



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DANIELLY CARLA DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O
CUIDADO A IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

CUITÉ- PB

2018

DANIELLY CARLA DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O
CUIDADO A IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG Campus Cuité como exigência para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profa. Ms. Karla Karolline Barreto Cardins

CUITÉ-PB
2018

O48c

Oliveira, Danielly Carla de.

Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre o cuidado a idosos com doença de Alzheimer. / Danielly Carla de Oliveira. - Cuité, 2018.
33 f.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2018.

"Orientação: Profa. Karla karolline Barreto Cardins_.
Referências.

1. Alzheimer. 2. Alzheimer - envelhecimento. 3. Estratégia saúde da família. I. Cardins, Karla karolline Barreto. II. Título.

CDU 616.894(043)

DANIELLY CARLA DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O
CUIDADO A IDOSOS ACOMETIDOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande - UFCG Campus Cuité como
exigência para obtenção de título de Bacharel
em Enfermagem.

Aprovado em: 07 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Karla Karolline Barreto Cardins

Prof. Ms. Karla Karolline Barreto Cardins

Orientadora

UFCG/CES

Matheus Figueiredo Nogueira

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Membro examinador

UFCG/CES

Luana Carla Santana Ribeiro

Prof. Dra. Luana Carla Santana Ribeiro

Membro examinador

UFCG/CES

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer inicialmente a Deus por ter me dado o dom da vida e por ter atendido uma das minhas muitas preces, pois a faculdade era um grande sonho meu e agora com sua graça e benção, estou próxima de concluir essa etapa da minha vida.

Aos meus pais, por todo amor e luta, por terem sonhado junto comigo. Por nunca deixarem me faltar nada mesmo no meio de tantas dificuldades. Vocês foram minha fortaleza, principalmente nos momentos mais difíceis que enfrentei aqui tão longe. Essa vitória não é só minha, mas sim nossa. Amo vocês.

A minha orientadora Karla Karolline, pela paciência e dedicação, por ter abraçado a escolha do tema desse projeto e por ter confiado em mim. Também quero agradecer aos professores queridos, que se fizeram presentes na minha banca avaliadora, Matheus Nogueira e Luana Carla, por aceitarem meu convite, foi uma honra.

Aos meus amigos que Cuité me apresentou e que os levarei no coração pra sempre, pois foram uma segunda família pra mim: Edinária Fernandes, Glebson Costa, Edmara Mendes e Karina Azevedo.

Ao meu namorado Gerson Luís, por ter sido meu porto seguro, sempre apoiando e acreditando em mim, por ter sido paciente durante esse mais de ano que estamos juntos. Por estar sempre ao meu lado mesmo que tenha sido de longe. Meu coração e pensamentos sempre estão em você. Te amo muito.

Aos meus familiares, irmã, cunhado, tios, tias, avós, primos e primas por terem torcido e estarem ao meu lado quando mais precisei. A presença de vocês na minha vida foi e sempre será de fundamental importância.

E, finalmente, agradecer aos meus amados avós Amâncio e Ana, que agora estão ao lado de Nosso Senhor Jesus olhando por mim e por todos que aqui ficaram, porque foram minha inspiração na realização desse projeto. Em todos os momentos estiveram em meus pensamentos e no meu coração. Queria que estivessem aqui em terra, para presenciarem a realização do meu sonho e o início de uma nova jornada, mas nem tudo é como a gente quer, então eu só digo obrigada, muito obrigada. Sei que estão orgulhosos de mim.

“Idoso é quem tem o privilégio de viver uma longa vida... Velho é quem perdeu a jovialidade. Você é idoso quando sonha... você é velho quando apenas dorme. Você é idoso quando ainda aprende... você é velho quando já nem ensina. Você é idoso quando tem planos... você é velho quando só tem saudade. Para o idoso a vida se renova a cada dia que começa... para o velho a vida se acaba a cada noite que termina. Que você quando idoso, viva uma vida longa, mas que nunca fique velho”

Autor desconhecido

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DA – Doença de Alzheimer

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

ACS – Agente Comunitário de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

QV – Qualidade de Vida

MP – Mal de Parkinson

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
METODOLOGIA.....	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO	13
Definições da Doença de Alzheimer na visão dos profissionais.....	13
Cuidados à saúde de idosos com Alzheimer por profissionais da ESF.....	17
Dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cuidado prestado ao idoso com Doença de Alzheimer.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICES.....	29
ANEXOS.....	33

CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O CUIDADO A IDOSOS ACOMETIDOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

RESUMO

Introdução: Com a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, o perfil demográfico do nosso país mudou radicalmente, ocasionando um grande aumento da população, sendo esses os fatores principais para o crescimento da população idosa. Uma vez que as pessoas envelhecem, algumas doenças consideradas como Crônicas não Transmissíveis acabam por acometer essa população, dentre elas está a Doença de Alzheimer. **Objetivo:** Analisar as concepções dos profissionais da atenção básica sobre a doença de Alzheimer, assim como o cuidado prestado aos idosos portadores dessa doença e as dificuldades enfrentadas por esses profissionais na atenção à saúde desses idosos e também dos seus familiares. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado nas cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona urbana do município de Cuité, no período de maio de 2017 a julho de 2018. A pesquisa foi realizada com os profissionais da atenção básica composta pelos enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde. Os dados foram obtidos através de um questionário semiestruturado e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados e Discussões:** A visita domiciliar foi apontada como um dos métodos mais utilizados como acolhimento, já que assim é possível formar vínculo com a população. Em relação às dificuldades enfrentadas, problemas na comunicação entre a equipe e os idosos e seus familiares e a falta de contrarreferência do serviço especializado foram citadas como entrave para a integralidade no cuidado ao idoso com a Doença de Alzheimer. **Considerações finais:** Foi possível perceber a falta de conhecimento da maioria dos profissionais que compõe a atenção básica sobre o idoso portador da Doença de Alzheimer e suas complicações. Também pôde ser identificado como eles realizam a detecção dos idosos portadores de Doença de Alzheimer, e como conduzem o acolhimento desses idosos na ESF. Além disso, algumas dificuldades também foram apontadas pelos profissionais como justificativa para a deficiência nos cuidados com o idoso com Alzheimer.

