

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP

JANICI THEREZINHA SANTOS

Interpretações de Enfermeiros sobre o
Cuidado à Demência no Contexto Hospitalar

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

SÃO PAULO

2007

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP

JANICI THEREZINHA SANTOS

Interpretações de Enfermeiros sobre o Cuidado à Demência no Contexto Hospitalar

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. *Elizabeth F. Mercadante*.

SÃO PAULO

2007

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local: _____ Data: _____

DEDICATÓRIA

- *Ao universo que conspirou a meu favor, dando-me clareza e sensibilidade para que em meio a tantos obstáculos me fizesse acreditar no valor da minha pesquisa e na capacidade de concluí-la.*
- *A todos os meus amigos e família, que com palavras de afeto e carinho, contribuíram para que eu não desistisse.*
- *Ao meu esposo, que muitos dias permaneceu solitário, esperando que tudo terminasse e pudesse me ver feliz.*
- *A Profa. Dra. Elizabeth F. Mercadante, pelos momentos de plena dedicação e amizade.*
- *Aos Profs. Drs. Beltrina Corte, Nádia Dumara e Paulo R. Canineu, que me ensinaram o caminho a trilhar.*

A todos, Agradeço!

RESUMO

A presente pesquisa objetiva estudar as interpretações de uma equipe de enfermeiros no universo do cuidado em relação à demência no contexto hospitalar. O envelhecimento mundial é um fenômeno presente, muito discutido por profissionais de saúde e estudiosos do assunto. O rápido processo de envelhecimento observado nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda não tem sido respaldado com políticas adequadas a esta população. Sabe-se que as doenças crônico-degenerativas que acompanham o envelhecimento acabam desencadeando longos dias de internação nos hospitais. Famílias desestruturam-se em busca de saídas para a situação de dependência que o idoso internado pode apresentar. Faz-se necessário a escolha de cuidadores familiares e outros para dar atenção especial ao idoso. Entre estas doenças estão as demências, que à medida que evolui deixam o paciente altamente dependente. Nos hospitais, o idoso dementado é internado nos setores de clínica médico-cirúrgica e permanece, em meio a outros pacientes com faixa etária e patologias diversas. Cabe ao enfermeiro, como profissional mais próximo e mais presente por estar mais tempo ao lado do paciente e família, obter recursos institucionais e conhecimentos adequados para dar assistência com qualidade e dignidade. Não vale pensar somente no paciente, pois a família, bem como o cuidador familiar também necessitam de suporte, principalmente psicológico, enquanto estiver acompanhando o idoso no processo de internação.

As interpretações dos enfermeiros mostram qual o universo deste trabalho, o qual envolve a problemática da doença-dependência-família-idoso. O profissional enfermeiro geralmente atua com sobrecarga de estresse, necessitando muitas vezes de estrutura e suporte institucional para dar continuidade à assistência com mais qualidade. Evidenciam também as situações de conflitos e angústias de famílias e cuidadores familiares, que, em meio a tantas complicações da doença, revelam vários perfis e muitos fazem o que estão ao seu alcance para continuar ao lado do paciente, muitos ainda são tão idosos quanto seus pacientes, necessitando de ajuda profissional.

A pesquisa propõe mostrar as interpretações e, assim, contribuir para o conhecimento de uma determinada realidade hospitalar que pode ser uma entre tantas outras. Reconhecer o valor do enfermeiro na busca por conhecimento e dignidade no tratamento a estes idosos e familiares ou cuidadores familiares. Buscar saídas e estimular o aprendizado pela equipe com o intuito de mostrar que o cuidado está nas mãos do Enfermeiro. Isso não se transfere!

Palavras-chave: Enfermeiro, cuidado, demência.

ABSTRACT

This research is aimed at investigating the interpretation of a nurse team in the context of the dementia care in hospitals. The world aging is a present phenomenon which is very debated by health professionals and researchers. The fast aging process observed in the developing countries as Brazil has not been supported by policies adequate to this population. It is known that chronic degenerative diseases along with aging cause staying for long days in a hospital. Families are broken-up when looking for a way out from the dependence that the elderly might present. It is necessary to choose family caregivers and others to give special attention to the elderly. Dementia is among the diseases which makes the patient very dependent as it develops. In the hospitals the elderly is admitted in medical-surgical clinic wards and stays among other patients who belong to different age groups and present several pathologies. It is up to the nurse, who is the nearest and most present professional for being longer with the patient and his family, to get institutional resources and adequate information so as to provide quality and decent assistance. Thinking just about the patient is not enough due to the fact that the family, as well as the family caregiver, also need support, mainly psychological, while they are escorting the elderly during the hospital admission.

The nurse interpretations show what this work context is, which involves the elderly/family dependence disease problem. The professional nurse often works under overburden stress and in several occasions he/she needs institutional support and structure to give quality assistance. Also there are evidences concerning the conflict and afflicting situations which affect the families and family caregivers who reveal several aspects while dealing with so many difficulties related to the disease. Many of them do whatever is possible to stay with the patient, many are as old as the patient and need professional help.

This research is aimed at showing the interpretations and, therefore, contributing to inform a certain reality, which may be one among many others, found in hospitals. Acknowledging the nurse value in searching information and decency in treating these elderly and families or family caregivers. Looking for ways and stimulating the team learning process so as to show that the care is in the Nurse's hand. This can not be transferred to someone else!

Key-words: Nurse, care, dementia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. REFERENCIAL TEÓRICO	6
1.1. Envelhecimento, velhice: um pouco da história	6
1.2. Envelhecimento/transformações demográficas.....	11
1.3. Envelhecimento e comorbidades	13
1.4. Saúde mental: demência.....	17
1.5. Definindo a demência.....	20
1.6. Tipos de demência	23
1.7. Transtornos de comportamento presentes no idoso com demência ...	27
1.8. O universo do cuidado à demência no contexto hospitalar	30
2. METODOLOGIA	37
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
3.1. Analisando os sujeitos da pesquisa	40
3.2. Análise das entrevistas	43
3.2.1. Significados em trabalhar com idosos portadores de demência	43
3.2.2. Desafios no cotidiano deste trabalho	52
3.2.3. Interpretações sobre o relacionamento entre paciente dementado e família no cotidiano	59
3.2.4. Interpretações dos enfermeiros sobre a vida pessoal e profissional diante dos enfrentamentos diários	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A ANÁLISE QUALITATIVA	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	82

INTRODUÇÃO

O homem, ao ter consciência do seu papel no mundo, atua buscando seus objetivos. Procura através de suas relações sociais e com o seu mundo particular dar sentido à vida, à existência, cria, recria, transforma-se à medida que vive e experimenta determinadas situações. Desta maneira mostra-se vivo, não só vive, mas existe e marca sua trajetória.

Assim, somos dotados do poder da criatividade e da capacidade para a convivência em sociedade. Deixamos nossas marcas em nossos caminhos. Vamos conhecendo e reconhecendo o mundo do qual fazemos parte, realizando ações que determinam e definem algumas de nossas inquietações diante da vida. A cada momento estamos descobrindo em nossas atitudes um pouco de quem somos e assim podendo fazer e contar a nossa história.

Precisamos dar sentidos a essa história que escrevemos diariamente. Porém é difícil colocá-la no papel, determinar um ponto de partida, um caminho para transcrever as nossas lembranças. Contar é revirar individualidades, conceitos, remexer a intimidade e nos expor de maneira especial. Enfim, começo pela origem das coisas, não tanto do início, mas do momento em que considero importante, colocar em evidência as ligações das escolhas de vida com a minha trajetória profissional.

A vontade de cuidar de idosos vem de longa data, sempre me identifiquei com essa faixa etária. Penso que o cuidar está muito relacionado com o gostar do outro, gostar do ser humano.

A escolha de cuidar já faz parte da minha vida desde muito cedo e durante os meus caminhos foram se definindo. Escolhi para minha carreira profissional, a

enfermagem. Nesta experiência, adquiri visões de mundo particulares, acredito que cuidar de alguém modifica a maneira de ver as coisas perante o mundo.

Na rotina hospitalar, trabalhando com idosos, acompanhando suas famílias e cuidador familiar, fui vivenciando e participando, juntamente com outros enfermeiros, de vários desafios dessas pessoas, que enfrentam de perto a doença. Fui conhecendo as dificuldades que muitos familiares ou cuidador familiar têm em conviver com as dependências instaladas como conseqüências de várias patologias. Essas pessoas trazem também com freqüência a angústia de não saber o que fazer, pois, em algumas situações, não há mais o que fazer. Ao longo do tempo, a rotina de profissionais enfermeiros, que lidam diretamente com estas realidades e permanecem a maior parte do tempo ao lado do paciente foi me despertando a atenção.

Das experiências adquiridas, cuidando de vários tipos de patologias, o cuidado com o paciente portador de demências me faz ter a opinião de que é uma das síndromes mais difíceis de manejar no processo de internação hospitalar. Enfermeiros que trabalham em unidades hospitalares, geralmente cuidam dos pacientes crônicos e estabelecem uma relação terapêutica no sentido prático. Na demência, foge-se do habitual, do rotineiro. O paciente idoso, portador de demência, coloca o profissional enfermeiro em várias situações de desafios ao ser cuidado. Esta realidade traz várias discussões práticas e pessoais para o cotidiano desse profissional.

A convivência do enfermeiro com a demência, no contexto hospitalar, coloca-o diante do diagnóstico, da história de vida, da tolerância, a aderência ou não ao tratamento, a dificuldade de resposta pelo paciente. São detalhes inerentes ao processo da doença, porém acabam provocando nos profissionais algumas interrogações que eles nem sempre se dão conta. O contato com a demência fazem estes profissionais repensar de que maneira estão lidando com essa realidade.

O cotidiano mostra também que o profissional deve se lembrar que a assistência não se restringe somente ao paciente, mas também à família ou ao cuidador familiar. Este detalhe gera uma série de outros desafios que o

enfermeiro precisa enfrentar no dia-a-dia, durante o processo de internação do idoso portador de demência.

A idéia de realizar a pesquisa envolvendo a demência surgiu em 2002/2003, ao cursar a especialização em geriatria. Retomei a idéia em 2005 no curso de mestrado em gerontologia. Durante o curso, a convivência com profissionais de outras áreas foi muito importante para me abrir novos horizontes e perspectivas e ajudou-me a definir o que poderia realizar como estudo. O desenvolvimento das disciplinas, as reflexões sobre valores de vida, os debates, os seminários e as leituras deram-me condições de expressar hoje, o que adquiri como conhecimento. Acreditando que posso ajudar a melhorar algo na realidade do profissional enfermeiro que cuida do idoso com demência, busco, então, na realização deste estudo:

“Analisar as interpretações de enfermeiros, no cuidado à demência, no contexto hospitalar”.

Rever a relação do enfermeiro com o paciente idoso portador de demência, para mim, é muito importante. O profissional em seu cotidiano torna-se muito próximo do paciente e família. Isso exige dedicação, solidariedade, humanismo. O enfermeiro torna-se o elo que une a família ao paciente, é também a figura de ligação entre a equipe multiprofissional, participando e refletindo sobre a evolução do paciente.

Enfermeiros vivenciam realidades diversas em relação ao idoso dementado, também convivem com perfis familiares diferentes. Cada internação, a busca da família ou do cuidador familiar é por um “alívio” ou uma “saída”, que julga estar nas mãos do profissional que cuida, podendo este, de alguma forma, amenizar a situação de desconforto em que o idoso se encontra.

Convivem com famílias que temporariamente se desvinculam do compromisso do cuidado, afastam-se durante o processo de internação, demonstrando desinteresse, apatia, lidam com a desestrutura emocional dos mesmos, quando estes não conseguem conviver com os momentos de dificuldade que está presente no processo de internação. Esses idosos e suas famílias ou cuidadores passam por vários processos de internações prolongadas,

de situações nas quais o prognóstico vai revelando incertezas, vai se tornando sombrio. Portanto enfermeiros convivem com a finitude, nos casos mais graves.

Idosos com demência necessitam de cuidado, de atenção, vivem em seu mundo próprio, feitos pela construção de suas lembranças, que podem ser poucas ou nem existirem mais, muitas vezes, não sabem mais nem quem são eles mesmos. A doença os coloca fora da realidade, fechados em seus *habitats*, arquitetados por eles, pelo que ficou de seus dias já vividos e o que conseguiram reter para contar ou lembrar.

Ao me aprofundar em uma investigação que busca analisar as interpretações de profissionais na área da saúde e suas ações no campo do seu processo de trabalho, optei pela pesquisa qualitativa. Esta, implica levar em conta os sujeitos envolvidos no estudo, sua condição social, suas crenças, seus valores e significados. Considerando ainda que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em constante transformação. Para falar sobre o meu tema, pensei na importância das escolhas teóricas. Dou início ao referencial teórico fazendo uma breve discussão sobre a velhice, percorrendo dados históricos sobre a representação da velhice na fala de vários autores atuais. A seguir aponto algumas estatísticas e a explosão demográfica em idosos, evidencio as reflexões da gerontologia sobre o assunto e sua importância, como o Brasil se comporta diante desta realidade, como envelhece a população brasileira e de que forma os idosos são tratados no âmbito da saúde, qual o comportamento do Estado e das famílias ao assumir o dever de cuidar do idoso. Ao discutir o perfil de saúde das pessoas que envelhecem no Brasil, mostro que a perspectiva de vida maior não significa melhor qualidade de vida. Muitos idosos apresentam comorbidades e dependências, e as estatísticas são pouco reveladoras ao mostrar o envelhecimento e as doenças mentais. Atualmente, a demência está em evidência, número significativo de idosos portadores de demência são tratados em suas casas até que a hospitalização seja inevitável.

Faço também uma breve discussão sobre o conceito de demência, os tipos de demência, desenvolvendo uma reflexão sobre o cuidado à demência pelos profissionais enfermeiros.

Neste trabalho procuro utilizar textos de autores atuais sobre o assunto, tais como: Sérgio Tamai, Paulo Caramelli, Ricardo Nitrini, V. Camon, Renato Maia Guimarães, Paulo R. Canineu, entre outros. Ressalto outras leituras de autores como: Beauvoir, Morin, Debert e tantos outros, que me acrescentaram reflexões com bases em filosofia, antropologia, sociologia e conhecimentos sobre o ser humano, no qual me identifiquei neste percurso de três anos. Trato de questões do cotidiano do profissional enfermeiro, da descoberta de si através do outro, do cuidado, do autocuidado, essencial para continuarem a viver e a conviver dentro do trabalho, e do universo do cuidado à demência no contexto hospitalar.

Para cumprir este propósito, busco desvendar pensamentos, opiniões e contribuir para futuras discussões sobre o assunto, ressaltar a importância dentro das instituições hospitalares, do profissional enfermeiro, que mesmo diante de tantos desafios, estão à frente, procurando, através de suas equipes, oferecer qualidade na assistência prestada ao idoso com demência sua família ou seu cuidador familiar.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1. Envelhecimento, velhice: um pouco da história

“De todos os fenômenos contemporâneos, o mais certo em sua marcha, o mais fácil de prever com muita antecedência, e, talvez, o de conseqüências mais pesadas é o envelhecimento da população”. (Beauvoir, 1990, p. 217)

“A idade e o envelhecimento estão relacionados a fenômenos biológicos, mas seus significados são determinados social e culturalmente. Idade social é um conceito relativo e varia em diferentes contextos culturais. Ao tentar entender as condições sociais que afetam a idade adulta e a velhice é importante perceber que as definições do envelhecimento, bem como as condições e funções sociais de cada grupo de idade, não só mudam significativamente ao longo do tempo, mas também variam entre diferentes culturas”. (Hareven, 1976, p. 17)

Peixoto (1993) discute em um de seus textos, sobre alguns termos classificatórios referentes ao idoso, traçando uma trajetória de formulação pública de termos ou noções vinculadas ao envelhecimento, buscando entender as nuances das representações sociais francesas e brasileiras a respeito dessas categorias. Refere-se ao tratamento social dado à velhice no século XIX, na França, onde se diferenciavam os mendigos internados em “depósitos de velhos” e nos asilos públicos, merecendo então a partir daí uma atenção especial dos poderes públicos para com a velhice.

Segue em seu texto, discutindo a França , falando sobre a concessão de pensões que se tornou organizada e habitual, com duas condições: longos anos de trabalho e uma idade determinada. Pós-liberalismo, o Estado é chamado para cuidar e amparar seus “velhos”, o que então estava a cargo da família. A representação social da pessoa que envelhece vai conhecendo então modificações e as mudanças sociais pedem uma política voltada ao envelhecimento, estas políticas acabam criando algumas categorias para classificar o “velho”. Na época para o indivíduo “despossuído”, a velhice era mais imposta, este, então, era o chamado “velho”, era considerado indigente. Os indivíduos que tinham patrimônio eram designados patriarcas, eram respeitados.

Ressalta ainda sobre a França, onde a velhice acaba tendo uma relação muito forte com a capacidade ou não de força para o trabalho, as classes menos favorecidas vieram a constituir as classes proletárias: a família ou o patrão, vinculando a velhice de quem trabalha à invalidez, ou a incapacidade de produzir.

A partir do século XX, com a nova política social para a velhice, o aumento das pensões, muda a estrutura social, aumenta o prestígio dos aposentados, transformando alguns termos de tratamento. Passando a pessoa com mais de sessenta anos a ser chamada de “idoso”, foram instituídas no setor médico-social, seções de assistência médica, alimentação gratuita em restaurantes e assistência jurídica e passam a ser “clientes”.

Houve várias lutas no decorrer dos tempos e, no final de 1995, houve uma mobilização popular contra a tentativa do governo de modificar o sistema previdenciário francês e isso acabaria por desestruturar o que seria considerado um dos melhores sistemas previdenciários do mundo. A velhice passa de decadente a ter um colorido, associada à arte de bem viver. Surge então o termo “terceira idade”, para designar com mais respeito os jovens aposentados.

E a discussão Francesa toma outro rumo, a velhice passa a representar: “integração e auto-gestão”, ficando o idoso deste século responsável pelo seu próprio envelhecimento, ainda melhor dizendo, o idoso de hoje deve procurar meios de envelhecer bem, ser ativo e produtivo, o chamado “envelhecimento ativo”, para que seja aceito na sociedade. Surge então uma nova expressão

classificatória para as pessoas com mais de setenta e cinco anos: a quarta idade (Peixoto, 1993).

