

A DOENÇA DE ALZHEIMER E AS LESÕES POR PRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rosielly Cruz de Oliveira Dantas¹
Maiara Millian da Silva Rocha²
Rebeca Rodrigues da Silva³
Rosimery Cruz de Oliveira Dantas⁴

RESUMO

Introdução: A Doença de Alzheimer (DA) é um agravo que ocorre nas conexões das células cerebrais, as quais se degeneram e morrem, provocando a destruição gradativa das funções cerebrais, incluindo memória e movimento. A perda do movimento causa, entre suas complicações, lesões por pressão (LPP). Objetivo: Descrever um relato de experiência vivenciado por acadêmica de enfermagem durante um acompanhamento de cuidados home care de LPP, causado por restrição ao leito em decorrência de complicações da DA. Método: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, analisado de forma qualitativa, por expressar a subjetividade da experiência. Resultados: Constatou-se que a enfermagem tem papel primordial nos cuidados com feridas, bem como o estabelecimento da cobertura ideal para cada estágio da lesão. O processo de cuidar de feridas requer paciência, cuidado e constante observação para se perceber sua evolução. Houve a vivência do processo de assistir a idosa nas suas necessidades humanas básicas, contribuindo diretamente na promoção do bem-estar da mesma e de sua cuidadora. Considerações finais: Prestar cuidados em home care possibilita a oportunidade de fazer um processo educativo com o cuidador. Os cuidados prestados no lar do paciente, permite uma assistência mais humanizada, mesmo quando só requer cuidados paliativos, que favorece o processo da ortotanásia e ajuda de forma positiva a cuidadora a enfrentar o processo. Atuar com feridas requer constante estudo e aprimoramento.

Palavras-chave: Cuidador, Doença de Alzheimer, Enfermagem, Idoso, Úlcera por pressão.

¹ Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Membro do Grupo de Pesquisa do universo de Envelhecimento Humanos, [,rosiellycruz124@gmail.com](mailto:rosiellycruz124@gmail.com);

²Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, maiara.milliam123@gmail.com;

³Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, rebeca.rodrigues@estudante.ufcg.edu.br;

⁴ Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de professores. Líder do Grupo de Pesquisa Universo do Envelhecimento Humano CNPq/UFCG/UAENF e membro do Grupo de Pesquisa Violência e Saúde Pública CNPq/UFCG/UAENF. E-mail: rmerico_dantas@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento humano começa a partir do nascimento, sendo evidenciado por constantes mudanças físicas, mentais e emocionais, e vai até o último dia de vida, que graças ao desenvolvimento econômico, social e de saúde o fim deste processo tem demorado mais. Porém a partir de uma determinada idade este processo passa a se tornar, em alguns casos, degenerativos nas atividades cognitivas e físicas, trazendo comorbidades e as tão temidas demências que, por sua alta incidência, se apresentam como desafios para a saúde pública como exposto por Garre-Olmo (2018).

As doenças degenerativas, ainda segundo Garre-Olmo (2018), costumam surgir a partir dos 65 anos, se caracterizando pela deterioração das funções mentais, com alteração na capacidade do indivíduo realizar atividades diárias, como por exemplo exercer o autocuidado.

Uma das doenças degenerativas mais frequente é o Alzheimer, uma neuropatia apresentada por Calderon-Garcidueñas e Duyckaerts (2018) como um processo de acúmulo de peptídeos, cuja progressão irá afetar o hipocampo e outras partes do cérebro. Complementando os efeitos degenerativos da DA Mendes e Santos (2016) destacam que esse processo afeta múltiplas áreas corticais causando danos na memória, pensamento, compreensão e linguagem, provocando sofrimento não apenas para o portador mas também para a família.

Sendo a DA um agravo neurodegenerativo atinge uma fase em que o paciente acometido ficará restrito ao leito e, essa restrição se torna um dos fatores de risco para o desenvolvimento de Lesões Por Pressão (LPP).

Outros fatores de risco são a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, inconsciência/coma, imobilização, perda da sensibilidade e/ou da função motora, incontinência urinária ou fecal, espasmos musculares, anemias, obesidade/sobrepeso ou baixo peso, doenças circulatórias, doença arterial periférica, imunodeficiência adquirida ou suprimida por uso de corticosteroide e tabagismo (*NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL*, 2016). Como complemento, Barbosa e Salomé (2018) destacam a idade, instabilidade hemodinâmica e agitação como fatores que aumentam o risco da LPP.