Descritores: Doença de Alzheimer, Envelhecimento, Estratégia de Saúde da Família.

Abstract

Introduction: With the reduction of mortality and fertility rates, the demographic profile of our country has changed radically, causing a large increase in population, which are the factors growth of the elderly population. Once people get older, some diseases considered as noncommunicable chronicles end up affecting this population, among them is Alzheimer's Disease. **Objective:** To understand the methods used by health professionals in basic care to address the elderly in the community who are affected by Alzheimer's Disease, as well as to analyze the professionals' points of view regarding the elderly with Alzheimer's Disease in the community and to identify the difficulties faced by these professionals because of these patients and their relatives. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative study carried out in the five Basic Health Units located in the urban area of Cuité, from May 2017 to July 2018. The research was performed with primary care professionals composed of nurses, doctors and community health agents. The data were obtained through a semi-structured questionnaire and analyzed using the technique of content analysis proposed by Bardin. **Results and discussion:** The lack of knowledge about Alzheimer's Disease is associated with the lack of training of professionals in the knowledge about the dimension that approximates human aging. In addition, the home visit was pointed out as one of the methods most used as a host, since it is thus possible to form a link with the population. And in relation to the difficulties faced by the communication, the specialized service and the counter reference were cited as causing non-integral care in the elderly with Alzheimer's Disease. **Final considerations:** It was possible to perceive the lack of knowledge of the majority of the professionals that compose the basic care about the elderly with Alzheimer's Disease and its complications. It could also be identified how they perform the detection of the elderly with Alzheimer's Disease, and how they conduct the reception of these elderly people in the Basic Health Units. In addition, some difficulties were also pointed out by the professionals as justification for the deficiency in the care with the elderly with Alzheimer.

Descriptors: Alzheimer Disease, Aging, Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno natural e progressivo que ocorre durante a vida afetando todos os seres vivos, alterando os padrões fisiológicos de um indivíduo, em uma relação recíproca de fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos. O conceito de envelhecer pode ser entendido como algo pessoal e de alterações biopsicossociais modificando aspectos comuns em indivíduos saudáveis, levando-os a novas percepções de enfrentamento da vida (MENDES et al., 2018).

Com a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, o perfil demográfico do nosso país tem mudado, e foi a partir da década de 80, quando houve uma queda drástica nos níveis de natalidade, mortalidade e fecundidade, que ficou evidente essa grande mudança, ocasionando um grande aumento da população, justamente por causa da melhoria da qualidade e expectativa de vida, sendo esses os fatores principais para o crescimento da população idosa (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Uma vez que as pessoas envelhecem, as doenças, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) começam a surgir consideravelmente. Dentre essas DCNT, pode-se destacar a Doença de Alzheimer (DA), que apresenta elevada incidência na população idosa do Brasil. A DA é neurodegenerativa e progressiva, na qual o idoso perde totalmente sua autonomia, já que compromete principalmente a cognição, a memória e o comportamento. No país, a incidência de DA para indivíduos com 65 anos ou mais foi de 7,7 a cada 1000 pessoas por ano (PAVARINI et al., 2008; GONÇALVES; CARMO, 2012).

Para que haja uma maior precisão no diagnóstico, é necessário que o paciente seja submetido a uma avaliação neuropsicológica, que pode caracterizar alterações cognitivas, comportamentais e funcionais, além de auxiliar no andamento da avaliação diagnóstica e no planejamento da reabilitação. Além disso, os resultados da avaliação neuropsicológica devem levar em consideração idade, educação, status socioeconômico e base cultural do paciente, pois podem afetar o desempenho da avaliação (CHAVES et al., 2011).

Apesar da cura da doença e da reversão da degradação causada pela DA ainda não terem sido descobertas, pesquisadores procuram o aprimoramento de tratamentos já existentes que visam à melhora cognitiva e à diminuição de sintomas comportamentais. Desse modo, a medicação e a utilização de técnicas cognitivas de reabilitação, além de informações sobre a doença e o apoio aos familiares e cuidadores são de grande importância para retardar o quadro clínico e sintomático da doença. Então, quanto mais precocemente for diagnosticada a doença

e o tratamento for iniciado, serão melhores as chances de se obter bons resultados (GONÇALVES; CARMO, 2012).

A DA é apontada como um dos transtornos mentais que tem maior impacto negativo na qualidade de vida não somente dos portadores da doença, mas também da sua família ou cuidador. Ter um parente com a DA acaba gerando muitos conflitos e tensões na convivência familiar, pois, geralmente é depositada uma sobrecarga em um cuidador e isso pode ocasionar muitos problemas e, principalmente, interferir no cuidado ao idoso já que ele necessita de toda atenção possível (PAVARINI et al., 2008).

Atualmente, no Brasil, existem políticas públicas de saúde destinadas aos idosos, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006, que tem a finalidade de “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2010, p. 23). Além disso, a portaria nº 703 de 2002 instituiu, no âmbito do SUS, o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer, que garante o direito tanto do portador da doença quanto dos seus familiares ou cuidador de serem assistidos pela rede pública com acompanhamento especializado, atendimento hospitalar, orientação e medicamento gratuito. E a portaria n.º 13 de 2017 aprova o Protocolo de Tratamento da Doença de Alzheimer que “contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste tratamento” (BRASIL, 2017).

Para que se obtenha um grande desenvolvimento nas políticas públicas para amparar de forma apropriada o idoso, há necessidade de uma reorientação dos serviços de saúde, investindo-se principalmente na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde. Além disso, os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica devem receber treinamento e capacitação continuados para se ajustarem às necessidades da população idosa, já que esses profissionais são os mediadores mais capacitados entre os idosos acometidos pela DA e os seus familiares ou cuidadores. Tendo em vista que o ambiente familiar constitui-se a principal fonte de apoio ao idoso, há que se estimular o fortalecimento das relações familiares com o propósito de minimizar as dificuldades e angústias vivenciadas por ambos, idosos e familiares (CAMACHO; COELHO, 2010).

