

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Guardiã



Trabalho 1372 - 1/3

## A IDENTIFICAÇÃO DO ESTADIAMENTO CLÍNICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER PARA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal<sup>1</sup>

COELHO, Maria José<sup>2</sup>

O estadiamento clínico das demências que também pode ser feito a partir do CDR - Clinical Dementia Rating. O CDR é usado como um instrumento de avaliação global das demências sendo desenvolvido para o paciente uma vez que grande parte das informações requerida já teria sido obtida pela história clínica ou por dados colhidos. O CDR tem se tornado um dos principais métodos para quantificar o grau de demência e seu estadiamento. Ele avalia seis importantes domínios: memória, orientação, capacidade de julgamento e de resolver problemas, a relação com o meio social, atividades domésticas e de lazer e cuidados pessoais. As pontuações zero são normais, 0,5 suspeita de demência e 1, 2 e 3 para demência média, moderada e severa respectivamente. A escala de estadiamento das demências é bastante usada e específica para avaliação do diagnóstico diferencial entre pessoas normais e com a Doença de Alzheimer. Esta escala possibilita caracterizar a transição entre o envelhecimento normal, transtorno cognitivo leve e estágio das síndromes demenciais. Tem como objetivo investigar e caracterizar as diferentes categorias das atividades de vida diária tais como: memória e orientação; julgamento e solução de problemas; vida cotidiana no trabalho, compras, negócios, tarefas financeiras e grupos sociais; tarefas do lar e lazer; cuidados de higiene pessoal. É uma pesquisa de natureza quantitativa na qual o objeto de estudo é a identificação do cuidado de enfermagem em pessoas com Doença de Alzheimer através do seu estadiamento clínico. Além disso, temos como objetivo identificar o estadiamento clínico dos clientes com Doença de Alzheimer para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem. O Cenário deste estudo é uma instituição pública de referência no

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá. Coordenadora do Núcleo Assistência de Enfermagem/Saúde do Adulto e Idoso. Doutoranda em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **E-mail:** [cicacamacho@uol.com.br](mailto:cicacamacho@uol.com.br) e/ou [cicacamacho@gmail.com](mailto:cicacamacho@gmail.com). **Telefone:** (021XX) 9671-3183 ou 2288-7786. **Endereço:** Rua José Vicente nº97 apt.801 Grajaú – CEP: 20.540-330.

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1372 - 2/3**

atendimento ao cliente com Doença de Alzheimer do Estado do Rio de Janeiro. O referido estudo atende a Resolução 196 de 1996 que trata de pesquisa com seres humanos onde foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em março de 2009 com protocolo nº 0026.0.249.000-08. Os sujeitos deste estudo foram 20 pacientes com Doença de Alzheimer na referida instituição onde fazem seu tratamento e acompanhamento. O período de coleta de dados ocorreu de 01 de Abril à 04 de Agosto de 2009. Para análise das informações foi realizada a organização do conteúdo encontrado quanto as seguintes categorias previstas no CDR que são: orientação, memória, julgamento e discernimento, participação social, afazeres domésticos e passatempos bem como os cuidados pessoais. Portanto, o escore global do CDR foi obtido do cálculo individual de cada domínio da escala, sendo que um CDR da escala 0 não indica demência, CDR 0,5, 1, 2 e 3 representa demência questionável, leve, moderada e grave, respectivamente. Um indivíduo que pontua CDR 0,5 e que mostra risco importante para desenvolver a Doença de Alzheimer apresenta as seguintes características: esquecimento leve e constante com recuperação parcial dos eventos; alguma dificuldade para resolução de problemas; orientado com leve dificuldade nas relações temporais; leve disfunção nas atividades de vida diária; cuidados com higiene pessoal preservados. Os pacientes com CDR 1 reconhecem tanto os sintomas cognitivos (memória) como as dificuldades nas atividades de vida diária. Já os pacientes com CDR 2 reconhecem melhor os sintomas de perda de memória e deixam de reconhecer as alterações de atividade de vida diária. Realizada a organização dos dados através das categorias estabelecidas foram encontrados os seguintes achados: Na categoria memória 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 40% dos pacientes tiveram escore 1 e 45% dos pacientes tiveram escore 2. No entanto, na categoria orientação 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 40% dos pacientes tiveram escore 1 e 45% dos pacientes tiveram escore 2. Na categoria participação social 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 35% dos pacientes tiveram escore 1 e 50% dos pacientes tiveram escore 2. No julgamento e discernimento 15% dos pacientes tiveram escore de 0,5; 55% dos pacientes tiveram escore 1 e 30% dos pacientes tiveram escore 2. No item afazeres domésticos e passatempos tivemos 20% dos pacientes com escore 0,5; 25% dos pacientes com escore 1 e 55% dos pacientes com escore 2. Na categoria cuidados pessoais 60% dos pacientes tiveram escore 1 e 40% dos pacientes tiveram escore 2. Nestes resultados percebemos um déficit importante nas atividades de vida

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 1372 - 3/3**

diária que decorrem principalmente em cuidados de enfermagem ligados a higiene, alimentação e doenças associadas como (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial). Com a progressão dos déficits de memória e orientação percebemos que os déficits de cuidados pessoais, julgamento e discernimento e afazeres domésticos tiveram uma tendência progressiva de piora o que torna preponderante os cuidados nestas últimas categorias evidenciadas. Assim, o diagnóstico da Doença de Alzheimer inclui a necessidade de comprometimento de pelo menos uma função cognitiva além da memória. Usualmente, as funções executivas ou a linguagem ou a atenção seletiva e dividida são as mais precocemente acometidas depois da memória. Quando já se comprovou que duas ou mais funções cognitivas foram afetadas, a verificação do comprometimento de outras funções permitirá avaliar a intensidade da síndrome demencial e realizar orientações concernentes à reabilitação. Para esta última finalidade, avaliação neuropsicológica abrangente aplicada por profissional de enfermagem habilitado é a ideal para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

**Descritores:** Alzheimer; Cuidado de Enfermagem; Enfermagem.

**Referências**

- NITRINI, R. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: Avaliação Cognitiva e Funcional. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 63, n.03-A p. 720-727, 2005.
- PORTUGUEZ, M. W. Avaliação Neuropsicológica nas Demências. *Revista SNNRS*, v.03, n. 01, p.01-09, nov, 2004.
- ALZHEIMER MED. *CDR – Estadiamento Clínico das Demências*. [on line] 2008 nov/dez [aprox.02 telas]. Disponível em: [http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod\\_pagina=1056](http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod_pagina=1056).
- MINAYO, M. C. de S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2. ed. S.P./R. J.: Hucitec – Abrasco, 1993. 255p.
- WALDOW, V. R. *Bases e Princípios do Conhecimento e da Arte da Enfermagem*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.