

Artigo de Revisão

DÉFICIT COGNITIVO: PROPOSIÇÃO DE CARTILHA PARA ATENÇÃO AO IDOSO

COGNITIVE DECLINE: PROPOSITION OF PRIMER FOR CARE TO ELDERLY

Patrícia Karla Bezerra¹, Kaline Augusta Rodrigues¹, Katiane Duarte Felix², Rafael da Costa Sotero², Aparecido Pimentel Ferreira³

1 – *Faculdades Integradas Promove de Brasília, Brasília – DF – Brasil*

2 – *Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia – Universidade Católica de Brasília (UCB)*

3 – *Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa – NIP, Faculdades Integradas Promove de Brasília e Faculdade ICESP, Brasília – DF – Brasil*

Resumo

Introdução: dentre as formas mais comuns de perda de capacidade funcional verificada na população idosa, o déficit cognitivo chama a atenção pela dificuldade de diagnóstico e de tratamento. Os enfermeiros são profissionais de saúde com papel prioritário no apoio e suporte a essa população. Contudo, a área da enfermagem ainda é deficitária para oferecer assistência especializada aos idosos, particularmente com déficit cognitivo, sendo necessária a criação de novos instrumentos de assistência, almejando maior humanização em cuidados e permitindo a implementação de ações mais eficientes ao bem estar dessa população, garantindo um processo de envelhecimento digno dentro de suas limitações e/ou incapacidades, particularmente aos idosos comprometidos pelo déficit cognitivo. **Objetivo:** elaboração de uma cartilha de fácil aplicação para a atenção ao idoso com déficit cognitivo. **Resultados:** a presente cartilha é uma possibilidade e uma opção de alguns procedimentos importantes que devem ser atendidos em relação aos cuidados com idosos com déficit cognitivo. **Conclusão:** esse material não tem pretensões de ser algo definitivo, mais sim um dos primeiros a apresentar uma preocupação com os procedimentos necessários aos cuidados dispensados aos idosos com déficit cognitivo. Espera-se com isso incentivar a comunidade acadêmica a produzir material instrucional, bem como desenvolver mais estudos em relação aos cuidados e procedimentos voltados aos idosos com déficit cognitivo.

Palavras-chave: Déficit Cognitivo; Idosos; Cuidados.

Abstract

Introduction: among the most common forms of loss of functional capacity observed in the elderly, cognitive deficit calls attention to the difficulty of diagnosis and treatment. Nurses are health professionals with priority role in the support and support for this population. However, the nursing field is poor to provide expert assistance to the elderly, particularly cognitive impairment, necessitating the creation of new assistance instruments, aiming at greater humanization of care and enabling the implementation of more efficient actions to the well being of this population, guaranteeing a dignified aging process within their limitations and / or disabilities, particularly the elderly committed by cognitive impairment. **Objective:** developing a primer for easy application to the elderly with cognitive impairment. **Results:** This booklet is a possibility and an option of some important procedures that must be met in relation to the care of older people with cognitive impairment. **Conclusion:** this material has no pretensions to be anything definitive, but more one of the first to present a concern with the procedures necessary for the care provided to the elderly with cognitive impairment. It is hoped that encourage the academic community to produce instructional material as well as developing more research regarding the care and procedures geared to older adults with cognitive impairment.

Keywords: Cognitive deficit; Elderly; Care.

Contato: Dr. Aparecido Pimentel Ferreira – E-mail: cidopimentel@gmail.com

Enviado: outubro de 2015

Revisado: fevereiro de 2016

Aceito: abril de 2016

Introdução

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vêm alertando por meio de indicadores sociais e demográficos divulgados anualmente que a estrutura etária do país está mudando, e que o grupo de idosos representa hoje um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. A partir dessa mudança, uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social parece ser necessária.

A queda da natalidade e um aumento crescente de idosos parecem ter tomado proporções que superam qualquer estimativa. No ano de 2000, 30% da população estava situada na faixa etária de 0 a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% dos brasileiros. A estimativa hoje é de que, em 2050, esses dois grupos se igualem, representando cada um, 18% da população (IBGE, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (2010), classifica cronologicamente como idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60

anos de idade em países em desenvolvimento. Segundo Figueiredo e Tonini (2006), definir a categoria velhice não é uma tarefa fácil, porque envolve muitas variáveis, como: biológica, cronológica, psicológica, existencial, cultural, social, econômica, familiar e política. No entanto, o envelhecimento é definido como um fenômeno biológico e psicológico que influencia o meio familiar e social e se caracteriza pela perda gradual das funções orgânicas. A condição em que o idoso retém sua capacidade intelectual e física em níveis aceitáveis é chamada senescência. Quando lhe aparecem sinais de degeneração muito intensos, ocorre o envelhecimento patológico, chamado senilidade.

Várias patologias têm aparecido na população idosa, mediada por diferentes fatores. Podemos citar aqueles relacionados ao desgaste, como a artrite; relacionados às doenças crônicas, como o diabetes, hipertensão arterial e a doença vascular periférica, bem como os relacionados a aspectos degenerativos, como a demência. Nesse sentido, vale ressaltar que a saúde não é avaliada simplesmente pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (LOURENÇO, 2011). A avaliação da capacidade funcional, por sua vez, torna-se essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (RICCI *et al.*, 2005).