Fisher (1977) discute a velhice na sociedade norte-americana, no fim do século XIX, quando se passou a aceitar a velhice como um processo natural, como um período distinto da vida. Quando a “velhice” se tornou proeminente como uma nova etapa da vida e, com ela, a necessidade de diferenciar seus problemas sociais daqueles da “meia idade”, no final do século XX, há uma nova tomada de consciência sobre a “velhice”, juntamente com definições institucionais e reconhecimento social. A convergência crescente da literatura gerontológica, a proliferação de estereótipos negativos sobre os velhos e o estabelecimento da aposentadoria compulsória representam os primeiros movimentos de uma formulação pública e institucional da “velhice” como um estágio distinto.

No Brasil, Camacho (2002, p. 231) discute a velhice que, em relação à sociedade, é um problema configurado no direito à aposentadoria, com uma renda adquirida por anos de trabalho, e contextualiza-se como um problema de ordem pública. Com referência ao sistema previdenciário, o envelhecimento transforma-se numa questão de peso para a economia, a vida social e cultural da sociedade.

“O que marca o debate atual ainda são os dois modelos antagônicos de se pensar o envelhecimento. No primeiro deles, trata-se de construir um quadro apontando a situação de pauperização e abandono a que o velho é relegado, em que ainda é, sobretudo, a família que arca com o peso dessa situação. Esse modelo é criticado porque estaria, sem pretender, alimentando os estereótipos da velhice como um período de retraimento em face de doença e da pobreza, uma situação de dependência e passividade que legitima as políticas públicas, baseadas na visão do idoso como um ser doente, isolado, abandonado pela família e alimentado pelo Estado. No segundo, trata-se de apresentar os idosos como seres ativos, capazes de dar respostas originais aos desafios que enfrentam em seu cotidiano, redefinindo ao extremo, esse modelo rejeita a própria idéia de velhice ao considerar que a idade não é um marcador

pertinente na definição das experiências vividas. A tendência, no limite, é concluir que as intervenções públicas, ao reiterarem o recorte etário da população e o fato de a palavra ‘velho’ se associar ao status de uma pessoa, não têm reflexo nas experiências individuais. Esse segundo modelo, também sem pretender acaba fazendo coro com os discursos interessados em transformar o envelhecimento em um novo mercado de consumo, prometendo que a velhice pode ser eternamente adiada através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas”. (Debert, 1979, p. 73)

“A característica da relação do adulto com o velho é a falta de reciprocidade que pode se traduzir numa tolerância sem o calor da sinceridade. Não se discute com o velho, não se confrontam opiniões com as deles, negando-lhe a oportunidade de desenvolver o que só se permite aos amigos: a alteridade, a contradição, o afrontamento e mesmo o conflito. Quantas relações humanas são pobres e banais porque deixamos que o outro se expresse de modo repetitivo e porque nos desviamos das áreas de atrito, dos pontos vitais, de tudo que em nosso confronto pudesse causar o sofrimento a dor! Se a tolerância com os velhos é entendida assim, como uma abdicação do diálogo, melhor dar o nome de banimento ou discriminação”. (Eclea, 1973, p. 78)

Fica o idoso à mercê de sua própria sorte. Diante destes dois modelos de pensamentos citados anteriormente pelos autores, fica o idoso fragmentado na sua identidade, quem deve ser? Qual modelo seguir? O que lhe resta na realidade é o poder de não poder escolher, pois não depende de si mesmo e sim das circunstâncias, da estrutura em que se insere, tanto familiar como social.

Penso na influência da pausa que provoca a aposentadoria na vida do idoso. O tempo vivido afirma cronologicamente que é tempo de parar, o passado já passou, o presente pouco dá como opção um lugar no tempo presente, nem expectativa de futuro. O homem passa a acreditar no que não imaginava acreditar, que “está ultrapassado”, pois o tempo cronológico força-o a isso. Esta

concepção o divide em etapas: o que foi antes e o que é agora. Passa a viver o passado e as lembranças do que era, do que foi na juventude.

Rodrigues (2000, p. 27) discute essa

“dinâmica que se constrói a imagem simbólica negativa, como que um arquétipo do velho lento, do velho desatualizado, resistente a mudanças e incapaz de aprender, ou seja, do velho improdutivo. E em contraste, forjar-se a imagem positiva de jovem associada à rapidez e disponibilidade às mudanças e à produção”.

Reflito sobre o panorama de mudanças em que o idoso convive, ora incertezas, ora desvalorização da auto-imagem e auto-estima, é uma realidade dividida, como se não fizesse parte do mundo onde está inserido, que ajudou a construir. Sente-se um estranho dentro de sua própria vida, sente-se solitário.

O idoso necessita sociabilizar-se, sentir-se um ser social, sentir-se aceito com seus valores na sociedade, sentir satisfação em existir, desta forma sentir-se menos solitário em seus caminhos. A sociabilização ajuda a resolver a solidão individual pela relação de união, de proximidade, de uns com os outros.

Penso que o idoso, muitas vezes, está à margem desta sociedade, perde-se em seu papel como indivíduo, cidadão e busca a todo tempo uma maneira de dizer que existe, que ainda merece respeito e dignidade para continuar a existir. Quanto não se sente um estranho dentro de suas relações?

Uma questão se impõe imediatamente. A velhice não é um fato estatístico; é o resultado e o prolongamento de um processo. Em que consiste esse processo? Em outras palavras, o que é envelhecer? Essa idéia está ligada à idéia de mudança. Caberia concluir daí, como fizeram alguns que nossa existência é uma morte lenta? É evidente que não. Tal paradoxo desconhece a essencial verdade da vida; esta é um sistema imutável no qual, a cada instante, o equilíbrio se perde e se reconquista; é a inércia que é o sinônimo da morte. Mudar é a lei da vida. É certo tipo de mudança que caracteriza o envelhecimento: irreversível e desfavorável – um declínio (Beauvoir, 1997, p. 17).

Concordo com Beauvoir, a cada momento estamos mudando, transformando-nos, é a essência humana, pensar no envelhecimento como o fim é constatar a morte, temos durante o curso natural dos anos que reconquistar a cada instante o significado de viver e assim nos manter vivos.

As questões relativas ao processo de envelhecimento têm despertado interesses cada vez maiores nos meios acadêmicos e em toda a sociedade. O número crescente de pessoas na faixa etária acima de 60 anos e sua participação em diferentes segmentos da sociedade vêm estimulando debates e reflexões que envolvem pontos importantes quanto à moral e à ética dos idosos. É importante ressaltar que o envelhecimento é fato concreto, que voltar o olhar e as atenções a esse assunto envolve conhecer e pensar na transição que atravessa a humanidade e os novos conceitos sobre envelhecimento.

1.2. Envelhecimento/transformações demográficas

Na segunda metade do século XX, em especial nas três últimas décadas, a estrutura demográfica da população brasileira sofreu grandes transformações. Uma das mudanças mais significativas foi o processo histórico da longevidade. Estudos recentes enfatizaram a relevância desse fato e as implicações que ele apresenta. Daí a importância que assumem atualmente as pesquisas voltadas ao envelhecimento, ao conhecimento da população idosa brasileira.

Em nível de distribuição geográfica da população brasileira, os movimentos migratórios acompanharam o processo de expansão das fronteiras econômicas. Nesse contexto, tivemos nos últimos 40 anos, particularmente após a década de 1950, um intenso processo de concentração urbana da população brasileira (FIBGE, 1982).

“Isso fez com que hoje o Brasil seja uma sociedade predominantemente urbana que experimenta nessas áreas um intenso processo de envelhecimento populacional. Tais transformações geográficas e demográficas têm importantes conseqüências sociais e econômicas para a população como um todo e para a população idosa em particular”. (Kalache et al, 1987)

“Em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos vivia nos países do Terceiro Mundo”. (Kalache et al, 1987).

Segundo estatísticas, nos países desenvolvidos, estima-se que a proporção de indivíduos dessa faixa etária (10,5% em 1975) chegue a 16,5% da população em 2025, refletindo um aumento da ordem de 60%. Tal crescimento será ainda maior nos países em desenvolvimento, devendo atingir a ordem de 97,4%.

“Até o início do próximo século, a população brasileira deverá aumentar cerca de 60%. Enquanto o grupo etário de 0 a 14 anos deverá crescer 14%, estima-se em 107% o aumento do grupo de indivíduos com 60 anos ou mais”. (Kalache et al., 1987).

Kalache et al. (1987) afirmam que

“para um brasileiro nascido na década de 40, a expectativa de vida ao nascimento era de 39 anos e na década de 80 ultrapassa os 64 anos. Este fenômeno conhecido como transição epidemiológica tem provocado impacto nos diversos segmentos da sociedade”. (p. 230)

No Brasil, é esperado para o ano de 2020, o número de 6,5 milhões de indivíduos de 75 anos de idade ou mais e será considerado o sexto país em números absolutos de idosos.

O filósofo alemão Frank Schirrmacher, em uma entrevista a revista *Veja* em 2004, coloca sua visão sobre a sociedade. “Nossa sociedade foi construída com base na expectativa de vida do século XIX, quando apenas 3% da população viviam mais de 65 anos. A experiência de ficar velho é nova. Não estamos adaptados a isso”.

Comenta ainda:

“Acredito que a humanidade está às vésperas de uma revolução econômica, política e cultural, motivada por uma modificação demográfica radical: O envelhecimento da população, nosso envelhecimento pessoal, não apenas o envelhecimento abstrato das estatísticas oficiais, já está sendo tratado como uma catástrofe natural”. (Schirrmacher, 2004, pp. 11-14)

Os dados estatísticos apontam para a importância de uma reflexão mais consciente sobre o fenômeno “envelhecimento”, nunca se falou tanto, se pensou tanto com tanta responsabilidade. É a retomada de valores, da essência do sentido humano. A atualidade exige de todos nós, buscas contínuas para descobertas de novos horizontes para este processo do envelhecer com mais dignidade.

1.3. Envelhecimento e comorbidades

Chaimowicz, integrante do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, em um de seus textos sobre a saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI, comenta:

“os progressos da medicina têm conseguido prolongar a vida retangularizando a curva de mortalidade, ou seja, no Brasil, cada vez maior proporção de pessoas vive até os 65 ou 70 anos e só então se inicia a redução generalizada do número de sobreviventes. No entanto, permanecendo inalteradas a época em que surgem as doenças e incapacidades, os anos de vida ganhos só faz aumentar a proporção de incapacidades e doentes (...). Os custos do sistema de saúde tornam-se pesados mesmo para os países industrializados, especialmente à medida que aumenta a fração “muito velha” da população idosa, indivíduos acima de 80 anos, que consomem recursos desproporcionalmente maiores”. (1997, p. 184)

Seguindo esta reflexão, hoje, o estudo do envelhecimento passou a ser o ramo central de estudos científicos. Esta mudança foi, todavia, impulsionada pela explosão do número de cidadãos idosos em países desenvolvidos e em desenvolvimento. As descobertas efetuadas contribuem para a explicação dos fenômenos ligados com o avanço da idade, relacionados, no entanto, com a cura ou tratamento de doenças ditas da “idade”. O maior controle de doenças infecciosas na juventude pode explicar o aumento da esperança de vida. É na gerontologia, o ramo da ciência que estuda o envelhecimento, as suas causas e conseqüências, que encontramos algumas respostas para estas questões.

Guimarães, R. coloca o envelhecer

“como não sendo somente prioridade daqueles que convivem com a realidade da velhice, mas sim de todos, pois é uma fase natural do desenvolvimento humano. Fala da geriatria como especialidade médica que tem por objetivo básico melhorar a qualidade de vida dos idosos, e não apenas acrescentar anos à vida”. (2004, p. 1)

A promoção à saúde e a profilaxia primária e secundária de doenças, inclusive após os 65 anos, são as alternativas que apresentam custo-benefício melhor, sua importância deve ser enfatizada entre os profissionais da área da saúde. Trabalhar com a prevenção é um fator importante para um envelhecimento saudável. Os hospitais com altas demandas de idosos que internam com várias doenças crônicas mostram uma realidade ainda precária. A prevenção evidentemente não foi prioridade para muitos idosos. O número de patologias (comorbidades) com que internam interferem e dificultam a qualidade de vida desta faixa etária.

“Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que” se resolvem “rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes às doenças crônicas e suas complicações, que implicam décadas de utilização dos serviços de saúde”. (Chaimowicz, 1997, p. 184)

Ainda para Chaimowicz

“de um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas médicos coexistentes; estudo mostrou que, em média, o número de condições crônicas (como osteoartrite, dispnéia ao esforço ou diminuição da acuidade visual) aumentava de 4,6 para 5,8 entre os 65 e 75 anos de idade. Inquérito domiciliar realizado em amostra aleatória de 1.602 indivíduos com 60 anos ou mais no Município de São Paulo, em 1989, revelaram que apenas 14% dos entrevistados se consideravam livres de doenças crônicas (como hipertensão, diabetes, asma, reumatismo, derrame e insônia). Dentre os grupos de menor poder aquisitivo, 17% dos idosos se

referiram à presença de pelo menos cinco condições simultâneas e um terço foi considerado possível caso 'no screening de saúde mental'". (1997, pp. 190-192)

O autor também menciona:

“os anos de vida ganhos só fazem aumentar a proporção de incapacidades e doentes. No Brasil, o suporte informal provido pela família parece ser a base principal do apoio potencialmente oferecido ao idoso pelo tripé família-comunidade-estado. Três dificuldades principais deverão surgir, na medida em que consolidar a tendência de dependência dos idosos: 1) não existem políticas sociais de suporte aos cuidadores, em setores como a alimentação, auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação, entre outros; 2) o tamanho das famílias no Brasil vem diminuindo devido à queda de fecundidade, se em 1960 as famílias eram constituídas em média por 5,1, em 1995, a média já era 3.6, uma redução de quase 30% no período; e mais de metade dos idosos que residem em famílias no Brasil pertencem a domicílios cuja renda total não ultrapassa três salários mínimos”. (Chaimowicz, 1997, pp. 190-192)

Aposentadorias e pensões constituem a principal fonte de rendimento da população idosa. Os programas e iniciativas estatais e privados atualmente existentes possuem um alcance muito limitado e atuam entre si de forma não coordenada. Uma iniciativa do governo federal no sentido de direcionar as iniciativas na área da assistência ao idoso foi a regulamentação, no dia 1º de julho de 1996, da lei 8.842 que cria a Política Nacional do Idoso. Conhecida também como Estatuto do idoso, esta lei estabelece ações nas áreas de atuação da Secretaria da Assistência Social (SAS), do Ministério da Saúde. No âmbito da SAS a lei determina o fim do modelo de atendimento asilar, substituindo-o por centros de convivência onde os idosos passam o dia em atividades recreativas e casas-lar. (Fundação João Pinheiro, 1993).

A realidade de várias famílias é a preocupação constante com seus idosos, de que maneira cuidá-los quando possui variadas patologias que os tornam dependentes de cuidados especiais e intensos.

Muitas pessoas mais velhas estão sob os cuidados de outra pessoa da família que, no seu cotidiano, desempenha a tarefa de dedicar seu tempo e suas forças para suprir a dependência instalada, depois da doença ou por alguma outra forma de agressão á saúde (Karsch, 2004, p. 176).

As questões da capacidade funcional e autonomia do idoso estão relacionadas diretamente com a qualidade de vida, ser dependente implica um problema que se torna real entre os idosos, muitas vezes mais importantes que a própria questão da morbidade. À medida que a população envelhece, há a necessidade de alguém para cuidar do idoso. Os anos de vida ganhos e não vividos em condições de independência implicam custos elevados para o sistema de saúde em virtude de internação hospitalar na busca de amenizar estas questões.

“O alerta para o conceito de ‘envelhecimento funcional’, que nos países de terceiro mundo pode ocorrer muito antes da barreira artificial dos sessenta ou sessenta e cinco anos devido às condições de vida precárias”. (Kalache et al., 1987, p. 200)

“Com a explosão do crescimento da população idosa, torna-se necessário, agora mais do que nunca, que o conjunto da sociedade tome consciência dessa série de problemas e que as autoridades competentes, de forma justa e democrática, encontrem os caminhos que levem à equidade na distribuição dos serviços e facilidades para com esse grupo populacional. No Brasil, onde a população jovem é ainda bastante numerosa e apresenta problemas médico-sociais absolutamente prioritários, não se pode pretender que as ações do ministério da Saúde e da Previdência social sejam preferencialmente canalizadas para o grupo etário dos idosos, apesar de suas carências merecem uma atenção especial”. (Kalache et al., 1987, 226)

Kalache et al. também menciona sobre:

“A questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima, ou pelo menos amenize, a cruel realidade, que espera aqueles que conseguem viver até idades mais

avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer às condições adequadas a vivê-las".(1987, p. 228)

A contribuição da geriatria será em sistematizar o atendimento ao idoso, provendo uma assistência integral juntamente com os mais avançados conhecimentos médicos e também da gerontologia, que estuda o envelhecimento. A geriatria é uma especialidade abrangente, cujo horizonte vai além do tratamento das doenças dos idosos, pensa na saúde deste grupo populacional em condições de viver com independência e autonomia e não somente pela presença da doença e seus comprometimentos.

Temos pontos importantes a serem repensados: o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, acompanhadas de seqüelas limitantes, que requerem diferentes demandas para a assistência, as famílias modificam-se e seus membros desenvolvem atividades profissionais, tendo pouco tempo disponível para prestar os cuidados necessários a idosos. Cada uma delas, ao ter um idoso em casa, principalmente portador de dependências sejam elas mentais ou físicas, necessitará eleger um cuidador para seus idosos.

Profissionais da saúde, independente de seu papel, devem, nesse momento de transformação social, olhar criticamente para a situação do idoso, atuando de forma responsável, ética, projetando para um futuro à curto prazo formas de amenizar a realidade, em vez de doenças que cronificam, pensar seriamente na promoção à saúde e na prevenção das doenças, para dar qualidade de vida aos anos vividos. No contexto hospitalar, é preciso pensar em saídas práticas para que o idoso e seu cuidador familiar, ao retornarem para casa, após a alta, tenham mais condições de enfrentar e conviver com as incapacidades.

1.4. Saúde mental: demência

O projeto SABE (Saúde, bem-estar, envelhecimento) realizou uma pesquisa no Município de São Paulo, apontando com ênfase a importância de estudar as condições de saúde e bem-estar da população idosa, o que implica,

necessariamente, dar uma atenção especial à saúde mental, investigando particularmente a demência e a depressão, doenças que têm suas incidências e prevalências aumentadas com o avanço da idade e que podem levar o idoso à perda de sua autonomia, aumentando os anos de vida vividos com incapacidades (2004, p. 143).

