

Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados*

The nursing diagnosis, impaired memory, in hospitalized elderly

Diagnóstico de enfermería memoria perjudicada en ancianos hospitalizados

Priscilla Alfradique de Souza¹, Rosimere Ferreira Santana²

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar o diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada (DEMP) em idosos hospitalizados. **Métodos:** Estudo quantitativo, exploratório, realizado com aplicação de um protocolo e identificação do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em 61 idosos internados em um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** Dentre esses idosos, 24 (39,4%) possuíam o DEMP; 50% eram mulheres; 33,3% com idades entre 71-75 anos e 45,8% cursaram o ensino fundamental incompleto. Foram encontradas 125 características definidoras, sendo a principal, esquecimento para efetuar uma ação em horário planejado. Evidenciou-se um total de 54 fatores relacionados e predominantemente (50%), desequilíbrio hídrico e eletrolítico. **Conclusão:** A busca pela identificação de diagnósticos de enfermagem no ambiente hospitalar justifica-se pela necessidade de enfermeiros capacitados anteciparem os riscos desencadeantes das internações e, sobretudo dos prejuízos de memória e manutenção da capacidade funcional. Com vistas à reabilitação pós-alta e promoção de um atendimento integral.

Descritores: Demência; Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem geriátrica; Memória; Saúde do idoso

ABSTRACT

Objective: Identify and analyze the nursing diagnosis of Impaired Memory (IM) in hospitalized elderly. **Methods:** A quantitative, exploratory study was performed using a research protocol, leading to the identification of the nursing diagnosis, Impaired Memory, in 61 elderly inpatients in a university hospital in the state of Rio de Janeiro. **Results:** Among these seniors, 24 (39.4%) exhibited IM; 50% of these seniors were women, 33.3% were aged 71-75 years and 45.8% had completed elementary education. The study identified 125 defining characteristics, with the primary characteristic being: forgets to perform a behavior at a scheduled time. A total of 54 related factors were identified, with the primary factor (50%) noted to be: fluid and electrolyte imbalance. **Conclusion:** The need for trained nurses anticipating risks triggering admissions is necessary for accurate identification of nursing diagnoses in the hospital setting. It is especially important that nurses are able to identify memory loss and assess maintenance of functional capacity, with a view to rehabilitation after discharge and promotion of holistic treatment for these patients.

Keywords: Dementia; Nursing diagnosis; Geriatric nursing; Memory; Health of the elderly

RESUMEN

Objetivo: Identificar y analizar el diagnóstico de enfermería Memoria Perjudicada (DEMP) en ancianos hospitalizados. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, exploratorio, realizado con la aplicación de un protocolo e identificación del diagnóstico de enfermería Memoria Perjudicada en 61 ancianos internados en un hospital universitario del Estado de Rio de Janeiro. **Resultados:** De los ancianos, 24 (39,4%) poseían el DEMP, el 50% eran mujeres; el 33,3% tenían edades comprendidas entre 71 a 75 años y el 45,8% cursaron primaria incompleta. Se encontraron 125 características definitorias, siendo el principal, el olvido para efectuar una acción en un horario planificado. Se evidenció un total de 54 factores relacionados y predominantemente (50%), desequilibrio hídrico y electrolítico. **Conclusión:** El afán por la identificación de diagnósticos de enfermería en el ambiente hospitalario se justifica por la necesidad de que los enfermeros capacitados se anticipen a los riesgos desencadenantes de los internamientos y, sobre todo de los perjuicios de memoria y manutención de la capacidad funcional. El objetivo es la rehabilitación post-alta y la promoción de una atención integral.

Descriptorios: Demencia; Diagnóstico de enfermería; Memoria; Enfermería geriátrica; Salud del anciano

* Estudo realizado na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense – UFF – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense – UFF – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense – UFF – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

INTRODUÇÃO

Durante o processo de envelhecimento, podem ocorrer perdas e mudanças importantes no organismo, sobretudo nos sistemas: nervoso central, respiratório, locomotor e cardiovascular; porém, podem ou não estar relacionadas aos sinais e sintomas constituintes de quadros patológicos⁽¹⁻³⁾.