Estes fatores, isolados ou em conjunto, associados ao processo de restrição no leito causa na pele fricção, cisalhamento e pressões localizadas que causam hipóxia

tecidual, favorecendo a instalação de LPP. Destaca-se que muitos destes fatores são facilmente detectados em pacientes em estágio avançado da DA, cujos cuidados se efetivam no domicílio.

Os cuidados domiciliares despontam como estratégias efetivas para o controle da LPP, pois são considerados peças chave para a continuidade da assistência, cujo desenvolvimento efetivo se dá a partir das orientações oferecidas pelo serviço de saúde ao cuidador, que, na maioria das vezes, não possuem o devido esclarecimento (CARVALHO *et al.*, 2019).

A partir da identificação dos fatores de risco, o profissional de saúde, responsável por acompanhar o caso, deve iniciar de imediato os cuidados para diminuir a pressão das proeminências ósseas, a fricção e o cisalhamento utilizando coxins, mudanças de decúbito, placas de hidrocolóide, entre outras medidas que sejam preventivas às LPP (BARBOSA; SALOMÉ, 2018).

O trabalho se justifica pela importância de revelar a contribuição do cuidado em domicílio sob a supervisão do profissional enfermeiro para a formação do acadêmico no acompanhamento desse cuidado. Bem como, evidenciar como se efetiva um processo continuado de cuidado que insere e educa o familiar nesse processo de tratamento de feridas, considerando suas habilidades e competências para evitar o agravamento e surgimento de novas lesões. Ademais, possibilita também a identificação das melhores coberturas para cada tipo de tecido apresentado na cicatrização. Frente ao exposto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência do cuidado em home care ao idoso portador de Alzheimer no tratamento de lesões por pressão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em *Home Care* com uma idosa de 82 anos portadora de DA e LPP. O acompanhamento, que caracteriza a coleta de dados, ocorreu entre os dias 27 de março a 27 de maio. A análise dos dados foi feita usando uma abordagem qualitativa a partir da descrição da

experiência fundamentada na literatura pertinente ao tema. Por se tratar de um relato de experiência, que trata da subjetividade do próprio ser que experienciou o relato, e no caso em questão não houve exposição do sujeito a nenhuma situação que lhe cause dano físico

e psíquico, o estudo dispensa a submissão no comitê de ética. Porém, destaca-se que foram preservados todos os preceitos da resolução 466/2012 .

REFERENCIAL TEÓRICO

O processo de envelhecimento ao longo dos anos vem acompanhado com longevidade, que difere em inúmeros fatores dependendo do nível de desenvolvimento do país em que se está inserido.

Segundo Brasil (2006) em países desenvolvidos o processo ocorre de forma uniforme com a melhoria das condições de vida, ao passo que nos países em desenvolvimento ocorre de forma rápida, sem que haja tempo para uma reorganização social e de saúde. Com isso, o número de pessoas acometidas de doenças crônicas aumenta, bem como os desafios para a saúde pública. Brasil (2006) ainda destaca que esse processo de envelhecimento rápido e desorganizado pode levar a uma incapacidade funcional da pessoa idosa, dificultando ou impedindo as atividades diárias.

Uma dessas doenças crônicas incapacitantes, degenerativas, que ocorrem comumente a partir da idade avançada é a DA. A doença é caracterizada pela neurodegeneração progressiva que se manifesta pela deterioração cognitiva afetando a memória de curto prazo, além de apresentar diversos outros sintomas neuropsíquicos e alterações comportamentais. Ela ocorre quando o processamento de proteínas é ineficaz, causando o surgimento de fragmentos de proteínas mal cortadas e tóxicas dentro dos neurônios e de seus espaços, causando a perda progressiva de neurônios no hipocampo, responsável pela memória, e no córtex cerebral, essencial para a linguagem e o raciocínio, memória, reconhecimento de estímulos sensoriais e pensamento abstrato (BRASIL 2019).