O relatório sobre a Saúde do Mundo,

“considera que os dados epidemiológicos são essenciais para a determinação de prioridades no âmbito de saúde mental, bem como projetar e avaliar intervenções de saúde pública. Ainda assim é escassa a informação disponível sobre a prevalência e a carga dos grandes transtornos mentais e comportamentais em todos os países e especialmente nos em desenvolvimento”. (SABE, 2004, pp. 141-143)

No decorrer da pesquisa realizada pelo projeto SABE (2004), há reflexões sobre a questão do envelhecimento populacional dos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, onde é crescente a preocupação com a demência, síndrome clínica cuja principal característica é o comprometimento cognitivo que traz como consequência à perda da capacidade funcional que sobrecarrega a família, exige cuidadores por longos períodos e pode levar à institucionalização os idosos portadores dessa deficiência.

GOLDIN comenta:

”Ainda que se reconheça a importância de investigar a prevalência da demência na comunidade, são raros os estudos disponíveis no Brasil, América Latina e Caribe e nos países em desenvolvimento em geral, havendo pouco consenso sobre o impacto desse transtorno mental sobre a população idosa desses países”. (1997, pp. 61-71)

A clínica psicanalítica com idosos, assim como a médica, é testemunha de dois grandes motivos de consulta, tanto na área hospitalar quanto na particular: depressão e problemas de memória. Sabemos que alguns desses quadros podem evoluir para a demência e, embora na consulta todos falem desse temor, a

palavra demência raramente é pronunciada. Também sabemos que não é necessário estar dentro de um consultório para ouvir sobre esse medo (Goldfarb, 2004, p. 56).

Estimativas apontam que cerca de 66% dos casos de demência no mundo estão nos países em desenvolvimento, no entanto apenas 10% das pesquisas populacionais sobre a doença dirigem-se às populações desses países. Sabe-se que “A prevalência da demência aumenta com a idade, dobrando a cada cinco anos depois dos 60 e aumentando de 1% a 25% no grupo etário de 85 anos ou mais”. A demência é responsável por 45% dos custos de todos os transtornos neurológicos e psiquiátricos nos idosos.

“Os casos de demência no mundo deverão quadruplicar até 2040 e a incidência maior será nos países em desenvolvimento. A informação foi divulgada pela revista científica britânica *The Lancet*. O relatório produzido pela Alzheimer’s Disease International (ADI) foi publicado cem anos depois da primeira descrição do mal de Alzheimer”. (Farias, 2007, p.1)

“Se tratando da doença de Alzheimer (DA), por determinação da portaria de 12 de abril de 2002, o Ministério da Saúde, assinou a portaria 703 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. A partir desta data o portador de Alzheimer conta com uma completa estrutura de atendimento e apoio na rede pública”. (Caovilla e Canineu, 2002, p. 5)

Por determinação desta portaria, Caovilla e Canineu ainda explicam que:

“Os portadores de DA e seus familiares conquistaram vários direitos na rede pública, como : consultas para diagnóstico, atendimento em centro de referência, atendimento hospitalar, atendimento em hospital dia, visita domiciliar, programa de orientação e treinamento para familiares e medicação gratuita”. (2002, p. 5)

A demência nunca foi tão comentada e estudada. Seus efeitos ao idoso e a estrutura familiar é preocupante. Muitas das famílias que fazem parte deste

cenário atual se encontram sem condições financeiras e falta de preparo para conviver com a demência em seu lar. Caovilla e Canineu, discutem o impacto da demência em uma família:

“É extremamente desalentador, pois existe um desconhecimento da doença, do que fazer, como agir, como entender a pessoa afetada, como entender seu próprio sentimento, enfim, é uma fase muito difícil que afeta todos os membros da família”. (2002, p. 9)

A informação é o ponto de partida para que a doença seja mais bem entendida durante seu curso, tanto pela família como pelo seu cuidador em especial. Dessa forma o impacto social pode ser amenizado, o preconceito poderá ser diminuído, o que trará ao idoso dignidade e qualidade de vida apesar de suas limitações.

1.5. Definindo a demência

A memória é a incrível habilidade que possuímos de armazenar informações, conhecimentos sobre nós mesmos e o mundo onde vivemos, é uma das mais importantes funções cognitivas do homem. O prof. Izquierdo, estudioso sobre a memória, diz: “Somos quem somos porque lembramos”. Diz ainda que “a memória estabelece nossa individualidade, isto ocorre nos indivíduos, comunidades, países, em tudo o que envolve os seres vivos e o que imaginamos”.

Robledo, outro autor estudioso sobre a memória, discute:

“o idoso frágil e suas alterações do estado mental, destacando a depressão e a memória. Define a memória como a capacidade de reter e fazer uso posterior de uma experiência, sendo esta a condição necessária para a vida independente e produtiva. A maioria das pessoas que envelhecem se queixa de esquecimentos cotidianos, sendo esse um transtorno mais freqüente do que as falhas da memória com significado patológico (...) o idoso ao ser entrevistado pode se queixar das dificuldades de memória, mas não ter consciência das suas limitações”. (2004, p. 32)

“A memória funciona como base para o desenvolvimento da linguagem, do reconhecimento das pessoas e dos objetos que encontramos todos os dias, para sabermos quem somos e para termos consciência da continuidade de nossas vidas. Sem a memória, a cada dia, ou mesmo a cada momento, estaríamos começando uma vida nova, sem podermos nos valer do que aprendemos anteriormente. Infelizmente esta angústia faz parte da experiência diária das pessoas que convivem com as doenças que afetam a memória, como a demência”. (Freitas, et al. 2002, 1187)

Robledo também ressalta que

“As falhas da memória são sintomas mais freqüentes, pode suceder manifestações de alterações de comportamento sendo o que denota um transtorno demencial. Cerca de 2/3 dos idosos se queixam de falhas de memória, mas apenas a metade deles apresenta diminuição de sua capacidade funcional em decorrência dessa alteração, suspeitando de declínio cognitivo leve, esta condição se aplica a idosos saudáveis, que apesar de apresentarem diminuição de memória, não apresentem demência, nem venham obrigatoriamente, apresentar essa condição no futuro”. (2004, p. 33)

Ao envelhecer, a memória, que permite compreender e expressar a linguagem, pouco se altera, o mesmo acontece com a fluidez verbal e a memória episódica ou autobiografia. A inteligência cristalizada, representativa da experiência, pode expandir. Já a inteligência fluida (capacidade de adaptação) sofre um ligeiro declínio.

À medida que as pessoas envelhecem, acabam se preocupando mais com aquilo que não se lembram como nomes, objetos ou atividades. Podem se lembrar de detalhes associados, por exemplo, à pessoa da qual não se recorda do nome. Na demência não apenas o nome é esquecido, mas também tudo que diz respeito à pessoa, surgindo ainda transtornos da linguagem, que dificultam a comunicação.

“A deterioração da capacidade intelectual é suficientemente intensa para interferir nas atividades profissionais e sociais do indivíduo. Este conceito, embora sucinto, levanta alguns aspectos importantes. Primeiramente, demência constitui uma síndrome, o que, portanto, implica diversas etiologias. Ou seja: o termo demência não diz respeito a uma determinada doença em particular. Além disso, o diagnóstico de demência exige a constatação de deterioração ou declínio intelectual e relação à condição cognitiva prévia do indivíduo. Dessa forma, a história clínica e a constatação de que há interferência em atividades sociais e profissionais do indivíduo são fundamentais para a suspeição diagnóstica”. (Caramelli & Barbosa, 2002, p. 7)

A seguir Freitas et al. (2002, p. 1187) fornecem mais informações sobre as manifestações da demência:

Cognição: Dificuldades de aprendizado, abstração, raciocínio. Erros de cálculo e julgamento, desorientação têmporo-espacial.

Memória : Distúrbios de memória recente e remota.

Personalidade : Alteração da personalidade, habilidade emocional.

Linguagem: Erros na estrutura da linguagem.

Capacidades: Declínio da percepção e das capacidades visoespaciais.

Portanto, a demência é considerada uma síndrome por apresentar, como descrita anteriormente, três características principais: Prejuízo de memória, problemas de comprometimento e perda de habilidades.

É preciso estar atento aos sinais e sintomas, para reconhecer cuidadosamente e criteriosamente no idoso a possibilidade de ele estar desenvolvendo a demência. Para determinação diagnóstica, são necessários um exame clínico completo e exame das funções cognitivas, como o Exame do Estado Mental (EEM), como “aquele exame médico que avalia a aparência, fala, humor, percepções, crenças, medos e estado cognitivo dos pacientes”.(Folstein & Folstein, 1995, p. 993).

Ao esclarecer sobre a EEM, Folstein & Folstein dizem ainda que a avaliação do estado mental isoladamente não fornece um diagnóstico; “isto requer uma história, exame físico e também exames laboratoriais”.

O Minimental é um exame amplamente difundido, de fácil aplicação, que pode identificar com fidelidade os pacientes com deterioração cognitiva,

Conforme explica o Manual Merck de Geriatria, o Minimental é um teste composto por vários itens que avaliam o desempenho do idoso em: memória, registro, atenção e cálculo, linguagem. Cada item tem um número de pontos específico, a pontuação máxima é de 30 pontos. Pontuações atingidas abaixo de 24 são associadas com delírio ou demência e podem também refletir depressão grave. A sensibilidade e especificidade do teste, são adequadas para detecção de demência em uma população de comunidade ou hospital, conforme exemplo de teste no anexo 1. (1995, p. 996)

O juízo clínico após avaliação do paciente será fundamental na determinação diagnóstica da doença.

1.6. Tipos de demência

Segundo estudiosos em demência, sobre os quais comentarei a seguir, existem muitas doenças ou alterações orgânicas capazes de levar a um quadro demencial. Muitas dessas causas relacionadas à demência são reversíveis, principalmente o uso prolongado de alguns medicamentos, como, por exemplo, drogas usadas para hipertensão arterial, diuréticos e alguns hipnóticos. A depressão muitas vezes é difícil de ser diferenciada da demência, gerando obstáculos para o diagnóstico. Além disso, outras doenças podem estar relacionadas com a demência, são elas: doenças vasculares, doenças infecciosas, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, sífilis e HIV no SNC, e doenças degenerativas do SNC.

Segundo Teixeira Jr. e Cardoso:

“Com o aumento da expectativa de vida ao longo do século XX, a demência passou a ser considerada um importante problema clínico.

Isso porque a prevalência de demência duplica a cada cinco anos a partir dos 60 anos de idade, sendo estimada em 1% em indivíduos de 60 a 65 anos e acima de 30% depois dos 80 anos de idade”. (2005).

A seguir Caramelli & Barbosa (2002, pp. 8-9) discutem as quatro causas mais comuns de demência com particularidades clínicas distintas:

a) Demência vascular: (DV) tem conotações amplas, referindo-se a quadros demenciais causados pela presença de Doenças Cardiovasculares (DCV). É mais comumente utilizado quando associado aos efeitos de grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos infartos), mas incluem também os estados lacunares e as lesões únicas em locais estratégicos (tálamo gira angular esquerdo, núcleo caudado), demência associada a lesões extensas da substância branca (doença de Binswanger), angiopatia amilóide e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos.

A DV é a segunda causa mais freqüente de demência em países ocidentais, correspondendo a cerca de 10% dos casos com dados de prevalência encontrados entre 1,2% a 4,2% em indivíduos acima de 60 anos.

b) Demência com corpos de Lewy (DCL) corresponde à terceira causa mais freqüente de demência. Ocorrem flutuações de déficit cognitivo em questão de minutos ou horas, alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes e sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígido acinéticos, de distribuição simétrica. O declínio cognitivo na DCL é progressivo e interfere na capacidade funcional do indivíduo (funções executivas, capacidade de resolução de problemas e atividades de vida diária). A atenção, as funções executivas e as habilidades visuoespaciais são os domínios cognitivos mais comprometidos nas fases iniciais, com relativa preservação da memória. Os pacientes com DCL costumam apresentar episódios freqüentes de quedas ou síncope.

c) Quanto às demências do tipo Frontotemporais (DFT), Caramelli & Barbosa definem como: apresentação de um quadro clínico característico, com alterações precoces de personalidade e de comportamento, além de alterações de linguagem (redução da fluência verbal, estereotipias e ecolalia), de início

insidioso e de caráter progressivo. A memória e as habilidades visuoespaciais encontram-se relativamente preservadas. As alterações de comportamento podem apresentar como isolamento social, apatia, perda de crítica, desinibição, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, sinais de hiperoralidade e descuido da higiene pessoal, sintomas depressivos, preocupações somáticas bizarras e estereotípias motoras também podem ocorrer. Estes sintomas podem preceder as alterações intelectuais, e alguns testes neuropsicológicos de rastreio, como miniexame de estado mental, podem estar normais no início da doença, alterando-se com a sua evolução. Desse grupo de demências fazem parte a doença de Pick, a degeneração dos lobos frontais e a demência associada à doença do neurônio motor (Esclerose Lateral Amiotrófica).

d) Doença de Alzheimer (DA), segundo Caramelli & Barbosa, caracteriza-se por um processo de degeneração que acomete inicialmente a formação hipocampal, como possíveis comprometimentos de áreas corticais associativas e relativa preservação de córtices primários. Essa distribuição do processo patológico faz com que o quadro clínico da DA seja caracterizado por alterações cognitivas e comportamentais, com preservação do funcionamento motor e sensorial até as fases mais avançadas da doença. A DA inicia com declínio da memória, sobretudo fatos recentes (memória episódica), desorientação espacial, aspectos cognitivos em grande parte dependentes da formação hipocampal. Estes sintomas instalam-se de forma insidiosa, com piora lentamente progressiva. Embora período de relativa estabilidade clínica possa ocorrer. Na faixa pré-senil (antes dos 65 anos), os distúrbios de linguagem podem ser a manifestação predominante do processo demencial, sobretudo de caráter persecutório e alucinações.

Pesquisas citam a Doença de Alzheimer (DA) como a causa mais freqüente de demência, responsável por mais de 50% dos casos, algumas pesquisas entre os sexos já foram feitas, mas nada deixou claro que determinado sexo tem maior tendência a adquirir a doença, o que as pesquisas revelam é que a incidência pode ser maior em mulheres, por viverem mais tempo que os homens teriam maior probabilidade de adquirir a doença.

Discutindo especificamente sobre a DA, Caovilla e Canineu comentam:

“Na Doença de Alzheimer existe morte neuronal, por fatores que ainda não foram descobertos. Esta perda neuronal não é inicialmente em todo o tecido cerebral, mas em regiões localizadas no lobo temporal e parietal, ocasionando diminuição de várias substâncias químicas, especialmente a acetilcolina, considerada a principal substância envolvida no controle da memória. Recentemente, descobriu-se que pode haver também aumento de outra substância chamada glutamato, considerado como importante mediador da memória e do aprendizado, e que causa morte celular quando em excesso”. (2002, p. 13)

Continuam em sua discussão sobre a doença dizendo:

“Ainda não se descobriu um marcador biológico para a doença de Alzheimer (DA), ou seja uma substância que possa ser identificada no organismo em qualquer idade, e que possa sugerir que quem a possui possa se manifestar e desenvolver a doença mais tarde”. (2002, p. 13)

Sobre o tratamento, Tamai, comenta que:

“O tratamento para a doença de Alzheimer é paliativo e feito à base de dois medicamentos, um neurotransmissor e a memantina, aminoácido que estimula o neurônio e é essencial no mecanismo de aprendizado e memória. Com estas medicações, busca-se controlar alguns dos sintomas e estabilizar o quadro” (2002.p.15)

Canineu afirma que todas as substâncias químicas têm a finalidade de aumentar as quantidades de acetilcolina em nível cerebral, que parece ser a principal controladora da memória. Em relação ao tratamento, o autor ressalta que:

“Este é sintomático, ou seja atinge diretamente os sintomas, mas não a causa, pois ainda não se sabe exatamente o que a provoca. Ele visa corrigir os déficits cognitivos e os distúrbios psicocomportamentais”. (2002, p. 16).

“Também é muito importante notar que a maioria de nossos conhecimentos em relação à doença provém de centros mais desenvolvidos da Europa e da América do Norte, em pacientes com outras origens étnicas, outras constituições psicológicas, nutricionais e intelectuais. Os nossos portadores vivem no Brasil, e por isso têm suas próprias particularidades. Daí a observação conjunta de cuidadores familiares e profissionais interessados em interagirem para que brevemente possamos ter, quem sabe, um perfil próprio de nossos pacientes portadores da doença”. (2002, pp. 16-17)

Há esforços para o diagnóstico de demência. Alguns autores comentam sobre o que há hoje de recursos, por exemplo: exames por imagens do tipo ressonância magnética (RM), para evidenciar a DA nos estágios mais precoces e com CCL, as imagens podem revelar evidências de atrofia do hipocampo e da região medial do lobo, porém até o momento tais anormalidades não são específicas o bastante para terem valor de diagnóstico definitivo. Há também o recurso da tomografia computadorizada de perfusão por emissão de fóton (SPECT) e ressonância magnética (MRE) e tomografia por emissão de pósitron (PET). Todos esses exames podem melhorar a exatidão diagnóstica, embora ainda não sejam específicas para a doença de Alzheimer e nem tenham validade absoluta.

1.7. Transtornos de comportamento presentes no idoso com demência

“A sintomatologia psiquiátrica em pacientes portadores de demência começou a se estudar mais intensamente nas décadas de 80 e 90. Referindo-se a alterações psiquiátricas associadas à demência, temos como sintomas alterações no senso da percepção, no conteúdo do pensamento, no humor e no comportamento”. (Caramelli & Barbosa, 2002, p.8)

“Os Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência (SPCD) podem surgir ao longo da evolução da doença de uma maneira não linear ou também podem evoluir linearmente por um

período de tempo e subsequente diminuir sua frequência. Por exemplo, a perambulação na doença de Alzheimer pode persistir por dois anos nos estágios moderados da doença e depois regredir”. (Tamai, 2002, p. 16)

Tamai aponta que, quando não controlados, os SPCD contribuem para institucionalização prematura, elevação dos custos do tratamento e piora a qualidade de vida do paciente e seu cuidador.

Butler fala de um transtorno comportamental muito comum: delirium, e o define como: “estados clínicos caracterizados por distúrbios flutuantes na cognição, humor, atenção, estado de alerta e autoconsciência, que podem surgir agudamente ou ser superimpostos a prejuízos intelectuais crônicos”. (1995, p. 1004)

O autor ainda prossegue descrevendo o delirium como

“um quadro clínico extremamente variável e com freqüente mudança brusca. A manifestação mais proeminente é o embotamento da consciência com uma desorientação a respeito do tempo, lugar ou pessoas. A síndrome pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em pessoas idosas, particularmente aquelas com déficit cognitivo de base. Alterações na personalidade e afeto são prevalente, com sintomas de inconstância, irritabilidade, comportamento inadequado, medo, energia excessiva e mesmo aspectos francamente psicóticos, como alucinações ou paranóia. Emoções contraditórias são freqüentemente expressas no mesmo indivíduo, dentro de um curto intervalo de tempo. A fala desordenada é freqüentemente notada, com empastamento proeminente, rapidez, neologismos, erros afásicos e padrões caóticos”. (Butler, 1995, 1005).

