

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG
Centro de Educação e Saúde – CES
Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENFE
Curso de Bacharelado em Enfermagem

Ana Rafaella Araújo Costa

**LINHA DE CUIDADO AO IDOSO COM ALZHEIMER NA VISÃO DE
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Cuité – PB
2014

Ana Rafaella Araújo Costa

**LINHA DE CUIDADO AO IDOSO COM ALZHEIMER NA VISÃO DE
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus Cuité*, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2014

FICHA CATALOGRÁFICA
ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira
Gomes – CRB 15 – 256

C837I Costa, Ana Rafaella Araújo.

Linha de cuidado ao idoso com Alzheimer na visão de enfermeiros da atenção primária. / Ana Rafaella Araújo Costa. – Cuité: CES, 2014.

86 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Doença de Alzheimer. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 616-053.9

Ana Rafaella Araújo Costa

**LINHA DE CUIDADO AO IDOSO COM ALZHEIMER NA VISÃO DE
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. MsC. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MsC. Janaína von Söhsten Trigueiro
Membro – UFCG

Profa. MsC. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro – UFCG

Cuité – PB, 05 de setembro de 2014.

Dedico este trabalho a todos os idosos acometidos com a doença de Alzheimer, em especial a minha avó Maria, na qual me inspirei para a realização deste trabalho.

“A vida lhe fez novamente ser dependente de atenção, assim como uma criança.
Pois tomado por esta doença, só lhe restam lampejos de lembranças.
O mal de Alzheimer tem cura, e a cura é o amor, nisto você pode crer”.

Marco Casagrande

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a **Deus**, por ter me mantido firme na caminhada, me dando força e serenidade para conseguir alcançar meus objetivos. A ti Senhor, todo o meu reconhecimento e gratidão, vós que nunca me desamparaste, mesmo quando eu fraquejei. Pai, obrigada por tua luz em minha vida!

Aos meus maiores tesouros, meus pais, **José Heriberto Costa** e **Francisca Cilene de Araújo**, por todo amor e educação a mim concedido. Se hoje concluo essa etapa da minha vida, devo isso a vocês. Obrigada por terem facilitado o meu caminho em busca de um dos meus maiores sonhos. Amo vocês incondicionalmente.

As minhas irmãs **Rita de Cássia** e **Nathália Nagle**, por todo apoio. Além de irmãs, seremos companheiras de profissão. Espero honrar a cada expectativa em mim depositada, para que, assim como vocês, eu venha a ser uma profissional em excelência.

A minha prima **Lana Rose**, por ter despertado em mim o desejo pela enfermagem. Obrigada por todo incentivo e por ter acreditado em mim.

Agradeço a toda família Cortez, em especial a minha tia **Lúcia Cortez**, por toda colaboração nos meus estudos. Essa vitória também é da Senhora.

Ao meu namorado, por todo apoio e companheirismo.

Ao meu orientador, **Matheus Figueiredo Nogueira**, por toda paciência, atenção e dedicação em me orientar neste trabalho. Obrigada pela disponibilidade e por me guiar na direção correta para que esse trabalho pudesse ser concluído. A você professor, toda minha admiração, respeito e gratidão, pois além de um profissional competente, é um ser humano iluminado, que contagia a todos com sua alegria.

A minha banca examinadora **Janáina von Söhsten** e **Édija Anália**, obrigada por terem aceitado dividir comigo este momento. A contribuição de vocês só veio a enriquecer o meu trabalho.

As amizades que conquistei durante essa jornada, **Amanda Bezerra, Ana Paula e Maria Josenilda**, que vivenciaram comigo tantos momentos maravilhosos, tornando os meus dias mais felizes e leves. Agora cada uma seguirá seu caminho, mas espero que nossa amizade perdure para sempre.

A minha amiga de infância **Thacyana Lenize**, por toda ajuda a mim ofertada e pela amizade verdadeira que já dura há 16 anos.

