

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE): E O IDOSO COM ALZHEIMER E SUA INCLUSÃO SOCIAL

MIRANDA, Amaury Freitas¹
CARVALHO, Katia Cristina²
BERGAMIN, Mateus Berdin³
ZANELLA, Renata⁴

RESUMO

O presente estudo tem como embasamento a revisão bibliográfica de livros, com o intuito de demonstrar o funcionamento do sistema nervoso central com enfoque específico na doença de Alzheimer (DA) e as complicações cognitivas que a patologia traz. Tem por objetivo esclarecer sobre a doença, os cuidados que devem ser tomados através de técnicas da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), buscando uma eficácia na qualidade de vida do indivíduo no qual depende continuamente de cuidados de terceiros, com isso é evidente o desgaste físico e mental do portador e cuidador, portanto é de extrema necessidade a inserção do mesmo na sociedade, assim como promover uma qualidade de vida adequada a ambos. A partir desses dados foi construído um plano assistencial que pode ser utilizado por profissionais da área da saúde, familiares, dando a possibilidade de assim atingir os resultados esperados.

PALAVRAS-CHAVE: Sistematização da assistência de enfermagem. Alzheimer. Inclusão social.

NURSING CARE SYSTEMATIZATION (NCS): AND THE ELDERLY WITH ALZHEIMER AND ITS SOCIAL INCLUSION.

ABSTRACT

This study is the foundation literature review of books, in order to demonstrate the functioning of the central nervous system with specific focus on Alzheimer's disease (AD) and cognitive complications that the pathology brings. Aims to clarify the disease, and the care that should be given through techniques of Nursing Care Systematization (NCS), seeking an effectiveness in the individual's quality of life in which continuously depends care of others, been evident the physical and mental strain of the carrier and caregiver, therefore it is of utmost necessity to insert the patient in society and to promote an adequate quality of life for both. From these data it built a healthcare plan that can be used by health professionals, family members, giving the possibility to achieve the expected results.

KEYWORDS: Nursing Care Systematization. Alzheimer. Social inclusion.

1. INTRODUÇÃO

Entre 1906 e 1907 Alois Alzheimer comunicou seu primeiro caso da doença, que só foi denominada doença de Alzheimer por Kraepelin em 1910, supõe-se que a confusão mental estivesse ligada apenas a formas graves de demência pré-senil e de rápida evolução, o conceito de DA foi se estendendo durante a década de 70, veio a confirmação de que formas pré-senil e senil de demência apresentavam o substrato neuropatológico igual. A partir de então a diferença entre formas pré-senil e senil tornou-se falsa, e foram incluídas no conceito de DA. A DA passou a ser considerada uma doença neurodegenerativa progressiva, e heterogênea nos aspectos etiológicos, clínico e neuropatológico. A DA faz parte do grupo das mais importantes doenças comuns aos idosos, pois acomete um declínio progressivo e uma perda gradual da autonomia, ocasionando uma perda de motricidade nos indivíduos afetados e uma dependência total de outras pessoas. Na DA, esse processo se instala a partir da deterioração das funções cognitivas. (MACHADO, 2006).

Com o envelhecimento da população brasileira há o aumento de doenças crônico-degenerativas como Alzheimer, sinais como distúrbios motores podem incluir apraxia, mioclonia, marcha cambaleante e sinais extrapiramidais, bradicinesia, rigidez e tremor de repouso ou outras que afetam diretamente o declínio funcional, pois a doença de Alzheimer é uma demência que se caracteriza por ser neurodegenerativa, progressiva e irreversível, sendo evidente o envolvimento da família/cuidadores, que se tornam componentes-chave no tratamento continuo do paciente com a demência. (PEREIRA *et al*, 2006)

Faz-se necessária a manutenção de suporte médico, odontológico, psicológico e nutricional de qualidade, sendo a equipe multiprofissional fundamental para que o paciente e os cuidadores melhorem o bem-estar fisiológico e social. O cuidador do paciente de Alzheimer, mesmo não sendo o paciente primário, deve estar no foco de trabalho do profissional da área da saúde, já que os cuidadores são mais suscetíveis a infecções e mais deprimidos do que indivíduos não-cuidadores. (PADILHA *et al*, 2006).

