



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

TALITA DE ALMEIDA

DESAFIOS E PROPOSTAS DE AÇÃO MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM IDOSOS  
COM DEMÊNCIA

SÃO PAULO  
2020

TALITA DE ALMEIDA

DESAFIOS E PROPOSTAS DE AÇÃO MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM IDOSOS  
COM DEMÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: EDINALVA NEVES NASCIMENTO

SÃO PAULO  
2020

## **Resumo**

Este estudo discorre sobre a importância em se realizar testes cognitivos durante o atendimento médico inicial do paciente idoso. O diagnóstico da demência se faz necessário, pois se trata de um sério problema de saúde pública que acomete grande parte da população idosa. É papel do médico intermediar e orientar a família do paciente, no intuito de melhorar os cuidados ao paciente. Neste sentido, pretende-se avaliar as funções cognitivas dos idosos e integrar os cuidadores e familiares nesse processo para uma série de cuidados especiais. Serão realizados os seguintes testes: teste da fluência verbal; teste do Desenho do relógio (TDR); Mini-Exame do Estado Mental - MEEM; Instrumento de atividade de vida diária; Questionário do informante sobre o declínio cognitivo do idoso (*Informant Questionnaire of Cognitive Decline in the Elderly* - IQCODE). O estímulo cognitivo será uma importante ferramenta para melhorias no dia-a-dia do idoso. Os profissionais de saúde da equipe atuará conjuntamente com os entes dos idosos diagnosticados com demência, minimizando os problemas decorrentes deste diagnóstico, proporcionando, deste modo, uma velhice com mais qualidade.

## **Palavra-chave**

Família. Idoso. Demência.

## **PROBLEMA/SITUAÇÃO**

O paciente idoso com demência é um indivíduo único e para muitos familiares e cuidadores que convivem com esta pessoa tem uma dificuldade crescente de se comunicar com a pessoa a medida que a doença evolui. Antes um esquecimento ocasional de algo cotidiano, por exemplo se esquecer do local que sempre costuma deixar as chaves de casa, pode evoluir para perda da memória recente, e o passado se fundir com o presente. E até mesmo sua capacidade de expressar os sentimentos diminuir conforme a progressão da doença. Tornando ainda mais difícil o cuidado com esse paciente. Pacientes com esta doença crônica e progressiva devem ser tratados como indivíduos únicos e valorizados, devem ser abordados com respeito, não há benefício em tentar mudar seu comportamento, se o paciente não tem capacidade cognitiva para fazê-lo. Isso quer dizer, que contrariar um paciente com demência é contraproducente se ela não tem noção da realidade em que vive.

Por meio da implementação do programa Grupo do Idoso, que é direcionado para os idosos que sofrem com algum grau/tipo de demência, em que são realizadas dinâmicas com terapias comportamentais e para reabilitação cognitiva. Nelas são realizadas vários tipos de terapia, como a Terapia de reminiscência, que permite uma continuidade entre o passado e o presente, isso permite que o paciente idoso que sofre de demência, reviver experiências agradáveis do passado, além de conquistas e momentos felizes. Outra abordagem realizada é a Terapia de orientação para a realidade, de modo geral, a orientação tem relação com aspectos pessoais, espacial e temporal de onde o paciente está inserido, que é afetado num quadro demencial, pessoas com demências começam apresentar uma desorientação temporal, por exemplo: achar que são mais novas do que são na realidade e viver no passado. Por exemplo: contam um momento vivido há anos, como se fosse ontem. Com a progressão da doença, a pessoa fica mais confusa em relação à sua localização no momento tempo- espaço.

A terapia orientação para realidade é uma técnica que empregamos para ajudar o paciente com demência a se restabelecer com o meio em que vive, trabalhada encima das tarefas realizadas no seu dia-a-dia, sendo uma intervenção não farmacológica e orientamos ao cuidador para que as técnicas sejam aplicadas em casa também, da melhor forma. Deve-se ouvir e respeitar o paciente idoso com demência, na medida do possível minimizar sua angústia, frustração, situações de dor e desconforto, fazê-lo de sentir útil e produtivo, evitar o isolamento desse paciente e fazê-lo com que tenha contato humano (sentimento de pertença), tentar compensar seus déficits, sejam eles auditivos, de visão, mobilidade, além da memória comprometida, deixá-lo expressar sentimentos e ser escutado. Sabemos que o resultado vem de maneira gradual e não de uma hora para outra, mas eles podem resultar na diminuição da labilidade emocional, ter resultado promissor na quesito deambulação, evitar ou diminuir comportamentos desafiantes, melhorando a auto-estima do paciente, com o aumento de uma comunicação eficaz.

