacientes são motoristas de caminhão; 10% dos pacientes são professores; 15% das pacientes são costureiras; 5% das pacientes são telefonistas e 5% das pacientes são barbeiros.

Em relação aos hábitos de vida 40% dos pacientes negam o tabagismo e etilismo; 30% dos pacientes são etilistas; 15% dos pacientes são tabagistas e 15% são tabagistas e etilistas.

Para apreensão de aspectos tangíveis há uma necessidade de um alargamento dos conhecimentos e compreensão melhor sobre a

importância de hábitos de vida, costumes, crenças, a importância dos números e gêneros da população e a dimensão econômica dos cuidados. O processo consiste em descobrir as dificuldades com que um doente ou uma família se debatem, o que é que favorece esta ou aquela alteração, este ou aquele mal-estar, esta ou aquela perturbação e em procurar, com as pessoas em questão, como obviar as consequências da doença sobre a vida quotidiana.⁵ O conhecimento destes dados pessoais, profissionais passados dos pacientes e seus hábitos permitem compreender seu modo operante de vida e sua inserção social e familiar.

Nas doenças crônicas 15% dos pacientes não apresentam e 85% dos pacientes apresentam sendo que: 5% dos pacientes apresentam Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); 35% dos pacientes apresentam Hipertensão Arterial; 30% dos pacientes possuem Hipertensão Arterial associado ao Diabetes Mellitus; 10% dos pacientes apresentam Hipertensão Arterial associada à angina e 5% dos pacientes apresentam DPOC com Hipertensão Arterial.

De fato não temos como ignorar que o nosso desafio maior do século XXI tem sido cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com níveis socioeconômico e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. O processo de envelhecimento tem um impacto significativo em inúmeros fatores que afetam o desenvolvimento das sociedades e o relativo bem-estar, não só das pessoas idosas, mas também das populações jovens. Por se tratar de um grupo etário em rápido crescimento no mundo, as características sócio-demográficas são imprescindíveis para o estabelecimento, viabilidade e integração de políticas públicas de saúde que visem promover a saúde da população e controlar as doenças.¹²

Sobre as doenças agudas 40% dos pacientes apresentam e 60% dos pacientes não. Todas as enfermidades referidas tiveram solução e tratamento segundo os responsáveis dos pacientes.

Nas internações anteriores destaca-se que as internações citadas pelos cuidadores e pacientes foram diversas em relação a um mesmo cliente. Portanto, 30% dos pacientes relataram internação para realização de cirurgia de catarata; 15% dos pacientes motivados para realizar colecistectomia; 10% dos pacientes em virtude de Acidente Vascular Cerebral; 10% dos pacientes para realização de cirurgia de períneo; 10% dos pacientes em virtude de angina; 20% dos pacientes motivado

para realização de cirurgia de hérnia inguinal; 5% dos pacientes para realização de cirurgia corretiva de prolapso vesical; 5% dos pacientes para retirada de cisto no abdome; 5% para realização de amidelectomia; 5% por causa de aborto; 5% em virtude de tratamento de Pneumonia e apenas 10% dos pacientes não tiveram internações anteriores.

Quanto ao tempo de internação anterior 10% dos pacientes não tiveram; 10% dos pacientes não souberam informar este período; 10% dos pacientes relataram que há um mês estiveram internados; 40% dos pacientes tiveram o período de 3 a 5 anos de internação anterior; 15% dos pacientes tiveram o período de 6 a 15 anos de internação anterior e 15% dos pacientes foram internados anteriormente no período de 30 a 40 anos.

Em relação ao tipo de hospital 35% destes tiveram contato com hospital de clínica médica; 30% dos pacientes referiram hospital geral; 10% dos pacientes referiram hospital ginecológico; 10% dos pacientes referiram hospital de cardiologia; 5% dos pacientes informaram hospital de urologia e 10% dos pacientes não tiveram internações.

O estudo do processo dependência-autonomia em virtude de internações anteriores permite determinar porque é que este ou aquele cuidado de manutenção da vida pertence à enfermeira e de que maneira: talvez para ensinar a família a realizá-lo e indicar, também, durante quanto tempo prevê; é fundamental situar a ação no tempo diante de um novo problema que se apresenta.⁵

Sobre o motivo do encaminhamento atual 70% dos pacientes foram encaminhados por deterioração progressiva de memória e 30% dos pacientes foram encaminhados por déficit cognitivo e alteração comportamental.

Em relação a estas questões citadas nos dados coletados mostram que necessidade de cuidados ininterruptos, o difícil manejo das manifestações cognitivas e comportamentais, somadas às vivências dos laços emocionais, tanto positivos como negativos experienciados pelo convívio anterior à instalação da doença, produzem desgaste físico, mental e emocional.¹³

Sobre o que é explicado na área hospitalar 45% dos pacientes referem que não entendem; 40% dos pacientes dizem que entendem em parte e 15% dos pacientes informaram que entendem o que é explicado na área hospitalar.