Os pacientes e familiares queixam-se durante a avaliação médica, do declínio do desempenho cognitivo com o envelhecimento. Profissionais de saúde devem estar presentes nas avaliações para identificar e comprovar a importância relativa das queixas ou dos sintomas detectados para que então possa possibilitar a determinação do estado de acuidade

¹ Estudante de Enfermagem na Faculdade Assis Gurgacz – FAG. E-mail: amaurymiranda@hotmail.com

² Estudante de Enfermagem na Faculdade Assis Gurgacz – FAG. E-mail: katia.cristina.carvalho@hotmail.com

³ Estudante de Enfermagem na Faculdade Assis Gurgacz – FAG. E-mail: berg.mim@hotmail.com

⁴ Mestranda de Educação nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe. Especialista em Enfermagem e Saúde do Trabalhador e em Metodologia do Ensino Superior. Enfermeira. Docente da Faculdade Assis Gurgacz – FAG. E-mail: renatazanella@fag.edu.br

mental atual do paciente, considerando as variações individuais influenciadas pela idade e pelo grau de escolaridade. Evidências de esquecimento aparente (p. ex.: pacientes repetitivos durante a avaliação, inobservantes quanto ao uso correto da medicação), alterações psicológicas, de personalidade e no cuidado pessoal adequado podem ser as primeiras pistas para a detecção da deterioração cognitiva. (MACHADO, 2006).

Ao decorrer da doença, surgem diversas necessidades médicas, psicológicas e sociais então os cuidados devem ser prestados por meio de uma intervenção interdisciplinar, de acordo com as demandas apresentadas nos diferentes fases da doença. O cuidado tem que ser realizado de modo geral observando também os problemas psicossociais e médicos dos familiares. Podem por vezes surgir conflitos de interesse a serem administrados, e, em geral, há um despreparo muito grande das pessoas para lidar com pacientes portadores de Alzheimer, bem como para assumir os novos papéis decorrentes das limitações impostas. Por isso, o tratamento eficaz requer a abordagem do paciente, dos familiares e dos cuidadores. A atenção às necessidades e às preocupações das demais pessoas envolvidas acarreta reflexos positivos também sobre o paciente. (MACHADO, 2006).

A DA considerada uma doença que degenera e destrói as relações pessoais, financeiras e emocionais, por estar diretamente interligada a base familiar e social. Por intermédio de informação, discussão, reflexão, orientação e aconselhamento, os atendimentos visam a propiciar melhor condução dos conflitos formados ou mesmo prevenção daqueles antevistos. Essas intervenções facilitam a identificação e o encaminhamento das necessidades do paciente e de seus familiares e cuidadores, favorecendo as estratégias tornando-as satisfatória e eficaz junto ao paciente. Além disso, promovem um melhor entendimento do significado da doença e de seus efeitos no contexto sócio familiar e, em consequência, propiciam uma melhoria nas relações familiares. O aconselhamento familiar deve ser realizado por equipe multidisciplinar composta por assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais com formação específica. (MACHADO, 2006).

A contribuição da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) frente ao idoso com Alzheimer e sua inclusão social, busca ajudá-lo na sua inserção perante a sociedade e na obtenção de conhecimento sobre a doença pela sociedade, já que há falha de informação dos fatores patológicos presentes, além dos conhecimentos relacionados aos cuidados de saúde e auxílio psicológico. Muitas vezes o cuidador do idoso com Alzheimer não possui domínio sobre a patologia, e muito menos sobre a necessidade do paciente de convívio em sociedade e estimulação com atividades educativas e culturais. Portanto, dentre os objetivos, buscou-se a melhoria das condições do convívio do paciente idoso com Alzheimer, e a demonstração do que se pode fazer pelo paciente e pelos seus familiares obtendo um tratamento de qualidade, realizado pelo Enfermeiro, com atividade terapêutica não hospitalar. Além disso, buscou-se descrever os cuidados médicos, psicológicos e sociais que são totalmente indispensáveis, mostrando que a busca pela inserção social com atividades educativas e recreativas melhora a qualidade de vida do portador de Alzheimer, e é fundamental para o tratamento, buscando desenvolver medidas de intervenção sobre as alterações cognitivas, na tentativa de minimizar a progressão da doença e evitar a reclusão do paciente devido ao declínio do estado homeostático e ajudar no tratamento de adaptação.

2. METODOLOGIA

O presente artigo constitui-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem bibliográfica e de corte longitudinal, tendo como base científica livros e artigos encontrados em banco de dados científicos dos últimos quinze anos, sendo que a pesquisa foi realizada na cidade de Cascavel – PR. Na biblioteca da Instituição de Ensino Faculdade Assis Gurgacz – FAG.