Coulson e Almeida falam do delírio como:

“um problema de saúde mental entre os idosos, afetando 14% a 56% dos idosos internados e 6% a 24% dos pacientes em casa de repouso. Mesmo no séc XXI, a síndrome continua pouco

reconhecida ou não diagnosticada em até 67% dos casos. Sua presença acarreta desfechos hospitalares piores, internações mais longas e maior utilização de recursos. O delírio causa desconforto ao paciente e a sua família, além disso, há um notável custo econômico a todo sistema de atenção médica dos países. O delírio envolve déficit cognitivo generalizado que historicamente possui um início agudo e também flutuante, via de regra, inclui perturbações na orientação, memória, linguagem, planejamento, organização e outras funções executivas. Outras perturbações incluem afeto, atividade psicomotora, processo e conteúdo de pensamento, percepções e fala anormal”. (2002, pp. 28-29)

Com a observação do paciente, pode-se identificar os sintomas comportamentais, incluindo agressão física, gritos, inquietação, agitação, perambulação, comportamentos culturalmente inapropriados e desinibição sexual

Tamai comenta:

“no curso da demência, transtornos não-cognitivos comportamentais são altamente prevalentes. Esses Sintomas Psicológicos e Comportamentais da demência (SPCD) são mais importantes no dia-a-dia do que os déficits cognitivos, tanto para o paciente quanto para o cuidador, em termos de angústia e incapacitação causadas (...), são fontes de sofrimento ao paciente, de morbidade aos familiares e cuidadores, bem como de elevação dos custos financeiros da assistência médica”. (2002, p. 15)

A preocupação do autor se estende ao processo do envelhecimento, “onde se prevêem aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas, como a doença de Alzheimer (DA) e outras demências, que se tornarão cada vez mais relevantes no âmbito da saúde pública”.

“Há uma verdadeira epidemia de demência emergindo, a doença atinge cerca de 25 milhões de pessoas no mundo. O Brasil enfrenta a mesma situação, devido ao número de idosos que aumentam, a carga que os serviços de saúde pública suportam atualmente já é

grande. Pacientes dementados vivem em seus domicílios, com o aumento da idade a prevalência e a incidência tendem a aumentar, a patologia, é a terceira, maior responsável por mortes de idosos no país”. (IBGE, 2005)

Ainda que as demências não tenham cura e não existam mecanismos que as inibam, é importante a descoberta logo cedo, para proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida. O portador de demência necessita de muita solidariedade e compreensão das pessoas que estão diretamente envolvidas com ele e dos profissionais que cuidam, conhecimento, humanismo, independente de onde esteja este idoso sendo cuidado.

1.8. O universo do cuidado à demência no contexto hospitalar

A prática exercida pela enfermagem vem reconhecendo novos caminhos sobre o “cuidado”, que é entendido como interação social e institucional, numa visão maior, mais ampliada do que é ser e estar no contexto de saúde-doença, cuidando e revendo valores e conceitos. Neste pensamento podemos dizer que o cuidado passa a transcender os limites da prática, leva o profissional a uma reflexão contínua, pensando nas suas atitudes e também na necessidade de pensar em si enquanto exerce o papel de cuidar do outro.

“O cuidado pertence à essência humana. É o seu modo-de-ser concreto no mundo e com os outros. É, portanto, no cuidado, que nos mostramos como realmente somos. No ato do cuidar, colocamos em evidência a essência humana, a nossa essência individual”. (Boff, 2000, p. 85)

Ainda sobre as reflexões de BOFF, concordo quando diz que: “a vida e o jogo das relações só sobrevivem se forem cercadas de cuidado, de desvelo e de atenção. Diante do processo de cuidar as pessoas se envolvem e se sentem envolvidas afetivamente e ligadas estreitamente ao destino do outro e de tudo que for objeto de cuidado. O cuidado, portanto provoca preocupação e faz surgir o sentimento de responsabilidade”. (2000, p. 85)

No ato do cuidado, temos a chance de dar ao outro, ou seja, aquele que cuidamos, um passaporte especial, ele me ajudará a entender quem sou “EU”.

Endo, psiquiatra, em um de seus textos, diz que:

“Sou desconhecido para mim quanto o outro é desconhecido para mim, Ou seja, eu não teria acesso privilegiado ao conhecimento de mim mesmo ou, ainda, eu sou tão estrangeiro para mim mesmo quanto o outro é estrangeiro para mim”. (2002, p. 41)

O privilégio de cuidar de alguém proporciona condições de ajudar na constituição do “eu”. Este contato aproxima, amadurece e transforma o sujeito, e ele constrói a sua história.

Especialmente falando do cuidado ao idoso com demência, pode-se concluir que é extremamente especial e um tanto difícil de se dar. No contexto hospitalar, em meio a tantas outras patologias, o profissional enfermeiro tem como objetivo, no cuidado diário, a preservação da integridade física, a manutenção do estado geral, o suporte psicológico ao paciente e suas famílias ou cuidador. Este processo exige e gera situações que necessitam de tempo disponível e de total dedicação. A maior parte do cuidado está sob a responsabilidade da equipe de enfermagem: enfermeiros, que pela exigência da função e da escala de trabalho diário, permanecem em tempo mais prolongado ao lado do paciente e família.

O manejo do paciente com demência durante o processo de internação hospitalar requer do profissional enfermeiro, reconhecimento dos sintomas, saber associá-los ou não à doença.

Os profissionais, em seu cotidiano, recebem pacientes idosos com demências de todas as origens em estágios variados. Acabam reconhecendo a doença pelos sinais que ela vai se apresentando durante o tempo de cuidado deste idoso. É evidente que a demência de Alzheimer aparece em maior número das internações hospitalares, sendo assim diagnosticadas. São as mais comuns das demências e se manifesta em estágios que descreverei a seguir baseando-me em um manual fornecido pela Associação Brasileira de Alzheimer, aos cuidadores familiares. (Abraz, 2002, p.92):

Aos profissionais enfermeiros que lidam diariamente com a demência e que estão em contato também com o cuidador familiar é necessário conhecer os três estágios da demência:

1º) O idoso mostra mudanças de humor e perda de memória, têm menos energia, espontaneidade, neste estágio prefere o ambiente doméstico.

Ao receber o paciente neste estágio para internação, é provável que ele não se adapte ao ambiente e às pessoas com facilidade, sentem-se melhor e mais tranquilos em suas residências. É resistente à mudança de rotina, podendo se tornar agitados e agressivos.

2º) O paciente já está claramente incapacitado, pode se perder em locais antes familiares, esquecer onde está, apresenta dificuldade de linguagem, esquece datas, falha o reconhecimento de membros da família.

Este idoso deve ter a atenção redobrada pelo profissional e sua equipe, correm riscos de acidentes, quedas, podem sair do quarto, perder-se, por isso é necessário vigilância constante. A dificuldade de comunicação é evidente, fazendo com que a equipe de enfermeiros tenha dificuldade para entender as necessidades do paciente.

3º) O paciente já necessita de 24 horas de cuidados mais diretos, perambula a noite, perde controle de esfíncter, tornam-se mais sujeitos a infecções, problemas respiratórios, se permanecem muito tempo no leito podem agravar o estado geral, perder massa muscular, desenvolver lesões de pele.

O profissional enfermeiro e sua equipe devem preservar mais intensamente a integridade física deste idoso, e suas funções orgânicas. É importante compartilhar com a familiar ou cuidador familiar os momentos de angústia que certamente poderão surgir a eles diante da situação pouco promissora da doença. Torna-se uma preocupação muito grande para o seu cuidador.

O idoso poderá ser internado em qualquer uma destas fases, geralmente chega ao hospital muito debilitado, fragilizado, não interna pela demência como diagnóstico principal, mas pelas patologias que adquire conforme os estágios da doença vão avançando. São muito comuns às infecções urinárias repetitivas,

incontinências urinárias e fecal, obstipações, desnutrição, pela dificuldade de aceitação alimentar, por não conseguir ingerir os alimentos, desidratação e principalmente distúrbios comportamentais como: delirium, agitação, agressividade, mania de perseguição, alucinações, por isso a família não consegue manter o idoso em casa, necessitando de internação e ajuda profissional, pois ambos correm riscos permanecendo em domicílio.

É desafiante assistir esse paciente em uma Unidade de internação. Enfermeiros devem redobrar sua atenção para que o idoso não sofra danos maiores. Torna-se desgastante para a equipe e complicado em uma clínica onde pacientes estão internados para tratamentos de diversas origens, cada um com uma exigência específica de acordo com o seu diagnóstico.

Há situações de estresse, pelas exigências da instituição, pelas solicitações da família e do paciente, causando momentos de tensões. Há às vezes, sentimento de culpa por parte do profissional, por aquilo que não conseguiu realizar no tempo previsto, sensação de insatisfação por não atender todas as necessidades do paciente ou família, a qual está também desgastada pela responsabilidade do cuidado em casa, e, diante de nós enfermeiros, sentem-se um pouco mais confortáveis, porém muito solicitantes, muitas vezes de atenção e solidariedade.

Segundo o *Estatuto do Idoso*, o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (...), na conformidade do que estabelece a lei no. 8.842/94, em seu Art.4^o, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto No. 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados – conveniados ou contratados – pelo SUS. (Política Nacional do Idoso, versão aprovada no Conselho Nacional de Saúde em 11/11/99). Algumas famílias têm dificuldade em eleger alguém para permanecer com o idoso durante o processo de internação. Apesar desta abertura e direito adquirido, nem sempre as famílias querem ou podem ficar. O que traz para equipe de enfermagem mais sobrecarga. O profissional necessita de tempo para dar mais atenção para o paciente.

A realidade exige maior desdobramento da equipe para vigilância deste idoso, principalmente no turno da noite, no qual as alterações de comportamento

tendem a acontecer. Neste momento, o paciente pode apresentar agressividade, alucinações, delirium e, por não ter alguém da família ao lado, pode levantar-se, perambular, correndo o risco de acidentes e quedas. Há o desgaste de todos da equipe de enfermagem, por não ter pessoal em número suficiente para dar atenção direta e exclusiva a este idoso.

O paciente com a demência em estágios pouco avançados troca o dia pela noite, isto é, dormem durante o dia e ficam acordados à noite, esta troca de horários o faz se sentir só e isolado, pois a agitação do dia, as luzes apagadas e a diminuição do ritmo dentro do hospital podem deixá-lo muito inseguro. Neste momento acontecem as crises de agitações com gritos, choros, difícil de controlar com medicamentos. O profissional empenha-se para deixá-lo mais tranqüilo.

Quanto às famílias, relatam suas dificuldades de entendimento sobre a doença, contam histórias de como descobriram a patologia, falam de terem reconhecido muitas vezes tarde demais, por falta de informação e se sentem culpadas por isso. Ouvimos relatos de desestruturação econômica, psicológica e até de quebra de relacionamentos entre seus membros por consequência da doença. Muitos não possuem maneiras ou possibilidades de cuidar em casa, querem que o idoso permaneça maior tempo possível no hospital, desta forma sentem-se seguros, por não saberem o que fazer em casa diante das dificuldades após alta.

O enfermeiro, líder de uma equipe, deve evitar a despersonalização do paciente ou familiar durante a internação. Cada idoso tem sua história de vida e está em um determinado estágio da doença, cada família vive a doença de uma forma diferente. Como enfermeiros, devem entendê-los. O cuidado deve contribuir para a não fragmentação do paciente, do seu “EU”. Sabemos que esta situação de doença-internação-tratamento pode levar a este evento.

Sebastiani, professor, estudioso em psicologia, aborda no livro: “Urgências psicológicas no hospital, sobre a equipe de saúde frente às situações de crise e emergências no hospital geral”:

“Nós acreditamos que a primeira providência a ser tomada para a grande tarefa de dar assistência psicológica à pessoa doente e sua família frente a uma situação de crise seja entender como os

processos de reação psicológica às crises se instalam nos indivíduos e quais os desdobramentos destes nas tentativas adaptativas do indivíduo de resolvê-los ou administrá-los. Quando esta situação nos é imposta no cotidiano hospitalar, muitas vezes nos deparamos com nosso despreparo para co-enfrentá-lo, à medida que somos solicitados”. (1998, p. 9)

Não se pode deixar de considerar que, embora aparentemente, o paciente e a família sejam, numa primeira instância, os pontos mais vulneráveis às ameaças que a situação de crise impõe, a equipe também está exposta a ela, seja naquilo que tange à intervenção técnica, na qual se destaca com frequência a sensação de impotência como fonte de ansiedade para o profissional, quanto no que diz respeito à dimensão do ser humano, o que há “por trás” do profissional de saúde, que sente, identifica-se, sofre, tem uma história e sabe, mesmo que negue, que todas as ocorrências que protagoniza no papel de técnico e “cuidador” podem acontecer consigo ou com os seus a qualquer momento.

O profissional passa pelas várias situações de exigência e estresse, é continuamente solicitado, tem de se adaptar, avaliar, planejar cuidados diferentes para cada caso e família, deve constantemente tomar decisões, estar à frente de ações, críticas, pressões que permeiam o cotidiano. É evidente que há prejuízo biopsicossocial.

Há uma violenta gama de estímulos emocionais nocivos aos quais o profissional de saúde está constantemente exposto. Martins segue destacando os seguintes:

“A intensa relação com as questões relacionadas ao processo de morte e morrer. O cotidiano de trabalho permeado por vivências ligadas à dor, sofrimento, impotência, angústia, medo, desesperança, desamparo e perdas de diversos tipos. A extenuante tarefa de se relacionar e tratar de pessoas que se apresentam, poliqueixosas, refratárias à ajuda, agressivas, hostis, autodestrutivas, deprimidas, dependentes e inseguras, e que, freqüentemente alimentam a fantasia de obter um tratamento rápido, indolor, sem seqüelas ou frustrações e muitas vezes um investimento pessoal (do paciente) no processo de tratamento e reabilitação, delegando ao profissional atribuições e poderes paradoxalmente inviáveis”. (1998, p.33):

Diante destas questões, qual a busca para melhorar a vida destes profissionais?

❖ O primeiro passo é ser capaz de se dar conta de como está sua qualidade de vida, sua saúde física e mental e de como este profissional/pessoa penetrou pelos caminhos das multisolicitações de sua atividade profissional.

❖ A seguir, seria de grande valia buscar retomar o sentido principal de suas motivações, aspirações e ambições existenciais para, talvez, a partir daí, ser capaz de um trabalho de auto-avaliação.

Profissionais devem pensar urgentemente em valorizar e preservar a integridade física e psicológica. Cuidar é missão do Enfermeiro como profissão, é a escolha de vida, porém o auto-cuidado é dever para consigo mesmo.

O cuidado coloca o indivíduo diante de sua prática, o vê como sujeito que participa e realiza algo que pode influenciá-lo de maneira positiva ou negativa. Hoje, com o avanço tecnológico, o tempo para o cuidado passa mais rapidamente, as técnicas foram aperfeiçoadas, portanto se pensa não na perda, mas no resgate do cuidado como dimensão humana, valorizando e ressaltando a sensibilidade de quem o pratica.

O paciente idoso portador de demências requer do enfermeiro muita atenção, muito carinho e estar à frente do cuidado. O profissional deve permanecer íntegro fisicamente e emocionalmente para dar assistência com qualidade, porém tem de se resguardar da sobrecarga que a patologia detém.

Este universo onde se insere o profissional, a família e o idoso, portador de demência, é complexo. A busca pela melhor assistência pelos profissionais enfermeiros não poderá ser solitária, deve ter a participação efetiva das instituições hospitalares ao reconhecer a demanda de idosos que são internados com a doença e oferecer ao profissional, condições de reciclagem e aperfeiçoamento para tratá-los com assistência de qualidade, melhorando de alguma forma condições de entendimento da família ou cuidador, e diretamente o atendimento ao paciente.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

A presente pesquisa do tipo qualitativa foi desenvolvida em um Hospital Geral, da rede privada, localizado na cidade de São Paulo. Possui 181 leitos onde disponibiliza aos seus pacientes tratamentos clínicos e cirúrgicos, maternidade, berçário, pediatria e unidade de terapia intensiva (adulto, infantil e neonatal). São atendidos pacientes de vários convênios, entre eles funcionários da Indústria de Papel Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo. Trata-se de pacientes em geral de médio poder aquisitivo, são em grande parte funcionários das indústrias papeleiras.

Grande parte do reconhecimento das pesquisas e trabalhos relativos à infecção hospitalar foi feito neste hospital. Considerado pioneiro nesta área no Brasil. Os estudos realizados serviram de base para a criação da Política de Controle de Infecção Hospitalar adotada hoje pelo Ministério da Saúde para todos os hospitais brasileiros. Além disso, foi um dos poucos hospitais no Estado de São Paulo a receber, em 1993, o Selo de Conformidade expedido pelo Conselho Regional de Medicina e pela Associação Paulista de Medicina.

Entre as Unidades que o compõe, estão as unidades de internação que possuem no total 76 leitos, destinados ao atendimento clínico-cirúrgico. Quando há uma demanda maior de pacientes de característica clínica, os leitos vão sendo disponibilizados para o atendimento às necessidades. Nestas situações, pacientes clínicos internam em leitos para pacientes cirúrgicos. Uma porcentagem significativa de idosos (pacientes de 60 anos ou mais) internam entre os pacientes de diversas patologias, com faixas etárias diversas, sendo que o número de

idosos internados chega a 40% do total de pacientes/mês, nestas unidades. Estes idosos permanecem em média seis dias internados. Alguns vão de alta com acompanhamento de *home-care*. Em média 10% destes internados permanecem sem condições de alta e ficam mais tempo hospitalizados, sem previsão de saída. Os diagnósticos destes idosos são variados, cada um deles possui em média quatro a cinco diagnósticos, entre eles a demência pode ser de várias origens e aparece em 30% do total de idosos internados/mês. O atendimento nas Unidades, conta com corpo clínico multidisciplinar: clínicos, pneumologistas, intensivistas, porém nenhum especialista em geriatria.

Os sujeitos convidados a participar da pesquisa foram os enfermeiros da equipe da clínica Médico-cirúrgica, no total de doze, incluindo todos os turnos: manhã, tarde e noite, que concordaram com estudo após estarem cientes dos objetivos e finalidades do mesmo, conforme Anexo 2.