A **Juliana de Souza**, pessoa maravilhosa na qual tive a oportunidade de conviver no Estágio Supervisionado I, e que a partir de então, tornou-se uma grande amiga, sempre disposta a ajudar. Obrigada Ju, por toda ajuda!

A todos os **profissionais das instituições** onde estagiei. A todos que me acolheram, confiaram em mim e na minha capacidade, só tenho a agradecer pela paciência, pelo incentivo, pelos exemplos de bons profissionais, por todo o conhecimento compartilhado, pelo aprendizado mútuo.

Aos **enfermeiros** da Atenção Básica do município de Santa Cruz - RN que contribuíram valiosamente para a realização deste trabalho. Muito obrigada!

A vocês **mestres**, minha terna gratidão, vocês foram fundamentais na minha formação. Tudo o que sei hoje, devo a vocês.

A todos os **pacientes** que passaram por mim ao longo da graduação. Obrigada por permitirem a mim os seus cuidados, mesmo que com pouca ou nenhuma experiência. Saibam que sempre dei o máximo de mim para oferecer o melhor a vocês. Seus atos de confiança me permitiram chegar até aqui e espero que daqui em diante, possa cuidar de todos, que um dia, igual a vocês, precisaram de mim.

A todos os meus **colegas** de curso. Obrigada pela convivência durante esses anos, levo comigo todos os momentos bons compartilhados. Vocês me ajudaram a crescer como pessoa. Desejo a todos muito sucesso nessa nova etapa que vai se iniciar, agora, como enfermeiros!

Agradeço carinhosamente **a todos** que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, e mais ainda, pelo sonho de me tornar uma ENFERMEIRA.

*[...] Se, por ventura, no meu cérebro
a senilidade penetrar sorrateiramente,
a demência se infiltrar inesperadamente
e o esquecimento, a falta de lucidez e a
confusão se instalarem, por favor,
lembrem que eventualmente, ainda tenho
uma vaga ideia de minha identidade;*

*A falta de atenção em me ajudar
na higiene pessoal me traz ansiedade [...]*

*Receber visitas me faz lembrar que
sou importante, receber um abraço
e um beijo me diz que alguém ainda
tem afeto por mim.*

*A falta de sono não é proposital,
nem intencional;*

*A falta de interesse está além do
meu controle; minha falta de jeito
é inexplicável para mim mesma;
O esquecimento me deixa
traumatizada; [...]*

*Nem sempre o que me fazem
fazer é o que eu gostaria de
estar fazendo.*

*Meu olhar vago não reflete
o que sinto.*

*E se não dou um abraço é porque
os meus braços não me obedecem
mais; se não dou um beijo é porque
meus lábios não sabem mais o que fazer.*

*Se não te digo que valorizo sua dedicação
e seu amor é porque a ponte se partiu e
perdi o caminho que me levaria a
compartilhar meus sentimentos com você...*

Ass: "Um ser humano que Envelhece"

(Lilian Aliche).

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma enfermidade crônica neurodegenerativa progressiva, de etiologia múltipla e geralmente indefinida, que afeta as áreas cognitivas, funcionais e de comportamento. Considerando a importância do diagnóstico precoce para retardar o avanço da DA e seus sintomas, e garantir um manejo terapêutico de excelência e melhores níveis de qualidade de vida ao paciente, cuidadores e familiares, verifica-se a necessidade de elaboração de uma linha de cuidados para idosos com este agravo, especializada em ações de promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. Dessa forma este estudo teve como objetivo construir uma linha de cuidado para o idoso com Alzheimer a partir da visão de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família. Consta de um estudo de campo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido com 7 enfermeiros atuantes na atenção básica do município de Santa Cruz – RN. Os dados foram coletados após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CAAE nº 31307314.9.0000.5182), com uso de entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. A partir da construção das ideias centrais ficou evidente a inexistência de uma rede estruturada de atenção ao idoso com DA, sendo os cuidados genéricos realizados predominantemente pelos profissionais da atenção primária. A linha de cuidado ao idoso com DA idealizada expõe a necessidade de elementos como: assistência em todos os níveis de complexidade, suporte familiar, centro de diagnóstico complementar, assistência farmacêutica, educação continuada, intersetorialidade e grupo de cuidadores. Acredita-se, portanto, que a efetividade da assistência aos idosos com DA baseada nesta linha de cuidado, associada à participação da gestão e a implementação do processo de enfermagem, assegura-lhes uma assistência integral e humanizada, direciona a tomada de decisões e reduz consideravelmente os déficits associados à doença.

