

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER E SEQUELA NEUROLÓGICA GRAVE: relato de caso**

Mariana Maria Pereira Cintra Farias (1); Lhayse dos Santos Lopes (1); Mariana Barbosa da Silva (2); Irena Penha Duprat (3)

*Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)*  
[maripcintra@gmail.com](mailto:maripcintra@gmail.com)

### **Introdução**

A doença de Alzheimer (DA) foi descrita pela primeira vez em 1906, pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer, que publicou um estudo de caso acerca de uma paciente de 51 anos internada em um hospital psiquiátrico, apresentando comportamentos estranhos. Após seu falecimento, Alois pode estudar seu cérebro e percebeu que havia uma atrofia generalizada das células do córtex cerebral, área relacionada às habilidades intelectuais. <sup>(1)</sup>

Trata-se de uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, na qual provoca lesões cerebrais, levando à morte de neurônios. Nos primeiros estágios da DA encontra-se a perda de memória episódica aumentando posteriormente para prejuízos de funções cognitivas como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuoespaciais. <sup>(2,3)</sup>

Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, revelando um grande aumento após os 65 anos de idade, sendo considerado como um fator de risco para o desenvolvimento da doença. <sup>(3)</sup>

Apesar de a Doença de Alzheimer ter sido extensamente estudada durante décadas e do progresso feito na investigação da demência, ainda não há cura ou tratamento farmacológico ideal. Os objetivos clínicos do tratamento da doença consistem em aliviar os sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos e diminuir a progressão da doença. <sup>(4)</sup>

O principal meio de tratamento farmacológico é realizado por meio de inibidores da acetilcolinesterase, já que se acredita que parte dos sintomas decorra de alterações em uma substância presente no cérebro chamada de acetilcolina, que se encontra reduzida em pacientes com a doença e deve ser utilizado, preferencialmente, no estágio inicial da doença. Como tratamento não farmacológico, as evidências apontam que atividades de estimulação cognitiva, social e física beneficiam a manutenção de habilidades preservadas e favorecem a funcionalidade. <sup>(1)</sup>

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) baseia-se em cinco etapas (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação) que se integram permitindo ao enfermeiro, através de seus conhecimentos técnico-científicos, estabelecer ações que contribuem para o cuidado prestado e para a organização das condições essenciais para que a assistência seja posta em prática. <sup>(5)</sup>

Neste contexto, é fundamental implementar o processo de enfermagem no cuidado aos idosos com DA com o objetivo de sistematizar a assistência, qualificando o atendimento individual proposto pelo método, para a realização de condutas que visibilizem a prevenção de possíveis complicações, promoção em saúde e tratamento de doenças e ferimentos já instalados, de forma eficiente. <sup>(6)</sup>

O interesse pelo estudo surgiu a partir da vivência acadêmica durante estágio extracurricular, em um setor de internamento baseado em cuidados semi-intensivos, onde encontrava-se uma idosa com diagnóstico de Doença de Alzheimer e seqüela neurológica grave, cujo objetivo foi elaborar um plano de cuidados a esta idosa hospitalizada, a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem neste processo.

### **Metodologia**

Trata-se de um relato de caso, realizado no mês de dezembro de 2016, em uma unidade de cuidados semi-intensivos de um hospital da rede privada de Maceió-AL. Inicialmente foi realizada a coleta de dados através do levantamento de informações do prontuário e exame físico da paciente. Posteriormente foram elencados os Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), além da elaboração de um Plano de Cuidados com as intervenções de enfermagem.

### **Resultados e Discussão**

Sumário de Situação:

I.V.C, 79 anos, sexo feminino, viúva, 3 filhos, natural da cidade de Maceió/AL, residente no bairro do Pinheiro, em casa de alvenaria, com saneamento básico. Família nega histórico familiar para DM, HAS. Negam tabagismo, etilismo e alergias. Recusam homecare e não apresentam queixas no momento da visita. Paciente no 149º DIH, diagnosticada com Doença de Alzheimer + seqüela neurológica grave. Encontra-se em setor de internamento, classificada como cuidados semi-intensivos pelo FUGULIN, em isolamento de contato por Klebsiella Pneumoniae (KPC), sem uso

