

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A PESSOA IDOSA PORTADORA DE DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE CASO

Fernanda Rafaela dos Santos ¹
Larissa de Melo Pereira ²
Izaura Luzia Silverio Freire ³

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma afecção neurodegenerativa que tem como característica a progressividade e a presença de amplo espectro de sintomas motores e não motores, como bradicinesia, tremor, rigidez, instabilidade corporal, perturbações da marcha, problemas de sono e depressão. Costuma acometer pacientes idosos a partir dos 60 anos, com incidência ainda maior conforme o avançar da idade (GALVÃO; PIMENTA, 2018).

Com a transição epidemiológica, a prevalência da doença tem crescido significativamente no Brasil, atingindo cerca de 3,3% da população brasileira. Essa patologia tem efeitos aniquiladores se diagnosticada tardiamente, e, quando associado à depressão e demência, o quadro torna-se ainda mais complexo. Estudos apontam que até 80% dos pacientes que apresentam DP podem progredir com quadro de demência associado (ALVES, *et al.*, 2018).

A DP pode limitar o desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD), tornando o indivíduo progressivamente mais dependente. Para retardar a progressão da doença, utiliza-se a terapêutica farmacológica e/ou cirúrgica e mais recentemente a técnica de estimulação cerebral profunda conhecida como DBS, do inglês “Deep Brain Stimulation” mostrando resultados promissores na redução dos tremores (BAPTISTA, 2014).

Nesse contexto, surge a importância dos cuidados de enfermagem, que ultrapassam os aspectos sintomatológicos e atuam na promoção da saúde, assim como no tratamento das complicações e na adaptação às limitações impostas pelo distúrbio. Para isso, é utilizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (PICCININI; COSTA; PISSAIA, 2017).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – 358/2009 estabelece que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e deve ser aplicada em todas as instituições de saúde. Seu objetivo é o de contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo e de sua família, por meio de métodos e ferramentas científicas como o processo de enfermagem (PE) (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O PE alicerça o cuidado, e tem como possibilidade realizar uma interação multiprofissional. Essa metodologia é pautada nas seguintes etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, que se baseiam em promover um cuidado efetivo (TOSIN, *et al.*, 2016). Desse modo, esse estudo se justifica diante da necessidade dos profissionais de enfermagem saberem lidar com uma doença que apresenta um destaque epidemiológico, atingindo idosos de modo crescente e ocasionando limitações em suas vidas, que já se apresenta tão restrita a muitas tarefas, e essas limitações tem despertado um sentimento de incapacidade, o que repercute em uma baixa qualidade de vida.

¹Graduanda do Curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, fernanda_tinha@hotmail.com;

²Graduanda do Curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, lmelop@hotmail.com;

³Professora orientadora: Enfermeira. Professora doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, izaurafreire@hotmail.com.

Com respaldo nessas considerações objetiva-se descrever o processo de enfermagem aplicado a uma pessoa idosa portadora de doença de Parkinson.

METODOLOGIA

Estudo de caso, realizado em maio de 2019, a partir da aplicabilidade do PE a uma pessoa idosa portadora de doença de Parkinson, pertencente à área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família no Município de Natal. A consulta de enfermagem ocorreu durante uma visita domiciliar, no decurso do estágio supervisionado I: o processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica em Saúde, referente ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O instrumento utilizado na consulta de enfermagem teve como modelo a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Aguiar Horta. Após coleta de histórico e exame físico, foram listados diagnósticos de enfermagem, com escolha de um diagnóstico prioritário e implementação de um plano de cuidados específicos. Todo esse processo baseou-se nas taxonomias da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I)*, *Nursing Interventions Classification (NIC)* e *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente M. C. R., 62 anos, sexo feminino, cor branca, solteira, uma filha, natural de Ceará-Mirim. Reside em Natal-RN, com filha, genro e netas. É católica, possui ensino fundamental incompleto, e encontra-se aposentada por invalidez há 14 anos decorrente de cardiomegalia. Apresenta renda familiar de 2,5 salários mínimos. Sua filha informou que a paciente tem hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, nega etilismo, tabagismo, alergia alimentar e medicamentosa. Há 16 anos, possui doença de Parkinson, mas não possui histórico familiar da patologia.

Deambulava com auxílio, mas há nove meses apresentou um episódio de surto psicótico e passou 15 dias sem tomar os medicamentos para o Parkinson, pois não aceitava o tratamento. Isso acarretou na sua situação atual da paciente, que está acamada. No tempo em que deambulava, desenvolveu uma calosidade no pé direito, e subsequentemente formou-se pequena lesão em calcâneo ipsilateral, à primeira injúria, fato que só piorou após está acamada. Nesse processo de restrição ao leito surgiu uma lesão por pressão (LPP) em trocanter direito. Posteriormente necessitou se internar por um mês e quinze dias, em consequência dessa ferida no trocanter, pois precisava de desbridamento cirúrgico. Decorrente do internamento, desenvolveu LPP em região sacral. E em casa, após alta hospitalar abriu lesão na orelha esquerda e trocanter esquerdo.