Ressalta-se que existe uma insuficiência de estudos que abordem o idoso portador de DA e também sobre o papel tanto da enfermagem quanto da equipe componente da atenção

básica frente a essa população. Grande parte dos estudos está voltada para a saúde do cuidador informal do idoso com a DA.

Salienta-se que os profissionais de saúde da atenção básica têm um papel de suma importância no cuidado e no acolhimento de idosos acometidos por DA, que necessitam de uma atenção especial e possuem direitos assegurados por lei. Nessa perspectiva, a AB atua na atenção a esse público como ordenadora e coordenadora do cuidado, sendo responsável pelo acompanhamento dos casos, de modo articulado e integrado aos outros serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

Diante do referido, o presente trabalho buscou analisar as concepções dos profissionais da atenção básica sobre a doença de Alzheimer, assim como o cuidado prestado aos idosos portadores dessa doença e as dificuldades enfrentadas por esses profissionais na atenção à saúde desses idosos.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado entre maio de 2017 e julho de 2018, nas cinco Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município de Cuité, cidade do Curimataú paraibano. A pesquisa foi desenvolvida com três enfermeiros, um médico e quatorze agentes comunitários de saúde sendo quatro da UBS A, um da UBS B, três da UBS C, três da UBS D e quatro da UBS E. Do total de profissionais convidados a participar do estudo, dois enfermeiros e quatro médicos recusaram-se a participar da pesquisa.

As entrevistas foram agendadas considerando a conveniência dos participantes da pesquisa e a rotina do serviço, sendo audiogravadas e contendo questões referentes ao conhecimento sobre a DA e os idosos acometidos na comunidade, assim como o acolhimento realizado aos pacientes e seus familiares.

Após a conclusão das entrevistas, o material empírico foi analisado utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2016). As falas possibilitaram a identificação dos temas e foram agrupadas por semelhança de conteúdo, possibilitando a delimitação de três categorias: Definições da Doença de Alzheimer na visão dos profissionais; Cuidados à saúde de idosos com Alzheimer por profissionais da ESF; Dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, sob o CAAE nº 81821717.0.0000.5182. Os participantes do estudo

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de manter o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, bem como das unidades participantes, as entrevistas foram numeradas em ordem sequenciada de realização e identificadas de acordo com a categoria profissional, sendo os enfermeiros nomeados de ENF-1, ENF-2, e assim por diante, e os Agentes Comunitários de Saúde, de ACS 1-A, ACS 2-A, etc., de conhecimento apenas da pesquisadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais de enfermagem são todos do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos, e o profissional de medicina é do sexo masculino, com 24 anos. A maioria dos ACS é do sexo feminino (92,85%) e todos estão na faixa etária de 35 a 55 anos.

Após a análise dos resultados, três categorias surgiram: Definições da Doença de Alzheimer na visão dos profissionais; Acolhimento realizado pelos profissionais da UBS; Dificuldades enfrentadas pelos profissionais da ESF no cuidado prestado aos idosos com Doença de Alzheimer.

Categoria I – Definições da Doença de Alzheimer na visão dos profissionais

Nesta primeira categoria, destacou-se a visão dos diversos profissionais das USF, em relação ao que é a DA. Quando questionados sobre o que eles sabiam a respeito da DA, as respostas foram divergentes:

Alzheimer é uma doença degenerativa que vai perdendo todos os sentidos (ENF-A).

É uma doença que deixa sequelas, não tratando, a tendência é o paciente ficar sequelado (ACS 2-E).

É uma doença muito constrangedora, difícil, porque o idoso perde a sua mentalidade, sua eficiência, não é mais o mesmo, fica igual como uma criança, fica tipo uma deficiência mental (ACS 1-B).

Desse modo, é possível observar nas falas dos entrevistados que há ainda certa deficiência sobre o que é exatamente a DA, sendo um fator preocupante, principalmente quando estes são profissionais que lidam diretamente com a comunidade e também pelo fato da doença causar um grande impacto na vida do idoso, gerando assim sequelas irreversíveis.

Alguns estudos realizados trazem a importância dos profissionais terem em sua bagagem curricular um conhecimento mais amplo a respeito do envelhecimento humano. Pesquisa realizada por De Carvalho e Hennington (2015) identificou como deve ser o perfil do profissional perfeito para o cuidado à pessoa idosa, devendo ser ajustado no desenvolvimento de competências em múltiplas extensões, que envolvem o conhecimento da fisiologia e da fisiopatologia do envelhecimento humano, a conduta resolutiva diante das principais doenças que afetam os idosos, a concepção de saúde na sua dimensão biopsicossocial e não apenas como um distúrbio biológico, os aspectos éticos e o relacionamento com a equipe multiprofissional, numa perspectiva de integralidade. Também alertaram para o fato de que conceitos específicos, como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência e autonomia não estão inclusos comumente nos conteúdos da graduação, mas são funcionais para a proposição de condutas adequadas.

Dessa forma, isso significa que alguns profissionais recém-formados dispõem de conhecimento fragilizado para operacionalização do conceito ampliado de saúde na atenção à população idosa, o que implicaria, entre outros fatores, identificação precoce das situações de risco para a fragilização, isto é, risco de perda de autonomia e independência, na utilização de medidas preventivas e de suporte e na prática do trabalho em equipe (DE CARVALHO; HENNINGTON, 2015).

Além disso, podemos destacar o importante trabalho do ACS, que assim como o enfermeiro, é peça fundamental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pois servem como um elo entre o enfermeiro e a comunidade. É por esse principal motivo que os ACS devem conhecer pelo menos um pouco sobre, a legislação e as políticas relacionadas à assistência ao idoso, o perfil epidemiológico de sua população e as situações de risco, a fim de poder executar suas ações junto à equipe de ESF (UFMA, 2014). No entanto, o que vemos é que isso não acontece realmente como deveria havendo ainda muita dificuldade por parte dos ACS em compreender a magnitude do processo de envelhecimento.