Em se tratando de gerontologia, as perdas tornam-se de fato patológicas quando ocorrem prejuízos na capacidade funcional, ou seja, na autonomia e independência^(1,3-4). Dentre essas doenças, as síndromes demenciais tomam posição de destaque por ocasionarem perdas progressivas na capacidade funcional⁽⁵⁻⁶⁾.

Podem ser esperados dois quadros principais de demência, as reversíveis em que há ainda possibilidade de prevenção, interrupção do curso e mesmo reversão do quadro, também chamadas tratáveis; e um segundo tipo, denominado irreversível, sem prevenção e, de curso inexoravelmente progressivo⁽⁷⁻⁹⁾.

Considerando o aumento do número de idosos hospitalizados, com taxas de, quase, 50% da ocupação diária dos leitos hospitalares, temos as síndromes demenciais como uma das principais causas de internação de pessoas com mais de 60 anos⁽⁵⁾. Estas podem se apresentar como causa primária, quando um indivíduo é internado em função de um déficit na alimentação decorrente de uma disfagia; ou secundária, por exemplo, no tratamento de um quadro de pneumonia decorrente de um processo disfágico a longo tempo^(3-4,7).

Um idoso considerado frágil, ou seja, aquele que apresenta risco para desenvolver quadros adversos ou síndromes geriátricas, possui com frequência múltiplos problemas de saúde. Desta forma, a doença em estágio agudo ou crônico, poderá resultar de diversos fatores patológicos em lugar de uma única causa^(1,4).

As síndromes geriátricas, ou seja, problemas decorrentes de múltiplos fatores etiológicos devem ser frequentemente avaliadas pelas enfermeiras com a equipe multiprofissional, na busca de prevenção e promoção de cuidados aos 5 'P' da geriatria: imobilidade, instabilidade postural, iatrogenia, insuficiência cerebral e incontinência⁽⁴⁾.

Assim, a complexidade do cuidado geriátrico e sobretudo os pertinentes às síndromes geriátricas, como na síndrome demencial e consequentes prejuízos da memória e cognição evidenciam a necessidade investigarmos a presença do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos hospitalizados.

Para tanto, construiu-se como problema de pesquisa: Qual a incidência do diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada em idosos hospitalizados? Trançando como objetivos: Identificar o diagnóstico de enfermagem Memória Prejudicada (DEMP) em idosos internados nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital

universitário do Estado do Rio de Janeiro; Classificar as características definidoras presentes no DEMP pela aplicação do protocolo nos indivíduos hospitalizados; Verificar os principais fatores relacionados presentes no DEMP encontrados por meio de levantamento nos dados documentais.

Memória prejudicada tem por definição a incapacidade de lembrar-se ou recordar-se de pedaços de informação ou habilidades comportamentais. Suas Características Definidoras (CD) são: esquecimento ao efetuar uma ação em horário planejado; experiências de esquecimento; incapacidade de aprender e reter novas habilidades e informações; incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada; incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida; incapacidade de recordar informações factuais. Seus fatores relacionados são: anemia, débito cardíaco diminuído, desequilíbrio hídrico e eletrolítico, distúrbios ambientais excessivos, distúrbios neurológicos e hipóxia⁽¹⁰⁾.

Assim, ao buscamos a identificação do diagnóstico de enfermagem no ambiente hospitalar, esperamos contribuir na formação de conhecimentos e práticas que auxiliem os enfermeiros a antecipar e a minimizar os riscos desencadeantes das internações na população idosa e, sobretudo, os prejuízos de memória e manutenção das atividades diárias nos idosos em processo agudo, capacitando-os para a reabilitação pós-alta e promoção de um atendimento integral.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório, desenvolvido com 61 idosos internados no Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense (HUAP/UFF) situado em Niterói - Rio de Janeiro, no setor de clínica médico-cirúrgica.