Dentre as formas mais comuns de perda de capacidade funcional apresentadas no idoso, o déficit cognitivo chama a atenção pela dificuldade de diagnóstico e de tratamento. Maciel e Guerra (2008), após estudo de acompanhamento realizado em 310 idosos verificaram grande impacto do déficit cognitivo na expectativa de vida dos idosos.

Para Alves *et al.* (2008), a capacidade funcional é fundamental para a qualidade de vida dos idosos, mesmo quando comprometido com patologias. O que aumenta a responsabilidade dos profissionais da área da saúde em agir preventivamente na detecção das perdas cognitivas, uma vez que a demência é uma patologia que atua com grande magnitude no comprometimento das capacidades funcionais em idosos.

Os enfermeiros são profissionais de saúde com papel prioritário no apoio aos idosos. Além do foco na administração medicamentosa, eliminações fisiológicas ou necessidades de higiene, eles também visam identificar e tomar medidas que aliviam seu sofrimento, garantindo assim uma existência satisfatória. Porém, a área da enfermagem ainda é deficitária para oferecer assistência especializada aos idosos, particularmente àqueles diagnosticados com déficit cognitivo. Com isso, torna-se necessária a criação de novos instrumentos de assistência, almejando maior humanização em cuidados e permitindo a implementação de ações mais eficientes ao bem estar dessa população, garantindo-lhe um processo de envelhecimento digno dentro de suas limitações e/ou incapacidades.

De acordo com Borges e Telles (2010), o modelo de cuidado domiciliário defendido na política do idoso demanda de programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso. Essa assistência deve ter em vista a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado, em

especial daqueles mais fragilizados e mesmo os sem perspectiva terapêutica de cura, atendendo a suas necessidades e contribuindo para melhorar sua qualidade de vida. Todavia, a literatura é escassa em relação a materiais de orientação para cuidados com idosos.

Faz-se necessária, portanto, a publicação de mais estudos voltados ao idoso com déficit cognitivo, particularmente material direcionado aos cuidadores, uma vez que é indispensável o aprimoramento dos cuidados a essa população. Diante desta problemática, o objetivo do presente estudo foi a elaboração de uma cartilha de fácil aplicação para a atenção ao idoso com déficit cognitivo.

Referencial Teórico

População Idosa

Para a Organização das Nações Unidas, o ser idoso difere entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos primeiros, são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais. Enquanto que nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos aqueles com 60 anos ou mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População (MEIRELLES *et al.*, 2007).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística vem alertando por meio de indicadores sociais e demográficos, divulgados anualmente, que a estrutura etária do país está mudando e que o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. Disso decorre uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social. Estudos apontam uma queda da natalidade e um aumento crescente de idosos. No ano de 2000, 30% da população estava situada na faixa etária de 0 a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% dos brasileiros. A estimativa é de que, em 2050, esses dois grupos se igualem, representando cada um, 18% da população (IBGE, 2010).

Quando se trata da atenção à saúde da pessoa idosa, a sua principal finalidade é conseguir manutenção de um bom estado de saúde, para que essa pessoa possa alcançar um máximo de vida ativa e saudável, no ambiente em que está inserida, juntamente com sua família, com autonomia e independência física, psíquica e social. Portanto, participar ativamente de um contexto, de preferência familiar, e manter-se com autonomia é essencial para as pessoas idosas, além de contribuir para a saúde e o bem-estar (SANTOS *et al.*, 2008).

Estudo realizado por Moraes *et al.* (2010), demonstraram que a saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: i) Cognição, no qual trata-se da capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano. É constituída por um conjunto de funções corticais, formadas pela memória (Capacidade de armazenamento de informações); função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e

monitoramento de tarefas complexas); linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita); praxia (capacidade de executar um ato motor); gnosia (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis) e função visoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si). ii) Humor, que é a motivação necessária para os processos mentais. iii) Mobilidade, que trata-se da capacidade de deslocamento do indivíduo, que, por sua vez, depende da postura, da marcha, da capacidade aeróbica e da continência esfinteriana e iv) Comunicação, que é a capacidade de estabelecer relacionamento com o meio.

A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa.

Segundo Santos (2010), o processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais. Porém, é na velhice que este processo aparece de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras. As fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas. Já as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. As modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. As modificações sociais, por sua vez, são verificadas quando as relações sociais são alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico.

Moraes *et al.* (2010), afirmam que o envelhecimento biológico é implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Existem evidências de que o processo de envelhecimento é de natureza multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular-molecular. Pode haver conseqüentemente, diminuição da capacidade funcional das áreas afetadas e sobrecarga dos mecanismos de controle homeostático, que passam a servir como substrato fisiológico para influência da idade na apresentação da doença, da resposta ao tratamento proposto e das complicações que se seguem. O termo cognição corresponde à faixa de funcionamento intelectual humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento. A grande dificuldade acerca do envelhecimento é o limite entre alterações cognitivas normais e patológicas.

A relação entre cognição e envelhecimento vem sendo estudada a algum tempo. Parece que as alterações ocasionadas pelo envelhecimento, percebidas por meio das modificações do funcionamento cognitivo, são vistas como representação de um declínio da capacidade cognitiva. São, nessa perspectiva, estudos que justificam o declínio no processamento cognitivo nas pessoas idosas, por exemplo, pela sua dificuldade em manipular e tratar informações visuais e espaciais, em memorizar, em encontrar a palavra mais adequada ao contexto, bem como em executar várias tarefas simultaneamente.