Estudo realizado por Andrade et al. (2017), no Estado de Minas Gerais, mostrou que em discussões sobre demências, com foco na DA, e sobre a depressão em idosos, no pré-teste, 14,3% dos participantes responderam que sabiam o conceito, quais são os sintomas e a forma de prevenção das demências, bem como a forma de diferenciação de demência e loucura e como proceder perante crises de agressividade dos pacientes com Alzheimer, enquanto que 25,7% responderam que não possuíam domínio desses assuntos e 60% optaram pela opção “mais ou menos”. Desse modo, como forma de capacitação para os ACS, foram realizadas oficinas de educação continuada como estratégias centrais de intervenção.

A DA é uma doença neurológica, degenerativa, lenta e progressiva, inutilizando a memória, que costuma se manifestar após os 60 anos, podendo em casos raros acontecer antes dessa idade. O paciente acometido apresenta uma crescente dificuldade em memorizar, decidir, agir e se alimentar, até chegar ao estado vegetativo. A sua causa e origem ainda são desconhecidas (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011; FERNANDES et al., 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2013), a DA é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal, que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

Alguns entrevistados aproximaram suas respostas aos conceitos supracitados:

É uma doença que acomete o sistema nervoso e a pessoa aos poucos vai ficando debilitada, tanto o aspecto cognitivo quanto o físico do indivíduo que possui essa doença (ENF.- B).

É uma doença que com o tempo afeta principalmente, assim ela não tem idade, mas eu creio que a partir de 50 anos mais ou menos (ACS 3-C).

Um dos sintomas principais é o esquecimento, afeta mais a memória do paciente (ACS 3-D).

Vale salientar que além da perda de memória, que é um dos sintomas mais evidentes da DA, há também outras complicações como, dificuldade pra falar, pra realizar atividades da vida diária, confusão de tempo e espaço, mudanças no humor, diminuição na capacidade de julgar e tomar decisões (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

Foi possível identificar durante as entrevistas que houve uma confusão entre o Mal de Parkinson e a Doença de Alzheimer, como pode ser observada na fala a seguir:

A doença é uma perda de memória e de movimentos (...) ele não tem não segura bem os objetos devido o tremor que é forte na mão, nas mãos (ACS 1-A).

Essa confusão pode ser atribuída pelo fato de os sintomas do Mal de Parkinson (MP) serem mais incidentes também em pessoas idosas. Sintomas e sinais motores do MP são bem conhecidos na prática clínica e incluem: tremor de repouso, bradicinesia (lentidão de movimentos), rigidez e alterações do equilíbrio (MELO; BARBOSA; CARAMELLI, 2007). O mal de Parkinson é a segunda doença degenerativa mais comum e afeta cerca de 1-2% da população acima de 60 anos e até seis milhões de pessoas no mundo todo (TORRÃO et al., 2012).

Os entrevistados também foram questionados sobre a presença de idosos acometidos pela DA nas suas áreas e como foi realizada essa detecção. A maioria respondeu que havia idosos na sua área com a doença, já as formas de detecção divergiram, como se pode identificar nas falas:

Sim, tenho. Pela enfermeira do posto, ela me informou que tinha esse paciente (ACS 2-D).

Sim, uma mulher. O médico fez a visita e através dos próprios familiares que detectaram a perda de memória (ACS 2-A).

Tenho uma que foi diagnosticada com Alzheimer. Ela foi no geriatra em Campina Grande e ele pediu os exames, foi pro neuro e segundo ela mediante entrevista com o idoso e com a filha diagnosticou Alzheimer (ACS 4-E).

São comuns que os sintomas iniciais da DA sejam confundidos com o processo natural do envelhecimento. Essa confusão tende a adiar a procura por orientação profissional e, infelizmente, a doença é diagnosticada tardiamente (GUIMARÃES; PINTO; TEBALDI, 2015).

Estudo desenvolvido por Guimarães, Pinto e Tebaldi (2015) mostrou que a maioria das pessoas que possui demência não recebeu um diagnóstico formal. Nos países de alta renda, cerca de 20 a 50% os casos de demência são reconhecidos e documentados na atenção primária. Por analogia, este déficit é seguramente muito maior em países com renda média e baixa. Um estudo na Índia apontou que 90% dos casos continuam sem identificação. Essas estatísticas, quando estendidas a outros países, apontam que 28 dos 36 milhões de pessoas com demência ainda não receberam um diagnóstico e, portanto, não têm acesso a tratamento, cuidados e apoio organizado que a obtenção de um diagnóstico formal pode proporcionar.

A porcentagem de indivíduos acometidos com DA dobra aproximadamente a cada 5 anos a partir dos 60 anos, ou seja, corresponde a 1% aos 60 anos e a 30% aos 85 anos. No Brasil, em estudo realizado por Soares et al. (2017), no Estado da Paraíba, observou-se uma amostra composta por 855 pacientes com DA, com idade \geq 78 anos, no qual a maioria (69,6%) era do gênero feminino (BRASIL, 2013; SOARES, 2017).

De acordo com pesquisa realizada por Gonçalves e Carmo (2012), para se ter um diagnóstico clínico e patológico compatível de forma definitiva, o paciente, além de exibir os critérios clínicos, deve apresentar na biópsia cerebral ou exame *post mortem* as alterações histológicas da doença, assim também como os exames laboratoriais e de neuroimagem podem ser usados como exames complementares. Porém, diagnósticos por imagem e outros

tipos não são cem por cento eficazes na fase inicial da doença, perpetuando assim um diagnóstico fundamentado em critérios clínicos (GUIMARÃES; PINTO; TEBALDI, 2015).

Segundo a Portaria nº. 1.298, de 21 de novembro de 2013, o diagnóstico da DA é de exclusão. Além disso, o rastreamento inicial deve conter avaliação de depressão e exames de laboratório com destaque especial na função da tireoide e nos níveis séricos de vitamina B12. O diagnóstico de DA no paciente que exhibe problemas de memória é baseado na identificação das alterações cognitivas específicas, de acordo com os critérios do *National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association*, que engloba a realização dos exames físico e neurológico acompanhados de avaliação do estado mental para identificar os déficits de memória, de linguagem e visoespaciais, avaliando também outros sintomas cognitivos e não cognitivos, que são fundamentais no diagnóstico do paciente com suspeita de demência (BRASIL, 2013).