Para atender aos objetivos específicos, a coleta de dados foi desenvolvida em três etapas: (1) seleção de literatura clássica e artigos científicos dos últimos 15 anos, presentes na internet, para a obtenção resultados sobre o assunto; (2) análise do material bibliográfico que preenchem o objetivo do referido estudo (3) compilação dos dados obtidos por via dos métodos supracitados a fim de relatar e comparar com o descrito na literatura, obtendo assim melhor conhecimento sobre o tema proposto.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O sistema nervoso central é composto pela medula espinal e pelo encéfalo (tronco encefálico, cerebelo e cérebro).

a) Medula espinal:

A medula espinal está localizada continuamente ao tronco cerebral, estende-se ao longo do canal vertebral, consiste em substância cinzenta no centro e nas periferias substância branca. Possui tratos ascendentes e descendentes, os primeiros irão conduzir impulsos dos receptores sensitivos localizados na periferia do corpo até o encéfalo. Os tratos descendentes conduzirão impulsos motores do encéfalo para músculos e glândulas. A medula também serve como um centro de controle dos reflexos espinais, os quais podemos citar: controle da frequência respiratória, cardíaca e atividades do sistema digestório (GRAAFF, 2003; SILVERTHORN, 2010).

b) Tronco Encefálico:

O tronco encefálico consiste em bulbo, ponte e mesencéfalo. O bulbo é a transição entre da medula espinal para o encéfalo. É responsável pelo controle das funções involuntárias (pressão sanguínea, frequência respiratória e vômito), também é o local da origem de muitos nervos cranianos. A ponte localiza-se acima do bulbo, atua como estação retransmissora de informações entre o cerebelo e o cérebro e também atua no controle da respiração juntamente com o bulbo. O mesencéfalo possui corpos quadrigêmeos, que se relacionam com reflexos visuais e auditivos e os pedúnculos cerebrais, constituído por tratos de fibras. Contém também núcleos especializados que ajudam a controlar a postura e movimentos (GRAAFF, 2003; SILVERTHORN, 2010).

c) Cerebelo:

É segunda maior estrutura do encéfalo, é formado por dois hemisférios e uma área central denominada de verme, está localizado na face inferior e posterior da cavidade do crânio. A principal função do cerebelo é a contração dos músculos esqueléticos, permitindo assim a manutenção da postura e tônus muscular. O cerebelo também processa informação recebida dos tendões e articulações para aprimorar padrões de movimentos aprendidos para manutenção do equilíbrio (GRAAFF, 2003; SILVERTHORN, 2010).

d) Cérebro:

O cérebro está localizado na região do telencéfalo, possui dois hemisférios, direito e esquerdo separados incompletamente pela fissura longitudinal do cérebro. Parte dos hemisférios está ligados pelo corpo caloso, a foice do cérebro se estende pela fissura longitudinal e cada hemisfério contém uma cavidade central denominada ventrículo lateral. Existem duas camadas no cérebro a superficial constituída pelo córtex cerebral e abaixo do córtex a camada de substância branca. O córtex cerebral caracteriza-se por inúmeras pregas e sulcos denominadas circunvoluçãoes. Nasas as pregas elevadas chamadas de giros do cérebro e os sulcos escavados são os sulcos do cérebro (GRAAFF, 2003).

O cérebro possui cinco pares de lobos (frontal, parietal, temporal, occipital, insular) no interior de dois convolutos hemisféricos os quais se relacionam com as funções mais elevadas do encéfalo, entre elas destacam-se a percepção de impulsos sensitivos e sensoriais, indução do movimento voluntário, armazenamento de memória, processo do pensamento e capacidade de raciocínio. Também funções instintivas e emocionais são relacionadas a este órgão (GRAAFF, 2003).

O cérebro do indivíduo idoso apresenta claras diferenças morfológicas em relação ao do indivíduo jovem: o seu tamanho é menor, em média, o que resulta em menor peso. Alguns giros são mais finos e separados por sulcos mais abertos e profundos. Os ventrículos e demais cavidades cerebrais são mais largos, o que resulta em menor espessura das regiões corticais. Esses sinais macroscópicos de atrofia podem ser identificados nos indivíduos vivos utilizando técnicas de imagem como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética e, após a morte, pela inspeção direta do cérebro. Essa análise indica que as alterações não ocorrem igualmente em todo o cérebro: geralmente são maiores nas regiões frontais e temporais, justamente as que estão envolvidas com as funções cognitivas mais sofisticadas, que necessitam da memória para sua operação normal. (LENT 2010, p.65-66)

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOENÇA DE ALZHEIMER

“A Doença de Alzheimer (DA), é reconhecida, a exemplo de outras demências, como um importante problema de saúde pública em todo o mundo”. (MACHADO, 2006, p. 260).