Pacientes com demências necessitam de orientação constante de seus familiares e cuidadores sobre os exercícios mentais, para que haja uma estimulação cognitiva, afim de auxiliar e retardar o declínio da memória e raciocínio que é muito comum nos casos de demência. Os exercícios mentais podem ser por meio de atividades que objetivam manter a mente ativa, seja através de jogos de palavras, culinária, discutir eventos passados e presentes, quebra cabeça, algo que desperte o interesse do paciente idoso que sofre de demência, que estimule sua memória e raciocínio. Um caso muito interessante que

acompanho no meu território, é de um paciente que tem a doença de Alzheimer, dentre todas as atividades imagináveis para se manter ativo, ele escolheu produzir licor, isso faz dele um senhor muito ativo mentalmente, fisicamente e socialmente. Cada sabor de licor é uma receita, com quantidades diferentes de ingredientes, além do tempo que cada um necessita para ser produzido. Ele escolheu a culinária para ser mais ativo. O mais extraordinário, é que após cada produção de licor, ele mesmo engarrafa a bebida e em seguida coloca rótulos com a sua marca e depois agrega a fita que intitula o sabor daquele licor, ele mesmo associa a cor, odor, paladar para rotulá-los. Seu licor de produção caseira é muito estimado pela vizinhança, sendo requisitado em diversos momentos para encomenda, mantendo assim o Senhor sociável, com contato humano além de seus familiares e cuidador. Se sente feliz com os elogios que recebe da sua pequena produção de licor artesanal.

Porém essa não é a realidade que me deparo com maior frequência no meu território, muitos familiares estavam habituados com a conduta do Doutor Cubano que antes exercia o meu trabalho, e estavam acostumados a deixarem a receita anterior com a secretária da unidade de saúde apenas para renovação, sendo assim incapaz de examinar e evoluir o progresso da saúde tanto física quanto mental da paciente idosa que foi acometida por uma doença crônica e progressiva. Esses pacientes chegavam a passar há mais de um ano sem se quer uma avaliação médica. Sendo apenas prescritos os mesmos medicamentos, como era argumentado pelos familiares/cuidadores, "ele toma essas medicações há anos, é muito difícil trazê-lo a unidade, pelas suas limitações", geralmente correlacionadas a deambulação. Logo se notava a falta de estímulo cognitivo e terapêuticos não farmacológicos, pelo fato de ser mais cômodo a família.

Introduzir na unidade de saúde a essencialidade de ver, conversar, avaliar e orientar mais de perto esses pacientes. Além de toda dedicação em orientar familiares/cuidadores de como esses pacientes são únicos, e que necessitam de um acolhimento, um acompanhamento mais de perto e a integração dele no Grupo do idoso, para que retarde o máximo possível a deterioração cognitiva. E como deve ser estimulada sua independência nas atividades da vida diária, para minimizar suas perdas funcionais. Estimular a atenção a si próprio (paciente), como meta de preservar a cognição. Isso envolve as atividades como ir ao banheiro, se alimentar, higiene pessoal, e sempre que possível, permiti-lo barbear-se sozinho, pentear o cabelo. O local que o idoso vive precisa ser adaptado às suas necessidades para que ele mantenha o máximo de autonomia, e dependa o menos possível do auxílio do cuidador/familiar. Sem deixar de fora a participação de atividade em grupo. É comum relatos na minha unidade que o paciente idoso com demência passa o dia na frente da televisão, sendo cômodo para família/cuidador que ele não dá trabalho. Por vezes, tento explicar que essa rotina não é a ideal para este paciente portador de uma doença crônica-degenerativa, que sem realizar entre outras coisas, o estímulo cognitivo, o prognóstico da doença é que provavelmente irá evoluir com maior precocidade.

Já me deparei com familiar na consulta, sem a presença do paciente para realizar o teste MEEM (mini exame de teste mental), sendo um teste rápido direcionado para ser feito com o paciente presente em consulta, mais utilizado para avaliar a função cognitiva, de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), não serve como

teste diagnóstico, mas sim pra indicar funções que precisam ser investigadas. E mesmo assim, encontro uma certa resistência no meu território para que o paciente esteja presente na consulta para realizar este teste de fácil e rápido de aplicação. Geralmente solicitado para renovação de medicações controladas, que é exigido o preenchimento desse teste, e diversas vezes recebo a solicitação do familiar para que eu o preencha sem a presença do paciente para realizá-lo teste. O argumento que me deparo é sempre o mesmo, "ele toma essa medicação há anos, só preciso que você assine este papel para liberar a medicação e uma receita nova".