Categoria II – Cuidados à saúde de idosos com Alzheimer por profissionais da ESF

Para que haja uma boa interação e participação da comunidade com qualquer estabelecimento de saúde com o intuito de combater os agravos e doenças, é necessário que haja um envolvimento e uma sensibilização por parte da equipe que compõe o estabelecimento, e essa interação só é possível quando há uma acolhida íntegra e holística de cada membro da equipe para com a comunidade, tornando assim as ações de cuidados mais efetivas. Quando perguntados sobre como eles conduzem o acolhimento dos portadores da DA na USF, responderam:

Eles são acolhidos assim, da forma que vai a unidade, o PSF, a equipe vai até eles, porque muitas vezes é até impossível trazer eles pra cá, por causa da idade, pelo estado físico (ACS- 3),

Então, são dadas as orientações necessárias, o paciente é medicado, orientado a fazer algumas coisas que ajudem a sua memória, seja lá fazer algumas atividades, crochê, ter uma horta, palavras cruzadas, se esse paciente não for analfabeto, esse tipo de coisa e encaminhado pra o especialista. Mas a parte principal eu acho muito mais até do que a questão de medicar e dar diagnóstico são as orientações para o cuidador, e muitas vezes é difícil (MED).

Segundo as falas, o acolhimento e o cuidado da equipe de saúde da família geralmente, acontece no contexto domiciliar, por meio de visitas, devido às limitações inerentes à doença de Alzheimer... Ressaltando dessa forma, a importância da Atenção Básica em garantir o acesso ao cuidado qualificado aos usuários com DA e na longitudinalidade desse cuidado.

De acordo com Brasil (2011), o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Existem diversas definições sobre o que é o acolhimento, e isso se dá justamente por causa dos múltiplos sentidos e significados conferidos a essa palavra.

Segundo estudo realizado por Oliveira e Pereira (2013), o acolhimento não é basicamente uma atividade em si, mas um meio de ampliar toda e qualquer prática assistencial. Consiste na procura constante de reconhecimento sobre as necessidades de saúde dos usuários e as formas possíveis de satisfazê-las, o que deriva em encaminhamentos, deslocamentos e circulações pela rede assistencial.

Desse modo, um dos meios mais utilizados para conseguir formar uma relação mútua de confiança entre o profissional de saúde e o eixo indivíduo, família e comunidade é justamente o vínculo que é construído através da visita domiciliar, que não deve ser realizada apenas pelos ACS, mas sim por todos que fazem parte da equipe multidisciplinar.

A visita domiciliar deve ser entendida como método, técnica e instrumento, devendo ser realizada uma escuta qualificada, estabelecimento do vínculo e acolhimento adequados. Como a visita domiciliar pode ser ampla e complexa, é necessário que os profissionais sejam bem qualificados e capacitados para tal modelo assistencial (SILVEIRA, 2015).

A visita domiciliar assume importância decisiva, pois comporta conhecer mais de perto a real situação e necessidades vividas pelas famílias e cada membro. Trata-se de uma ferramenta de promoção e cuidado da saúde, de busca ativa e identificação da demanda contida, de diagnóstico local e de planejamento de ações a partir da realidade, de intermédio entre as famílias e as equipes de saúde (SANTOS; CUNHA, 2017).

Goyanna et al. (2017) ressalta em sua pesquisa como é de suma importância a efetivação das visitas domiciliares com abordagem multiprofissional ao idoso com Alzheimer, com profissionais habilitados na qualidade de oferecer cuidados e atender as demandas deste público, além de proporcionar o desenvolvimento e adaptação às atividades de vida diária, originando maior independência e autonomia. Ainda em seu estudo, mencionaram que 8 dos 10 idosos entrevistados receberam orientações de vários profissionais, sendo citados os ACS, enfermeiros e médicos, todos pertencentes à equipe de ESF. Com isso, sinaliza-se que a ESF colabora para o cuidado do paciente idoso com DA, acercando sobre os aspectos de prevenção de doenças sucedidas da senilidade, e promovendo saúde através de uma equipe multiprofissional.

Pesquisa realizada por Carvalho, Magalhães e Pedroso (2016) apontou que existem métodos que podem ser utilizados como tratamentos não farmacológicos para a melhoria na qualidade de vida (QV) dos portadores da DA. A estimulação constante do idoso com atividades físicas e mentais, participação em atividades sociais com outras pessoas, exercícios de memória e mesmo afazeres domésticos são táticas relevantes na melhoria de sua QV. Um desses métodos é a chamada terapia de reminiscência, na qual os idosos em pares são incentivados a compartilhar suas memórias por meio de fotos, vídeos e recortes de jornais com seus pares. Além disso, também foram mencionados ensaios controlados de estimulação cognitiva sobre apatia, depressão, cognição, funções executivas e QV e um programa de reabilitação multidisciplinar sobre cognição, QV e sintomas neuropsiquiátricos.

Sobre o acolhimento aos idosos, segundo pesquisa de Santos et al. (2016), a maioria dos idosos entrevistados teve suas dúvidas esclarecidas desde a recepção, comprovando que suas necessidades foram atendidas, classificando tal atendimento como sendo bom. Os idosos referiram que têm interação entre profissional e usuário, com o estabelecimento de vínculo, de uma forma que o cliente se sente seguro e à vontade para conversar com o profissional sobre os seus problemas. Além disso, uma das perspectivas do acolhimento citada pelos autores é o estabelecimento de diálogo, o qual deve ser tratado como um ambiente de encontro entre trabalhador e usuário, que se abre para um momento de escuta das suas queixas, troca de informações, recíproco reconhecimento de direitos e deveres, e tomadas de decisão.

Na prática do cuidado e do acolhimento aos idosos com DA, os profissionais entrevistados evidenciaram a relevância de oferecer suporte e orientações aos seus familiares e cuidadores. Se quem presta todos os cuidados ao idoso portador de DA é a família, é crucial recorrer a apoio externo como meio para aliviar a pressão que este possa sentir com as exigências referentes ao trabalho (RUSSO, 2017). Sendo assim, Reis, Novelli e Guerra (2018) destacam a importância das intervenções, sejam elas em forma de cursos ou até ambientes de trocas designados ao cuidadores, mostrando que a qualidade da ação que é aplicada pode transformar o cuidado em um momento satisfatório.