Falhas no diagnóstico e na detecção precoce da (DA), são comuns e frequentes na maior parte dos casos. Normalmente pacientes e familiares ao reconhecerem os sintomas acreditam que faz parte do envelhecimento. Porem DA e o envelhecimento possuem fatores distintos. No envelhecimento as funções cognitivas são alteradas de forma menos agressiva gerando uma lentidão de processamento de informações, entretanto as mesmas não são incapacitantes. O conceito de demência associado com a doença de Alzheimer embora esteja ultrapassado, as dificuldades de diagnosticar a doença persistem, especialmente quando falamos em fase inicial da doença onde na maioria das vezes o paciente está propício aos danos ou tenta esconde-los para que não seja notado. (MACHADO, 2006).

A evolução da DA é progressiva e uniforme desde os primeiros sinais de alteração, inevitavelmente o paciente perde suas funções cognitivas chegando até a completa perda de memória e morte. Podem apresentar momentos de estabilização durante um curto período, em que o distúrbio não apresenta alteração, entretanto a evolução normalmenteente retorna (SMALL e MAYEUX, 2002).

Comprometimento da memória para informações recém-adquiridas é a queixa inicial mais comum, a memória para fatos antigos não é alterada no início da doença. Com a evolução, um distúrbio da linguagem, do raciocínio abstrato e da função executiva ou até mesmo da tomada de decisões é relatado por ocasião do questionamento específico. Depressão com insônia ou anorexia pode ocorrer em uma pequena porcentagem dos casos de DA sem relação com a sua gravidade, humor deprimido pode ocorrer paralelamente com início do declínio da memória. Existe um aumento de delírio e comportamentos psicóticos com o tempo de doença, em alguns casos são persistentes, pode também aparecer agitação e alucinação auditiva e visual com a progressão da doença. (SMALL e MAYEUX, 2002).

Com exceção do estado mental, o exame neurológico geralmente é normal, mas sinais extrapiramidais, incluindo rigidez, bradicinesia, marcha de pés arrastados e alterações posturais, são relativamente frequentes na doença. As funções motoras e sensitivas primárias são nos demais aspectos poupadões. O achado de anormalidades oculomotoras, cerebelares e dos nervos periféricos, no exame físico, fala enfaticamente a favor de alguma forma de demência. (SMALL e MAYEUX, 2005.)

A DA é uma das doenças mais comuns e relevantes nos idosos, que levam ao declínio funcional constante e perda gradual de autonomia provocando nos indivíduos afetados dependência total de outras pessoas, esse processo se instala a partir da deterioração das funções cognitivas e afeta o desempenho de atividades diárias devido à decorrência de uma variedade de distúrbios e de comportamento de sintomas neuropsiquiátricos. (MACHADO, 2006).

Para tanto, incluir os portadores de Alzheimer na sociedade, e como podemos auxiliar os familiares no cuidado diário, buscando evitar a exaustão do cuidador.

3.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

Desde o início do mundo, as doenças existem e as pessoas sempre cuidaram, de alguma forma, das pessoas que necessitavam de assistência. O cuidar ao longo dos anos foi sendo desenvolvido por diversas pessoas, levando-se em conta os sentimentos de humanidade pelos semelhantes [...]. (AVELLO e GRAU, 2003.p. 51)

No início pela doença ser considerada um castigo, os povos primitivos procuravam sacerdotes ou feiticeiros para tratar as pessoas doentes, tendo com interação inicial era tornar o corpo do indivíduo desagradável à ponto que o “mal espírito” o abandonasse. (AVELLO e GRAU, 2003).

Para AVELLO e GRAU (2003) com o surgimento do Cristianismo, o cuidado era exercido por pessoas pertencentes a movimentos religiosos, sendo até o século XIX prestado assistência intuitiva e desorganizada, misturando assistência social e religiosa.

Em 1820 surge a enfermagem como profissão através de Florence Nightingale, britânica, extremamente religiosa e esforçada, forma seus ideais após observar e classificar o que não deveria fazer em relação ao cuidado. (AVELLO e GRAU, 2003).

No ano de 1854, Florence torna-se superintendente de um pequeno hospital para mulheres, no mesmo período é recrutada para atuar na Guerra da Criméia, onde suas preocupações principais eram as condições de higiene adequada que incluíam ambiente ventilado, roupas limpas, serviço de lavanderia, entre outras coisas. (AVELLO e GRAU, 2003).

Em 1860, Nightingale funda a primeira Escola de Enfermagem no Hospital St. Thomas. Assim as alunas da Escola Nightingale tornam-se as primeiras enfermeiras modernas, sendo enviadas a diversos lugares com o objetivo principal de transmitir seus conhecimentos. (AVELLO e GRAU, 2003).