No decorrer da pesquisa, os sujeitos serão identificados como “EM” (enfermeiros, masculinos) “EF” (enfermeiros, femininos) acompanhados pelo número de identificação de cada sujeito.

Para obtenção de informações sobre a questão proposta, o trabalho desenvolveu-se em duas etapas:

A primeira etapa teve a duração de seis meses: de abril de 2005 a outubro de 2005, na qual atuei como observadora e participante. Como pesquisadora, estive inserida no campo de trabalho. A cada internação de idosos com demência, discutia com a equipe de enfermeiros a respeito de qual o melhor tipo de assistência de enfermagem poderíamos dar ao paciente. Atuando como integrante do grupo, pude vivenciar dúvidas diárias e dificuldades em relação ao assunto. Desta forma fui refletindo sobre as principais questões que poderiam nortear minha pesquisa

A segunda etapa com duração de três meses: novembro de 2005 à janeiro de 2006, foram realizadas as entrevistas. Utilizei-me de um roteiro de questões para direcionar o assunto, as respostas, as interpretações foram transcritas durante a própria entrevista. Desenvolvi um diário de campo para coletar informações mais subjetivas, relacionadas ao comportamento, posturas situações

presentes entre os profissionais, que considero como resultados colhidos da observação direta da pesquisadora, impossíveis de se mensurar ou quantificar.

A análise dos dados foi realizada de fevereiro a abril de 2006. Na análise das entrevistas, a fala dos sujeitos foi situada em seu contexto para melhor ser entendida. Como diz Minayo: “A ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta” (2004, p. 77).

Neste nível de interpretação, realizei um encontro dos fatos surgidos na investigação. Considerei ser um ponto de partida e também o ponto de chegada da análise, além das comunicações individuais, baseei-me nas observações e condutas e nas análises da instituição que puderam ser consideradas.

Ordenados os dados, fiz uma releitura do material, organizando os relatos e os dados da observação participante. Através de várias leituras sobre o assunto, as quais foram realizadas no decorrer da pesquisa, classifiquei o que poderia ser relevante, que poderia dar sentido aos textos lidos. Desta forma determinei um conjunto de informações importantes para a inclusão na pesquisa.

Na análise final, realizei uma articulação entre os dados colhidos e as referências teóricas, respondendo o objetivo proposto. Desta forma estabeleci uma relação entre o concreto e abstrato, a teoria e a prática.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1. Analisando os sujeitos da pesquisa

A pesquisa histórica aponta as mudanças que ocorreram na enfermagem no Brasil durante todos estes anos. Traz também uma contribuição importante para o conhecimento, ajudando a repensar as influências, os marcos e as concepções que ajudaram a construir o perfil que a profissão adquiriu ao longo deste século.

Enfermeiros são sujeitos que fazem parte de um cenário que confere constantemente os valores do outro e de si mesmo diante dos acontecimentos e atitudes. Destaco a seguir detalhes importantes sobre estes sujeitos aos quais me refiro.

A pesquisa envolveu um total de doze enfermeiros, identificados por “EM” (Enfermeiros, Masculinos), “EF” (Enfermeiros, feminino), seguidos pelo número de identificação.

a) Quanto ao sexo:

SEXO	TOTAL
08	FEMININOS
04	MASCULINOS

Na instituição estudada, a profissão de “Enfermeiro” vem sendo contemplada por um número maior do sexo feminino, porém o sexo masculino já está presente em número significativo, mostrando que também é atraído pela profissão.

“A sensibilidade às necessidades dos outros e a presunção de responsabilidade por cuidar, levam a mulher a atender outras vozes que não as suas e a incluir em seus julgamentos, outros pontos de vista (...). As mulheres não apenas se definem num contexto de relacionamento humano, mas também se julgam em termos da sua capacidade de cuidar”. (Costenaro & Lacerda, 1982, p. 27)

Por esta concepção do “ser mulher” e sua relação tão histórica com o cuidado, que se explica a busca pela enfermagem ser ainda tão feminina?

Na minha reflexão e experiência, o cuidado pode ser feito por ambos os sexos. A escolha pela enfermagem coloca o profissional na condição de alguém que optou por cuidar do outro.

Respalhada na experiência docente e na assistência em enfermagem, a autora a seguir comenta:

“Perfeitamente inserido na complexidade da vida humana, o cuidado na profissão do Enfermeiro, merece ter o devido desvelo de ser um ponto sempre em construção. É como uma exigência sutil que pode conferir integridade, prazer e beleza ao fazer profissional e por isso, merece ser permanentemente cultivado”. (RUPOLO, 2001, p. 11)

Concordo com a autora, a enfermagem espera de nós muito mais do que nossas atitudes, espera em cada movimento natural a favor do paciente o estabelecimento de empatia e solidariedade nas ações.

Analiso as diferenças de forma positiva. Não somos iguais, essa é a graça da vida. As construções sociais se fazem baseadas nas diferenças étnicas, etárias e de gêneros, entre outras. As figuras feminina e masculina complementam-se em suas opiniões e atitudes. São universos distintos que podem, movidos pelos mesmos objetivos, realizar trabalhos geradores de experiências positivas na enfermagem.

b) Quanto à faixa etária e ao tempo de formados

IDADE	TOTAL	FORMADOS (TEMPO)	TOTAL
25 A 30 ANOS	07 ENF.	01 A 05 ANOS	06 ENF.
30 A 35 ANOS	03 ENF.	05 ANOS ATÉ 10 ANOS	04 ENF.
35 OU MAIS	02 ENF.	10 ANOS OU MAIS	02 ENF.

Na população estudada destaca-se um grupo jovem na profissão de enfermeiro. O maior número de profissionais entrevistados estão iniciando suas carreiras, ainda são considerados “recém-formados”. Estes dados mostram uma perspectiva positiva em relação à busca pela formação na profissão. Posso considerar, por este ponto de vista, ser uma profissão atraente dentro das demais no grande leque de opções que a área da saúde oferece. Os que representam maior tempo de formação e faixa etária estão em menor número. Na opinião dos entrevistados são extremamente necessários para que haja trocas de experiências, aprendizado e amadurecimento da equipe em uma clínica de pacientes idosos.

c) Quanto ao tempo de trabalho com idosos e especialidade de escolha

TEMPO DE TRABALHO COM IDOSOS	TOTAL
ATÉ 01 ANO	0 ENF.
01 A 05 ANOS	06 ENF.
05 A 10 ANOS	04 ENF.
10 OU MAIS	02 ENF.

TIPO DE ESPECIALIZAÇÃO	TOTAL
GERIATRIA	03 ENF.
GERENCIAMENTO	01 ENF.
ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR	02 ENF.
TERAPIA INTENSIVA	01 ENF.
NÃO TEM ESPECIALIZAÇÃO	06 ENF.

O tempo de trabalho analisado mostra que trabalhar com idosos é uma realidade cada vez mais presente, a descoberta desta “nova especialidade”, ganha espaço considerável para atuação dentro das instituições hospitalares. A maioria dos enfermeiros analisados é especialista em alguma área da enfermagem e a especialidade de escolha pelos profissionais deste estudo é a geriatria. Este dado é importante para a realização da pesquisa e compreensão pelos profissionais dos objetivos da mesma. Temos também um considerável número de profissionais que ainda não fizeram especialização.

d) Quanto a ter idoso na família e ter cuidado ou não de seus idosos

TEM IDOSOS NA FAMÍLIA	12 ENF.
CUIDARAM DE SEUS IDOSOS	03 ENF.
NÃO CUIDARAM DE SEUS IDOSOS	09 ENF.

Um fato importante em relação aos sujeitos entrevistados, é que todos possuem idosos na família. Este dado faz pensar que a realidade do envelhecimento está presente no universo particular desses profissionais. A maioria dos enfermeiros entrevistados não cuidou de seus idosos.

3.2. Análise das entrevistas

3.2.1. Significados em trabalhar com idosos portadores de demência

“A enfermagem se coloca em evidência, por sua especificidade, a multidimensionalidade e a complexidade humana, pois ao lidar com paciente, o enfermeiro tem consciência de que o ser humano não vive só da racionalidade e da técnica. Coexistem nele, ao mesmo tempo, uma unidade, dualidade entre a racionalidade e a afetividade; objetividade; energia/ternura, imaginário/real; amor/ódio”. (RUPOLO, 2005, p. 11)

A seguir apresento e analiso as interpretações dos enfermeiros sobre o significado em trabalhar com idosos com demência. Como discutem a atual

situação em relação ao número destes idosos em suas clínicas de internação e sobre o próprio trabalho do cuidado prestado ao idoso. O primeiro entrevistado:

(EM1) “Leva-me a questionamentos sobre a qualidade de vida do envelhecimento da população, desafiar a manutenção da higidez na 3ª. Idade significa repensar o caminho que estamos fazendo para os cuidados aos nossos idosos e qual a qualidade de vida dos que se tornam dependentes”.

Na prática diária, as rotinas de enfermagem são exaustivas. Analisando o cotidiano, no qual, enfermeiros se deparam com idosos internados com demência e com alto grau de dependência, notamos que os entrevistados falam da intensificação do cuidado, do tempo necessário para a realização da assistência com qualidade.

(EF10) “Temos que trabalhar com improviso, sem condições de dar uma boa assistência, muitas vezes”. A qualidade esperada está longe da realidade vivenciada em instituições hospitalares, além de ser idoso, é portador de demência, outro detalhe importante que devemos pensar ao cuidá-lo”.

Afirma o profissional. São colocações que levam em conta a infra-estrutura hospitalar, importante quando pensamos na real situação dos idosos dementados. As questões vão mais além desta realidade. Cuidar, porém, contando com o apoio da instituição, oferecendo condições para o profissional desenvolver um bom cuidado. Prepará-los para esta demanda e também se preparar para manter estes idosos com condições de proporcionar assistência com qualidade. Afinal é um paciente com um diferencial, idade e patologia, como menciona o profissional entrevistado. Na sua interpretação, não é simples, não é um somente um idoso doente, é um idoso portador de demência.

A outra entrevistada chama a atenção para a falta de condições oferecidas pela instituição para o cuidado “seguro” pelos profissionais da equipe.

(EF2) “O trabalho diário me faz pensar que não estamos preparados para atender tantos idosos. Hoje, posso ver, sentir mais de perto, dificuldades maiores, sem segurança: grades mal adaptadas, banheiros que

não são adequados, piso inadequado, etc. São detalhes da estrutura, mas como profissional é estar próximo do problema e não saber o que fazer com ele. Nós questionamos se estamos fazendo o melhor”.

Interpretações mostram a reflexão madura do profissional em relação ao seu cotidiano. Não saber o que fazer diante de determinadas situações caracteriza para esta enfermeira dúvidas quanto ao cuidado que pode oferecer. Como se movem diante do trabalho que, apesar dos problemas estruturais evidentes na instituição, admitindo cada vez mais pacientes, dependentes, crônicos deve ser feito da melhor forma? O trabalho na interpretação dos profissionais enfermeiros deve ser compensado por outros significados: vocação, escolha, dedicação ao próximo.

Assim explica (EF3) ***“Significa reaprender a lidar não só com as dificuldades do dia-a-dia, significa reaprender a cuidar, nós escolhemos cuidar, independente do local e da pessoa, vamos procurando fazer e oferecer o que há de melhor em nós”.***

RUPOLO diz:

“O cuidado aborda uma reflexão sobre a justa medida, que o profissional de enfermagem deve manter consigo mesmo para alimentar a energia vital que lhe assegura disposição para vida, às relações interpessoais e o desempenho profissional na assistência”.
(2001, p. 11)

Esta colocação da autora traduz o sentido do cuidado a estes entrevistados, não cuidam por cuidar, cuidam porque, para eles, tem significado, de alguma forma os gratifica e é vital para suas vidas pessoal e profissional. O contato com o outro ser humano que necessita de atenção, de cuidados, impulsiona o trabalho diário, amadurece o profissional.

No diário de campo que utilizei durante a pesquisa, pude registrar os movimentos destes profissionais preocupados em atender as necessidades dos pacientes. Familiares e cuidadores em busca de informações, médicos que chegam e solicitam atenção para a discussão de intervenções com pacientes.

Enfim, enfermeiros se desdobram, buscam intervir de maneira ética para que a assistência tenha o objetivo de levar ao paciente e família o conforto que precisam.

Uma outra perspectiva presente nas interpretações é que o discurso dos entrevistados chama a atenção para o papel da família;

(EM4) “(...) Descaso!”. É a opinião diante do desamparo de alguns familiares. “Não se interessam em saber a respeito do paciente durante todo o processo de internação. Muitas vezes, nem são vistos como devem, será que não necessitamos entender que estes idosos necessitam de nós, mais atenciosos, mais preparados, de suas famílias mais preparadas também (...)”.

(EF8) O Enfermeiro reflete sobre a questão de modo muito parecido: **“Lidar com o abandono, com o descaso (...)”.** Para ele, a dificuldade se esbarra na relação da família com o paciente. Este detalhe tem um grande significado neste universo da assistência. Ressalta a importância da assistência da própria família, quando continua afirmando: **“São deixados em nossas mãos sem questionarem nada sobre o paciente”.**

Enfermeiros criticam as atitudes de alguns familiares. Nota-se, nestes relatos, que estas críticas chamam a atenção para o desamparo aos idosos por eles. A responsabilidade fica toda a cargo do hospital e basicamente para a equipe de enfermagem.

A questão proposta é o significado do cuidado a este idoso com demência. Mesmo sem infra-estrutura, com o descaso de familiares, o profissional ainda está presente para realizar o cuidado a que se propõe.

O ser humano tem a capacidade para enfrentar, de forma construtiva, os desafios da vida, ele também espera ser aceito, tratado e valorizado.

Enfermeiros interpretam o significado da vida, da história de vida:

(EF5) “Reconhecer o valor do idoso, sua vida, sua história, a falta que faz a memória, pensar que ele já foi alguém como nós”.

Destacam o significado da memória, além da história, convivem com pacientes cuja percepção é mínima, ou não existe. É algo intrigante para os profissionais, isso fica claro em seus depoimentos.

Para o profissional (EF6) **“Não ter passado, é o mesmo que não existir (...)”**. Lidar com o envelhecimento, acompanhado pela demência representou algo mais: **“Acordei para minha própria vida (...)”**

Outro Enfermeiro complementa a reflexão: (EF3) **“Acordar para a vida, é dizer a si mesmo, cuide-se, envelhecer, com demência não é fácil”**.

Em sentido mais amplo, vão dando significado à vida, ao trabalho, a partir do que o outro lhes proporciona. O profissional enfermeiro se coloca no lugar desse “outro”, faz parte da profissão e eles como enfermeiros desenvolvem com específica habilidade.

A atividade do cuidado requer do profissional atitude objetiva, o profissional procura interagir nesta relação por inteiro com o paciente.

Segundo (EF12): A questão coloca-o a pensar no outro da seguinte forma: **“Quando o outro nos permite interferir na sua individualidade, muitas vezes paramos e repensamos em nós. Com que direito podemos virar, revirar a privacidade de alguém?”**

A interpretação se amplia e chama a atenção para a individualidade do idoso dementado. Revela questões de respeito, de ética, do profissional para com o paciente.

Os entrevistados também são conscientes do valor humano e do trabalho que realizam. (EF6) **“Apesar de não ser fácil, significa buscar estímulo para continuar (...)”**, e complementa em sua resposta: **“Apesar de termos vontade de parar às vezes”**, conclui.

Costenaro, enfermeira e educadora, menciona:

“A teoria das relações humanas parece ser fundamental ao serviço de enfermagem, pois além da trabalhar diretamente com seres humanos, aponta à equipe de enfermagem a necessidade de um

tratamento adequado, a fim de conseguir satisfazer verdadeiramente o interior humano”. (2001, p. 62)

Mayeroff (2001, p. 62), fala das relações humanas: “além de ver o outro como ele é, devemos ver como somos, observar o que fazemos e se o que fazemos ajuda ou atrapalha o crescimento do outro”. As relações dos enfermeiros com os pacientes devem contribuir para o crescimento em suas vidas profissionais. A construção é feita todo dia, diante da dedicação ao outro.

No decorrer das entrevistas percebo que cada enfermeiro deixa aflorar o que há dentro de si. Falam do ambiente tumultuado no setor, de inúmeras tarefas que ao mesmo tempo devem realizar. Mostram-se interessados em responder e poder falar de seu cotidiano.

(EF7) “No corre-corre do dia-a-dia, envoltos pelo tumulto, agitação que a clínica exige, somos obrigados a prosseguir, fazer, refazer, observar, notamos a complexidade do idoso com demência, temos que atendê-lo, isto é um desafio (...)”.

Esta interpretação evidencia que não é um processo rápido entender o que se passa com o idoso dementado. Ele está em meio a tantos outros, é necessário parar, analisar e diferenciar este paciente, pensar que o seu cuidador pode também necessitar de uma palavra, de um conforto, de atenção.

O que significa diferenciar este paciente que, mais do que idoso, é dementado. Isso significa a não troca para alguns.

Assim, **(EF5) diz: “O contato com o mundo deles é quase impossível”.**

Para o profissional enfermeiro, são situações que desenvolvem reflexões que acabam por originar questionamentos infundáveis sobre relações sociais, o outro, a vida, visões de mundo etc.

(EM11), “No início quase desisti, de vez em quando ainda tenho estes pensamentos (...)”.

Outro profissional tem suas opiniões sobre os desafios isolados pelo ato de cuidar:

(EM9) “Tenho medo de pensar neste assunto para minha vida (...)”.

Nesta concepção de realidade, enfrentam-se os temores da própria incerteza do futuro.

(EF12) “Se o amanhã for assim, para mim é muito triste (...)”.

A prática vivida pelos sujeitos os torna conscientes sobre a intensidade de seu papel como profissionais. O processo da relação com o outro e consigo mesmo, desperta a partir das reflexões que o cuidado impõe, não dá para cuidar sem pensar nas atitudes, sem entender quem somos para nós e o que representamos para o outro.

A troca unilateral com o paciente idoso dementado chama a atenção à identidade do profissional enfermeiro:

(EM1) “É uma nova construção de identidade, que o paciente com demência nos proporciona, talvez pela dificuldade que tenho de aceitar que alguém pode viver tão fora do mundo”.

É a construção diária diante das experiências, assim: É como pensar no futuro, em um futuro que não se deseja para si mesmo, mas que se vê no outro, de maneira distante, ao mesmo tempo tão próxima. Trabalhar com pacientes dementados é entender que o momento pode ser único para o paciente, que está submerso em seu mundo particular, impedindo-o de se mostrar. Assim a interpretação seguinte explicita a angústia da não troca entre enfermeiro e idoso dementado.