Ainda sobre o acolhimento, os profissionais foram questionados sobre como é feito o acolhimento à família do idoso, e as respostas foram as seguintes:

Na realidade, tem que ser um atendimento voltado pra aquele caso diferenciado de outros casos, porque é complicado você lidar com esse tipo de pessoas, por que a família tem que ser bem orientada, (...) Porque aquele paciente ele passa a não ter mais nenhuma identidade, identificação pra ele mentalmente, (...) então essa família ela tem que ser bem orientada, ela tem que ser até assistida, muito bem assistida, pra saber lidar no dia a dia com aquele paciente (ACS 3-A).

Tem que ser um acolhimento multiprofissional, porque como eu disse a você não é fácil, você mudar toda uma rotina que você tinha e você vai ter que se adaptar aquela nova vivência (...) então os familiares precisam também de suporte, principalmente suporte emocional pra está lidando com aquela doença, nem todo familiar entende porque está acontecendo aquilo (...). Então os familiares tanto quanto o idoso precisam de cuidados, seja ele qual for (ENF. B).

Através da equipe, acho que não só a equipe da unidade mais a equipe do melhor em casa também, dos profissionais diretamente que lidam direto com esse assunto. Eles acompanhando a família não só o paciente, mas a família também porque a família precisa entender como é lidar com a pessoa com esse problema. (ACS 3-D).

Caetano, Da Silva e Silveira (2017), analisando alguns estudos, observaram que acolher o cuidador pode contribuir para a melhora da QV dos portadores de DA, pois esse acolhimento ajuda-o no que se refere ao conhecimento sobre como cuidar por meio de programas educacionais. Entender a doença e suas complicações é essencial para não colocar a saúde do idoso em risco, o que também permite que os cuidadores se sintam mais capazes de cuidar e, até mesmo, de enfrentar junto ao paciente a doença.

Segundo uma pesquisa desenvolvida por Silva (2016), a maior parte dos cuidadores necessita de apoio multiprofissional para realizar suas atividades de forma mais qualificada, tanto para si quanto para o idoso cuidado. Contudo, o que acontece na realidade é que esses cuidadores não procuram o apoio da ESF para ajudá-los no cuidado ao idoso. Isso significa que o intuito de prevenir perdas e agravos à saúde deverá envolver, também, a pessoa do cuidador, e para que isso ocorra devem ser desenvolvidos programas designados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem acometer a saúde e QV dos cuidadores de idosos.

Borges (2017) destaca a necessidade de se desenvolverem estratégias que sirvam como suporte aos cuidadores, com o intuito de diminuir os níveis de sobrecarga, os desconfortos psicológicos e as tensões, a fim de garantir boas condições de assistência à saúde e o autocuidado, promover intervenções e políticas de apoio voltadas para o cuidador, atuar na qualificação e formação, avaliar a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada e de compreender a família cuidadora como parceira do cuidado ao idoso. Ainda segundo a referida autora, a enfermagem tem papel fundamental na atenção e no apoio ao cuidador de idoso, principalmente na avaliação de situações de riscos à saúde e no planejamento de intervenções, para evitar complicações. Os enfermeiros atuantes na atenção básica, em particular, têm como importante missão oferecer cobertura de cuidados a esse grupo, tanto no âmbito institucional quanto no domicílio.

Categoria III – Dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer

A ESF tem como princípios básicos em relação à atenção que dever ser prestada à população idosa, a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e a identificação precoce de suas alterações patológicas. Além disso, possui a importância de alertar a comunidade sobre os fatores de risco aos quais a população idosa está exposta, tanto no domicílio quanto fora dele, como também de identificar diferentes formas de intervenções para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família. Os profissionais atuantes da atenção básica devem compreender a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a conservação do equilíbrio físico e mental desse idoso (ALVES et al., 2014).

Os entrevistados dessa pesquisa, quando questionados se existiam dificuldades em atender os idosos com DA, apontaram problemas na comunicação interpessoal, de acordo com as seguintes respostas:

Existe. A comunicação porque se a gente vai dar uma informação não tem como a gente dar uma informação a uma pessoa que não está entendendo as coisas (ACS 2-C).

Não, a dificuldade é quando, pronto, no caso desse senhor quando ele vem só, quando não vem é um acompanhante, uma pessoa que consiga responder por ele, que infelizmente ele não pode responder por ele, aí quando ele vem só e aí ele diz, diz... e a gente não entende o que ele está querendo (ENF.D).

É, diretamente com eles pra conversar é difícil, devido o problema deles do Alzheimer, principalmente os meus que já são um grau bem avançado (ACS 3-D).

Um estudo realizado por Fonseca e Bittar (2014), em um município de Minas Gerais, também apontou como uma das dificuldades no atendimento aos idosos a comunicação, pois os declínios físicos e cognitivos desses idosos acabam por dificultar ainda mais a compreensão.

Schmidt, Duarte e da Silva (2015) acreditam que quando se utiliza a comunicação, seja ela verbal ou não, o profissional de saúde terá maiores chances de detectar precocemente as particularidades de cada idoso e o incluir no planejamento, execução e avaliação da

assistência que será ofertada, garantindo assim uma oportunidade autêntica de exercer sua autonomia e/ou a manutenção e desenvolvimento da sua capacidade funcional e cognitiva.

Fonseca e Bittar (2014) em seu estudo também mencionaram algumas estratégias utilizadas por profissionais de enfermagem para lidar com as dificuldades encontradas no atendimento ao idoso, como, por exemplo, promover grupos com o intuito de trocarem experiências de conhecimentos diversificados, para proporcionar um atendimento de qualidade e incentivar a participação da família no cuidado ao idoso e nas visitas domiciliares, com a intenção de planejar estratégias e ações de autocuidado com os idosos. Busca-se assim, diferentes formas para enfrentar esses obstáculos, a fim de obter um resultado positivo na atenção ao idoso.