Brasil (2019) destaca que a DA passa por 4 estágios distintos, caracterizando sua gravidade e nível de degeneração. Estágio 1, forma inicial (alterações na memória, personalidade e nas habilidades visuais e espaciais); estágio 2, forma moderada (dificuldade para falar, realizar tarefas simples e coordenar movimentos, agitação e insônia); estágio 3, forma grave (resistência à execução de tarefas diárias, incontinência urinária e fecal, dificuldade para comer, deficiência motora progressiva); estágio 4, terminal (restrição ao leito, mutismo, dor à deglutição, infecções intercorrentes) (BRASIL, 2019).

Conforme os estágios avançam e o paciente vai ficando limitado ao leito, decorrente do comprometimento dos movimentos corporais, atrelado ao estado nutricional prejudicado, o portador de DA geralmente passa a desenvolver as LPP..

As LPP são caracterizadas segundo o NPUAP (2018) como um dano na pele e/ou tecido subjacente, que geralmente ocorre em proeminências ósseas, decorrente de fator isolado ou a um conjunto de fatores associados como a pressão, o cisalhamento e a fricção, o estado nutricional, a perfusão e as condições em que se encontra o tecido. As lesões são classificadas por estágios: estágio 1 (pele íntegra com eritema que não embranquece); estágio 2 (perda de pele em sua espessura parcial e exposição da derme); estágio 3 (perda da pele em sua espessura total); estágio 4 (perda de pele em sua espessura total e perda tissular); lesão não classificável.

Segundo o HRMS (2017) as LPP causam danos teciduais que dificultam o processo funcional do paciente com DA, que já tem sua funcionalidade afetada, frequentemente causada pela dor e relacionada a internações, sepse e um nível de mortalidade mais elevado. Ainda considera que a prevenção da LPP se dá a partir da junção dos esforços de toda a equipe multiprofissional em uma abordagem interdisciplinar, uma condição que é dificultada na assistência *Home Care*.

Sabe-se que geralmente o cuidado no domicílio não é exclusivo do profissional de enfermagem, apesar de sua grande importância no processo, uma vez que o cuidado domiciliar, na maioria das vezes é realizado por cuidadores leigos, com o apoio do enfermeiro.

Esse destaque da equipe de enfermagem se dá principalmente, segundo Costa *et al.* (2020), pelo processo educativo realizado com os cuidadores para que estes possam se adaptar à doença e a distinguir os achados, de forma a ajudar no processo terapêutico prevenindo agravos. Ademais, oportunizar cada momento para realizar a educação em saúde aos cuidadores leigos nos cuidados e os possíveis agravos e como evitá-los. Os

autores ainda apontam que o enfermeiro como um ser atenuador da situação, uma vez que além de todos os cuidados prestado e ensinados para com o portador de DA, também prestam cuidados às pessoas próximas ao adoecido e ao cuidador leigo, atentando também para a sua saúde física e mental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo se iniciou a partir do acompanhamento de uma idosa de 82 anos em estágio 3 de Alzheimer, por parte de uma acadêmica de Enfermagem supervisionada por uma enfermeira durante a pandemia do COVID-19. Devido às complicações causadas pela degeneração decorrente de suas condições clínicas ficou acamada e passou a desenvolver LPP na região do calcâneo e sacra.

Foram repassados os cuidados necessários pela enfermeira, porém a cuidadora tinha certa resistência ao desenvolvimento das ações para não contrariar a idosa (sua mãe) e, por não entender todo o processo, apesar de ser muito dedicada, a LPP evoluiu para o estágio 4 com presença de tecido necrosado, o que impossibilitava a evolução da ferida. Por conseguinte, se fez necessário a realização do desbridamento cirúrgico em ambiente hospitalar, porém não foi removido todo o tecido necrosado, ainda restando muito a ser desbridado (figura 1).



Figura 1

O tempo de espera sentada em cadeira de rodas (não foi possível a internação provisória devido às restrições decorrentes da COVID 19) aguardando à realização do procedimento e a pressão exercida sobre a pele da região lateral do quadril, fez com que se iniciasse outra LPP na região lateral do quadril esquerdo, que por sua vez evoluiu

para estágio 4 (figura 2).