Esse declínio estaria ligado às mudanças produzidas pelo envelhecimento sobre o sistema nervoso no plano neuroanatômico (redução da massa cerebral), neurofisiológico (diminuição do número e do tamanho dos neurônios e perda da eficácia dos contatos sinápticos) e neuroquímico (redução da concentração de neurotransmissores, entre eles a dopamina). Os problemas cognitivos observados junto às pessoas idosas podem ser, portanto, de diversas ordens. De um ponto de vista comportamental, as observações indicam que os adultos idosos manifestam uma redução da velocidade de processamento, uma dificuldade de selecionar as informações, uma diminuição na acurácia das tarefas cognitivas. Essas modificações trazem conseqüências para a qualidade de vida das pessoas idosas e de quem com elas convive (SKA *et al.*, 2010).

O comprometimento funcional representa um dos principais aspectos a serem avaliados no planejamento da assistência ao idoso. Por isso, é necessário monitorar a sua capacidade de executar tarefas simples como tomar banho, vestir-se e alimentar-se. O idoso passará a depender de terceiros, isto é, de um cuidador; em caso de comprometimento de alguma dessas atividades. É aconselhável, então, promover o estímulo para que ele execute outras tarefas que seja capaz (CONCEIÇÃO, 2010).

Para Freitas *et al.* (2010), os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, têm o compromisso com os seus idosos, de ajudá-los e de conseguir um êxito no cuidado de acordo com as possibilidades do conhecimento técnico-científico, das capacidades humanas, do contexto profissional e dos recursos disponíveis. Têm um compromisso, também, de respeitar e fazer respeitar os princípios de cada idoso, bem como a maneira de expressar o significado da velhice e envelhecer para cada um dos idosos. Dessa forma, poderá implantar atividades de promoção da saúde e o desenvolvimento da autonomia no idoso.

O enfermeiro integrante da equipe multidisciplinar pode contribuir para a otimização das funções cognitivas, minimização dos problemas de comportamento e melhoria do funcionamento global, além de possibilitar uma redução do estresse dos cuidadores e, conseqüentemente, a prevenção de uma possível institucionalização dessas pessoas (SOUZA *et al.*, 2009).

Déficit Cognitivo

A demência ou déficit cognitivo pode ser definida como uma síndrome caracterizada pela presença de declínio cognitivo persistente, que interfere nas atividades sociais ou profissionais do indivíduo e que independe de alterações do nível de consciência (SANTANA *et al.*, 2008).

O termo demência vem do latim, *dementia*; significa ausência de mente um estado irreversível e terminal conceito herdado do século XVIII. No século XX, os estudos se concentraram na questão clínica e epidemiológica, o que repercutiu na mudança de sua denominação atual para transtorno cognitivo, declínio cognitivo e/ou déficit cognitivo (SANTANA *et al.*, 2008).

Segundo OLIVEIRA *et al.* (2007), a demência é tratada como uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais e

sintomas que formam um conjunto e que pode ser causada por uma série de doenças subjacentes, relacionadas a perdas neuronais e danos à estrutura cerebral, ou seja, um idoso com necessidades especiais.

Conforme estudo realizado por Caramellia e Barbosa (2002), a prevalência de demência duplica a cada cinco anos após os 60 anos, resultando em aumento exponencial com a idade. Em estudo populacional brasileiro recente, realizados com idosos vivendo na comunidade, a prevalência de demência variou de 1,6%, entre indivíduos com idade de 65 a 69 anos, a 38,9%, entre aqueles com idade superior a 84 anos.

Para o rastreamento de amostras e detecção de casos de demência, pode-se utilizar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), sendo que no Brasil, a versão padronizada de Brucki *et al.*, 2003 mostrou-se adequada tanto para uso institucional (hospital, ambulatório), quanto para uso em estudo populacional (visita domiciliar) e foi aconselhada pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. É um teste de fácil e rápida aplicação, com boa adaptabilidade para rastreamento de distúrbios cognitivos, avaliação da gravidade e da intensidade de declínio cognitivo nos casos clínicos, com confiabilidade adequada em situações de teste e reteste (0,80 a 0,95), permitindo o seguimento evolutivo do paciente (GIL e BUSSE, 2009).

Os motivos que levam ao surgimento do déficit cognitivo ao longo dos anos ainda não estão bem estabelecidos. Todavia, algumas propostas têm sido levantadas. Dentre elas, a redução da velocidade no processamento de informações, decréscimo de atenção, déficit sensorial, redução da capacidade de memória de trabalho, prejuízo na função do lobo frontal e na função neurotransmissora, além da deterioração da circulação sanguínea central e da barreira hematoencefálica. Foram encontrados declínios importantes na densidade de tecidos neurais em função do envelhecimento no córtex frontal, parietal e temporal. Isso pode ser justificado em razão de uma quebra do equilíbrio entre a lesão e o reparo neuronal. O cérebro é sensível a inúmeros fatores que resultam em danos às redes neurais. De forma similar aos outros tecidos, ele possui a capacidade de auto-reparação/auto-adaptação, ou mesmo uma compensação pela perda de neurônios e interrupções na arquitetura neural. Quando ocorre um desequilíbrio entre lesão neuronal e reparação, essa capacidade de plasticidade neuronal é prejudicada, estabelecendo-se então o envelhecimento cerebral e a demência (ANTUNES *et al.*, 2006).