Inicialmente, a fim de se evidenciar as CD do DEMP e pela necessidade de se validar, no meio hospitalar, a aplicabilidade dos testes: Minixame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Escala de Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) - Lawton e Escala de Atividade de Vida Diária (AVD)- Katz. Instrumentos internacionalmente utilizados em saúde do idoso⁽¹¹⁻¹³⁾. Um teste piloto foi desenvolvido e culminou com a construção de um protocolo de identificação do DEMP. Para padronização da análise dos dados e dos resultados a serem obtidos, observou-se a necessidade de uma correlação prévia entre as CD e os testes aplicados, elaborando-se desta forma um protocolo.

Posteriormente, a fim de melhorar a compreensão dos itens e analisar a correlação dos instrumentos de avaliação cognitiva às CD do DE em estudo, o protocolo do DEMP foi avaliado por cinco peritos em sistematização da assistência de enfermagem e saúde do

idosos, instituindo parecer favorável à sua utilização.

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2007, a partir da inscrição no cadastro admissional dos idosos nas clínicas médica e cirúrgica. Assim, a seleção dos participantes ocorreu de forma aleatória simples. Constituíram-se como critérios de inclusão: pessoas com mais de 60 anos de idade, em condições de expressar-se verbalmente e como critérios de exclusão: condições clínicas de risco de vida e ausência de responsável legal.

Aplicou-se o tratamento analítico estatístico descritivo simples e variado nos gráficos com valores absolutos e/ou percentuais.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da UFF, CAAE n.º 0041.0.258.000-07, de acordo com a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos responsáveis legais dos idosos participantes do estudo.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Durante o período da coleta de dados, foram internados nas clínicas do estudo 123 idosos e o instrumento de coleta de dados foi aplicado em 61 idosos, aproximadamente, 50% da amostra.

O resultado torna-se relevante por apresentar um valor considerável em uma clientela de faixa etária peculiar em constante crescimento. A partir dos 61 protocolos aplicados, concluiu-se que 24, ou seja, 39,4% dos idosos apresentaram o DEMP, sendo 12 (50%) mulheres e 12 (50%) homens, o que demanda cuidados de enfermagem específicos e especializados na promoção de um atendimento eficaz. Em relação à homogeneidade do DEMP por sexo, sua presença foi estabelecida de forma aleatória e só com estudos de prevalência, é possível esclarecer a existência de risco aumentado para um dos gêneros.

Os dados da Tabela 1 apresentam as principais características sociodemográficas e os principais resultados das escalas e testes aplicados. A idade variou entre 60 e 92 anos, predominantemente na faixa etária entre 71 a 75 anos, com (33,3%) dos participantes. Quanto ao nível de escolaridade, 11 (45,8%) dos participantes possuíam o ensino fundamental incompleto o 1º Grau completo.

Em se tratando das escalas e testes utilizados, a partir da aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), pôde-se identificar uma relação entre o quadro clínico de prejuízo cognitivo dos idosos e os resultados encontrados no DEMP. O MEEM, teste de rastreio para o diagnóstico de demência, auxilia o avaliador a estimar quantitativamente o prejuízo cognitivo dos

pacientes⁽¹²⁻¹³⁾. Os pontos de corte, segundo o nível de escolaridade são: 13 pontos para analfabetos, 18 para escolaridade média (até 8 anos de instrução formal) e 26 para indivíduos de alta escolaridade (mais de 8 anos)⁽¹²⁻¹³⁾.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e resultados dos testes cognitivos em 24 idosos com DEMP internados no HUAP/UFF. Rio de Janeiro, 2009.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	12	50
Masculino	12	50
Faixa etária		
60 - 65	3	12,5
66 - 70	2	8,3
71 - 75	8	33,3
76 - 80	5	20,8
81 - 85	3	12,5
86 - 90	2	8,3
91 -95	1	4,2
Escolaridade		
Analfabetos	5	20,8
Ensino fundamental incompleto	11	45,8
Ensino fundamental completo	3	12,5
Ensino médio incompleto	2	8,3
Ensino médio completo	2	8,3
Ensino superior completo	1	4,2
Resultado MEEM		
<13	11	45,8
<18	9	37,5
<26	4	16,7
AVD*		
A		
Feminino	3	12,5
Masculino	-	-
B		
Feminino	2	8,3
Masculino	1	4,2
C		
Feminino	1	4,2
Masculino	3	12,5
D		
Feminino	1	4,2
Masculino	2	8,3
E		
Feminino	1	4,2
Masculino	-	-
F		
Feminino	-	-
Masculino	1	4,2
G		
Feminino	4	16,7
Masculino	5	20,8
EDG		
<5	18	75,0
≥ 5	6	25,0