Mantém sono preservado após uso de clonazepam, e dorme em torno de 8 horas por noite. Atualmente, apresenta apetite preservado e realiza dieta por via oral pastosa, hipossódica e hipoglicídica. Apresenta boa ingestão hídrica, cerca de dois litros de água por dia. Diariamente, faz uso dos seguintes medicamentos: carbidopa, akineton, losartana, Insulina Humana Recombinante (NPH) e clonazepam. Realiza higiene corporal no leito, eliminação vesical e intestinal presentes em fralda. Encontra-se restrita ao leito. Queixa-se de dor nas lesões por pressão.

Ao exame físico: estado geral ruim; consciente; fácies parkinsoniana; couro cabeludo íntegro; acuidade visual e auditiva preservadas bilateralmente; pupilas isocóricas fotorreativas; nariz simétrico e com septo central; percepção olfativa sem alterações. Encontra-se normocorada, anictérica e acianótica; com palato e úvula íntegros; função motora da deglutição preservada; linfonodos impalpáveis; tireoide lisa, sem nódulos e com consistência

fibroelástica; pulsos carotídeos simétricos. Pele hidratada, com presença de hiperemia em alguns pontos de proeminências ósseas, e perfusão tissular adequada em membros.

Apresenta tórax normolíneo, simétrico e com expansão torácica normal bilateralmente. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente, simétrico e sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca com batimentos normofonéticos, em dois tempos, com ritmo e frequência regulares. Mamas simétricas e sem alterações. Abdome plano e indolor a palpação, sem massas ou viceromegalias palpáveis; cicatriz umbilical centralizada; cicatriz no abdome de 20 cm decorrente de intervenção cirúrgica por colecistectomia; ruídos hidroaéreos presentes. Órgão genital íntegro. Eliminação vesical e intestinal espontânea em fralda. Possui edema (+3/+4) nos membros superiores e inferiores. Percepção sensorial tátil, dolorosa e térmica adequada. Sistema motor alterado quanto à força muscular e marcha.

Apresenta cinco lesões por pressão (LP), localizadas na orelha esquerda, trocanter direito e esquerdo, região sacral e calcâneo direito. A orelha esquerda possui uma lesão de pequena espessura com comprometimento da derme; apresenta tecido de granulação, sem exsudato e odor, borda aderida e epitelizada, região perilesional vermelha. Trocanter direito com lesão local da pele abrangendo o subcutâneo, presença de fibrina e necrose de coagulação e de liquefação em grande quantidade, exsudato serosanguinolento em quantidade moderada, odor discreto, borda aderida e hiperemiada, pele perilesional vermelha. Trocanter esquerdo com presença de placa de necrose de coagulação, sem exsudato e odor, borda aderida e hiperqueratosa, pele perilesional vermelha. Região sacral com lesão local da pele abrangendo o subcutâneo, presença de tecido de granulação em pequena quantidade, necrose de liquefação em grande quantidade, exsudato serosanguinolento em grande quantidade, odor forte, borda aderida e epitelizada, pele perilesional vermelha. Calcâneo direito com lesão local da pele abrangendo o subcutâneo, possui tecido de granulação em pequena quantidade, presença de necrose de liquefação em pequena quantidade e coagulação em grande quantidade, exsudato seroso em grande quantidade, odor discreto, borda aderida e esbranquiçada, pele perilesional normal.

Em conformidade com a aplicação da escala de Braden, instrumento esse que avalia o risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, a paciente apresenta um risco severo, uma vez que possui a classificação de totalmente limitado para atividade, mobilidade, ficção e cisalhamento; e levemente limitada para umidade e nutrição.

Sinais vitais: pressão arterial de 120x60 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm, frequência respiratória de 19 irpm, temperatura de 36 °C.

Com base nos dados apresentados, foram elencados os seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com a NANDA-I:

1. Síndrome do idoso frágil, relacionado à alteração na função cognitiva e doença crônica, evidenciado por déficit no autocuidado para alimentação, déficit no autocuidado para banho, déficit no autocuidado para higiene íntima, déficit no autocuidado para vestir-se e mobilidade física prejudicada.
2. Comunicação verbal prejudicada, relacionado à condição fisiológica e prejuízo no sistema nervoso central, evidenciado por dificuldade para manter comunicação, verbalização com dificuldade, incapacidade de usar expressões faciais e corporais.
3. Mobilidade no leito prejudicada, relacionado à alteração na função cognitiva e prejuízo neuromuscular, evidenciado por capacidade prejudicada de mover-se entre: a posição prona e a supina, posição sentada e a supina, posição sentada prolongada, capacidade prejudicada de reposiciona-se na cama e para virar-se de um lado para o outro.
4. Volume de líquidos excessivo, relacionado à mecanismo regulador comprometido, evidenciado por edema.

5. Integridade tissular prejudicada, relacionado à alteração na sensibilidade e mobilidade prejudicada, evidenciado por tecido destruído.
6. Risco de infecção, evidenciado por enfermidade crônica e alteração na integridade da pele.