No momento da consulta foi detectado que 40% dos pacientes, familiares e cuidadores

possuem dúvidas diversas e 60% dos pacientes, familiares e cuidadores não referiram dúvidas. Foi verificado como são retiradas as suas dúvidas e obtivemos as seguintes informações: 15% dos pacientes não souberam informar porque foram sozinhos a consulta de enfermagem e tinham um declínio cognitivo importante; 5% informaram retirar suas dúvidas durante a participação das atividades oferecidas; 20% informaram que retiram suas dúvidas nas consultas de enfermagem; 45% informaram que tiram suas dúvidas nas consultas médicas e 15% informaram que retiram suas dúvidas com os profissionais de saúde.

Sobre os cuidados que os pacientes precisam ter 20% dos cuidadores/familiares sabem; 30% dos cuidadores/familiares não sabem e 50% dos cuidadores/familiares sabem em parte.

Em relação aos cuidados diversos citados pelos cuidadores/familiares verificamos os seguintes: Higiene corporal foi citado em 50% dos casos; Alimentação foram citadas em 30%; Eliminações foram citadas em 10%; Atividades de vida diária foram citadas em 25%; Higiene oral foram citadas em 5%; Controle da Pressão Arterial foram citadas em 15%; realização do haemoglicotest (HGT) foram citados em 10%; Sono e repouso foram citados em 15%; controle de medicação foram em 5%; cuidados com a hidratação foram em 5%; Cuidados íntimos foram em 5%; Auto-cuidado foram em 5%; cuidados com alterações do comportamento foram em 5%; cuidados durante a deambulação para o controle de quedas foram em 5% e 5% não souberam informar.

Além disso, ante as situações de doenças e sobre as diversidades dos cuidados, sobretudo quando se verifica comprometimento da saúde, as pessoas devem se submeter a formas de adaptação. Nesse novo contexto, o idoso necessita de uma série de medidas planejadas e desenvolvidas com vistas a lhe facultar a maior integralidade possível. Como procedimento essencial nesse processo sobressai à realização de ações para a reabilitação dos déficits neurológicos surgidos.¹⁴

Ações estas que devem estar centradas (como visto nos dados) no grau de deterioração cognitiva que levam progressivamente a uma demanda de cuidados específicos e gerais que precisam de uma análise mais acurada e singular em relação ao paciente com Doença de Alzheimer assistido.

Sobre outras questões pertinentes foram verificados que 60% dos cuidadores necessitavam de algum tipo de suporte em

virtude de problemas como: escassa rede familiar, sobrecarga no cuidar, depressão, cuidadora idosa, filhos sem disponibilidade para cuidar, dificuldade na autoridade com a avó, não reconhece a filha e o impacto da doença. Dentre estas questões verificamos que 5% dos pacientes foram encaminhados para fonoaudiologia e fisioterapia e 35% dos familiares/cuidadores apresentavam alguma dificuldade no desenvolvimento dos cuidados.

Assim, os efeitos psicossociais da doença fazem do cuidador uma importante entidade no contexto das investigações científicas e da conseqüente sobrecarga, experimentado pelo cuidador ao realizar uma gama de atividades potencialmente geradoras de estresse e efeitos negativos.¹³ Tal fator leva a potenciais análises de fontes de suportes que possam amenizar a sobrecarga dentre outros fatores que contribuem para as dificuldades nos desenvolvimentos dos cuidados de enfermagem.

• *Demonstrativo do CRD dos Sujeitos do Estudo*

Diante do demonstrativo coletado que caracterizou os sujeitos do estudo tornou-se preponderante identificar o estadiamento clínico dos pacientes participantes deste estudo.

Desta forma, para análise das informações foi realizada a organização do conteúdo encontrado quanto as seguintes categorias previstas no Estadiamento Clínico das Demências (Clinical Dementia Rating - CDR) que são: orientação, memória, julgamento e discernimento, participação social, afazeres domésticos e passatempos bem como os cuidados pessoais. Portanto, o escore global do CDR foi obtido do cálculo individual de cada domínio da escala, sendo que um CDR da escala 0 não indica demência, CDR 0,5, 1, 2 e 3 representa demência questionável, leve, moderada e grave, respectivamente, sendo levado em consideração os escores de 0,5 à 2.

Realizada a organização dos dados pelas categorias estabelecidas foram encontrados os seguintes achados: Na categoria **memória** 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 40% dos pacientes tiveram escore 1 e 45% dos pacientes tiveram escore 2.