Figura 2

Como consequência das lesões, as mudanças de decúbito ficaram limitadas, resultando em outra na lateral do quadril direito em estágio 3 (figura 3). Nas duas LPPs também foi realizado o desbridamento cirúrgico.



Figura 3

Houve o declínio das funções cognitivas, memória e comprometimento muscular, fazendo com que as necessidades nutricionais e de hidratação já não fossem atendidas, levando ao declínio da hidratação e da nutrição dos tecidos, dificultando cada vez mais a cicatrização, levando a involução da ferida.

Destaca-se que foi solicitado o acompanhamento da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família, havendo em todo o processo de acompanhamento apenas duas visitas, quando solicitado pela cuidadora. Na segunda visita houve o pronunciamento do profissional médico de que, se a senhora tivesse que ser encaminhada de novo ao hospital era para ficar internada. Assim, a equipe de cuidadores nesse caso se resumiu ao cuidador informal, a acadêmica de enfermagem, o enfermeiro e um fisioterapeuta que acompanhou o caso durante 30 dias.

Diante da situação descrita, a enfermeira e a acadêmica levantaram as ações principais a serem realizadas a fim de evitar o agravamento das lesões e o surgimento de novas, além de trabalhar a conscientização da família para a manutenção dos cuidados de mudanças de decúbito e uso dos produtos adequados para prevenção de novas lesões.

Um dos maiores desafios apresentados foi a dificuldade da conscientização do cuidador direto para as intervenções prescritas, causada tanto pela falta de percepção da importância da ação, como pelo cansaço emocional causado pelas constantes reclamações, choros e agressões físicas (tapas e beliscões) e verbais com xingamentos por parte da idosa, toda vez que era colocada em uma posição que não queria.

Toda essa sobrecarga se deu em parte por não ter uma segunda pessoa dividindo o cuidado, apesar de contar com a existência de outros irmãos, o que acarretou grande sobrecarga física e emocional à cuidadora. Tal realidade que corrobora com a pesquisa de Bierhals *et al.* (2017) que apresentaram como principais dificuldades do cuidador a falta de um segundo cuidador, de acesso a equipamentos para facilitar o cuidado, pouco conhecimento na área, problemas de saúde do cuidador, já existente ou desenvolvidos pelo estresse do cuidado, dedicação integral ao cuidado, prejuízo no convívio social e aceitação da situação de dependência do idoso, que só tende a aumentar com o tempo.

Outra dificuldade encontrada para a realização de um cuidado mais resolutivo frente a situação dessa senhora, foi a falta de uma equipe multiprofissional, que é essencial em grande parte dos tratamentos, principalmente quando se trata de idosos com doenças degenerativas, uma vez que o impacto não se limita apenas ao idoso, mas a toda a família, principalmente aqueles responsáveis pelo cuidado do idoso.

Como exposto por Duarte e Santos (2015) além de nem todo familiar está preparado psicologicamente e fisicamente para enfrentar o processo de cuidado, ainda se enfrenta a falta de reconhecimento e valorização ao cuidador pelo acometido de DA, aumentando seu estresse físico e emocional. Os autores ainda destacam que a equipe multiprofissional tem o papel fundamental na educação em saúde, na oferta de subsídios para que o cuidador leigo possa ter alternativas de cuidado que impactem menos negativamente sua saúde, bem como no processo de aceitação dos tratamentos, efeitos secundários e mudanças no estilo de vida do paciente e cuidador

O tratamento das LPP ocorreu através de buscas em livros e sites científicos, bem como a troca de conhecimentos com outros enfermeiros com maior afinidade nas áreas de feridas. Dessa forma foram utilizados cremes de barreira, placas de hidrocolóide, carvão ativado, óleo de girassol, desbridantes químicos como o alginato com hidrogel, debridamento físico com auxílio de gases, e quando se foi necessário debridamento cirúrgico (Figura 4)



Figura 4

No decorrer do acompanhamento clínico houve a necessidade frequente de análise do caso, uma vez que a cada parte do tecido que melhorava o tratamento tinha que ser mudado para não atrapalhar sua evolução, e devido a esse cuidado e acompanhamento diário houve um despertar de um interesse da aluna para a parte de curativos e cuidados com a ferida, uma vez que perceber a evolução positiva da cicatrização a cada troca de curativo é extremamente gratificante e traz um sentimento de realização, utilidade e

dever cumprido. Essa experiência contribuiu também para ajudar na escolha de especialização e na área de atuação profissional.