Outras dificuldades também foram citadas pelos entrevistados, como o atendimento especializado e a contrarreferência, de acordo com as falas seguintes:

A pior dificuldade em todas, eu acho, em todas as unidades em qualquer paciente que a gente lida com o especialista é que a gente não recebe nenhuma contrarreferência do que é feito do tratamento desse paciente, ele começa a ir ao neurologista depois que a gente faz a suspeita, por exemplo, e a gente fica a parte de tudo que é feito no tratamento lá, você faz a referência, mas não recebe a contrarreferência e fica difícil saber o manejo (MED. B).

A saúde como está muito devastada assim em todos os cantos, é difícil ficar em algum canto tipo o hospital. Tem idoso que às vezes vai fazer algum exame e às vezes não consegue porque está muito cheio, não tem canto, não tem vaga, e se você não tiver alguém dando uma ajudinha, os coitados às vezes até voltam sem atendimento (ACS 1-B).

Estudo desenvolvido por Souza (2016), em Minas Gerais, também evidenciou a problemática da falta de contrarreferenciamento, apontando alguns fatores associados a isso, como: oferta limitada de consultas e exames especializados, inexistência de contrarreferência, má organização da regulação, precariedade dos sistemas de informação e comunicação, dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços especializados. Outro problema muito sério e que também foi destacado é a carência de serviços especializados, que se torna uma grande dificuldade na garantia da coordenação dos cuidados e no controle da situação de saúde dos usuários que são acompanhados na ESF.

Já em um estudo realizado no Estado da Paraíba por Protasio et al. (2014), a respeito da troca de informações sobre os pacientes, foi constatado que 68,2% dos especialistas não mantinham nenhum contato com os profissionais da atenção básica e 62,2% dos especialistas negaram ter conhecimento sobre fluxo de comunicação institucionalizado. Isto significa que a

Atenção Básica não está exercendo seu papel corretamente no que diz respeito à coordenação dos cuidados, o que demonstra que a atenção básica e o serviço especializado funcionam de formas separadas.

A atenção domiciliar está, principalmente, voltada para os pacientes idosos que necessitam de cuidados paliativos, contribuindo para a promoção do conforto e favorecendo a realização do cuidado ao paciente (OLIVEIRA; KRUSE, 2017). Foi com essa finalidade que o MS instituiu o programa Melhor em Casa, que durante a entrevista foi citado por um dos entrevistados:

Não, dificuldade não tanto assim, entre aspas, porque esses pacientes nós repassamos para a enfermeira e nós fazemos a visita. Dependendo da situação do paciente ele é encaminhado para o Melhor em Casa (ACS 3-C).

O Programa Melhor em Casa estabelece diretrizes para a organização da atenção domiciliar e define-se como uma forma de atenção à saúde que pode substituir ou integrar as preexistentes, além disso, é caracterizada por ações que englobam a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que são ofertadas no domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados de forma unificada com as redes de atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que a forma mais utilizada pelos profissionais como método de acolhimento aos idosos portadores de DA é a prática de visitas domiciliares, que serve não apenas como método, mas como instrumento de formação de vínculo e ao mesmo tempo de prestar os devidos cuidados não somente aos idosos com DA, como também aos seus familiares ou cuidadores. Além disso, algumas dificuldades foram apontadas pelos profissionais como justificativa para a deficiência no atendimento aos portadores de DA e, que estão diretamente relacionadas à comunicação, principalmente dos ACS com os idosos, pois alguns não entendem o que é orientado.

Outro entrave identificado foi a inexistência de contrarreferência entre o serviço especializado e a ESF, comprometendo assim o seu papel na coordenação do cuidado. Apesar dos idosos e os que são portadores de DA terem leis que estejam ao seu favor, regendo seus direitos, observa-se que muitos profissionais não são devidamente capacitados para lhes proporcionar um atendimento diferenciado e que, além desse déficit na capacitação, há a falta de interação entre os serviços especializados com a atenção primária, sendo o único prejudicado em tudo isso o idoso portador de DA.

Portanto, essa pesquisa tentou buscar uma grande quantidade de informações no intuito de analisar os conhecimentos dos profissionais a respeito da DA, bem como compreender os métodos utilizados por eles na detecção do portador e na realização do acolhimento do mesmo, como também identificar as dificuldades enfrentadas por esses profissionais para que o idoso portador de DA possa ser identificado o mais precocemente possível e seja assistido devido e dignamente como se determinam as leis.

Além do exposto, esse estudo traz grandes contribuições para a academia, pois servirá como norte para os futuros profissionais se focarem tanto na prevenção de doenças, como na busca por capacitação constante, para assim poderem desenvolver um cuidado exímio aos idosos com DA e saberem lidar com todos os entraves inerentes a essa realidade.

O estudo realizado apresentou limitações, visto que foi realizado apenas em uma população restrita, com um número limitado de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde que aceitaram participar da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. C. S. et al. Humanização do atendimento ao idoso na perspectiva do agente comunitário de saúde. **Revista Unimontes Científica**. Montes Claros, v. 16, n. 2, p. 09-17, jul-dez, 2014.

ANDRADE, I. A. et al. Capacitação em saúde do idoso para os agentes comunitário de saúde da UBS Citrolândia em Betim-MG: relato de uma prática extensionista. **Sinapse Múltipla**. v. 6, n. 2, p. 267-272, dez, 2017.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2016.

BORGES, C. J. **Estratégias de atenção aos cuidadores informais de idosos: pesquisa participante baseada na comunidade**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Área Técnica Saúde do Idoso. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12 Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral xxx congresso nacional de secretarias municipais de saúde.** Brasília, 2014.

_____. Portaria nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília; 2013.

_____. Portaria nº 13, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília; 2017.

CAETANO, L.A.O.; SILVA, F.S.; SILVEIRA, C.A.B. Alzheimer, sintomas e grupos: uma revisão integrativa. **VINCULO – Revista do NESME**, v.14 n. 2, 2017.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010.

CARVALHO, E.S. Plano de ação para o cuidado ao portador Alzheimer e seu familiar/cuidador – Desafio da estratégia de saúde da família novo tempo São Geraldo – MG. 2014.

CARVALHO, P. D. P; MAGALHÃES, C. M. C.; PEDROSO, J. da S. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. **J Bras Psiquiatr.** v.65, n. 4, p. 334-339, 2016.