De acordo com Araújo e Oliveira (2010), as síndromes demenciais podem ser classificadas em duas categorias: degenerativas e não degenerativas. As demências não degenerativas são decorrentes de acidentes vasculares, processos infecciosos, traumatismos, deficiências nutricionais, tumores, dentre outras patologias. Já as demências degenerativas têm sua origem predominantemente cortical como, por exemplo, a Doença de Alzheimer; e subcortical, como a Doença de Huntington. Esta divisão entre demência cortical e subcortical é baseada na localização da lesão.

Nas demências, os fatores de risco variam de acordo com os estressores genéticos e ambientais, além da idade e histórico clínico, conforme cada indivíduo. As manifestações clínicas e as alterações cerebrais nos quadros demenciais são: placas senis e emaranhados neurofibrilares, com comprometimento da neurotransmissão colinérgica e atrofia cerebral extensa. Manifestam-se com início insidioso e deterioração progressiva. O primeiro sinal/sintoma é a perda da memória seguida de declínio cognitivo e funcional podendo ser divididos em estágios conforme o acometimento (ARAÚJO e OLIVEIRA, 2010).

Cuidados aos Idosos com Déficit Cognitivo

Ainda não existe na literatura um material que seja consensual em relação aos cuidados com idosos com déficit cognitivo. Contudo, constata-se que a maioria das recomendações e sugestões envolvem aspectos relacionados às variáveis avaliadas pelo Mini Exame do Estado Mental – MEEM, que, por sua vez, avalia a orientação, a retenção, o cálculo, a evocação, a linguagem e a habilidade.

Segundo Leite *et al.* (2012), o MEEM constitui-se em uma escala de avaliação cognitiva utilizada para auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos. O aumento da longevidade do ser humano, fenômeno mundial, é fruto dos avanços científicos contemporâneos. Mas, ao que se verifica, a atualidade não está devidamente preparada para essa suposta benesse.

As intervenções objetivam melhorar funções cognitivas (memória, atenção, orientação e concentração), reduzir sintomas comportamentais e psicológicos (agressão, ansiedade, depressão e psicose) e melhorar qualidade de vida do paciente e de seus familiares e cuidadores, com mínimos efeitos adversos. A ausência de resposta adequada às medidas usualmente tomadas decorre, muitas vezes do agravamento da doença.

De acordo com Duarte (2009), para as orientações de tempo e local recomenda-se: o incentivo de exercícios de resistência e equilíbrio, trabalhar na conscientização do idoso em relação às suas limitações, além de atuar na reabilitação funcional comprometida.

Na parte da memória, o cuidador juntamente com a família do idoso deve incentivar as atividades intelectuais, tais como: leituras, trabalhos manuais, novos idiomas, etc. A parte da capacidade construtiva visual (prevenção de riscos ambientais) ex: quedas em domicílio o cuidador deve, juntamente com a família do idoso promover meios no ambiente domiciliar que evitem acidentes. Como, por exemplo: melhorar a iluminação da casa, orientar para não fazer uso de chinelos com meias, não deixar tapetes soltos pela casa, manter interruptor de luz com fácil acesso, orientar na organização do ambiente. Caso haja necessidade, recomenda-se o uso de barras de apoio no banheiro utilizado pela pessoa idosa.

Na variável de linguagem, o cuidador deve propor atividades que estimulem o uso da linguagem oral e de outras formas de comunicação pela pessoa idosa. Além de promover na família ambiente favorável à conversação com

a pessoa idosa, compreensão e reconhecimento do processo de comunicação do idoso (verbal e não verbal).

Wannmacher (2005) cita alguns cuidados que são eficazes no manejo da demência: Bom relacionamento entre profissionais de saúde, familiares e cuidadores envolvidos no atendimento ao paciente, promovendo trabalho integrado; orientação e treinamento de familiares e cuidadores para o atendimento ao paciente, por meio de programas de educação e apoio; estabelecimento de rotina de atividades para o paciente, incluindo deambulação, exercícios físicos, atividades sociais e intelectuais, dentro do possível; adequação do ambiente doméstico às necessidades e limitações do paciente, tornando-o mais seguro e fácil de ser percorrido; modulação dos estímulos ambientais, já que seu excesso pode piorar a confusão mental e causar agitação. Sua escassez pode levar ao isolamento; acompanhamento por terapeutas ocupacionais e/ou fisioterapeutas; intervenções usando abordagem cognitiva e/ou comportamental.

De acordo com Pestana e Caldas (2009), os estudos recentes relatam que a demência é a principal causa de incapacidades na velhice. Tornando-se evidente que a assistência de enfermagem prestada ao idoso demenciado vai muito além dos cuidados básicos e depende da participação ativa da família e do cuidador envolvido.

Com o objetivo de garantir melhor qualidade de vida aos idosos demenciados, a identificação de estratégias para minimizar e manejar os sintomas relativos às demências, foi identificado que o profissional enfermeiro pode elaborar medidas não-medicamentosas que podem colaborar para a autonomia dos indivíduos e a redução de algumas comorbidades, além das orientações que o enfermeiro deve prestar ao cuidador e os familiares envolvidos nos cuidados do idoso com déficit cognitivo (WANNMACHER, 2005).

Para Santana *et al.* (2005), o profissional enfermeiro é um elemento chave para o cuidado integral do indivíduo acometido com demência, devido a sua habilidade de lidar com a saúde do idoso, cuidador e família, visando sempre a promoção de uma vida mais digna e de qualidade à população idosa.