* A maior progressão das letras indica maior dependência do idoso

Sendo assim, 11 (45,8%) participantes apresentaram pontuação inferior a 13 pontos (prejuízo cognitivo grave); 9 (37,5%) mostraram prejuízo cognitivo leve e apenas

quatro (16,7%) idosos não possuíam prejuízo cognitivo.

De acordo com os dados apresentados, seria possível estabelecer uma relação entre os idosos com nível de escolaridade máximo com ensino fundamental completo (80%) e aqueles com valores inferiores a 18 pontos no MEEM (83%). Assim, a baixa escolaridade auxilia na compreensão do grau de prejuízo cognitivo existente na maioria dos participantes com DEMP.

Características definidoras

Na população do estudo, foi evidenciado um total de 125 CD, com uma média de cinco CD para cada idoso (Figura 1). Tais dados corroboram estudos sobre a presença de múltiplas perdas cognitivas em idosos hospitalizados, a frequente identificação de mais de uma CD por indivíduo, além de evidenciar a complexidade do cuidado prestado^(4,9).

Os idosos também foram avaliados pela AIVD, escala em que se estima a dependência nas atividades instrumentais de vida diária, classificando como independente, aqueles com valores acima de 21 pontos e abaixo de 21 pontos, como dependentes⁽¹³⁾. No que diz respeito aos participantes com DEMP e sua relação entre sexo e valores médios da AIVD, tanto mulheres como homens demonstraram ser dependentes. Contudo, os homens tiveram pontuações menores, sugerindo um maior grau de dependência na execução das AIVD.

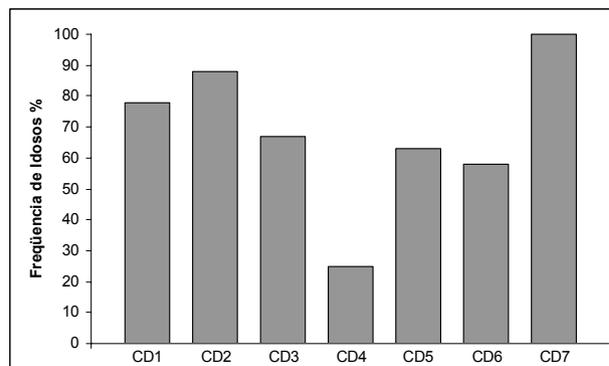
Assim, observou-se que a média das AIVD entre os homens foi de 9 pontos, e entre as mulheres, 12 pontos. O resultado aponta um déficit na população masculina em 25% superior à feminina.

Em relação aos resultados da AVD, escala de avaliação do grau de dependência dos idosos na realização das atividades de vida diária, determina-se que, conforme a progressão das letras, mais dependente o idoso apresentar-se-á^(6-7,13). Relacionando-se o sexo e as estimativas da AVD, não foram evidenciados participantes do sexo masculino com resultado "A" (totalmente independente), mas 3 (25%) idosas apresentavam-se nesse perfil⁽¹³⁾.

Entre as CD identificadas, 24 (100%) pacientes apresentaram a CD7 -esquecimento ao efetuar uma ação em um horário planejado, observada com base nas escalas de AVD e AIVD. Em segundo lugar, com 21 (87,9%), pôde-se incidir a CD2 – incapacidade de recordar informações factuais, identificada a partir dos testes de linguagem, atenção, cálculo, desenho e relógio. A distribuição das CD pode ser observada nos dados da Figura 1.

Em terceiro lugar, com 18 idosos (75%) evidenciou-se a CD1 – incapacidade de recordar eventos passados ou recentes, CD analisada a partir do MEEM, AIVD, AVD e teste do relógio. Dezesesseis (66,7%) possuíam a CD3 – incapacidade de aprender novas habilidades;

incapacidade de aprender novas informações; incapacidade de reter novas habilidades; incapacidade de reter novas informações. Estas características foram identificadas a partir da realização do MEEM, nos testes de registro, linguagem, memória de evocação e evocação de palavras.