DE CARVALHO, C. R. A.; HENNINGTON, E. A. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 417-431, abr-jun, 2015.

FERNANDES, M. R. S. et al. Doença de Alzheimer nas Mulheres: Prejuízos Pessoais e Luto Familiar. **Id onLine Rev. Mult. Psic.**v.12, n. 39, 2018.

FONSECA, L. M. de S.; BITTAR, C. M. L. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 178-192, mai-ago, 2014.

GONCALVES, E.A. G; CARMO, J. S. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v.4, n. 2, p.170-176, dez. 2012.

GOYANNA, N. F. et al. Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. **RevFundCare Online**. v. 9, n. 2, p. 379-386, abr/jun, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.379-386>

GUIMARÃES, L. F. O.; PINTO, C. T.; TEBALDI, J. B. Alzheimer: diagnóstico precoce auxiliando na qualidade de vida do cuidador. **MeMorialidades**, n. 23, jan./jun. e n. 24, jul/dez, p. 11-30, 2015.

MELO, L. M.; BARBOSA, E. R.; CARAMELLI, P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Rev. Psiq. Clín.** v. 34, n. 4, p. 176-183, 2007.

MENDES, J. L. V. et al. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **REV. EDUC. MEIO AMB. SAÚ.** v. 8, n. 1, p. 13-26, Jan-Mar, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C. ; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev Bras Enferm.** n. 66(esp), p. 158-64, 2013.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L. Melhor em casa: dispositivo de segurança. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2017.

PAVARINI, S.C.I. et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 3, p. 580-90, 2008.

POLTRONIERE S, CECCHETTO FH, SOUZA EN. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 270-278, jun, 2011.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 209-220, out, 2014.

REIS, E.; NOVELLI, M.M. P. C.; GUERRA, R. L. F. Intervenções realizadas com grupos de cuidadores de idosos com síndrome demencial: revisão sistemática. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** São Carlos, v. 26, n. 3, p. 646-657, 2018.

RUSSO, D. das N. Intervenção do design na vivência cotidiana do Alzheimer. 2017.
SANTOS et al. Acessibilidade e acolhimento: estratégias potenciais para qualificação da assistência à saúde do idoso. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 2, p. 42-51, abr-jun, 2016.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 7, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1271>> acesso em 30 de out. 2018.

SILVEIRA, S.C.F. **Atenção ao idoso no contexto da estratégia saúde da família**. TCC (Curso de Especialização) em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, 2015.

SOARES et al. Impacto econômico e prevalência da doença de Alzheimer em uma capital Brasileira. **Ciência e Saúde**. v.10, n 3, p. 133-138, jul.-set., 2017.

SOUZA, A. de C. **Ausência de contrarreferência na estratégia saúde da família córrego das calçadas, município de Santa Luzia, MG**. TCC (Curso de Especialização) em Saúde da Família – Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

SCHIMIDT, T. C. G.; DUARTE, Y. A. de O.; DA SILVA, M. J. P. Avaliação mediata na replicação do Programa de Capacitação em Comunicação Não Verbal em Gerontologia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 309-316, mar-abr, 2015.

TORRÃO, et al. Abordagens diferentes, um único objetivo: compreender os mecanismos celulares das doenças de Parkinson e de Alzheimer. **Rev Bras Psiquiatr**.v.34, p. S207-S218, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. O ACS, a ESF e a RAS: o papel do agente comunitário de saúde nas ações de saúde da pessoa idosa. São Luís, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ORIENTADORA: KARLA KAROLLINE BARRETO CARDINS

ORIENTANDA: DANIELLY CARLA DE OLIVEIRA

- 1- O que você sabe a respeito da Doença de Alzheimer?
- 2- Você tem conhecimento sobre idosos da sua área acometidos pela DA? Como foi feita essa identificação?
- 3- Como você conduz o acolhimento desses portadores aqui na unidade?
- 4- Existe alguma dificuldade em atender esses idosos? Quais são elas?
- 5- Fale um pouco do que você acha de como é ou deve ser o acolhimento aos portadores da DA e seus familiares.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor(a)

Esta pesquisa intitulada “**Abordagem dos profissionais de saúde na Atenção Básica frente a idosos acometidos pela Doença de Alzheimer**” está sendo desenvolvida por Danielly Carla de Oliveira, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, sob orientação da Profa. Ms. Karla Karolline Barreto Cardins. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral: compreender os métodos utilizados pelos profissionais da área de saúde no âmbito da atenção básica para abordar os idosos da comunidade que são acometidos pela Doença de Alzheimer.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir a qualquer momento. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um questionário, no qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Declaramos que não há riscos ou desconfortos potenciais à dimensão física, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano previsíveis. Não haverá benefícios diretos, considerando sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Identifica-se como benefício indireto a possibilidade de usufruir junto com sua família dos bons resultados que serão obtidos através dessa pesquisa, além de contribuir na produção de conhecimento na área do estudo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da pesquisa, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Ressalta-se que a pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atende à Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado e que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

CUITÉ, ____/____/_____.

Colaborador(a) participante da pesquisa

Danielly Carla de Oliveira
Orientanda da Pesquisa de TCC

Karla Karolline Barreto Cardins

Orientadora da Pesquisa de TCC. Curso de Bacharelado em Enfermagem, Professora Substituta - Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cuité. Sítio Olho D'Água, S/N, Zona Rural, Cuité-PB CEP 58.175-000.

Contato: (83) 3372-1900. E-mail: karla_karolline@hotmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro

Rua Dr. Carlos Chagas S/N, São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande, Paraíba.
(83) 2101-5545 e (83)2101-5523. E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Abordagem dos profissionais de saúde na Atenção Básica frente a idosos acometidos pela doença de Alzheimer

Pesquisador: KARLA KAROLLINE BARRETO CARDINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81621717.0.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.500.811

Apresentação do Projeto:

Satisfatória.

Objetivo da Pesquisa:

Compreensível.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos inexistentes. Benefícios observados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de Apresentação obrigatória:

Termos dentro dos regulamentos.

Recomendações:

Inexistentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **Cep:** 56.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (33)2101-5545 **Fax:** (33)2101-5523 **E-mail:** cep@huc.ufcg.edu.br