de antibióticos. Paciente grave, comatosa, sem abertura ocular aos estímulos, não responsiva às solicitações verbais, restrita ao leito. Traqueostomizada com cânula de shiley nº 6, em desmame do ventilador, alternando com oxigenoterapia por máscara de Venturi. Uso de dieta enteral pela GTT em 52 ml/hr contínuo por BI. Ao exame físico: cabelos brancos, com pouca implantação e distribuição, em alopecia parcial, ressecados, quebradiços e bem higienizados. Couro cabeludo com crostas, apresentando dermatite em reversão. Crânio simétrico, sem abaulamentos. Face simétrica. Pele íntegra, hidratada, hipocorada (+/4+) e acianótica. Sobrancelhas com boa implantação e distribuição. Conjuntiva ocular normocorada, anictérica, movimentos oculares ausentes, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Mucosa nasal íntegra, com presença de vibrissas e sem sujidades. Narinas e vestíbulo nasal sem alterações. Pavilhão auricular íntegro e conduto auditivo externo sem lesões e secreções. Lábios normocorados, hidratados, mucosa oral íntegra, língua com saburra e arcada dentária ausente. Cadeia ganglionar impalpável. Tórax simétrico, íntegro, eupnéico, mamas simétricas e sem alterações, AP: MV+, diminuídos em bases, sem RA. ACV: RCR, em 2T, BHF. Abdomen globoso, flácido, apresentando hiperemia e pequeno granuloma perigastrostomia e hematoma em região periumbilical, peristalse normal, RHA+, som timpânico à percussão, apresentando movimentos de retirada durante manipulação da GTT, sem visceromegalias. Eliminações fisiológicas presentes em fralda. Genitália sem edemas e lesões, apresentando assadura em região inguinal. MMSS e MMII íntegros, perfundidos e bem aquecidos. Apresentando edema em MMII (++/4+). Pulsos periféricos palpáveis. SSVV: T = 36,4°C, FC = 75 bpm, FR = 20 irpm, PA = 110 x 70 mmHg, Sat.: 98%. Medicamentos em uso: heparina subcutânea, dipirona (500mg), Sulfato de atropina (3gts sublingual), Fenobarbital (100mg), Cloridrato de Ranitidina (150mg), Balclofeno (10mg) e Carbamazepina (200mg).

Plano de Cuidados:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIPE)	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Atitude familiar em relação ao regime terapêutico negativa</b>	Atitude familiar em relação ao regime terapêutico positiva	Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidado  Encaminhar família para o serviço de psicologia  Orientar família sobre os riscos do internamento prolongado



<b>Desmame ventilatório eficaz</b>	Desmame ventilatório eficaz	Manter desmame ventilatório  Monitorar condição respiratória
<b>Edema periférico em MMII presente</b>	Edema periférico em MMII ausente	Manter MMII elevados  Gerenciar edema em MMII  Acionar o serviço de fisioterapia
<b>Integridade da pele prejudicada em região perigastrostomia e periumbilical</b>	Integridade da pele restaurada em região perigastrostomia e periumbilical	Avaliar sinais e sintomas de infecção  Realizar curativo da gastrostomia diariamente ou sempre que necessário  Administrar terapia anticoagulante em sítios subcutâneos alternados
<b>Risco de queda presente</b>	Risco de queda diminuído	Orientar sobre a prevenção de quedas  Manter grades elevadas  Solicitar auxílio da enfermagem sempre que necessário
<b>Risco de lesão por pressão presente</b>	Risco de lesão por pressão diminuído	Orientar sobre a mudança de decúbito a cada 3 horas  Utilizar colchão pneumático  Promover hidratação da pele  Manter integridade da pele



<b>Risco de aspiração presente</b>	Risco de aspiração diminuído	Manter cabeceiras elevadas  Ajustar BI conforme recomendações  Avaliar resposta à terapia com líquidos
<b>Risco de déficit nutricional presente</b>	Risco de déficit nutricional diminuído	Gerenciar nutrição enteral  Avaliar resposta à terapia nutricional e condição gastrointestinal  Administrar dieta conforme prescrição médica  Monitorar o volume de líquidos
<b>Risco de infecção cruzada presente</b>	Risco de infecção cruzada diminuído	Manter técnica de isolamento  Orientar sobre medidas de biossegurança  Fornecer dispositivos de segurança

### Conclusões

A Doença de Alzheimer apresenta implicações ainda maiores quando associadas à seqüela neurológica que compromete, em todos os aspectos, as funções física, cognitiva e social da paciente, que necessita de cuidados de toda uma equipe multiprofissional a fim de proporcionar conforto e minimizar os riscos relacionados ao seu estado de saúde.

A assistência demandada por esses idosos configura um processo que demanda intensa dedicação de prestadores de cuidados e da família de uma maneira geral. Nesse contexto, uma assistência de enfermagem qualificada e estabelecida através de metodologia que permite um forte





acompanhamento e resolutividade de problemas, demonstra a importância de um modelo sistematizado que prioriza, principalmente, a integralidade do sujeito no processo saúde-doença, proporcionando a prevenção de complicações e promoção à saúde.

## Referências Bibliográficas

1. Brasil, Instituto Alzheimer. Google Analytics. Endereço eletrônico: <http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/>. Acesso em: 12/01/2017.
2. Ferreira DC, Catelan-Mainardes SC. Doença de Alzheimer: como identificar, prevenir e tratar. Editora CESUMAR, Maringá – PR. Outubro, 2013. Disponível em: [www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit\\_mostra/Dhuani\\_Claro\\_Ferreira.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Dhuani_Claro_Ferreira.pdf)
3. Pereira PMCM. Doença de Alzheimer: perspectivas de tratamento. Dissertação de mestrado. Covilhã, Maio, 2013. Disponível em: [www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=5dbfba836085aa3a](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=5dbfba836085aa3a).
4. Sereniki A. Vital MABF. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. RevPsiquiatr; 30 (1 Supl). Rio Grande do Sul, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200002).
5. Soares JK, Cândido ASC. Assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus cuidadores: revisão integrativa do período de 2005 a 2013. Revista Enfermagem Contemporânea. 2014 Jun;3(1):27-36. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/313>.
6. Jesus IS, Sena EL, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. Rev. gaúcha enferm. 2010. 31(2):285-292. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200012)
7. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE: aplicação à realidade brasileira. Editora Artmed, Porto Alegre, 2015.