CD1 – Incapacidade de recordar eventos passados ou recentes; CD2 – Incapacidade de recordar informações factuais; CD3 – Incapacidade de aprender ou reter novas habilidades ou informações; CD4 – Experiências de esquecimento; CD5 – Incapacidade de determinar se uma ação foi executada; CD6 – Incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida; CD7 – Incapacidade de efetuar uma ação em horário planejado

Figura 1– Características definidoras identificadas em 24 idosos com DEMP. HUAP/UFF. Rio de Janeiro, 2009.

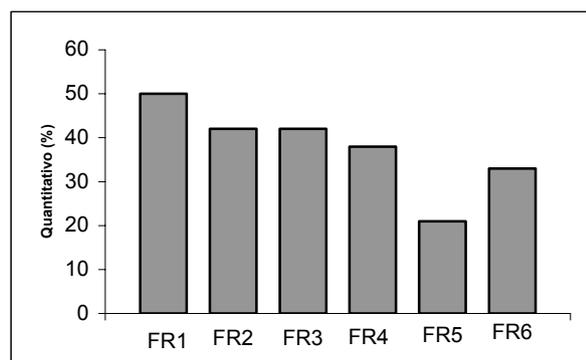
Com a CD5 – incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada, foram identificados 15 idosos (62,5%). Esta característica foi evidenciada pela aplicação da escala de AIVD e também da AVD. Já a CD6 – incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida esteve presente em 14 idosos (58,3%). Esta CD avalia a capacidade motora, a execução dos comandos e a escrita. Sua análise ocorreu através do teste do relógio, evocação de palavras e desenho do pentágono.

A CD4 – experiências de esquecimento – foi encontrada em seis idosos (25%) que relataram tal percepção ao serem questionados especificamente sobre o funcionamento da memória e também apresentaram resultados relevantes (pontuação maior ou igual a 5 pontos) durante avaliação pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG)⁽¹⁴⁾.

A EDG, escala de avaliação que auxilia na identificação de casos sugestivos de depressão, constituiu um diferencial para se evitar as confusões entre quadros de demência e depressão. Resultados entre 5 a 7 devem ser investigados e acima de 7 indicam provável depressão⁽¹⁴⁾. Embora não seja diagnosticada como depressão clínica, sua ocorrência pode variar entre 10% a 25% em idosos que vivem em comunidade, de 12% a 16% em idosos residentes em instituições de cuidado prolongado e mais 20% a 30% dos residentes institucionais com sintomas de depressão^(7,9,14-15).

Mais de 10% da população idosa referem possuir, pelo

menos, cinco doenças crônicas ou mais^(9,15). Assim como as CD, nos FR também há possibilidade de ocorrência de mais de um FR por participante do estudo. Desta forma, foram encontrados 54 fatores associados nos 24 idosos com DEMP, ou seja, 2,2 FR para cada idoso. O de maior frequência foi o FR1, desequilíbrio hídrico e eletrolítico, encontrado em metade, dos indivíduos, conforme os dados da Figura 2 que apresenta a distribuição dos FR.



FR1 – Distúrbio hidroeletrólítico; FR2 – Distúrbio neurológico; FR3 – Distúrbio ambiental; FR4 – Anemia; FR5 – Hipóxia; FR6 – Débito Cardíaco Diminuído

Figura 2 – Fatores relacionados segundo idosos com DEMP. HUAP/UFF. Rio de Janeiro, 2009.

Por conseguinte, foram observados os FR2 e FR3, distúrbios neurológicos e distúrbios ambientais excessivos frequentes respectivamente em dez participantes (41,7%). Cabe ressaltar que, do total de idosos com DEMP, 5 (20,8%) possuíam diagnóstico de acidente vascular cerebral e 4 (16,7%), o diagnóstico de Doença de Alzheimer. Contudo, somente dois idosos apresentaram como motivo principal de internação os diagnósticos primários relatados acima.