Tem-se como diagnóstico prioritário a integridade tissular prejudicada. A partir disso, foi estabelecido o planejamento de enfermagem no qual se define os resultados a serem alcançados e as intervenções que serão aplicadas para este fim. Para tal proposta, foram utilizadas as taxonomias NIC e NOC.

De conforme com a NOC, os indicadores relacionados à integridade tissular prejudicada são: sensibilidade, espessura, integridade da pele e lesões de pele. Por meio desses elementos, foi possível propiciar uma avaliação adequada do quadro clínico da paciente e por meio da avaliação realizada, pôde-se intervir de forma efetiva. A priori, a soma da pontuação dos componentes supracitados é equivalente a 6, meta essa que deve ser mantida e, posteriormente, ampliada para um valor igual a 9, em 10 dias.

O surgimento de LPP está intimamente associado a doenças que acometem o indivíduo, principalmente, as que estão relacionadas com o avançar da idade. Além disso, tem-se que as patologias de caráter neurológico possuem uma grande predisposição em afetar a locomoção do paciente (ROCHA; FILHA, 2015).

De acordo com NIC, as intervenções instituídas foram as seguintes: controle da pressão, cuidados com úlceras de pressão e com lesões. Para seu estabelecimento, foram trabalhadas as seguintes atividades: vestir a paciente com roupas folgadas; usar camas e colchões especiais; evitar aplicar pressão na parte do corpo afetada; virar o paciente imobilizado, pelo menos, a cada duas horas; monitorar a pele quanto a áreas de hiperemia e lesão; usar um instrumento conhecido de avaliação de risco para monitorar os fatores de risco do paciente (escala de Braden); usar dispositivos adequados para manter calcanhares e saliências ósseas afastadas da cama; monitorar o estado nutricional do paciente, bem como o surgimento de fontes de pressão e atrito; orientar familiar sobre sinais de lesão da pele; ensinar os familiares o procedimento de cuidados com as feridas; monitorar a cor, a temperatura, o edema, a umidade e a aparência da pele ao redor; limpar a pele ao redor da lesão com sabonete suave e água; descrever as características da lesão a intervalos regulares, incluindo tamanho, estágio, localização, exsudato, tecido granular ou necrosado e epitelização; monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de infecção no ferimento; manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão; trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato; examinar a lesão a cada troca de curativo; aplicar curativos, conforme apropriado; desbridar a ferida, se necessário; comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão; iniciar serviço de consultas de enfermeiro especialista, se necessário.

Segundo pesquisas, o cuidado de enfermagem imprescindível para se evitar LPP é a busca pela redução de pontos de pressão por meio da utilização de colchões adequados e adoção de regulamentos que visem evitar a incidência dessas lesões (ROCHA; FILHA, 2015).

Subsequente ao acompanhamento da implementação das intervenções de enfermagem, verificou-se uma melhora de acordo com os indicadores da NOC, no qual passou de 6 para 7. Baseado no quadro clínico da paciente foi requerido avaliação do especialista médico, que após a consulta solicitou internamento para realização de desbridamento cirúrgico. O tempo proposto para avaliar as intenções foi cumprido, pois a paciente ficou em casa por alguns dias enquanto aguardava vaga hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se a relevância da SAE, uma vez que proporcionou a organização da assistência de enfermagem. Tal sistematização pautada nas etapas do PE possibilitou diagnosticar uma realidade situacional, ampliar a visão sobre a melhor conduta a ser seguida, para assim, intervir de forma efetiva na melhora da integridade tissular prejudicada. Dessa forma, o presente estudo colaborou com o processo ensino-aprendizagem e proporcionou um correto dimensionamento acerca da assistência prestada a paciente, tendo como base as necessidades humanas básicas.

Palavras-chave: Geriatria; Doença de Parkinson; Processo de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. K. J. et al. Impacto da estimulação cerebral profunda em pacientes com doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 22, n. 1, p. 20-9, 2018. Disponível em: <<https://www.revneuropsi.com.br/rbnp/article/view/217/139>>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

BAPTISTA, Rafaela. **ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE DOENÇA DE PARKINSON SOB O OLHAR DA ENFERMAGEM**. 2014. 27 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **NIC Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

GALVÃO, Constança Moniz; PIMENTA, Filipa. Dança para Parkinson: Uma revisão de literatura. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE, 12., 2018, Lisboa. **Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2018. p. 241 - 249.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009 de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implantação do Processo e Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília 2009. Disponível em: < <http://www.portalcofen.gov> >. Acesso em: 23 de maio de 2019.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MOORHEAD, S. et al. **NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Elsevier, 2008.

PICCININI, V. M.; COSTA, A. E. K.; PISSAIA, L. F. Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como meio de qualificação da assistência ao idoso. **Texto e contexto enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 307-17, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

ROCHA, G. V.; FILHA, L. G. F. Úlcera por pressão e o processo de hospitalização: uma revisão integrativa. 2015. Monografia curso de enfermagem, faculdade São Luiz.

TOSIN, M. H. S. et al. Intervenções de Enfermagem para a reabilitação na doença de Parkinson: mapeamento cruzado de termos. Rev Latino-Am. Enfermagem, v. 24, e2728, p. 1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02728.pdf>. Acesso em: 31 de maio de 2019.