Foi comprovada a extrema necessidade da enfermagem em orientar os cuidados que serão prestados pelos cuidadores e familiares. Em uma amostra de dezesseis idosos atendidos no ambulatório de neurogeriatria, do Rio de Janeiro no ano de 2004, identificaram-se os principais cuidados que são prestados aos idosos que apresentam déficits cognitivos dentro das suas necessidades humanas básicas. Dentre eles estão: Preparar a alimentação, administrar medicamentos prescritos, auxiliar a vestimenta, auxiliar na movimentação, administrar alimentação, realizar curativos simples, auxiliar o idoso no banho e demais necessidades do seu cotidiano as quais o idoso não consegue desenvolver sozinho (SANTANA *et al.*, 2005).

Metodologia

Delimitação do estudo

Trata-se de um estudo de revisão da literatura do tipo narrativa, visando o desenvolvimento de material didático instrucional (cartilha).

A pesquisa foi conduzida utilizando artigos em Português, Inglês e Espanhol, utilizando as bases de dados: Scielo, Bireme, Lilacs e Pubmed. Os descritores utilizados para a procura dos artigos foram: idoso, cuidadores, déficit cognitivo e demência.

Procedimentos do estudo

A pesquisa foi constituída por quatro etapas, sendo:

- i) Revisão da literatura a cerca da temática por meio de artigos científicos disponibilizados nas bases de dados scielo, bireme, medline e pubmed, utilizando os seguintes descritores: idoso, déficit cognitivo, perda cognitiva e demência.
- ii) Estudo preliminar das principais implicações e possíveis soluções relacionados ao déficit cognitivo em idosos.
- iii) Análise crítica dos problemas considerados prioritários e que são mais frequentes dentre os artigos estudados.
- iv) Criação do material instrucional adotando uma linguagem de fácil entendimento e que possa ser facilmente aplicada a idosos.

Resultados

Foram selecionados ao todo 20 artigos que apresentaram indicações e/ou descrições a cerca dos cuidados em relação às pessoas idosas, particularmente com diagnóstico de déficit cognitivo. Com base nestes resultados o seguinte material didático foi criado, conforme a figura 1.

Discussão

A discussão foi construída levando em consideração o material produzido no presente estudo, de forma que cada ponto apresentado na cartilha será abordado e discutido item a item, com o intuito de mostrar a aplicabilidade do instrumento, bem como sempre que possível, apresentando corroborações da literatura pertinente.

Orientação

Este tópico tem como objetivo instruir a estimulação acerca da questão da orientação em termos de tempo e espaço. É interessante que o cuidador faça perguntas ao idoso, com intuito de estimular o raciocínio em relação a atividades que envolva acontecimentos em diferentes momentos, como, por exemplo: Pergunte qual é o dia da semana. Em que mês estamos? Qual estação do ano estamos? Qual o dia da sua próxima consulta médica? Qual foi o dia da sua última consulta médica?

Tais perguntas são apenas sugestões. O cuidador deve usar termos e outras perguntas mais adequados ao dia-a-dia do idoso de acordo com o seu vocabulário em que ele está acostumado.

O que se pretende com essas perguntas é estimular a questão da orientação e trabalhar a memória e o raciocínio de curto prazo, uma vez que são as primeiras variáveis a apresentarem deterioração funcional relacionado ao déficit cognitivo e à demência.

Cartilha de atenção ao idoso com déficit cognitivo



ORIENTAÇÃO:

- 1 - Faça perguntas ao idoso sobre qual é o dia da semana.
- 2 - Pergunte ao idoso qual é o dia da sua próxima consulta médica.
- 3 - Pergunte ao idoso qual foi o dia da sua última consulta médica.

EVOCAÇÃO/LINGUAGEM:

- 1 - Incentive o idoso a se comunicar com outras pessoas.
- 2 - Trabalhe brincadeiras de trava língua.
- 3 - Incentive o idoso a falar palavras novas.

RETENÇÃO/COGNIÇÃO:

- 1 - Pergunte ao idoso como foi seu dia.
- 2 - Ofereça jogos de memória.
- 3 - Forneça textos para leitura.

CÁLCULO/ ATENÇÃO:

- 1 - Peça para o idoso responder a problemas simples.
- 2 - Ofereça jogos recreativos (dama, dominó, xadrez).
- 3 - Simule situações reais de pagamento de valores e recebimento de troco.

HABILIDADE MOTORA:

- 1 - Incentive o idoso a praticar exercícios físicos.
- 2 - Incentive o idoso a manter sua autonomia funcional, como por exemplo: amarrar o cadarço.
- 3 - Incentive o idoso a manter suas habilidades manipulativas de pequenos objetos, como por exemplo contar dinheiro.

Figura 1: Cartilha para a atenção ao idoso com déficit cognitivo

Estudo realizado por Pinto (2006), no trabalho profissional cotidiano pondera que o esquecimento são as queixas mais frequentes entre os idosos. Esta queixa, em geral, é acompanhada por uma preocupação subjacente em que o grande medo seria a perda da autonomia, tendo como consequência o aumento na dependência. Nesse sentido, a comunicação é uma atividade primordial do ser humano. A possibilidade de estabelecer relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. É a partir dela que o indivíduo compreende e expressa seu mundo. Problemas de comunicação podem resultar em perda de independência e sentimento de desconexão com o mundo, sendo um dos mais frustrantes aspectos dos problemas causados pela idade (MORAES *et al.*, 2010).