Em terceiro lugar, identificou-se o FR4, anemia, em 9 (37,5%) idosos. Verificou-se em 8 (33%) idosos, o FR6, débito cardíaco diminuído, integrante das principais causas de mortalidade dentre os idosos brasileiros.

DISCUSSÃO

Ao se realizar uma análise simples, pôde-se concluir que no período de 30 dias, a cada dia, foram internados, pelo menos, quatro novos idosos nas clínicas do estudo, corroborando pesquisas em que as taxas de internação dos indivíduos acima de 80 anos, apresentam-se quatro a cinco vezes maiores que no grupo entre 40-49 anos^(11,15). Esta situação demanda cuidados de enfermagem específicos e especializados para promoção de um atendimento eficaz.

Vem se observando que a prevalência das demências aumenta exponencialmente com a idade, dobrando, a cada cinco anos, aproximadamente, a partir dos 60 anos de idade até os 93 anos de idade. Além disso, com o decorrer da idade, a cada cinco anos, as taxas triplicam

até os 63 anos, duplicam na faixa etária entre 64 e 75 e aumentam uma vez e meia em torno dos 84 anos⁽¹⁻³⁾.

Estudos de comparação entre a prevalência e a incidência de síndromes demenciais realizados em duas populações residentes em Boston, EUA, obtiveram resultados não tão significativamente diferentes entre homens e mulheres⁽⁸⁻⁹⁾. Portanto, um maior número de mulheres com síndrome demencial poderia ser causado pela maior expectativa de vida das mulheres e não por ser um fator específico ligado ao sexo. Para tal afirmação, serão necessários estudos adicionais que esclareçam a influência do sexo sobre as taxas de prevalência.

A partir dos resultados da escala de AVD, observou-se que a grande maioria dos idosos mantém-se totalmente dependente. Ao analisarmos o percentual de idosos do sexo masculino observamos que foi maior o percentual de indivíduos totalmente dependentes.

No Brasil, o escore do MEEM validado varia entre 0 a 30 pontos e possui, como coadjuvante em sua classificação de resultados, o grau de escolaridade⁽⁵⁻⁸⁾. Assim, os percentuais de idosos com DEMP que apresentaram baixo nível de escolaridade e pontuações inferiores a 18 no MEEM são bem próximos (aproximadamente, 80%), justificando a identificação de uma relação direta entre a capacidade de reserva cognitiva e o nível de escolaridade⁽¹¹⁻¹²⁾.

A alta prevalência da CD7, esquecimento ao efetuar uma ação em horário planejado, relaciona-se a baixos escores nas escalas de AIVD e AVD, teste do relógio e relatos dos participantes e cuidadores. Tais dados reforçam a relação do processo de hospitalização e sua influência na capacidade funcional do idoso.

Sobre a CD2 - déficit de registro de informações factuais - diversos fatores são causadores. Dentre estes, pode-se considerar o processo de desorientação, prejuízo da memória e de funções cognitivas pelo qual passa o idoso institucionalizado, reações adversas, iatrogenias, a dependência desenvolvida no decorrer da internação e a falta de estímulos ambientais.

Os riscos potenciais (quedas, infecções, incontinência, úlceras por pressão, desidratação, delírio, imobilidade, depressão) podem interferir diretamente no prejuízo da memória, assim como o prejuízo da memória pode agravar esses riscos, conforme pode ser observado na Figura 3. Conseqüentemente a esses agravos, a hospitalização dos idosos poderá ocorrer pelo processo de agudização de uma condição crônica. Com isso, o enfermeiro deve ter condições de identificar a causa das complicações que podem ser apresentadas, como problemas secundários às causas primárias.