(EF6) “Quantas vezes voltamos ao quarto, ele nos olha. Em seu rosto aparece um novo questionamento, quem é você? Mostro um objeto particular, ele não reconhece. Acho complicado”.

A falta de reconhecimento de algo que há anos o acompanha como um suspensório, um chinelo, e que pode por ele não ser reconhecido, é segundo estudiosos sobre demência, uma alteração chamada de Agnosia: o paciente age como se nunca tivesse visto o objeto.

Assim, há momentos que o profissional, diante destas circunstâncias, pode fazer uma revisão de sua vida. Conta, reconta, quem é e porque está ali naquele

determinado momento com intenção de tentar esclarecer o que parece não poder ser esclarecido.

(EM9) diz: ***“Dou uma peça de roupa na mão dele, não consegue vestir-se de maneira adequada, parece que entende, mas coloca os pés nas mãos e vira do avesso (...).”***

Falamos agora da situação citada acima pelo profissional na tentativa de trocá-lo ou de estimular o auto-cuidado, de poder fazê-lo vestir-se adequadamente. Se o paciente não consegue, esta alteração é descrita como Apraxia: alteração gestual em uma paciente que entende o que lhe é solicitado. O mesmo profissional relata ainda:

“Uma cena pode se repetir várias vezes em um só dia. Vamos pacientemente explicando quem somos e a que viemos. Acho tão difícil esta situação (...).”

“A lembrança do passado pode até estar presente, mas são incapazes de recordar o que acabaram de ouvir. Com frequência fazem as mesmas perguntas repetidas vezes porque não conseguem registrar nada na sua memória”. (Ruiperez, 2000, p. 255)

É um processo desgastante, exige desdobramento, paciência e entendimento do profissional, isso faz do idoso demenciado um paciente especial.

A seguir, profissionais relatam outras respostas que também esperam, mas não conseguem com facilidade, depende de muita dedicação:

(EF5) tem sua opinião sobre a dificuldade de outras respostas: ***“A comunicação verbal em muitos casos é impossível, praticamente não existe, ou ele está falando uma linguagem própria, ou não se expressa, ou não conversa, não responde, temos que fazer então o exercício de entendê-lo e nos fazer entender”***.

Ruiperez explica sobre o distúrbio de fala (Afasia):

“O paciente inicialmente apresenta dificuldade de encontrar a palavra adequada, podendo ser repetitivo (repete várias vezes os

mesmos temas), esquece, com frequência, o nome exato das coisas, mas supre a falha escrevendo-a. Em fases avançadas, os pacientes só conseguem manter umas pequenas frases sociais. Finalmente, na fase avançada, atingem o mutismo completo”. (2000, p. 254)

No depoimento anterior feito pelo profissional enfermeiro, ele fala do exercício da comunicação não verbal, para que possa demonstrar ao paciente dementado que está sendo cuidado. Nas observações que realizei, os profissionais falam da importância do carinho com o paciente, como forma de mostrar a ele que se tem interesse, que se pode ajudá-lo e entendê-lo. O paciente pode não reconhecer o profissional, porém sente-se mais tranquilo, mais seguro quando é cuidado por alguém que o trata de forma especial.

Ruiperez segue apontando alguns detalhes importantes para a atuação dos profissionais enfermeiros para os casos de deterioração verbal, coloca a importância do cuidado no tom de voz do profissional ao se dirigir ao paciente com demência, que deve ser clara, suave, amistosa.

“Não desviar o olhar quando falar com ele, para que possa captar sua intenção . Fixar-se também nos gestos do paciente, que muitas vezes é a única maneira de expressar a dor, mal-estar ou algo que o incomoda no momento”. (2000, p. 259)

A seguir, o profissional enfermeiro comenta sobre a falta da resposta ao cuidado em pacientes com estágios mais avançados da demência:

(EF10) “Quando cuidamos de alguém, gostaríamos de obter uma resposta positiva, o que não acontece com o idoso com demência (...)”.

Profissionais pensam no sentido do cuidado e na resposta positiva a este cuidado. Idosos com demência, dependendo do estágio em que se encontram, podem não evoluir de maneira satisfatória. Em meio aos desafios, este pode ser o maior, lidar com a falta de prognóstico do idoso, conviver com a finitude.

Para tanto, Goldfarb explica: “Na consciência, o sentimento de finitude é exclusivo do ser humano. Ele é o único ser vivo que sabe que vai morrer (...)” (2004, p. 17).

Os profissionais enfermeiros convivem com esta realidade no seu cotidiano, é preciso entendê-la mesmo que seja cada qual a sua maneira.

A troca inexistente, a falta de resposta na interpretação dos profissionais, os fazem pensar em detalhes importantes para as suas vidas. Entendem que tudo que está ao seu redor é o contexto no qual vivem, nele aprendem a reconhecer suas crenças, valores, culturas, outras pessoas, etc. e ao mesmo tempo percebem que é importante manter uma interação, um relacionamento com todos.

3.2.2. Desafios no cotidiano deste trabalho

Ao formular esta questão aos enfermeiros entrevistados, percebo que as suas interpretações seguem caminhos que se complementam. Falam de seus desafios diários em uma Unidade de internação, onde se deparam com pacientes de diversas patologias, cada uma com sua particularidade. Essa constatação explica o desenvolvimento de suas ações e de como ocorrem no cotidiano.

(EF7) “A demência é um desafio para a Enfermagem (...)”.

Pensar sobre o papel do profissional enfermeiro dentro das instituições hospitalares é muito importante. Há necessidade cada vez maior de aperfeiçoamento para trabalhar com idosos portadores de demência. O cuidado que fazem ao paciente exige muito, é preciso reciclar, aprender, para lidar melhor com a prática.

As interpretações a seguir mostrarão as dificuldades estruturais da equipe de enfermagem, realidade muito presente em instituições hospitalares, inclusive do presente estudo:

(EM4) “Cuidado maior. É o que eles exigem. Precisamos de maior número de profissionais preparados. Vão internando idosos, o mundo

parece que envelheceu repentinamente, não temos profissionais suficiente para cuidar (...)”.

Os outros profissionais também apontam sobre a falta de pessoal. Desafios relacionados ao trabalho, com falta de estrutura de pessoal para atender a demanda de idosos nas instituições é a grande e freqüente queixa dos entrevistados.

(EF6) “As instituições não estão preparadas para receber os idosos. Os profissionais às vezes só conseguem prestar cuidados que não demandam tanto tempo. Não temos condições de oferecer o que merecem. Eles precisam de mais tempo, de dedicação para eles””.

O profissional, a seguir, interpreta o isolamento do paciente com demência como uma situação de desafio. Fala destes momentos:

(EM9) “Afastam-no do seu ambiente domiciliar, ficam restritos ao leito, perdem o que já tem, que é tão pouco, ficam confusos, agressivos, agitados, isolados em seu mundo particular, deprimidos, tentamos atender e fazer o melhor dentro do que podemos fazer. Nem sempre a instituição nos dá suporte””.

Autores falam que, por durante algum tempo, os pacientes com demência são capazes de levar uma vida normal no seu ambiente, no seu meio habitual, mas se, por qualquer motivo, ele tem de mudar de ambiente (ex: hospitalização), ficam confusos, desorientados, deprimidos, esquecem onde estão e por quê.

(EM9) continua: “Quando temos tempo para nos dedicarmos a este paciente, descobrimos como cuidá-lo melhor””.

O próximo profissional fala de outras situações diante da demência na sua clínica:

(EF10) interpreta, com dúvidas, o cuidado ao paciente dementado:

“É desafiante vê-los e não ter envolvimento. Em uma noite, um idoso que podia deambular, saiu devagarzinho do quarto, assustado, perguntou onde estava. Quem é você? Parecia acordar de um sono profundo, estar

fora do mundo. Por mais que eu respondesse não entendia, insistiu em sair andando, sem direção. Fiquei estressada, vou contê-lo? Vou levá-lo à força? O que vou fazer? Parece que nada dá para fazer. Ele corre risco. Me senti tão impotente (...)”.

“Correndo riscos”, segundo o profissional, os idosos com demência ficam submetidos a cuidados básicos como se fossem um doente comum. Nota-se a diferença quando começam a surgir alterações no seu comportamento que de alguma forma interfere na rotina da unidade de internação, principalmente à noite diante dos transtornos de comportamento. A agitação, insônia, agressividade, perambulação, acabam estressando o profissional enfermeiro e sua equipe.

A impotência que o profissional relata em seu depoimento pode não ser a única. O profissional a seguir relata outra experiência:

(EM1) diz: “*Eu encontrei, em uma noite, um paciente com demência deitado no mesmo leito com outro paciente que não tinha demência, o outro estava apavorado, só que não podia chamar, pois não conseguia tocar a campainha, também era dependente, fiquei sem saber como agir nesta situação*”.

A desorientação afeta tanto o espaço que o paciente acaba por se perder até em sua própria casa, podendo afetar, inclusive, o seu próprio corpo, sendo incapaz de reconhecer a si mesmo ou aos seus familiares.

Acordam, não sabem onde estão, ficam agitados, agressivos. A desorientação pode estar relacionada, como já foi dito, à falta do ambiente rotineiro, por estar fora de seu habitat. Às vezes uma atitude de carinho, como falar devagar, sem gritar, demonstrar segurança, mostrar o seu quarto ou o seu leito, acompanhá-lo, pode ajudá-lo muito neste momento de confusão.

Outra autora importante nesta discussão sobre a demência é a enfermeira Ceres, da Unifesp, ela diz: “Trata-se de um estado de inquietude que faz com que o paciente ande de um lado para outro, sem demonstrar sinais de cansaço”. Este fenômeno é conhecido por perambulação ou vagância. “Também pode estar relacionado com quadros de infecção e desidratação” (2002, p. 98).

Estes detalhes são importantes, os comprometimentos da doença podem surgir no decorrer da internação deste idoso. O profissional enfermeiro deve acompanhar a evolução deste paciente, verificar os resultados de exames, ter condição de associar às alterações de comportamento, presentes com os resultados obtidos, de maneira que possam discutir estas alterações com o médico que acompanha o idoso, para que possa ser feita uma intervenção no tratamento em tempo hábil.

Esses relatos dos entrevistados mostram que há no trabalho com idosos dementado certo grau de estresse vivido pelos profissionais enfermeiros, reconhecido por eles como falta de preparo técnico e conhecimento da doença, para manejar com mais habilidade as situações que a demência impõe.

Outros desafios importantes são citados pelo (EF3): ***“Estes idosos recebem muitas medicações, deambulam com dificuldade, têm problemas de equilíbrio, temos que agir rápido, diante de qualquer obstáculo à frente deles”***.

Autores falam que os medicamentos recebidos por idosos com demência tornam-nos ainda mais lentos, diminuem as suas já debilitadas capacidades de cognição, equilíbrio, marcha entre outras.

Ao falar sobre a possibilidade de quedas, o enfermeiro (EM5) afirma:

“Temos que ficar atentos, analisar muito bem as chances de queda destes idosos, principalmente à noite, quando ficam confusos”.

Carvalho, em sua tese sobre quedas em idosos com demência, explica:

“A demência afeta mais indiretamente a densidade óssea, que pode decrescer mais rapidamente em sujeitos com a doença, devido ao baixo peso e desnutrição. Também a absorção de cálcio é menor em mulheres com demência (Guo et al, 1998), mas um dos fatores mais citados em estudos como fator predisponente para a queda seguida de fratura em idosos, é a deficiência de vitamina D, que está relacionada com a redução do paciente com demência de exposição ao sol (resultado de uma vida mais sedentária e reclusa) e com a

desnutrição. Tal deficiência pode levar a alterar a qualidade do osso levando a um aumento de sua fragilidade”. (2000, p. 82)

Vale pensar que os enfermeiros devem preservar a segurança destes pacientes, intervir com agilidade para que não ocorra o risco de quedas, de acidentes. As medicações que recebem geralmente têm a função de agir nos distúrbios comportamentais, provocando efeitos colaterais, que irão aparecer no curso do tratamento medicamentoso, reações como: rigidez, inquietação, distúrbios de marcha, de equilíbrio, de postura, ficando estes idosos vulneráveis a estas intercorrências.

Além da observação, é importante que o profissional tenha conhecimento do ambiente em que o paciente com demência está ou irá ser internado, adotando medidas de segurança, realizar uma revisão para verificação de portas, janelas, obstáculos que podem atrapalhar o percurso da cama para o banheiro, a iluminação do ambiente, as condições do piso etc., promovendo desta forma um ambiente seguro para o idoso.

Ao internar o idoso em enfermaria, o cuidado deve estar voltado também às condições comportamentais deste idoso, não colocá-lo no mesmo ambiente que outro paciente que esteja em condições diferentes. Atentando para a idade e patologia.

Ainda sobre agitação, confusão que o paciente pode apresentar com frequência, o profissional (EF7) comenta:

“Eu fiquei muito estressado, tentei ajudar e não consegui, tive que chamar ajuda, estava agressivo comigo e com o seu próprio cuidador familiar”.

Conforme orientações de Ruiperez:

“Devemos nestes casos colocá-los em quarto individual, retirar de perto os objetos pessoais (chinelos, bolsas), jamais gritar com o paciente, não restringi-lo, pois aumenta a agitação e inquietação, não lhe provocar medo, tentar distrai-lo, não obrigá-lo a se deitar, utilizar grades somente para proteção, para que não caia,

provavelmente tentará saltar por cima delas. Utilizar as melhores que são as que se fixam do lado da cama, podendo ser dobradas para abaixo”. (2000, p. 262)

A interpretação de **(EF12)** demonstra o que pode vir depois da inquietação do paciente:

“Quando tudo passa, aí vem a emotividade, a falta de amparo, a fragilidade, nada os agrada, temos que esperar (...)”.

O paciente, na interpretação da entrevistada, está vivendo um processo que leva um tempo, é um caminho solitário. Pode se sentir abandonado pelo fato de seu familiar ou cuidador principal não estar presente no momento. Assim cabe ao profissional enfermeiro monitorar estes momentos, evitar que se sinta só, entrar no quarto, tentar conversar, deixá-lo mais adequado ao ambiente e aos profissionais que são “estranhos a ele”.

Os enfermeiros também interpretam o que a demência representa como outro desafio para quem cuida, seja cuidador familiar ou profissional:

(EF2) “Ver perder a razão, o significado da vida em alguém, é ver que a dependência gera transtornos para quem cuida”.

Outro profissional **(EF6)** comenta:

“Para mim , a falta de memória, traz a dependência, isto é real ”.

Na percepção anterior, o profissional fala da dependência como fator desafiante para quem está ao lado do paciente, até mesmo para o profissional. Neste sentido discutem a memória como condição necessária para uma vida independente e produtiva. É importante que o profissional reconheça e ajude o cuidador a aprender e entender como lidar com alguém que necessita inteiramente de cuidados para tudo. Neste estágio da doença o “perder a razão”, para o outro entrevistado, é algo que pode ser mais desafiante para o cuidador familiar do que para o paciente.

(EM4) também diz: ***“Entendemos às vezes, o abandono de quem não tem como cuidá-lo, por falta de recursos sociais, emocionais, gera conflito***

familiar, os pacientes ficam à mercê de nossa generosidade, do carinho, dedicação, não há ninguém respondendo por eles (...)”.

O relato do entrevistado acima indica que, aos olhos do profissional, a demência é interpretada e assistida pelos enfermeiros, procurando entender o que se passa nas relações familiares, das dificuldades geradas pelo convívio com a doença e a dependência. Procuram então levar em conta mais o fator humano, para que possam dar continuidade ao tratamento, ao cuidado.

Costenaro afirma: “Ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente as ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre a humanidade” (2001, p. 29).

O cuidador faz parte deste contexto, tem o seu papel de importância nesta relação do idoso com a doença.

O profissional deve conhecer o que ocorre na demência, e este é outro detalhe desafiante, assim **(EF3)** diz:

“Os desequilíbrios orgânicos que se apresentam ao longo do tempo vão trazendo ele de volta para a internação. Esta situação reduz a auto-estima do idoso, cada vez que ele interna, vem com a auto-estima mais rebaixada. É muito triste vê-lo deprimido”.

Butler, no manual Merck de Geriatria explica:

“A depressão principal é um distúrbio do humor caracterizado por desinteresse persistentemente diminuído e falta de prazer nas atividades diárias, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade, capacidade reduzida de concentração, pensamentos de morte e perda ou ganho de peso”. (2005, p. 1001)

Como já foi relatado pelos enfermeiros, a alteração de humor e os sinais de depressão podem ser muito explícitos em alguns pacientes dementados. Precisa-se então saber reconhecê-los quando presentes .

Assim,

(EM1), no meio da entrevista, pergunta: “**Será que estes idosos dementados são felizes ou infelizes, não dá para perceber, procuro às vezes uma resposta no rosto deles, mas é difícil (...)**”.

Alguns autores descrevem que é muito difícil sabê-lo. Alguns idosos dementados não são felizes, como aquele que fica vagando à procura de algo que não sabe o que é, ou o briguento. No entanto, muitos pacientes com demência avançada parecem simpáticos e alegres. Em geral não são infelizes, já que uma pessoa que não consegue reconhecer a sua própria família também não será consciente do que perdeu. A infelicidade está presente mais na família ou no seu cuidador familiar.

Portanto, baseando-me em todos relatos anteriores, posso dizer:

O enfermeiro, ao interpretar a demência como desafiante, não o faz por acaso. Ao refletirem sobre o cuidado que fazem a estes idosos, ficou muito evidente que se trata de uma patologia complexa para eles, preocupa-os não ter condições de cuidá-la como deve ser. Assim, torna-se um aprendizado diário. Um dia não é como outro, não pode ser um dia a mais. Cada momento promove condições de reaver a condição de trabalho na qual o cuidado é peça fundamental.

3.2.3. Interpretações sobre o relacionamento entre paciente dementado e família no cotidiano

O envelhecimento da população brasileira mostra que em quase todas as famílias residentes nas cidades brasileiras, há a convivência de duas ou mais gerações.

“Muitas pessoas mais velhas estão sob os cuidados de outra pessoa da família que, no seu cotidiano, desempenha a tarefa de dedicar seu tempo e suas forças para suprir a dependência instalada, depois da doença ou alguma outra forma de agressão à saúde”. (KARSCH, 2004, p. 176)

Diante dessa colocação mais geral, tem-se, no presente estudo, as interpretações do cuidado a um idoso dementado e as relações familiares com este cuidado.