Os déficits no funcionamento mental dos idosos são causados por um conjunto de fatores biológicos e psicossociais incluindo-se a falta de interesse e motivação, ansiedade, atitudes derrotistas e a não utilização das faculdades intelectuais (TIER *et al.*, 2004).

Retenção / Cognição

Este tópico visa incentivar o idoso quanto à retenção e à cognição, atuando na prevenção da perda de memória de longo prazo e na retenção de informações já adquiridas ao longo da vida. Para esse fim, é utilizada a estimulação do intelecto, realizando a promoção de atividades que instiguem o uso da linguagem oral, incentivo na resolução de problemas, estimulação nas atividades intelectuais tais como: leituras, jogos de memória, palavras cruzadas, jogos de xadrez, entre outros.

O cuidador deve executar exercícios mnemônicos, associando-se fatos ocorridos no seu cotidiano a imagens e solicitar ao idoso que guarde as imagens na memória. Incluir nas atividades diárias do idoso a prática de jogos citadas no parágrafo anterior. Além de realizar exercícios simples como: incitar o idoso a recordar fatos corriqueiros como: o que comeu no almoço, o que leu no jornal do dia, entre outros.

É importante salientar que o cuidador deve se atentar quanto à adaptação frente ao processo de comunicação com o idoso assistido, para que essa seja sempre ao nível de capacidade da pessoa, devendo-se para tanto utilizar-se ao máximo a sua capacidade mental desafiando o assistido quanto ao novo e aos estímulos de aprendizados de novas habilidades (WANNMACHER, 2005).

Segundo Souza e Chaves (2005), o objetivo das atividades relacionadas à retenção e cognição é a prevenção do declínio da memória e a retenção das informações já processadas anteriormente pelo cérebro, além de ser excelentes exercícios mentais, que atuam e fortalecem os mecanismos de transmissão neuronal e processamento de dado.

Cálculo / Atenção

Este tópico objetiva estimular o cérebro com atividades que exijam atenção, concentração e pensamento lógico, afim de contribuir para o aumento da densidade sináptica cerebral do idoso e na manutenção da capacidade de raciocínio por meio de tarefas que podem incluir cálculos simples do seu cotidiano. Visa-se trabalhar a atenção nas ações que envolvem atividades simples, como, por exemplo: o uso de dinheiro em que o cuidador por meio de perguntas simples estará instigando o raciocínio do assistido em relação a valores, números e quantidade.

Segundo Luzardo *et al.* (2006), poderão ser realizadas atividades como jogos de dominó, baralho e dama que reforcem a atenção por meio de cores, números e sequências lógicas. O cuidador deve pedir ao idoso que responda a perguntas simples, que realize jogos de pergunta e resposta como: qual o número do telefone de um familiar. Além disso utilizar sempre um reforço positivo para incentivar um comportamento desejado do idoso, para que o mesmo se sinta motivado e com sua autonomia preservada.

A ativação para preservação do raciocínio deve ser feita diariamente, durante as atividades normais, como o caminhar durante as refeições, ou mesmo durante as compras com o objetivo de manter e estimular a capacidade de cálculo/atenção na vida diária do idoso.

Para Souza e Chaves (2005), essa estimulação da função neural deve ser uma constante realizada pelo cuidador. Sempre estabelecida por meio de jogos citados anteriormente, atividades e exercícios que exercitem e estimulem o raciocínio e as demais funções cognitivas do assistido.

Evocação / Linguagem:

Este tópico incentiva o uso de palavras para que o idoso não venha a sofrer com um declínio significativo do seu vocabulário acerca da diminuição da sua capacidade cognitiva, particularmente relacionada à fala. Sugere-se a estimulação de atividades como: musicoterapias, narração de histórias familiares envolvendo o seu cotidiano, entre outras. O cuidador deve incentivar o idoso a falar palavras novas, trabalhar brincadeiras do tipo trava língua, usar frases curtas e palavras simples, evitar perguntas abertas e repetir instruções, dando apenas um passo de cada vez, usando as mesmas palavras. Conversar muito com ele: A verbalização ajuda-o a sentir-se integrado ao contexto familiar e à vida. Dê-lhe tempo para falar. Não o interrompa para o ajudar. Respeite seu ritmo.

Com esses incentivos, temos como meta o bem estar biopsicossocial do idoso e a conservação do seu vocabulário, para que os mesmos não venham a sofrer com o isolamento social, buscando a continuidade da sua vida de forma participativa.

Estudo realizado por Luzardo *et al.* (2006), investigando a associação entre relações sociais, linguagem e cognição entre idosos acima de 85 anos, obtiveram como resultado que os participantes que tinham maior participação em atividades sociais e de lazer, maior diversidade nos contatos sociais, maior suporte emocional e

maior satisfação com o suporte desempenham melhor as tarefas de habilidades linguísticas.

Segundo Souza *et al.* (2009), dentre as várias alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e as funções do sistema nervoso central, principalmente as de origem neuropsicológicas envolvidas no processo cognitivo e afetivo social, a falta de interação social pode ser uma das mais intensas no déficit cognitivo. Essas alterações podem comprometer o bem estar biopsicossocial do idoso, o que limita a continuidade da sua vida social de forma participativa, gerando assim maior isolamento social, mais tempo em situação de pouco esforço cognitivo e social, menor utilização da capacidade de evocação e linguagem e consequente maior fragilidade para perdas funcionais neuronais, particularmente potencializadas pelo desuso, ou seja, uma reação em cascata.