Relacionou-se a CD1 - incapacidade de recordar eventos - à memória de curto prazo por ser um dos primeiros locais de armazenamento de informações a sofrer prejuízos. Conseqüentemente, manifestam-se os

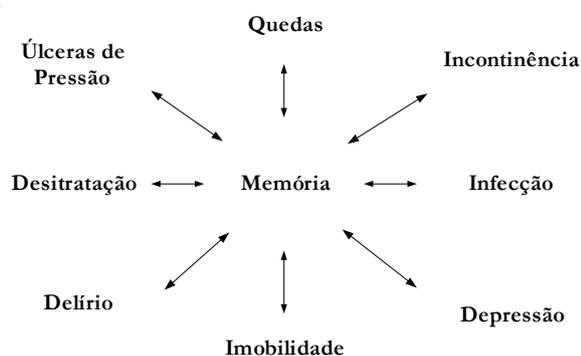


Figura 3 -Esquema de riscos potenciais para déficits de memória. Rio de Janeiro, 2009.

sinais de perda de memória e/ou de alguma alteração cognitiva já instalada, que pode ser causada tanto por uma demência reversível ou irreversível.

As CD identificadas – incapacidade: de aprender novas habilidades; de aprender novas informações; de reter novas habilidades; e de reter novas informações podem contribuir para lentidão na realização das atividades cotidianas. Contudo, diminui-se a capacidade de registro de informações, atenção e concentração, mas mantém a capacidade de aprendizagem. Portanto, a necessidade de uma avaliação acurada da enfermeira para se evitar mitos e estereótipos do envelhecimento.

O idoso com prejuízo cognitivo em estágio avançado da doença, ao ser hospitalizado pelo quadro de diminuição do estímulo ambiental, tende a apresentar uma exacerbação da doença, aumentando, conseqüentemente, seus graus de dependência^(6-7,13). Assim, a CD5, correspondente à incapacidade de determinar se uma ação foi executada, esteve presente em grande parte dos indivíduos pela considerável dependência na realização de suas atividades de vida diária.

As experiências de esquecimento - CD4 podem apresentar relações com o aparecimento do quadro de depressão no idoso, transtorno complexo, com diferentes manifestações. Embora os episódios depressivos possam ter sido um problema ao longo da vida do indivíduo, não é raro esse transtorno ser um problema novo na velhice. Pode-se associar a fatores biopsicossociais, socioculturais e outras variáveis^(6,14). Portanto, é importante que o enfermeiro desenvolva uma avaliação cuidadosa para aumentar sua acurácia diagnóstica, na correta identificação das diferentes queixas de prejuízo cognitivo.

Em pacientes depressivos, as queixas de memória são mais frequentemente apresentadas quando comparados aos pacientes com síndrome demencial, mas podem ser detalhadas, mesmo sem colaboração e disposição^(12,14). Contudo, na demência, não há queixa e quando ocorre, processa-se sem possibilidade de detalhamento. Na depressão, existe perda da sociabilidade, já na demência, esse processo é mantido

inicialmente, especialmente, na fase leve⁽⁵⁻⁷⁾.

O reduzido número de doenças identificadas nos idosos e, conseqüentemente, de FR evidencia uma importante questão que pode ocorrer no ambiente hospitalar, a prestação de cuidados somente ao fator de internação clínica, ou seja, a queixa principal, por se tratar de quadro patológico mais evidente. Faz-se necessária uma visão holística que atenda ao indivíduo em seu contexto fisiopatológico, social e psicológico, garantindo uma assistência de qualidade.

A prevalência da FR1 – desequilíbrio hídrico e eletrolítico pode ser justificada pela capacidade de se apresentar como potencializador do déficit cognitivo crônico e do desenvolvimento de quadros agudos. O início súbito de uma confusão pode ser o primeiro sintoma de uma desidratação ou alteração na função física, causado, por exemplo, por uma pneumonia, infecção do trato urinário ou desidratação⁽⁵⁻⁶⁾.

O débito cardíaco diminuído (FR6) ocorre sem causa específica, contudo, pode ser prevenido. O FR2, distúrbios neurológicos, tem como causa principal o aumento dos riscos de déficit da irrigação cerebral desencadeando, conseqüentemente, lesões prejudiciais às funções cognitivas. Fumo, obesidade, controle ineficaz do estresse, colesterol elevado e hipertensão constituem-se como principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças neurovasculares^(1-3, 5).