Descritores: Doença de Alzheimer. Cuidados de enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is a chronic progressive neurodegenerative disease, with multiple and often unknown etiology that affects the cognitive, functional and behavioral areas. Considering the importance of a early diagnostic to slow the progress of DA and its symptoms, and ensuring therapeutic management excellence and better levels of quality of life for patients, caregivers and family members, there is a need of developing a line of care for elderly people with this grievance, specialized in actions of promotion, protection, recovery and health maintenance. Thus this study aimed to construct a line of care for elderly people with Alzheimer's from the perspective of nurses working in the Family Health Strategy. Consists of a field study of exploratory and descriptive characteristics, qualitative approach, developed with seven nurses actives in primary care in the municipality of Santa Cruz/RN. Data were collected with the assent of the Research Ethics Committee of the University Hospital Alcides Carneiro (CAAE No. 31307314.9.0000.5182) using semi-structured interviews and analyzed according to the Collective Subject Discourse. From the construction of the central ideias was evidente a lack of a structured networks of care for the elderly people with AD, and the generic care performed predominantly by primary care professionals. The idealized line of care to the elderly people with AD exposes the need of elements like: assistance in all the levels of complexity; family support; additional diagnostic center; pharmaceutical assistance; continuing education; intersectionality; and caregivers groups. It is believed, therefore, that the effectiveness of care for elderly people with AD based on this line of care associated with the participation of the management and implementation of the nursing process, provides them with a comprehensive and humane care, directs decision making and reduces considerably deficits associated with the disease.

Descriptors: Alzheimer's Disease. Nursing Care. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização social e profissional dos participantes (n=7). Santa Cruz - RN, 2014	45
---	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** -Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: como está estruturada no município a rede de atenção ao idoso com Alzheimer? 47
- Quadro 2** -Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente aos questionamentos: Como enfermeiro da USF, quais cuidados você presta ao idoso com Alzheimer? e quais cuidados são direcionados à família e/ou ao cuidador do idoso com Alzheimer? Como o processo de enfermagem é desenvolvido no acompanhamento de idosos com Alzheimer?..... 51
- Quadro 3** -Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: quais os elementos/equipamentos/cuidados necessários para a criação de uma linha de cuidado ao idoso com Alzheimer? 55
- Figura 1** - Linha de cuidado ao idoso com Alzheimer proposta a partir da visão de enfermeiros da atenção primária do município de Santa Cruz – RN 58
- Figura 2** - Linha de cuidado integral ao idoso com Alzheimer 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer
AB - Atenção Básica
A β - beta amiloide
APA - Associação Psiquiatra Americana
APP - Proteína Precursora Amilóide
ApoE - Apolipoproteína E
AVD - Atividade de vida diária
CCL - Comprometimento Cognitivo Leve
CES - Centro de Educação e Saúde
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DA - Doença de Alzheimer
DE - Diagnósticos de Enfermagem
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
DSM -IV-TR- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EEG - Eletroencefalograma
ENF - Emaranhados Neurofibrilares
eSF - Equipe Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE - Intervenções de Enfermagem
IQ-CODE - Declínio Cognitivo do Idoso
MEEM - Mini exame do estado mental
MS – Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NUDEC - Núcleo de Envelhecimento Cerebral
ONU – Organização das Nações Unidas
PB - Paraíba
PE - Processo de Enfermagem
PET- Tomografia por Emissão de Pósitrons
PNI - Política Nacional do Idoso
PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSP I- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF - Programa Saúde da Família
PS1 - Pré-senilina 1
PS2 - Pré-senilina 2
RE - Resultados Esperados
RM - Ressonância Magnética
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS - Sistema Único de Saúde
TAC - Tomografia axial computadorizada
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFCG - Universidade Federal de Campina Grande
USF - Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos	17
<i>1.1.1</i>	<i>Objetivo Geral</i>	<i>17</i>
<i>1.1.2</i>	<i>Objetivos Específicos</i>	<i>17</i>
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	Doença de Alzheimer: aspectos conceituais, históricos, fisiopatológicos e terapêuticos	20
2.2	A atenção à saúde do idoso com Alzheimer no Brasil	28
2.3	O cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer	32
3	METODOLOGIA	38
3.1	Tipo de estudo	39
3.2	Local do estudo	39
3.3	População e Amostra	40
3.4	Instrumento de coleta de dados	41
3.5	Procedimentos para coleta de dados	41
3.6	Análise dos Dados	42
3.7	Aspectos Éticos	43
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
4.1	Caracterização social e profissional dos participantes da pesquisa	45
4.2	Dados referentes aos objetivos propostos	47
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