O que eu noto no meu ponto de vista, que mesmo esclarecendo o familiar a importância daquele do teste intitulado por MEEM, que irá avaliar a progressão da demência do paciente, mesmo o familiar estando ciente que é uma doença crônica-progressiva-degenerativa, o familiar não faz questão de saber o estado que está a evolução da patologia. Contando que você facilite a vida do cuidador, sendo ele familiar ou cuidador profissional, e não exigindo a presença de tal paciente na consulta para uma avaliação mais minuciosa e faça a renovação das medicações, até este momento da consulta, ele assim se sente satisfeito, contente, e te "consideram boa médica".

A partir do momento que você exige ver o real estado desse paciente, que teve sua saúde, sua vida, comprometida pela demência, aos olhos dos familiares, você se torna uma médica insensível, até mesmo uma médica inadequada para ocupar essa posição na unidade de saúde do território, por não compreender como é difícil trazer tal paciente a unidade. Sendo tais críticas levadas ao conhecimento dos gestores e secretaria da saúde, essas pessoas que são funcionárias da saúde vinculadas à política, muitas vezes intimidam nossas condutas médicas, para serem vistos com bons olhos pelos eleitores, tornando assim o nosso trabalho mais difícil de ser empregado como nos é ensinado na especialização da medicina da família.

## ESTUDO DA LITERATURA

De acordo com Minayo e Coimbra Junior (2002) a demência deve ser considerada como um sério problema de saúde pública, tendo em vista o aumento da população envelhecida em todo o mundo, principalmente acima dos 80 anos. Geralmente, a demência é um processo irreversível, cuja intervenção por meio de medicamentos não traz resultados, ou seja, é importante o acompanhamento da família e da sociedade neste tão difícil processo.

Os sintomas iniciais da demência podem ser despercebidos pela família, pois podem ser caracterizados por pequenos lapsos de memória. De forma progressiva, podem emergir dificuldades para tomar decisões e fazer planos, apresentar a fala e compreensão cada vez mais vagarosa, perder progressivamente a atenção, e até mesmo dificuldade para fazer cálculos. Tudo isso traz por consequência que o paciente evite interação social, tendo em vista suas dificuldades de conversação. O estado de demência gera grande angústia e agitação tanto para a pessoa, quanto para o cuidador. Nessa etapa da evolução da doença, os profissionais que acompanham a pessoa devem procurar envolver a família na assistência, enfatizando a necessidade de compreensão do que sente o idoso, a partir do entendimento do diagnóstico e prognóstico da patologia (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002).

Para Zanini (2010), a senescência é um período que acarreta alterações neuropsicológicas, como por exemplo, déficits cognitivos, alterações na memória, na velocidade de raciocínio, no sono, sendo, ainda, frequente a presença de depressão e demência. Ou seja, pode-se afirmar que a senescência, por si só, já desencadeia um conjunto de mudanças ao indivíduo. São neuropsicológicas, morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas/psiquiátricas, sociais e culturais. O ingresso nessa faixa etária é um processo dinâmico, que pede ao idoso a prática de sua capacidade de adaptação a este processo e ao meio em que está inserido. Cabe ao idoso, aos seus entes queridos e profissionais da área de saúde, fazer também dessa fase um momento agradável, com novas vivências e sentimentos felizes.

Ainda segundo Zanini (2010), a diagnóstico de demência exige que o médico faça a constatação de deterioração ou declínio intelectual do indivíduo, considerando sua situação anterior. Deste modo, a comprovação do diagnóstico de demência depende diretamente de uma avaliação sobre as funções cognitivas.

Um exemplo de teste cognitivo é o mini-exame do estado mental (MMSE), que, segundo Folstein *et al.* (1975) inclui diversos itens que possibilitam examinar a orientação temporal e espacial, memória, atenção e cálculo, linguagem, praxias e habilidades construtivas, auxiliando, desta forma, a identificar a necessidade de que o paciente seja submetido à outros testes mais detalhados.

Outro teste que pode ser realizado trata-se do teste do desenho do relógio (TDR), que, de acordo com Critchley (1953) possibilita avaliar, de forma simples, funções viso-espaciais, linguagem, capacidade de planejamento, praxia, memória, habilidade visuoespacial e função executiva.

Por sua vez, existe o teste de fluência verbal, que verifica a existência de possível prejuízo de memória semântica (ZANINI, 2010). Outro exemplo de teste é o questionário de atividades funcionais (PFEFFER *et al.*, 1982), que visa a detecção de algum comprometimento nas tarefas diárias, sendo realizado com o auxílio da família ou cuidadores do paciente.

Por fim, Zanini (2010) explana que existem exames abreviados globais que devem ser utilizados previamente, e, se for detectada alguma alteração, devem ser realizados testes mais específicos para cada habilidade cognitiva do paciente.