Anemia (FR4) também foi encontrada em pacientes com prejuízo cognitivo. Portanto, seriam necessários exames para auxiliar na identificação do diagnóstico diferencial, como: bioquímica, pesquisas de deficiências de vitamina B12 e disfunções hepáticas, pois esses fatores podem confundir a clínica e superporem-se ao processo degenerativo primário, provocando perdas cognitivas, como déficit de concentração, lentidão dos movimentos, normalmente, secundários à demência⁽⁴⁾.

Em relação ao FR5, hipóxia, é importante observar que, durante a oxigenoterapia, a retenção do dióxido de carbono pode desencadear no idoso a narcose por dióxido de oxigênio, uma séria complicação, que apresenta desde quadros de confusão, agitação, hipotensão, insuficiência circulatória até depressão cerebral, que pode evoluir para sonolência ou estado comatoso^(1,4). Por isso, sua utilização deve ser feita de forma prudente, monitorando-se os gases sanguíneos e observando-se o idoso e seus sinais clínicos.

CONCLUSÕES

Ao se identificar 24 idosos (39,4%) com DEMP nas clínicas médica e cirúrgica, o que representa, aproximadamente, 20% da clientela idosa deste local, evidencia-se a necessidade de formação dos profissionais com vistas à avaliação multidimensional do idoso hospitalizado e sua rede cuidadora.

O protocolo desenvolvido contribuiu sobremaneira para identificação das CD relacionadas às evidências dos prejuízos cognitivos apresentados nos testes e escalas utilizados. Sua prévia validação possibilitou maior segurança e aplicabilidade ao estudo. Além de indicar sua possibilidade de execução no meio hospitalar e a efetividade de utilização dos testes ao cliente hospitalizado, estimulando o desenvolvimento da acurácia diagnóstica, reduzindo as chances de elaboração de um diagnóstico de enfermagem impreciso.

Durante a aplicação do protocolo, foram encontradas evidências de doenças associadas e não registradas no prontuário. O fato pode ser associado ao baixo número de FR identificados, pois se evidenciou uma tendência ao cuidado relacionado à queixa principal de internação, diminuindo as possibilidades de atenção às diferentes respostas apresentadas pelo idoso com

síndrome geriátrica.

A partir da classificação das 125 CD presentes no DEMP, pôde-se inferir sua alta frequência nos idosos internados, com média de cinco em cada diagnóstico realizado. Isto é, os indivíduos apresentam mais de uma característica evidenciadora do DEMP, justificando a complexidade do cuidar do idoso com o diagnóstico Memória Prejudicada, assim como a necessidade do desenvolvimento de habilidades e competências na avaliação diagnóstica.

Portanto, a identificação do diagnóstico de enfermagem aponta a necessidade de elaboração de um plano de medidas intervencionistas, com utilização de técnicas mnemônicas, treinamento dos cuidadores e comunicação terapêutica. Assim, contribui para o atendimento integral e promoção da qualidade de vida, da autonomia e independência da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- Berger LM. Relação de ajuda em gerontologia. In: Berger LM, Mailloux-Poirier M. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Editora Lusodidacta; 1995. p. 21-61.
- Carvalho Filho ET, Netto MP. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
- Eliopoulos C. *Gerontological nursing*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
- Touhy TA, Jett KF. *Ebersole and Hess' gerontological nursing and healthy aging*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2010.
- Lopes MA, Bottino CMC, Hototian SR. Epidemiologia das demências: análise crítica das evidências atuais. In: Bottino CM, Laks J, Blay SL. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; c2006. p. 23-30.
- Souza PA, Bastos RCR, Santana RF, Sá SPC, Cassiano KM. Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. *Rev Gaúch Enferm*. 2008;29(4):588-95.
- Santana RF, Santos I, Caldas CP. Cuidando de idosos com demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):44-8.
- Hebert LE, Scherr PA, McCann JJ, Beckett LA, Evans DA. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for women than for men? *Am J Epidemiol*. 2001;153 (2):132-6.
- Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. *Textos Envelhecimento*. 2003;6(1).
- North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):495-8.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
- Bustamante SEZ, Bottino CMC, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvoc J, Jacob Filho W. Instrumentos combinados na avaliação da demência em idosos: resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3A):601-6.
- Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
- Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*. 2003;19(3):725-33.