No Brasil nessa época o cuidado era desempenhado com plano doméstico e religioso, o caráter técnico não era conhecido. Em 1890 é fundada a Escola Alfredo Pinto, porém os conceitos abordados seguiam o mesmo plano da época. (AVELLO e GRAU, 2003).

Criação da EEAP – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto no Rio de Janeiro – 27 de setembro de 1890, data da criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, através do Decreto nº 791, [...], para atender à demanda de pessoal de Enfermagem qualificado para o Hospital Nacional de Alienados e os hospitais civis e militares do Rio de Janeiro. (AVELLO e GRAU, 2003, p. 51)

Segundo Avello e Grau (2003) o nome de destaque no Brasil em relação à enfermagem é o de Ana Neri, que foi a primeira enfermeira voluntária de guerra do país. Participando da guerra Curupaiti, Humaitá, Assunção e Corrientes.

Em 1921, chegam ao Brasil as primeiras enfermeiras norte-americanas, propondo um novo método de executar as ações de enfermagem voltada para a higiene infantil, pré-natal e doenças transmissíveis. (AVELLO e GRAU, 2003).

A primeira escola de enfermagem de alto padrão no Brasil foi fundada em 1923, com o nome “Escola de Enfermagem Anna Nery”, organizada por enfermeiras norte-americanas, com o consentimento do então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas. (GEOVANINI, 2010)

A Escola de Enfermagem Anna Nery modificou o modelo da Enfermagem profissional no Brasil. Eram selecionadas apenas moças das classes sociais mais elevadas, adquirindo assim apoio para o desenvolvimento da profissão, com tudo passou a ser referência padrão a outras escolas. (GEOVANINI, 2010)

Considerada como formadora de grupos de elite, a Escola tornou-se tradicional no contexto educacional brasileiro; e suas enfermeiras, consideradas padrão, durante muito tempo, personificaram a imagem da verdadeira enfermeira brasileira. Para muitas pessoas, ser enfermeira subentendia ser formada pela Escola Anna Nery. (GEOVANINI, 2010, p. 35)

Com a proposta de Enfermagem de Florence Nightingale trazida pelas enfermeiras norte americanas previa dois tipos de formação, a enfermeira supervisora e a enfermeira atendente direta ao paciente, surgindo assim em 1940 escolas profissionais de nível técnico e superior. (AVELLO e GRAU, 2003).

Porém com o passar dos anos, surge a necessidade de preencher uma lacuna entre as funções de chefia e os cuidados elementares, lacuna essa onde observava uma larga faixa de atribuições que não eram executadas, devido principalmente ao baixo numero de profissionais capacitados. (AVELLO e GRAU, 2003).

Com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 4.2024, de 20 e dezembro de 1961, começa a ser implementado em ampla escala em território nacional os cursos técnicos de enfermagem. (AVELLO e GRAU, 2003).

No ano de 1973, é criada Lei 5.905 que dispõe sobre a criação de um órgão fiscalizador nacional do exercício da profissão de Enfermagem, sendo esse órgão o Conselho Federal de Enfermagem (CoFEn) e seus subordinados Conselhos Regionais de Enfermagem (COREn). (AVELLO e GRAU, 2003; GEOVANINI, 2010).

A Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, Lei do Exercício Profissional de Enfermagem é criada e dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, especificando as atribuições do Enfermeiro em relação a área assistencial e área administrativa, assim com as atribuições dos Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Parteiras, promovendo um grande avanço à profissão. (GEOVANINI, 2010).

Em 2002 a Resolução do COFEN 272 de 2002 entra em vigor e determina o uso da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras. (GEOVANINI, 2010).

3.4 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA INCLUSÃO SOCIAL

A inclusão, ou melhor, a exclusão já existia desde a idade média, onde as perseguições e assassinatos ocorriam quando o nascia uma pessoa portadora de deficiência. No século XV, eram mandadas para a fogueira pessoas com alguma deficiência, sendo visto como possuída pelo demônio. Do século XVII em diante essas pessoas eram retiradas do convívio social e trancafiadas em celas, asilos e hospitais. (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013).

No Egito antigo, obras de arte encontradas já retratavam pessoas com deficiência, lembra-se que o Egito é uma das civilizações mais antigas do mundo. Na Grécia antiga, vestígios de pessoas com deficiência eram encontrados, sendo citados até deuses que possuíam deficiência, pois a Grécia possui uma cultura de crença em deuses. Na Roma antiga, as leis condenavam a morte crianças que nascessem com algum tipo de deficiência obrigando o pai a executá-las, porém algumas dessas crianças eram abandonadas em cestos no rio Tigre, pois seus pais não tinham coragem de executá-las. (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013).