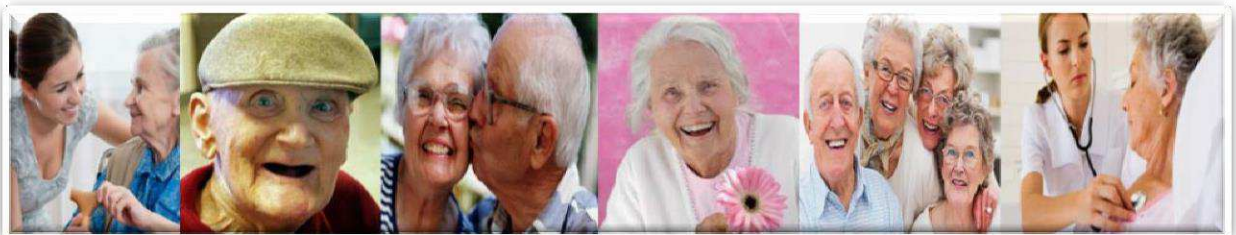
Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

Apêndice D – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

ANEXO

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

1 Introdução



Fonte: Google Imagens, 2014.

A Doença de Alzheimer (DA) consta de uma enfermidade de cunho demencial marcada por declínio crônico-degenerativo progressivo que afeta as áreas cognitivas, funcionais e de comportamento, comprometendo relativamente as atividades desenvolvidas diariamente pelo indivíduo (DECESARO; MELLO; MARLON, 2009). A doença vai progredindo lentamente e vários déficits vão sendo observados, sendo que o mais comumente encontrado é aquele que tem o início capcioso, com falhas precoces na memória recente, levando o indivíduo a desenvolver afasia, apraxia e agnosia após alguns anos (APA, 2002). Estima-se que a duração média da doença, desde a fase inicial dos sintomas até a morte do paciente, é entre 7 a 10 anos (DIAMOND, 2008).

Reportando-se ao aspecto histórico, a DA foi diagnosticada pela primeira vez em 1907 pelo neurologista alemão Alois Alzheimer, dando veracidade ao feito a partir da publicação do caso de uma paciente que em quatro anos perdeu progressivamente as habilidades mentais e da realização de uma biópsia *post mortem* que identificou anomalias no cérebro. Anteriormente a este período a doença já existia, porém não havia registros diagnósticos haja vista ser constantemente confundida com outras demências (CORREA, 1996). A partir desta data muitos estudos e investigações foram desenvolvidos sobre a DA.

Considerando o panorama epidemiológico da DA no cenário mundial, outro fenômeno que precisa ser pontuado é o envelhecimento populacional, uma vez a existência de uma relação intrínseca entre ambos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a população mundial, sobretudo no Brasil, vem apresentando um significativo aumento na expectativa de vida em contraponto às taxas de mortalidade e natalidade que estão em declínio, o que acarreta mudanças na estrutura da pirâmide populacional. Dessa forma, junto com o envelhecimento populacional cresce também o número de doenças relacionadas ao envelhecimento, a exemplo das doenças coronárias, neoplásicas, a osteoporose e as doenças neurodegenerativas, como as demências (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009).