Habilidade Motora

Este tópico tem como objetivo trabalhar a parte de resistência e equilíbrio do idoso, bem como a manutenção, melhora e resgate da capacidade funcional por meio de incentivos à execução de exercícios. A manutenção da sua autonomia funcional e habilidade manipulativa de pequenos objetos são importantes para o cotidiano do idoso.

Segundo Machado *et al.* (2011), o comprometimento cognitivo afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade.

O idoso pode ser estimulado por meio do incentivo para a realização de tarefas rotineiras como: convida a realizar compras de supermercado, incentivar o idoso a realizar seus próprios cuidados corporal (amarrar o caderço, pentear os cabelos, passar hidratantes corporais, colocar vestimentas). Incentive-o à realização de caminhadas diárias, não proponha atividades que ultrapasse um nível considerado leve ou moderado. Procure conhecer os hábitos e preferências do idoso e propor atividades que já fazem parte da sua rotina. Porém, tente sempre elevar o nível de dificuldade, como, por exemplo: tricô, pintura, crochê.

Referências

ALVES LC; LEITE IC; MACHADO CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2008; 13(4): 1199-1207.
ANTUNES HKM; SANTOS RF; CASSILHAS R; SANTOS RVT; BUENO OFA; MELLO MT. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte*. 2006; 12(2).
ARAÚJO CL; OLIVEIRA NJS. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. *Revista Kairós Gerontologia*. 2010; 13(1): 231-244.
BORGES MMMC; TELLES JL. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010; 13 (3): 349-360.
BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Brasília. 2010.

Com estes incentivos, temos como meta a manutenção da função locomotora, do equilíbrio e da capacidade manipulativa de pequenos objetos, mantendo-os ativos na sociedade e evitando complicações que vão desde a dependência até as incapacidades ocasionadas por quedas.

Estudo realizado por Oliveira *et al.* (2006), revela que a mobilidade e o deslocamento no ambiente são elementos essenciais para que as atividades de vida diária sejam realizadas com independência, verificando-se se a mobilidade é afetada pelo desempenho das atividades de banho e vestuário. Para executar tais tarefas, é importante que o idoso tenha equilíbrio e destreza nas mudanças de posição e estabilidade. Seu prejuízo pode gerar dependência e incapacidades.

Nesse sentido, Hanna *et al.* (2006), afirma que pessoas moderadamente ativas têm menor risco de ser acometidas por distúrbios mentais do que as sedentárias, mostrando que a participação em programas de exercícios físicos exerce benefícios na esfera física e psicológica e que indivíduos fisicamente ativos provavelmente possuem um processamento cognitivo mais rápido. Parece que a explicação desse fenômeno ocorre em parte por uma ação direta do exercício físico sobre a função cognitiva, de tal forma que ocorre aumento da velocidade do processamento cognitivo. Isso leva a uma consequente melhora na circulação cerebral e alteração na síntese e degradação de neurotransmissores.

Conclusão

Esse material não tem pretensões de ser algo definitivo, mas sim um dos primeiros a apresentar uma preocupação com os procedimentos necessários aos cuidados dispensados aos idosos com déficit cognitivo.

Espera-se com isso incentivar a comunidade acadêmica a produzir material instrucional, bem como desenvolver mais estudos em relação aos cuidados e procedimentos voltados aos idosos com déficit cognitivo.

Novos estudos são necessários para a melhoria, desenvolvimento e aplicação desta cartilha, bem como sua possível validação na prática clínica.

Brucki SM; Nitrini R; Caramelli P; Bertolucci PH; Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, 2003; 61(3B), 777-81.
CAREMELLIA P; BARBOSA MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl I): 7-10.
CONCEIÇÃO LFS. Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Rev Med Minas Gerais*. 2010; 20(1): 81-91.
DUARTE, YAO. Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas; [coordenação geral Áurea Eleotério. Soares Barroso]. -- São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.
FIGUEIREDO NMA; TONINI T. Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento. São Caetano do sul, SP: Yendis Editora, 2006. 1º edição.