Mas durante o cristianismo, era condenado qualquer tipo de ideia de execução, pois cristãos valorizam a vida, porém os deficientes eram isolados da sociedade, pois acreditam que esses indivíduos estavam possuídos pelo demônio. (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013).

A partir do século XVI com a evolução das práticas do cuidado, os deficientes começam a ser um “problema” médico, sendo assim começam os estudos da deficiência, mas ainda não era discutido sobre a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade. (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013).

Segundo (BRANDENBURG e LÜCKMEIER, 2013) a partir do século XIX começam as discussões em relação a organizações que atendam deficientes, visando um gasto menor e cuidados médicos, mas a inclusão social não era citada ainda.

O surgimento das práticas médicas, como a reabilitação trás a possibilidade nos anos 60, da ideia de inclusão do deficiente, desde que eles tenham capacidade de se adaptar com as leis e normas da sociedade. (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013).

No Brasil a inclusão iniciou a partir do século XIX, porém só no final da década de 50 inicio dos anos 60 do século XX inicia as precauções com os deficientes, sendo tratado através de elaboração de leis no decorrer dos anos. (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013).

Em 1975 foi aprovada a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. Esse documento destaca a dignidade e o respeito para com os direitos das pessoas com deficiência e o direito ao tratamento para seu desenvolvimento (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013, p. 183).

Dentro da temática de um Estado Democrático e Social de Direito está inserida a Inclusão Social, destacando que todas as pessoas possuem seus direitos. Mas a inclusão depende das mudanças nos valores da sociedade, mudança que ocorre de forma lenta, pensada e evolutiva, pois muitas coisas precisam ser repensadas sobre esse tema. (BRANDERBURG e LÜCKMEIER, 2013).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada uma metodologia de organização, onde se propõe um planejamento e execução de ações sistematizadas no cuidado intensivo do paciente, que se encontra sob a assistência de enfermagem, que foi introduzida nas décadas de 1920 e 1930, em cursos na área da enfermagem, em estudos de casos e no planejamento de cuidados. (KLETEMBERG *apud* TANNURE, 2008).

O novo cenário econômico decorrente da globalização e atual políticas públicas de saúde tem gerado a necessidade de uma organização da assistência prestada aos pacientes, pautada na obtenção e análise de indicadores de saúde que permitam a troca de informações, a avaliação e acompanhamento da qualidade dos serviços prestados a população. (TANNURE, 2008).

No Brasil, a SAE começou a ser implantada com maior ênfase em alguns Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 80 foram fortemente influenciadas por Wanda de Aguiar Horta. Essa metodologia científica é apresentada na resolução do Conselho Federal de Enfermagem considera-se então uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde e doença. Constituída por ações de assistência e contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Portanto a SAE favorece o aumento na qualidade prestada ao cliente, consolida e dá subsídio à profissão.

O processo de enfermagem (de acordo com a Resolução 359/2009) é constituído basicamente de 05 (cinco) etapas: Histórico de Enfermagem que inclui coleta de dados e exame físico; Diagnóstico de enfermagem, apresentando os problemas identificados na fase anterior; Planejamento de enfermagem; Implementação de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem. Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas.

Esta ferramenta enquanto processo organizacional é capaz de oferecer elementos para o desenvolvimento interdisciplinar e um cuidado humanizado. Ou seja, é a organização do trabalho, segundo as fases do seu fluxo, desde a base teórica filosófica, o tipo de profissional requerido, técnicas, procedimentos, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção do cuidado. Sua aplicação nas instituições de saúde apresenta muitos aspectos positivos: como segurança no planejamento, execução e avaliação das condutas de enfermagem, a individualização da assistência, visibilidade e autonomia para o enfermeiro, diminuição do tempo de hospitalização e consequentemente economia de recursos. No entanto mesmo após anos de sua criação e oferecendo tantas vantagens para o profissional e o indivíduo, sua implantação ainda não ocorreu a contento. Isso deve a uma série de obstáculos que necessitam ser vencidos como: a falta de reconhecimento por parte da equipe de enfermagem, o número de enfermeiros nos serviços, o envolvimento com o processo, a valorização por parte da administração da instituição, bem como os indicadores de resultado da assistência. Mas também, realizar este processo requer do profissional enfermeiro uma base científica, conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético, na responsabilidade e no assumir o cuidado adequado ao outro. (MELEIS *apud* TANNURE, 2008).