A demência provoca dependência e sofrimento para os idosos, familiares e cuidadores familiares.

Sobre isso, (EM1) diz:

“Quando presencio famílias que não apóiam, que se distanciam. Entendo também que às vezes não sabem nem o que está acontecendo com seu pai, sua mãe, a vida deles se transforma diante do problema que vivem, estão aparentemente sufocados”.

À medida que a doença progride, há a necessidade de um cuidador familiar que surge conforme a dinâmica da família e da sua disponibilidade de poder cuidar por tempo integral, deixando muitas vezes sua rotina de lado, dedicando o seu tempo ao outro que precisa ser cuidado.

Assim, é importante aqui apontar que, quando a família é omissa, o paciente é mais dependente dos cuidados profissionais e, quando o contrário, a família é presente ou existe um cuidador familiar presente, o paciente só precisa dos profissionais de enfermagem para cuidados especiais. Isso é constatado pelos enfermeiros a seguir:

(EF5) “O idoso fica bem mais tranqüilo se o cuidador ou a família estão presentes por mais tempo ao seu lado, a recuperação é melhor”.

O autor Brody fala sobre a importância da família:

“A família é o primeiro cuidador e fonte de apoio social para as pessoas idosas acometidas de doenças crônicas. Entretanto, a família, de uma maneira geral, é a que arca com a responsabilidade de continuar controlando e cuidando da saúde de seus membros, independente da faixa etária dos mesmos”. (1981, p. 481)

(EF2) aponta para uma realidade familiar muito comum e não condizente com a idéia de amparo e cuidado:

“Na hora da visita, muitos nem recebem. Muitas famílias só aparecem quando o idoso está de alta, ou em outras situações, como o óbito, etc. É angustiante ver estas situações”.

Andrade explica esta relação da família descrita com seu idoso dementado da maneira como se segue:

“Com relação à imagem negativa construída sobre o cuidador familiar, salientamos que esta é derivada de experiências também negativas, vividas pelos enfermeiros que atuam junto às famílias dos pacientes (...)”. (Andrade et al, 1997, p.123)

Importante perceber que a doença causa um impacto na estrutura familiar e que poucos estão preparados para enfrentá-la. O enfermeiro precisa estar consciente desta dificuldade e ajudar o cuidador familiar e a família a entenderem o que ocorre com o idoso. Estes momentos de distanciamento da família ou do cuidador familiar nem sempre poderá ser entendido como uma fuga, mas, um tempo que precisam para se recompor de tanto trabalho, da sobrecarga pelo tempo intensivo de cuidados ao idoso em casa. A vida pessoal do cuidador familiar pode ter sido esquecida por ele mesmo pelo fato de a doença acontecer com seu esposo, seu filho mais velho, sua mãe, etc. Estes fatos mudam a vida e a relação entre a família e o idoso.

(EF6) discute o abandono dos familiares, o profissional entende e interpreta:

“Muitas vezes tenho vontade de pegá-lo no colo e levá-lo comigo, o idoso tem necessidade de um pouco de atenção, acho que muitas famílias se distanciam, poderiam ajudar mais, participar mais”.

Viver a doença constitui em uma ameaça que gera uma situação de insegurança. Essa situação é vivida tanto pelo paciente quanto pelo cuidador no seu ambiente familiar e social.

(EF8) diz que há reconhecimento também de que muitos cuidadores familiares são idosos e precisam de cuidados:

“O familiar, cuidador, muitas vezes é outro idoso, às vezes quando entro no quarto não sei a quem atender, o cuidador encontra-se tão fragilizado quanto o paciente”.

Para os entrevistados, o cuidador deve ser entendido, pois repentinamente é colocado diante de alguém dependente de si que não sabe o quê e como cuidar.

Diante disso, o projeto SABE ressalta em suas pesquisas:

“Quando um cuidador está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. Esposas idosas freqüentemente encontram-se disponíveis, mas em muitas ocasiões não são fisicamente capazes de atender à demanda constante de cuidados de seus cônjuges”.
(SABE, 2003, p. 197)

Gostaria de chamar a atenção destes cuidadores e de quem irá cuidá-los quando precisar. Esta questão faz parte da preocupação dos enfermeiros entrevistados.

Pesquisadores como Chaimowicz fala dos anos que foram ganhos pelos idosos, e que só fizeram aumentar a proporção de incapacidades e doenças. Comenta que: “No Brasil, a família representa o apoio e suporte oferecido ao idoso”. Fala com preocupação das principais dificuldades que deverão surgir, à medida que se consolidar a tendência à dependência dos idosos. “Não existem políticas sociais de suporte aos cuidadores, em setores como a alimentação, auxílio domiciliar, assistência médica e serviços de orientação, entre outros”. Ressalta ainda que o tamanho das famílias no Brasil vem diminuindo devido à queda da fecundidade e que muitos idosos residem com suas famílias em seus domicílios, cuja renda total não ultrapassa três salários mínimos (1997, p. 194).

Diante desta análise, **(EM9)** diz:

“Como deve ser em casa, um idoso que cuida de outro, com tantas dificuldades, sem ajuda de ninguém (...)”.

A família cada vez mais tem assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros, porém necessita de apoio dos profissionais, no que diz respeito à atenção à saúde. Isso implica um direcionamento na prática assistencial. Assim os cuidadores familiares devem receber orientações dos profissionais enfermeiros para tentar compreender as mudanças que ocorrem em seus idosos devido à doença.

(EF10) ressalta a falta de apoio primeiramente das instituições para que possam desenvolver um trabalho de orientação e suporte às famílias.

“Quantas famílias vêm na enfermagem uma forma de poder dividir a sobrecarga, uma forma de poder descansar, pelo menos por algum tempo, enquanto seus idosos estão conosco. Nós ficamos esgotados. A instituição não contribui para que possamos também dedicar um tempo a estes cuidadores familiares, pelo contrário, nós ficamos cheios de tarefas a cumprir”.

(EF12) reforça a necessidade de diálogo e orientação para estas famílias e cuidadores:

“Muitas famílias ainda precisam se conscientizar da situação que envolve o idoso. Nem sabem o que está acontecendo, ou não querem saber, entendendo que pode ser uma fuga da realidade, é preciso mostrar-lhes o caminho”.

Assim se faz necessário cada enfermeiro desenvolver-se cada vez mais no papel de educador dentro das instituições, pois as famílias necessitam de apoio e reconhecimento desse papel diante do paciente idoso.

Entrevistados também mencionam a dificuldade de relacionamento entre os integrantes das famílias:

(EM11) “Vejo o relacionamento como algo complicado entre as famílias, um joga para o outro a responsabilidade de cuidar, já presenciei brigas e desentendimentos, brigam por coisas banais, na frente do idoso, é como designassem seu destino ali, na frente dele”.

(EF5) comenta o que ouve de familiares e reconhece como é complicada para eles a realidade da demência:

“Há relatos de várias histórias de desencontros entre os membros da família, causados pela doença, onde se sentem esgotados, que deixaram seus afazeres, nem sempre têm condições de cuidar de si próprios”.

Consideramos a família um segmento expressivo da figura do cuidado. Concordamos com Lacerda & Costenaro, que apontam que a família vem refletindo sobre a sua importância, e de como se torna fundamental por ser ela a receptora e doadora do cuidado.

“Salientamos que o nosso modo de viver é o resultado dos valores culturais que herdamos da família, pois esta é a primeira instituição a nos aludir e nos preparar no relacionamento com outras pessoas. Portanto a família é uma referência para todo ser humano”. (1999, p. 34)

Assim, nosso (EF3), entrevistado explica:

“Pelo desgaste que passam estes idosos cuidadores, eles irão precisar também de apoio profissional”.

O profissional deve então dar suporte emocional, entender o momento em que a família ou o cuidador familiar está vivendo, agir de forma interativa para minimizar situações de estresse. Deve também orientar o cuidador para que também procure ajuda especializada quando sentir que já não tem mais estrutura para continuar cuidando. Fazê-lo entender que todos têm limites, que deve saber reconhecer quando está precisando de alguém para dividir estes momentos tão difíceis e complexos como é o cuidado à demência.

Os profissionais enfermeiros devem, então, reconhecer a sua importância dentro das instituições hospitalares, desempenhar com critérios, conhecimento e ética o cuidado ao idoso dementado, cooperar para ser um agente transformador da realidade.

3.2.4. Interpretações dos enfermeiros sobre a vida pessoal e profissional diante dos enfrentamentos diários

Segundo os dados colhidos nas entrevistas, no que se refere às interpretações sobre a vida pessoal e profissional, alguns profissionais falam mais dos ganhos do que das perdas, no cotidiano do trabalho com a demência, ou seja, falam das suas experiências de maneira positiva:

(EM1) diz: *“Muda muito a vida de um homem que deve permanecer no leito. Toda sua existência, toda sua vida se perde. Mudou muito a minha vida ver alguém no leito sem poder se expressar”*.

A percepção da vida através do outro fez com que o profissional **(EM1)** possa repensar na importância de ser um indivíduo independente, de poder expressar-se, capaz de decidir suas próprias atitudes. Diante destas reflexões, o profissional depara-se com a evolução de alguém com total dependência. ***É um fato que faz pensar na vida com mais critérios***, completa o enfermeiro **(EM1)**.

Em cada fase da vida, ganhamos ou perdemos, sempre há saldos a serem resgatados. Conviver num ambiente hospitalar, enfrentando todos os dias situações difíceis, constrangedoras deixam para os enfermeiros entrevistadas situações mais positivas do que negativas.

O que foi comentado anteriormente se explicita na interpretação do entrevistado abaixo:

(EF2) *“De repente me vejo valorizando minha vida pessoal. Quando deixo o hospital, não quero mais pensar. Estas experiências diárias, estão me transformando em alguém que pensa na vida”*.

A enfermeira **(EF3)** a seguir continua a reflexão: ***“Hoje sou mais paciente com os outros, comigo mesma, acho que é positiva a mudança”***.

A convivência com a realidade traz mais tolerância para a maioria, porém nem todos acompanham a mesma reflexão:

(EF5) *“Acho deprimente este cotidiano, não sei se está sendo positivo, ainda não sei”*.

Outro entrevistado diz:

(EF6) “Tenho que amadurecer algumas coisas dentro de mim”.

Nas interpretações apresentadas, o cuidado ao idoso com demência pode desencadear outras visões de mundo que são muito particulares. É preciso aprender a lidar com as reações que não são positivas. Estas interpretações estão além da situação profissional, pois aparecem muitas vezes como um desabafo.

Os profissionais, à medida que estão em contato com estes pacientes, vão interpretando suas dúvidas de maneira mais claras, para eles mesmos, assim:

(EF8) “Acho que a vida destes idosos dementados nos mostra como é importante poder ser entendido por alguém. É difícil conviver com eles sem analisar o que podem deixar em nós como lições positivas”.

Sobre as questões de vida, enfermeiros falam que a demência de seus pacientes lhes proporciona mais aproximação com questões particulares. Muitas vezes se vêem presentes em cada caso como se fossem com eles mesmos que a história se passa.

Analisando estes relatos, penso que na verdade sabemos aquilo que estamos disponíveis para saber, ou só saberemos tentando. Para interpretar algumas questões individuais, temos de nos incluir naquilo que existe, para tentar concluir aquilo que há em nós.

As interpretações mostram que o contato dos enfermeiros com estes idosos, nem sempre tem um distanciamento, pelo contrário, nota-se que eles se aproximam destes pacientes e seus cuidadores familiares, levando-os a refletir sobre a influência de sua vida profissional sobre a pessoal.

Será uma descoberta cada vez que algo se transforma nestes profissionais, diante de cada encontro e contato existencial experimentado ao longo da vida. As experiências a seguir relatam isso:

(EF7) “Já tive alguém em casa nestas condições, foi triste, mas me faz entender hoje o que se passa com estes idosos, posso dizer que mudei a forma de conviver com a doença e o paciente”.

Outro profissional enfermeiro relata momentos vividos:

(EF12) “Quando passei por esta realidade em família, a casa caiu. Pensei que não conseguiria conviver com a demência dentro de casa”.

São cuidadores profissionais, mas podem de repente ter que cuidar de alguém de suas relações familiares, podem também um dia precisar dos cuidados de alguém. Estas experiências fazem com que estes profissionais se aproximem do que há de mais verdadeiro no cotidiano do trabalho “o cuidado”.

Entretanto falo agora do outro lado do profissional apontado por Costenaro & Lacerda, quando dizem:

“Parece que a idéia subentendida é que quem cuida sabe se cuidar, então, necessariamente, ele não precisa ser cuidado, porém a realidade é diferente porque o cuidado do ponto de vista da pessoa, mesmo que faça o cuidado de uma forma integral, holística, transpessoal possível, tem crescimento, as pessoas que cuidam precisam ser cuidadas porque o cuidar pode causar desgaste físico e emocional (...)”. (1998, p. 80)

Assim, o profissional a seguir relata:

(EF8) “Tenho medo de envelhecer. Hoje, penso mais neste assunto, não quero ficar dependente, vou me cuidar para isso”.

Pensar no seu próprio envelhecimento, para alguns traz um certo medo, para outros é positivo. Mas discutem que é preciso repensar no cuidado a si mesmos.

(EF10) “Estou despreparada para envelhecer, a convivência trouxe-me esta reflexão, acho positiva, preciso cuidar de mim”.

A convivência dos enfermeiros, com pacientes idosos portadores de demência, de alguma forma, sensibiliza estes profissionais. Como diz Paganini:

“O profissional de enfermagem busca recursos internos pouco claros ou definidos, precisa manter a individualidade e , ao mesmo tempo, precisa estar em convivência com outros seres para obter ajuda. Estas questões na visão dos profissionais os aproximaram daquilo que eles possuem de verdadeiro, de humano”. (1998, p. 28)

Diante desse exercício de interpretações sobre a demência, os enfermeiros devem estar atentos para que todo o envolvimento com o outro resulte em reflexões positivas sobre a vida, sobre o trabalho e sobre si mesmos. É necessário enfatizar a questão da própria integridade emocional, pois esta é muito mais complexa que a integridade física. Para Bauer, Pinheiro & Arruda (1998, p.51), “o cuidar precisa ser nutrido, compartilhado e renovado”. Completo dizendo que é como estar em um oceano, não dá para somente flutuar, o cotidiano os fazem mergulhar, dentro deles mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A ANÁLISE QUALITATIVA

As análises feitas sobre as entrevistas apresentam quatro dimensões, relacionadas ao objetivo do estudo que é: “Analisar interpretações de enfermeiros diante da demência no contexto hospitalar”.

a) Significado do trabalho com portadores de demência:
❖ Trouxe aos enfermeiros uma visão diferenciada sobre a própria vida.
❖ Pensam na importância da qualidade de vida para os idosos e seus cuidadores ao retornarem para casa, após alta hospitalar.
❖ Refletem sobre o significado do abandono das famílias. Sobre a dificuldade de algumas famílias e também de seus cuidadores de aceitação do idoso, que implicam o desconhecimento da própria doença.
❖ Pensam na importância de envelhecer e ser cuidado por alguém que compartilhe os momentos com presteza e solidariedade.
❖ Discutem o papel de responsabilidade do enfermeiro, diante do processo de internação do idoso.
❖ Refletem sobre a relação do cuidado com o auto-cuidado, para continuar trabalhando com estes pacientes.

b) Desafios enfrentados pelos profissionais no cotidiano deste trabalho:
❖ Ter de lidar com a sobrecarga que o idoso enfrenta pelas incapacidades que acompanham a demência e cuidar das complexidades da doença.
❖ Conviver com o despreparo das instituições hospitalares que necessitam pensar em melhor atender a população idosa com demência, preparando seus profissionais para atuarem na assistência com qualidade: reciclando, aprimorando.
❖ Reconhecer que vários enfermeiros não conhecem a patologia, dificultando a maneira de cuidá-la.
❖ Conviver com a angústia da falta de resposta positiva em muitos tratamentos aos idosos em estágios mais avançados da demência.
❖ Reconhecer que há momentos que surge a sensação de impotência em determinadas situações no curso do tratamento da doença.
❖ Preocupar-se com o seu próprio futuro.
❖ Refletir sobre a necessidade de associar a prática profissional a uma prática mais humanizada, além do tratamento convencional.
❖ Reconhecer a deficiência de estrutura no ambiente de trabalho, para o cuidado específico ao idoso com demência. A importância de um ambiente mais seguro para o cuidado ao paciente e ao profissional que executa o cuidado (adequação de ambiente e equipamentos que possam minimizar acidentes, quedas).
❖ A falta de ambiente de trabalho mais saudável, para que os profissionais possam se relacionar de maneira mais positiva. Reclamam da sobrecarga de trabalho e falam na possibilidade de uma escala mais próxima do que seria ideal para a realidade da clínica em número de profissionais de enfermagem.
❖ Falta de suporte emocional para a equipe de enfermagem, que se sente estressada, desgastada no cotidiano do cuidado ao idoso dementado.
❖ Preocupação com a tendência a aumentar as exigências nas instituições hospitalares em relação ao trabalho do profissional enfermeiro direcionado ao idoso seja portador ou não de demência.

c) Interpretações da família sobre a importância nas relações com o idoso com demência:
❖ Reconhecem que haverá dificuldades do cuidador familiar e da família durante o processo de internação, bem como em entender o processo saúde doença e dependência do idoso com demência.
❖ Presenciam conflitos entre os membros da família, notam a dificuldade de estas pessoas em assumir a situação.
❖ Descobrem diferentes perfis familiares dentro do processo de internação do idoso. Aprendem neste processo a lidar com as diferentes estruturas familiares.
❖ Ressaltam a necessidade do profissional assessorar a família durante a internação para ajudá-la e, no entanto reconhecem que o enfermeiro deve se preparar melhor para atendê-las.
❖ Identificam situações conflitantes para a equipe. O idoso retornará à medida que a doença for se complicando, o comprometimento mental e físico do idoso exigirá mais da equipe e do seu cuidador principal.
❖ Discutem a importância da comunicação não verbal, de entender através de pequenos sinais ou atitudes emitidos pelo paciente o que é para ele essencial no momento.
❖ Falam do cuidado à demência com seriedade e ética, do resgate à dignidade, ao tratamento que favoreça e contribua para que o idoso tenha qualidade de vida dentro de suas limitações, independente do estágio que a doença se encontra.

d) Interpretações dos profissionais sobre a vida pessoal e profissional diante dos enfrentamentos diários.
❖ As experiências mostraram que a convivência com idosos dementados trouxe respostas positivas.
❖ Houve uma transcendência do pensar no ato de cuidar, quando discutem a dificuldade de entrar em um mundo tão particular como é o do paciente com demência, sentem a dificuldade do contato, da troca em muitas situações do dia-a-dia.
❖ Revelam a importância das histórias de vida, às vezes esquecidas, da memória, das individualidades, do resgate da permissão para “tocar” no outro, fato talvez esquecido no dia-a-dia, retomado com respeito neste momento.
❖ Trouxe o medo e despreparo para envelhecer, bem como reflexões sobre envelhecer com mais qualidade de vida.
❖ O cuidado com a própria vida foi redescoberto e valorizado.
❖ Refletem sobre situações de estresse, dos seus desafios e conflitos diários, com maturidade.
❖ Pensam como é extremamente urgente que as Instituições dêem espaço para a discussão sobre a vida e seus limites, para que diminua a carga emocional que vivenciam no trabalho.
❖ Reconhecem o fator envelhecimento como real. Descobrem a importância de saber diferenciar um paciente com demência em meio a tantas patologias e esperam melhorar a assistência aos idosos.
❖ Refletem sobre a escolha profissional e a disponibilidade para o cuidado ao ser humano, independente da idade ou patologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da presente pesquisa, a equipe de enfermeiros da clínica médico-cirúrgica passou a entender com muito mais maturidade profissional e também pessoal o universo do seu trabalho e a relação com a demência neste contexto. Antes o paciente que internava tinha um diagnóstico principal e entre eles a demência interrogada como antecedente. A conotação passa a ser outra a partir destas reflexões. O olhar dirigido a estes idosos no momento atual apresenta uma visão mais ampliada, com foco em um cuidado especializado ao idoso portador de demência.