Além disso, possibilitou a vivência de uma assistência humanizada até o dia de seu óbito, quando o tratamento passou de curativo para o paliativo, onde o principal objetivo é permitir o descanso final com o menor sofrimento possível. Durante todo o processo de cuidar a acadêmica pode perceber uma atenção não só voltada à paciente como também à cuidadora, este último permanecendo por mais tempo através de escutas comprometidas e incentivos a buscar ajuda profissional psicológica, bem como a retomada de sua inserção no meio social, drasticamente podada pela pandemia e a função imposta de cuidadora domiciliar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista toda a incapacidade causada pela DA e as LPP decorrentes da imobilidade física é de suma importância a presença de um profissional enfermeiro que detenha conhecimento dos curativos necessários. Ademais, se evidencia a sua importância como educador e de prestador de uma assistência humanizada, voltada tanto para o portador de DA como para o cuidador.

É indispensável a presença de uma equipe multiprofissional para acompanhar o paciente com DA, principalmente do médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, para dar suporte ao processo de cuidar do idoso acometido e da família que cuida. Infelizmente, nesse caso, a equipe se resumiu a duas categorias., pois duas visitas em domicílio não caracteriza acompanhamento.

A falta de uma equipe multiprofissional sobrecarrega a enfermagem, que passa a desempenhar diversas funções dentro do limites de suas habilidades e competências, pois se torna o principal apoio ao cuidador leigo, tendo de enfrentar as limitações financeiras, de equipamentos e de tratamento, seja cirúrgico ou químico para as LPP que os cuidados em domicílio impõe.

Prestar cuidados em home care possibilita a oportunidade de fazer um processo de cuidar mais humanizado, mesmo quando só requer cuidados paliativos, que favorece o processo da ortotanásia, oportunizando ao idoso a manutenção de seus vínculos e a preservação da sua identidade, mesmo com as limitações impostas pela DA. Possibilita também construir um processo educativo com o cuidador e ajuda de forma positiva o enfrentar o processo.

Atuar com feridas requer constante estudo e aprimoramento, e, proporciona grande satisfação profissional, pois evidencia a essência do Ser Enfermeiro: cuidar holisticamente.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, J.M. SALOMÉ, G.M. Ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em um hospital-escola. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.** v.16, e.2718, 2018.

BRASIL - Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Cadernos de Atenção Básica** - n.º 19, 2006.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Alzheimer: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção.** 2019.

BIERHAL, C.C.B.K. *et al.* Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v. 25, e2870, 2017.

CALDERON-GARCIDUEÑAS, A.L; DUYCKAERTS, C. Alzheimer Disease. **Handbook of Clinical Neurology**, v.145, p. 325-37, 2018.

CARVALHO, T.B. *et al.* Prevenção de lesão por pressão: conhecimento e ações de cuidadores e pacientes domiciliares. **Journal Health NPEPS.** v.4, n.2, p:331-344, jul-dez 2019.

COSTA, B.M.B. *et al.* O papel do Enfermeiro ao paciente com Alzheimer. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde.** v.2, p. 14-9, 2020.

DUARTE, E.S.; SANTOS, J.J. A equipe multiprofissional no suporte ao cuidador do portador da Doença de Alzheimer. **Memorialidades**, n.24, p. 89-112, 2015.

GARRE-OLMO, J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. **Revista de Neurología.** v.66, n.11, p:377-386, 2018.

Hospital Regional do Mato Grosso do Sul- HRMS. **Protocolo de prevenção de LPP.** 2017.

LOPES, C.C.P. Assistência de enfermagem ao paciente com lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 04, Ed. 03, v. 01, p. 173-184, Março de 2019.

MENDES, C.F.M. SANTOS, A.L.S. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Saúde Soc.**, v.25, n.1, p.121-32, 2016

National Pressure Ulcer Advisory Panel-**NPUAP**. Pressure injury stages. 2018.

Rev Neurol, .v. 66, p. 377-86, 2018.