A enfermagem é caracterizada como uma profissão eficaz, pois além de necessitar de uma metodologia que seja capaz de refletir em resultados, apresenta dinamismo, sendo aceita e conhecida no mundo, facilitando a troca de informações entre enfermeiros de várias instituições. Por isso verificou-se a necessidade de identificar o seu contexto histórico, enfatizando o processo em si e os obstáculos para sua implantação. (MELEIS *apud* TANNURE, 2008).

Sendo uma incógnita na prática da enfermagem, as definições da teoria contêm várias essências, pelo fato de ser muito difícil a aceitação comum de uma delas, então é trabalhado um conceito proposto por Afaf I. Mwleis, que define a teoria da enfermagem como um conjunto de ações sistemáticas e relacionadas a várias questões importantes em forma de disciplina, comunicadas de modo corrente. Todas são introduzidas por conceitos relacionados entre si, compostas e evidenciadas por aspectos da realidade e como finalidade descrever os fenômenos, prever consequências e cuidados de enfermagem. (MELEIS *apud* TANNURE, 2008).

4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os Diagnósticos a descritos a seguir foram realizados com base no livro Diagnósticos de enfermagem da NANDA - definições e classificação 2012-2014, sendo citado os títulos dos diagnósticos e suas definições.

- a) ATIVIDADE DE RECREAÇÃO DEFICIENTE, estimulação (interesse ou engajamento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.
- b) AUTO CONTROLE INEFICIAS DA SAUDE, padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde.
- c) COMPORTAMENTO DE SAUDE PROPENSO A RISCO, incapacidade de modificar estilo de vida/comportamentos de forma compatível com mudanças no estado de saúde.

- d) CONTROLE FAMILIAR INEFICAS DO REGIME TERAPÉUTICO, padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.
- e) MANUTENÇÃO INEFICAZ DA SAÚDE, incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde.
- f) PROTEÇÃO INEFICAZ, diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.
- g) PRIVAÇÃO DO SONO, períodos prolongados de tempo sem sono (suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa).
- h) DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO, capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação.
- i) DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO, capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho por si mesmo.
- j) DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA SE VESTIR, capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se por si mesmo.
- k) CONFUSÃO CRÔNICA, deterioração irreversível, prolongada e/ou progressiva do intelecto e da personalidade, caracterizada por capacidade diminuída para a interpretação dos estímulos ambientais e para processos de pensamento intelectual, manifestada por distúrbios da memória, da orientação e do comportamento.
- l) CONHECIMENTO DEFICIENTE, ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.
- m) MEMÓRIA PREJUDICADA, incapacidade de recordar informações ou habilidades comportamentais.
- n) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA, habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transferir e usar um sistema de símbolos.
- o) RISCO DE DIGNIDADE HUMANA COMPROMETIDA, risco de perda percebida de respeito e honra.
- p) DISTURBIOS NA IDENTIDADE PESSOAL, incapacidade de manter percepção integrada e completa de si mesmo.
- q) RISCO DE SOLIDÃO, risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais um contato com outros.
- r) BAIXA AUTOESTIMA CRÔNICA, auto avaliação/ sentimentos negativos e prolongados sobre si mesmo ou suas próprias capacidades.
- s) PLANEJAMENTO DE ATIVIDADE INEFICAZ, incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições.
- t) CONFLITO DE DECISÃO, incerteza sobre o curso a ser tomado, quando a escolha entre ações conflitantes envolve risco, perda ou desafio a valores de vida pessoais.
- u) RISCO DE LESÃO, risco de lesão, como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo.
- v) RISCO DE QUEDAS, risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico.
- w) ISOLAMENTO SOCIAL, Solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador.

4.2 PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

O Enfermeiro, após a realização dos levantamentos de dados e seleção dos diagnósticos de enfermagem (D.E.) deve prescrever cuidados de enfermagem que será realizado pela equipe de enfermagem (se o paciente estiver em ambiente hospitalar) ou pela família/cuidador/paciente (caso seja ambiente extra-hospitalar).