Os resultados revelam uma dimensão maior no trabalho com idosos dementados, além das ações aos pacientes, apresenta-se como importância expandir os horizontes e cuidar também do bem-estar de quem cuida, promovendo uma assistência extensiva aos familiares e cuidadores familiares. Inúmeros fatores em relação ao cuidado são intrínsecos, estão na essência do profissional, outros dependem da estrutura da Instituição e o que oferecem para a realização do trabalho com qualidade.

Portanto coordenar ações e intervenções de situações difíceis diante da demência requer uma nova tomada de atitude das instituições, dando condições plenas aos profissionais enfermeiros para realizarem a assistência ao idoso dementado com coerência e capacidade. A relação do enfermeiro com o paciente, demonstrado na pesquisa, revela que por mais que o trabalho com a demência solicite do profissional mais empenho no sentido do aprendizado, de rever valores e significados, não há demonstração de desinteresse por eles, pelo contrário, os profissionais querem aprender a assistir adequadamente este idoso. Isso mostra

que a enfermagem deste grupo se preocupa com a realidade e atualidade. O estresse causado pelos enfrentamentos com o cuidado à patologia e tudo que a detém é evidente, mas não visto de forma negativa pela maioria da equipe. A relação entre a equipe pode ser melhorada, dando abertura para diálogos entre os membros para tentar minimizar a sobrecarga do trabalho.

Durante o tempo de trabalho na assistência nas unidades de internação, refletindo sobre a demência juntamente com outros enfermeiros, a pesquisa proporcionou aos profissionais a possibilidade de planejar e melhorar algumas estratégias de atendimento a estes pacientes idosos portadores de demência:

- ❖ Atenção especial à família ou cuidador familiar, proporcionando a este mais contato com a patologia, informando-lhes as dúvidas durante as visitas diárias dos enfermeiros aos leitos dos pacientes, de forma simples, informal, aberta, pontuando situações de dependência e como pensar a partir daí em valorizar o que pode ainda ser resgatado dentro das limitações do paciente.

- ❖ A equipe de enfermeiros planejou ir além do cuidado diário. Em conjunto com a equipe multiprofissional, iniciou a avaliação da necessidade da intervenção de um psicólogo para acompanhar o cuidador familiar durante o processo de internação. Passou-se a discutir com o médico do paciente a possibilidade de acompanhamento por este profissional. O enfermeiro e psicólogo discutem sobre a história do paciente e diante disso o cuidador passa então a ter visitas semanais para uma conversa, com o objetivo de amenizar a carga de estresse pelo qual passa. O atendimento fica direcionado principalmente ao cuidador familiar de pacientes em fases mais avançadas da doença, com dificuldades para entender a complexidade da mesma e para melhor compreensão do processo de finitude.

- ❖ Inicia-se também o compartilhamento das decisões de alta dos pacientes. Médicos e enfermeiros passam a pensar no processo da alta em parceria. A partir daí o cuidador principal, que acompanharia o paciente após alta, é convidado a participar de cuidados ao paciente, em que o enfermeiro dedica momentos ao cuidador, para orientá-lo quanto à higiene do paciente, alimentação, momentos de lazer, adequação da casa ou do quarto, medicamentos, orientações

de retornos, consultas, exames e a quem e como recorrer nos casos de emergência. Estas orientações na prática dão início com uma semana de antecedência da alta, com horários pré-definidos, dia-a-dia, possibilitando que o cuidador coloque a mão na ação do cuidado propriamente dito, sob supervisão do enfermeiro que avalia as dificuldades do cuidador familiar. Desta forma, o enfermeiro tem conhecimento do que o cuidador pode ser capaz ou não de realizar em domicílio. Para isso leva em conta a idade, grau de escolaridade e entendimento desse cuidador.

❖ As orientações para alta, recebem a contribuição de outros profissionais: nutricionistas, fisioterapeutas, médicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e assim, cada qual em seu papel, desempenha as orientações possíveis.

❖ O cuidador familiar tem acesso à alimentação gratuita, após avaliação do enfermeiro e do serviço social, para famílias que não teriam condições de pagar sua alimentação e que permanecessem maior tempo do dia no hospital, desta forma o cuidador permanece mais tempo ao lado do idoso. Muitos não ficavam por não ter como se manter, como se alimentar. Sentiu-se mais aproximação do cuidador com o paciente com esta iniciativa

❖ Quanto ao pessoal da equipe de enfermagem: técnicos e auxiliares, os enfermeiros, com a proposta de reflexão, foram conversando e interagindo mais sobre os planejamentos de cuidados aos pacientes idosos dementados. A cada internação, a equipe discute após avaliação do enfermeiro, como melhor cuidar deste idoso. Desta forma a equipe se mantém mais fortalecida, orientada e equilibrada, todos aprendem com as experiências. Pode-se notar interesse no aprendizado e pelo cuidado pela equipe de enfermagem.

Essas iniciativas desenvolveram-se em um período relativamente longo, custaram tempo e boa vontade de todos os profissionais. Porém trouxe uma riqueza muito grande à assistência ao paciente, enquanto está sob os cuidados na clínica médico-cirúrgica. Proporcionou à equipe multiprofissional, fortalecimento e respeito mútuo a todos os seus membros. A resposta a estas estratégias, apesar da situação “especial do idoso”, é presenciar a equipe, ter

mais prazer no trabalho, ao cuidador: segurança e valorização do seu papel, ao paciente idoso dementado: mais dignidade no tratamento.

Concordo que os desafios são muitos, mas a disponibilidade para enfrentá-los é real e muito significativa. A questão da demência não é simples, pelo contrário, é bastante complexa. A figura do enfermeiro é a mais presente durante o processo de internação. Neste contato tem-se a oportunidade de desmistificar mitos, esclarecer dúvidas. O cuidado é direcionado, a assistência é diferenciada. Embora sabemos que a situação de internação deste idoso se torna conflitante ao paciente e ao seu cuidador familiar, há necessidade de adaptação por todos, inclusive dos profissionais às novas situações desafiadoras. Este processo envolve o profissional, o paciente e cuidador familiar e pode durar várias internações ao longo da doença.

Por meio das interpretações reflexivas sobre suas vidas, os enfermeiros puderam valorizar-se como pessoas e como profissionais. As situações de estresse por que passam neste contexto são inúmeras, importantes e levadas à crítica de maneira positiva, com a intenção de desenvolvimento da própria equipe.

O profissional enfermeiro tem o compromisso de desenvolver o melhor trabalho possível neste universo ainda tão desconhecido que é o “cuidado à demência”.

Considero que o presente trabalho de pesquisa, possibilitou a busca da pesquisadora para um auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Na busca do melhor cuidado para com o outro, reconheço que a pesquisa me ofereceu esta oportunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, G. O. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. *Revista Gaúcha de enfermagem*. Porto Alegre, 18 (2), 1997, p. 123.
- ANGERAMI, V. A. (org.). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo, Pioneira, 1998.
- BALLONE, G. J. "Psiquiatria geriátrica: demências". In: *Psiquweb-psiquiatria, internet, revisto em 2005*, consultado em 03/07/2007.
- BAUER, M.R, PINHEIRO,P.I, ARRUDA, E.N. Retratos de mulher: revelações entre cuidar e ser cuidada. In: Costenaro, R.G.S. & Lacerda, M.R. *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?* RS, Unifra, 2001, pp. 29, 51.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. 4^o. Impressão, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990, pp. 17, 217, 1990.
- BOFF, L. *Ethos Mundial. Um consenso mínimo entre os humanos*. RS, sextante, 2000, p. 85.
- BRODY, E. Women in the midie and family help to olders people. In: *Gerontologist*. v. 21, 1981, p. 480.
- BUTLER, N. R. Demência senil do tipo Alzheimer. In: Abrams,W.B., Berkow, M.D. *Manual Merck de Geriatria*. São Paulo: Roca, 1995, pp. 1001, 1004, 1005.
- CAOVILLA, V. P. *Você não está sozinho*. São Paulo, Abraz, 2002, p. 5.

- CARAMELLI, P. e BARBOSA, M. T. “Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes da demência?”. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24 (Supl. 1), 2002, p. 7, 10.
- CARVALHO, J. A. M. *Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil*. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG.1993.
- CARVALHO, A. *Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos*. [Mestrado] Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000, cap. 5.
- CERES, E.L.F. *Você não está sozinho*. Abraz. São Paulo, 2002, pp. 8, 9.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. In: *Revista Saúde Pública*, v. 31(2), 1997, pp.189, 190, 193, 194.
- COSTENARO, R.G.S. & LACERDA, M.R. *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?* RS. Unifra, 2001, pp. 27, 29, 34, 62, 80.
- COSTENARO, R.G.S. & LACERDA, M.R. *Cuidando-se para ser cuidador: utopia ou possibilidade*. Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50º, 20-25 set, Anais. Salvador, BA.1998.
- COULSON, B.S, Almeida, O, P. Delirium: além do diagnóstico clínico. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v. 24. Suplemento (1), 2002, p. 28-29.
- DEBERT, G. G. *A reivenção da velhice*. São Paulo: Edusp, 1999.
- DINAURA, L. O apaixonante estudo da memória por Ivan Isquierdo. In: *Revista do Incor*, maio, 1999, p. 8 .
- ECLEA, 1973. In: Manzochi, L.A - *Aspectos emocionais em relação ao envelhecimento dos freqüentadores de uma universidade para terceira idade na cidade de Osasco*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, PUC – São Paulo, 2001, p. 16.
- ENDO P. Sujeito histórico, sujeito psíquico. In: *Revista Kairós*, São Paulo, Caderno Temático 2, agosto, 2002, p. 41.

- FARIAS, G. *Casos de demência no mundo devem duplicar até 2040*. Planserv. www.planserv.ba.gov.br. p. 1, consultada em: 02/05/2007.
- FISHER, 1977. In: Manzochi, L. A. *Aspectos emocionais em relação ao envelhecimento dos freqüentadores de uma universidade para terceira idade na cidade de Osasco*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, PUC – São Paulo, 2001, p. 10.
- FOLSTEIN, M. & FOLSTEIN, S, E. Exame do Estado Mental. In: Abrams, W.B, Berko, W,R. *Manual Merck de Geriatria*. São Paulo, Roca, 1995, pp. 994, 996.
- FREITAS et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1187.
- FRIES, J. F. *Aging, natural death and the compression of morbidity*. N. Engl. J. Med, 1980. p. 303
- FUNDAÇÃO IBGE – Censo demográfico: dados gerais, migração, instrução, fecundidade, mortalidade. Brasil, Rio de Janeiro, 1983.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento*. Belo Horizonte, 1993.
- GOLDFARB, D. C. *Demências*. 1ª edição, Casa do psicólogo, 2004, p. 17.
- GOLDIN, J.R. *Bioética do envelhecimento*. Artigo de revisão da Revista de Gerontologia 5(2): 61-71, 1997.
- GUIMARÃES, R.M. Os compromissos da geriatria. In: Guimarães, R.M. & Cunha, U.G.V. *Sinais e sintomas em Geriatria*, São Paulo: Atheneu, 2004, p. 2.
- HAREVEN, T. K. *The Last stage: historical adulthood and old age*. Daedalus: American Civilization News Perspective, 105(4), 1976, p. 17.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P. e RAMOS, L. R. “O Envelhecimento da População mundial: um desafio novo”. In: *Revista Saúde Pública*, v. 21, 200-10, 1987.
- KARSCH, U. M. S. *Envelhecimento com dependência: revelando Cuidadores*. São Paulo, Educ, 2004, p. 176.

- LACERDA, M.R. Costenaro , R. G. O cuidado como manifestação do ser e fazer enfermagem: reflexão. *Revista Vydia*. Santa Maria, v. 18, n. 32, 1999, p. 7-13.
- LERNE, L. E. G. *A Interprofissionalidade e o Contexto Familiar*. s.a, s.e, cap. 10. p. 17.
- MACHADO, C. C. *Projeções multiregionais da população: o caso brasileiro (1980-2020)*. Belo Horizonte, UFMG/CEDEPLAR, 1993.
- MARTINS, D. A. *Cuidando do significante portador de Síndrome de Dawn*. Dissertação de mestrado em Enfermagem. UFSC- Florianópolis, 1998.
- MAYEROFF, M. *A arte de viver e servir ao próximo para servir a si mesmo*. Rio de Janeiro: Record, 1997, p. 62.
- MEDEIROS & CASTRO. In: Lima. R. A. de Souza. *A construção do Envelhecimento*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia – PUC- São Paulo, 2004.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social /Teoria método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 77.
- PAGANINI, M. C de S. *Pesquisa social*, 23^a. Edição, Petrópolis: Vozes, 2004, p. M.C. Humanização na prática pelo cuidado: um marco de referencia para a enfermagem em unidades criticas. UFSC. Dissertação de mestrado em assistência em enfermagem – Florianópolis, 1998.
- PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Moraes. M , Barros, L. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 1993, p. 71-75.
- PRIGOGINE, I. Idéias Contemporâneas. São Paulo, Ática, 1989: 51. In: *Bioética do envelhecimento*, GOLDIN, J.R, artigo de revisão da revista de gerontologia 5(2): 61-71, 1997.
- ROBLEDO, I.M.G. Avaliação Cognitiva do idoso. In: Guimarães, R.M. & Cunha, U.G.V. *Sinais e sintomas em Geriatria*. São Paulo: Atheneu, 2004, p. 31.

- RODRIGUES. In: Manzochi, L.A - *Aspectos emocionais em relação ao envelhecimento dos freqüentadores de uma universidade para terceira idade na cidade de Osasco*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, PUC – São Paulo, 2001, p. 10.
- RUPOLO. I. Prefácio. In: *Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?* RS. Unifra, 2001, p. 80.
- RUIPERÉZ, C. DOMINGO, P. L. *Geriatría, guias prácticos de enfermagem*. Rio de Janeiro, Mc Graw Hill, 1998, p. 253-258.
- SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Maria Lúcia Lebrão, Yeda A de Oliveira Duarte – Brasília : Organização Pan-Americana da saúde, 2003, p. 141, 143.
- SANTOS, S. S. C. *O cuidador. Enfermagem geronto-geriátrica, s.l., s.e.,s.a* p. 87.
- SEBASTIANI, R. W. A equipe de saúde frente as situações de crise e emergência no hospital geral: Aspectos psicológicos. In: Angerami, A. A. *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998, p. 33.
- SHELP, D. *A ditadura dos jovens por Frank Shirrmacher*. In: Revista *Veja*, São Paulo, 2004, p. 11-15.
- SONTAG, S. *Illness as Metaphor*. In: GUIMARÃES R. M e VASCONCELOS U. G. *Sinais e sintomas em geriatria*. 2. ed., São Paulo, Editora Atheneu, 2004.
- TAMAI, S. Tratamento dos transtornos do comportamento de pacientes com demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24, suplemento 1, 2002, pp. 15, 16.
- TEIXEIRA Jr. Al. & CARDOSO F. Demência com corpos de Lewy: abordagem clinica e terapêutica. *Revista de Neurociências*, v. 13, n. 1, jan/mar., 2005.

ANEXO 1**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL****(folstein, folstein & McHugh, 1.975)**

Paciente: _____

Data da Avaliação: _____/_____/_____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)..... ()
- Dia do mês (1 ponto)..... ()
- Mês (1 ponto)..... ()
- Ano (1 ponto)..... ()
- Hora aproximada (1 ponto)..... ()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)..... ()
- Instituição (residência,hospital,clínica) (1 ponto)..... ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)..... ()
- Cidade (1 ponto)..... ()
- Estado (1 ponto)..... ()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta ()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)..... ()

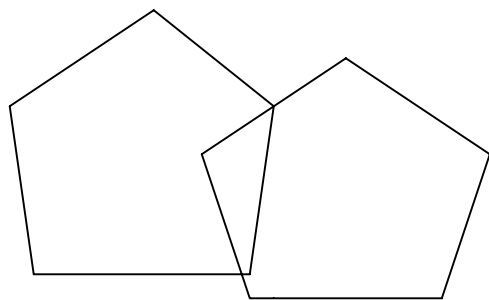
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)..... ()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)..... ()
- Repetir “nem aqui, nem ali,nem lá) (1 ponto)..... ()
- Comando: pegue este papel com a mão direita
- Dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos)..... ()
- Ler e obedecer : “ feche os olhos” (1 ponto)..... ()
- Escrever uma frase (1 ponto)..... ()
- Copiar um desenho (1 ponto)..... ()

Escore : (-----/30)



ANEXO 2

Roteiro de entrevistas:

Nome: (opcional)

Sexo: feminino ()

Masculino ()

Idade:

Tempo de formado:

Tempo de trabalho com idosos:

Possui especialização: Sim () Não ()

Se afirmativo, quais:

Tem idosos na família? Sim () Não ()

Questões:

- 1) Significado do trabalho com portadores de demência.
- 2) Desafios enfrentados no cotidiano deste trabalho.
- 3) Como interpreta a família e sua importância nas relações com o idoso com demência.
- 4) Como interpreta a vida pessoal e profissional diante dos enfrentamentos diários.