É importante destacar que, segundo SCHULZ *et al.* (2004), os idosos diagnosticados com demência vão perdendo, de forma progressiva, a capacidade cognitiva e motora. Por isso, quando a doença encontra-se em um estado mais avançado, emerge um sentimento de sobrecarga na família, o que, muitas vezes, leva a necessidade de institucionalização destes pacientes.

Para Davison *et al.* (2007), a reabilitação de pacientes idosos com demência engloba, principalmente, a estimulação cognitiva, multissensorial e a intervenção motora. No entanto, os cuidadores e familiares devem estar conscientes sobre estes importantes aspectos da reabilitação para que se tenha êxito nos cuidados. Deste modo, cabe ao médico, no atendimento inicial, diagnosticar a demência para que se possa informar os cuidadores a necessidade de adequar os cuidados às necessidades dos idosos e, simultaneamente, diminuir esta sobrecarga.

Ainda neste sentido, enfatiza-se que a existência de programas que integram a informação e o suporte emocional são muito eficazes para a melhora profissional de cuidadores formais, incidindo, ainda, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (DAVISON *et al.*, 2007).

Assim, observa-se que, de acordo com Graff *et al.* (2006), há muita eficácia acerca da terapia ocupacional à domicílio para pacientes com demência, bem como de seus respectivos cuidadores.



## **AÇÕES**

1) Realizar os seguintes testes cognitivos durante o atendimento:

- \* Teste da fluência verbal, com o auxílio da família/cuidadores na realização deste teste;
- \* Teste do Desenho do relógio (*Clock Drawing Test* - TDR), que possibilita a interpretação qualitativa dos seus resultados, por meio da escala *Clock Drawing Interpretation Scale* (CRICHTLEY, 1953).
- \* Mini-Exame do Estado Mental - MEEM (BRUCK *et al.*, 2003), que consiste em um teste que pode ser fácil e rapidamente aplicado, e que visa rastrear possíveis distúrbios cognitivos;
- \* Instrumento de atividade de vida diária - Questionário do informante sobre o declínio cognitivo do idoso (*Informant Questionnaire of Cognitive Decline in the Elderly* - IQCODE), trata-se de um questionário, que pode ser preenchido por um parente ou acompanhante do paciente idoso, para determinar existe declínio no funcionamento cognitivo.

2) Prestar os devidos esclarecimentos junto à família e cuidadores nos casos em que identificar qualquer característica de demência;

3) Enfatizar a necessidade de exames mais específicos, como por exemplo, ressonância magnética, eletroencefalograma e consultas; neurológicas, psicológicas e psiquiátricas.

4) Realizar acompanhamento médico do paciente diagnosticado com demência.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

A partir da realização de testes cognitivos durante o atendimento médico inicial, busca-se diagnosticar a demência nos idosos, para prosseguir com o atendimento da melhor forma possível, levando em conta as especificidades desta doença.

Além disso, também se espera orientar os cuidadores e a família do paciente diagnosticado com demência, haja vista que é necessário uma série de cuidados especiais, além do estímulo cognitivo para melhorias do idoso.

Por meio da orientação da família e cuidadores do idoso que for diagnosticado com demência, visa-se aumentar a qualidade de vida do paciente, tendo em vista que os familiares e cuidadores estarão cientes de que esta é uma condição que exige cuidados especiais, além de muita paciência.

Por isso, é preciso que os profissionais da área de saúde, juntamente com os entes queridos do idoso que apresentar sintomas de demência, atuem em conjunto para que esta fase seja vivida com qualidade e momentos felizes. Assim, o médico deve sempre orientar a família do paciente, considerando que também fazem parte do sucesso no tratamento.

## REFERÊNCIAS

BRUCK, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 61, n. 3b, p. 777-781, 2003.

CRITCHLEY, M. **The parietal lobes**. London: Arnold; 1953.

DAVISON, T. E.; MCCABE, M.P.; VISSER, S.; HUDGSON, C., G.; GEORGE, K. Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, p. 868-873, 2007.

DSM-IV-TR. **Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**. v. 12, p. 189-198, 1975.

GRAFF, M. J. L.; VERNOOIJ-DASSEN, M. J. M.; THIJS-SEN, M.; DEKKER, J.; HOEFNAGELS, W. H. L.; RIKKERT, M. G. M. O. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. **BMJ**. v. 333, n. 7580, p. 1196- 196, 2006.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

PFEFFER, R. I; KUROSAKI, T. T.; HARRAH, C. H.; CHANCE, J. M.; FILOS, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Jornal de Gerontologia**. v. 37, p. 323-329, 1982.

SCHULZ, R.; BELLE, S.H.; CZAJA, S.J.; MCGINNIS, K.A.; STEVENS, A.; ZHANG, S. Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. **The Journal of American Medical Association**, n. 292, v. 8, p. 961-967, 2004.

ZANINI, R. S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Revista de Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 220-226, 2010.