- a) Realizar atividades de recreação que seja do interesse no portador, buscando quais atividades ele praticava antes e não pratica mais devido a doença, porém deve-se atentar as limitações do mesmo.
- b) Estimular o portador a se interessar pelo seu tratamento, relatando os benefícios que ele irá trazer.
- c) Promover a interação social, através idas a locais públicos do interesse.
- d) Realizar visitas familiares agradáveis, tanto sendo o visitante quanto o visitado.
- e) Manter-se atento ao tratamento, verificando horários e medicações corretamente.
- f) Manter o ambiente livre de riscos, como tapetes derrapantes, objetos pontiagudos, entre outros.
- g) Manter ambiente calmo, tranquilo e com pouca luz durante o repouso.
- h) Orientar, acompanhar e se necessário auxiliar o portador na alimentação, preparando os alimentos junto com o mesmo.
- i) Orientar, acompanhar e se necessário auxiliar o portador na higiene pessoal, indicando quando necessário o que deve ser feito e como ser feito.

- j) Orientar, acompanhar e se necessário auxiliar o portador na troca e/ou colocação das roupas, indicando quando necessário o que deve ser feito e como ser feito.
- k) Procurar manter o portador calmo e tranquilo em episódios de esquecimentos.
- l) Manter uma comunicação eficaz com o portador, apresentando calmamente situações que o mesmo possa ter esquecido.
- m) Promover atividades de exercícios de memória com o portador de Alzheimer, através de jogo da memória, quebra-cabeça, entre outros.
- n) Promover atividades de exercício oral, sendo auxiliada se possível por fonoaudiólogo.
- o) Orientar em relação ao progresso da doença e suas definições, através de palestra e discussões em relação a mesma.
- p) Preservar a imagem e a privacidade do portador, não divulgando assuntos particulares do mesmo e orientando sempre ao mesmo a se preservar.
- q) Incentivar o portador a realizar suas atividades rotineiras familiares, atividades essas com supervisão discreta.
- r) Incentivar os familiares a interagir com o portador, sendo através de conversas, atividades, etc.
- s) Realizar atividades que auxiliem na autoestima, como ir ao salão de beleza, comprar roupas novas, etc.
- t) Orientar a realizar o planejamento de atividades em conjunto com o portador, através de tabelas e conversas entre o cuidador e portador.
- u) Auxiliar na tomada de decisão do portador, policiando-se para não tomar a decisão por ele.
- v) Promover estrutura física adequada para o portador, pois o mesmo também é um idoso que necessita de cuidado.
- w) Manter ambiente limpo e seco sem presença de umidade, devido problemas futuros que possam aparecer como quedas, doenças respiratórias, etc.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como principal objetivo apresentar a doença de Alzheimer e suas principais causas e enfatizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através da seleção de diagnósticos de Enfermagem e da prescrição de cuidados de enfermagem a serem tomados. Os dados apresentados foram retirados e embasados de livros demonstrando a parte anatômica do sistema nervoso central, suas funções e o que acontece quando acometido por tal patologia. De maneira geral a dinâmica do estudo realizado pode ser analisada por profissionais da área de saúde, pelos cuidadores e a quem mais interessar. No presente estudo foi enfatizado os cuidados e prescrições de enfermagem para obter uma melhora na vida do portador da DA, demonstrando a importância do conhecimento de técnicas e prescrições mais importantes e sua melhora da qualidade de vida em ambas as partes, levando em consideração que cada indivíduo é único e deve ter cuidados específicos.

REFERÊNCIAS

- AVELLO, I. M. S.; GRAU, C. F. **Enfermagem Fundamentos dos Processos de Cuidar.** Editora DLC, São Paulo, 2003.
- BRANDENBURG, Laude E.; LÜCKMEIER, Cristina. **A Historia Da Inclusão X Exclusão Social na Perspectiva da Educação Inclusiva – Congresso Estadual de Teologia.** Anais do Congresso Estadual de Teologia. São Leopoldo: EST, v. 1, 2013.
- GEOVANINI, Telma [et al.]. **História da Enfermagem Versões e Interpretações.** Editora Revinter, 3^a Edição, Rio de Janeiro, 2010.
- MACHADO, J. C. B., Doença de Alzheimer. In: FREITAS. E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260 – 280.
- NANDA, International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- PADILHA, D., [et al] Saúde Bucal. In: FREITAS. E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1189 – 1197.
- PEREIRA, L. S. M., [et al] Fisioterapia em gerontologia. In: FREITAS. E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1198 – 1209.

SMALL, S. A.; MAYEUX, R. Doença de Alzheimer e Demências relacionadas. In: ROWLAND, L. P. (Org.). **Merritt Tratado de Neurologia**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000.

TANNURE, Meire C.; PINHEIRO, Ana M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Editora Guanabara Koogan, 2^a Edição, Rio de Janeiro, 2010.

VAN DE GRAAFF, Kent M. **Anatomia Humana**. 6^a Edição. São Paulo: Manole, 2003.