No entanto, na categoria **orientação** 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 40% dos pacientes tiveram escore 1 e 45% dos pacientes tiveram escore 2.

Na categoria **participação social** 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 35% dos pacientes tiveram escore 1 e 50% dos pacientes tiveram escore 2.

No **julgamento e discernimento** 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 55% dos pacientes tiveram escore 1 e 30% dos pacientes tiveram escore 2.

No item **afazeres domésticos e passatempos** tivemos 20% dos pacientes com escore 0,5; 25% dos pacientes com escore 1 e 55% dos pacientes com escore 2.

Na categoria **cuidados pessoais** 60% dos pacientes tiveram escore 1 e 40% dos pacientes tiveram escore 2.

CONCLUSÃO

Nestes resultados percebemos um déficit importante nas atividades de vida diária que decorrem principalmente em cuidados de enfermagem ligados à higiene, alimentação e doenças associadas como o Diabetes Mellitus, Cardiopatias e Hipertensão Arterial.

Com a progressão dos déficits de memória e orientação percebemos que os déficits de cuidados pessoais, julgamento e discernimento e afazeres domésticos tiveram uma tendência progressiva de piora o que tornam preponderantes os cuidados nestas últimas categorias evidenciadas.

Assim, o diagnóstico da Doença de Alzheimer inclui a necessidade de comprometimento de pelo menos uma função cognitiva além da memória. Usualmente, as funções executivas ou a linguagem ou a atenção seletiva e dividida são as mais precocemente acometidas depois da memória. Quando já se comprovou que duas ou mais funções cognitivas foram afetadas, a verificação do comprometimento de outras funções permitirá avaliar a intensidade da síndrome demencial e realizar orientações concernentes à reabilitação. Para esta última finalidade, avaliação neuropsicológica abrangente aplicada por profissional de enfermagem habilitado é a ideal para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Alzheimer Med Informação e Solidariedade. Critérios diagnósticos, provável doença de Alzheimer [homepage da internet]. 2008 [acesso em 2008 Dez]. Disponível em: http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod_pagina=1056.
2. Portuguese MW. Avaliação neuropsicológica nas demências. Rev SNNRS. 2004;3(1):01-09.
3. Dourado M, Laks J, Rocha M. Consciência da doença na demência: resultados preliminares em pacientes com doença de Alzheimer leve e moderada. Arq

Neuropsiquiatria [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2009 Out 09]; 63(1): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2005000100021&script=sci_abstract&tlng=pt.

4. Nitrini R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Arq Neuropsiquiatr. 2005;63(3): 720-27.

5. Collière MF. Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Lidel; 1999.

6. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Out 09]; 42(4): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000400021&script=sci_arttext.

7. Moraes EP, Rodrigues RAPR, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 Out 09]; 17(2): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000200021&script=sci_abstract&tlng=pt.

8. Barreira KS, Vieira LJES. O olhar da enfermagem para o idoso: revisão de literatura. Rev enferm UERJ [periódico na internet]. 2004 [acesso em 2009 Out 09]; 12(3): [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14654&indexSearch=ID>.

9. Camacho ACLF, Coelho MJ. Analysis from public health policies of the elderly: literature review study. Rev Enferm UFPE On Line [periódico na internet]. 2009 Abr/Jun [acesso em 2009]; 3(2):120-26. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/299>

10. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Esc Anna Nery R Enferm [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2009 Out 09]; 11(3): [aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=478309&indexSearch=ID>

11. Pavarini SCL, Mendiondo EM, Montañó M, Almeida DMF, Mendiondo MSZ, Barham EJ, et

al. Sistema de informações geográficas para a gestão de programas municipais de cuidado a idosos. Texto Contexto Enferm [periódico na internet]. 2008;17(1):[aproximadamente 9 p.]. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480928&indexSearch=ID>

12. Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSBS, Silva NN, Marucci, MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. Rev Bras Epidemiol [periódico na internet]. 2007;10(2):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1415-790X2007000200007&script=sci_arttext.

13. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto Contexto Enferm [periódico na internet]. 2006; 15(4): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400006&script=sci_abstract&tlng=pt.

14. Caetano JA, Damasceno MMC, Soares E, Fialho AVM. A vivência do processo de reabilitação após acidente vascular cerebral: um estudo qualitativo. Online Brazilian Journal of Nursing [periódico na internet]. 2007 [acesso em 2007 Set 09];6(2):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.801/228.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/10/19

Last received: 2010/01/19

Accepted: 2010/01/10

Publishing: 2010/04/01

Address for correspondence

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho
Rua José Vicente, 97 Ap.801
CEP: 20.540-330 — Grajaú, Rio de Janeiro, Brasil