- FREITAS MC; QUEIROZ TA; SOUSA JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm.* 2010; 44(2): 407-412.
- GIL G; BUSSE AL. Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada à idade. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2009; 54(2): 44-50.
- HANNA KMA; SANTOS RF; CASSILHAS R; SANTOS RVT; BUENO OFA; MELLO MT. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras de Med Esporte.* 2006; 12(2): 108-114.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010.
- LEITE MT; HILDEBRANDT LM; KIRCHNER RM; WINCK MT; SILVA LAAS; FRANCO GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev. Gaúcha Enfermagem.* 2012; 33(4): 64-71.
- LOURENÇO, TM. Capacidade funcional do idoso longo em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba -PR. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná - UFPR, 2011. <http://www.ppgenf.ufpr.br/DISSERTACAOTANIALOUREN%C3%87O.pdf>.
- 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.* 2006; 15(4): 587-594.
- MACHADO JC; RIBEIRO RCL; COTTA RMM; LEAL PFG. Declínio Cognitivo de Idosos e sua Associação com Fatores Epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2011; 14(1): 109-121.
- MACIEL ACC; GUERRA RO. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54(4): 347-352.
- MEIRELES VC; MATSUDA LM; COIMBRA JAH; MATHIAS TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde e sociedade.* 2007; 16(1): 69-80.
- MORAES EN; MARINO MCA; SANTOS RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20(1): 54-66.
- MORAES EN; MORAES FL; LIMA SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20(1): 67-73.
- OLIVEIRA DLC; GORETTI LC; PEREIRA LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista brasileira de fisioterapia.* 2006; 10(1): 91-96.
- OLIVEIRA SFD; DUARTE YAO; LEBRÃO ML; LAURENTI R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Rev Saude soc.* 2007; 16(1): 81-89.
- PESTANA LC; CALDAS CP. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Rev. bras. Enferm.* 2009; 62(4): 583-587.
- PINTO ALF. Memória: um desafio à autonomia do idoso. *Fam. Saúde Desenv.* 2006; 1(1): 39-48.
- RICCI NA; KUBOTA MT; CORDEIRO RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista saúde pública.* 2005; 39(4): 655-662.
- SANTANA RF; FIGUEIREDO NMA; FERREIRA MA; ALVIM NAT. A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência. *Texto contexto - enferm.* 2008; 17 (2): 288-296.
- SANTANA RF; SANTOS I; CALDAS CP. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2005; 58(1): 44-48.
- SANTOS SSC; BARLEM ELD; SILVA BT; CESTARI ME; LUNARDI. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta paulista de enfermagem.* 2008; 21(4): 649-653.
- SANTOS SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2010; 63(6): 1035-1039.
- SKA B; FONSECA RP; SCHERER LC; OLIVEIRA CR; PARENTE MAMP; JOANETTE Y. Mudanças no processamento cognitivo em adultos idosos: déficits ou estratégias adaptativas?. *Estud interdiscip envelhec.* 2009; 14(1): 13-24.
- SOUZA JN; CHAVES EC. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39 (1): 13-19.
- SOUZA PA; SANTANA RF; SÁ SPC; ROBERS LMV. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. *RBCEH Passo Fundo.* 2009; 6 (3): 362-372.
- TIER CG; FONTANA RT; SOARES NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira Enfermagem.* 2004; 57(3): 332-335.
- WANNMACHER L. Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. 2005; 4 (2).

Cartilha para a atenção ao idoso com déficit cognitivo

**IDOSOS COM DÉFICIT COGNITIVO:
ELABORAÇÃO DE CARTILHA PARA CUIDADOS**

INTRODUÇÃO:

Dentre as formas mais comuns de perda de capacidade funcional verificada na população idosa, o déficit cognitivo chama a atenção pela dificuldade de diagnóstico e de tratamento. Os enfermeiros são profissionais de saúde com papel prioritário no apoio e suporte a essa população. Contudo, a área da enfermagem ainda é deficitária para oferecer assistência especializada aos idosos, particularmente com déficit cognitivo, sendo necessária a criação de novos instrumentos de assistência, almejando maior humanização em cuidados e permitindo a implementação de ações mais eficientes ao bem estar dessa população, garantindo um processo de envelhecimento digno dentro de suas limitações e/ou incapacidades, particularmente aos idosos comprometidos pelo déficit cognitivo. Objetivo: elaboração de uma cartilha de fácil aplicação para a atenção ao idoso com déficit cognitivo. Resultados: a presente cartilha é uma possibilidade e uma opção de alguns procedimentos importantes que devem ser atendidos em relação aos cuidados com idosos com déficit cognitivo. Conclusão: esse material não tem pretensões de ser algo definitivo, mais sim um dos primeiros a apresentar uma preocupação com os procedimentos necessários aos cuidados dispensados aos idosos com déficit cognitivo. Espera-se com isso incentivar a comunidade acadêmica a produzir material instrucional, bem como desenvolver mais estudos em relação aos cuidados e procedimentos voltados aos idosos com déficit cognitivo.

PALAVRAS-CHAVE: DÉFICIT COGNITIVO; IDOSOS; CUIDADOS.



**KALINE RODRIGUES
PATRÍCIA KARLA BEZERRA
APARECIDO PIMENTEL FERREIRA**

**FACULDADES INTEGRADAS PROMOVE DE BRASÍLIA
ENFERMAGEM
BRASÍLIA 2013**



**Cartilha de atenção ao idoso
com déficit cognitivo**

ORIENTAÇÃO:

- 1 - Faça perguntas ao idoso sobre qual é o dia da semana.
- 2 - Pergunte ao idoso qual é o dia da sua próxima consulta médica.
- 3 - Pergunte ao idoso qual foi o dia da sua última consulta médica.

EVOCAÇÃO/LINGUAGEM:

- 1 - Incentive o idoso a se comunicar com outras pessoas.
- 2 - Trabalhe brincadeiras de trava língua.
- 3 - Incentive o idoso a falar palavras novas.

RETENÇÃO/COGNIÇÃO:

- 1 - Pergunte ao idoso como foi seu dia.
- 2 - Ofereça jogos de memória.
- 3 - Fomeça textos para leitura.

CÁLCULO / ATENÇÃO:

- 1 - Peça para o idoso responder a problemas simples.
- 2 - Ofereça jogos recreativos (dama, dominó, xadrez).
- 3 - Simule situações reais de pagamento de valores e recebimento de troco.

HABILIDADE MOTORA:

- 1 - Incentive o idoso a praticar exercícios físicos.
- 2 - Incentive o idoso a manter sua autonomia funcional, como por exemplo: amarrar cadaço.
- 3 - Incentive o idoso a manter suas habilidades manipulativas de pequenos objetos, como por exemplo contar dinheiro.