No Brasil os problemas demenciais e as síndromes depressivas são os problemas mentais mais prevalentes na população com 65 anos ou mais, sendo a DA aquela com maior incidência (GARRIDO; MENEZES, 2002; CHAVES, 2000). Em consonância com as estimativas de prevalência, a incidência de DA em pessoas com 65 anos ou mais foi de 7,7 a cada 1.000 pessoas ao ano (NITRINI et al., 2004). A prevalência mundial da DA, conforme a APA (2002) aumenta dramaticamente com a idade, sendo mais comum em mulheres. Segundo o IBGE (2013), a prevalência aumenta de 0,6% no sexo masculino e 0,8% no sexo feminino aos 65 anos de idade até atingir o valor de 36% no sexo masculino e 41% no

feminino aos 95 anos de idade. Portanto, à medida que a idade aumenta a frequência relativa da DA também eleva-se progressivamente.

Embora a DA seja de etiologia múltipla e geralmente indefinida, já que conforme menciona Nitrini (2000) existem quatro fatores de risco (idade, hereditariedade, Síndrome de Down e a presença da Apolipoproteína E-4), é imprescindível que o diagnóstico seja instituído precocemente de modo a retardar o avanço da doença e suas manifestações clínicas e garantir melhores níveis de qualidade de vida ao paciente, além de cuidadores e familiares (DIAMOND, 2008). Nesta linha de raciocínio, considerando a complexidade para a efetivação do diagnóstico bem como o aumento da expectativa de vida, emerge a necessidade de dispensar uma atenção integral e de qualidade ao idoso com a DA, mediada por uma assistência à saúde individualizada em conformidade com as políticas públicas que asseguram direitos relativos à saúde, previdência e assistência social.

Com base no exposto, importantes dispositivos legais foram elaborados no campo de proteção ao idoso no cenário mundial. No Brasil, principalmente a partir das garantias conquistadas na Constituição Federal de 1988, deu-se origem a um processo de revisão da base legal da atenção à saúde, que culminou com a publicação da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde, consolidando as diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e afirmando ser a saúde do idoso uma das suas prioridades (BRASIL, 2006a).

A partir desta publicação e por considerar a necessidade do setor saúde dispor de uma política atualizada sobre a saúde do idoso, foi lançada a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que propõe a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos idosos por meio da aplicação de medidas coletivas e individuais de saúde, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

Neste contexto, a PNSPI configura-se como um instrumento legal que afirma a necessidade de desenvolvimento de uma estrutura de cuidado de suporte qualificado para idosos e suas famílias, de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento sobre envelhecimento e da implementação das redes de assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2006b). Diante dessas premissas e considerando que a Atenção Básica (AB) é a porta preferencial para a entrada do usuário na rede de serviços de saúde do SUS, a Equipe Saúde da Família (eSF) deve atuar no atendimento integral às necessidades do idoso, implementando ações de cuidado individualizado, educação em saúde, visitas domiciliares,

oferta de consultas e tratamentos, dentre outros, como preconiza a Portaria nº 703 de 12 de abril de 2002 que institui o programa de atenção aos pacientes com a DA (BRASIL, 2002).

Reconhecendo, pois, a importância de todos esses instrumentos legais e, por outro lado, a vivência de dificuldades que os idosos com Alzheimer, familiares e cuidadores experimentam no manejo terapêutico e na vida social, verifica-se a necessidade de elaboração de uma linha de cuidados para idosos com este agravo, oferecendo a estes um cuidado especializado pautado em ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de complicações, recuperação e manutenção da saúde. O enfermeiro, membro da eSF e protagonista essencial do cuidado, revela-se como o profissional dotado de competências e habilidades requeridas para contemplar a atenção integral à saúde do idoso com DA.

Assim, a necessidade de ofertar uma linha de cuidados eficaz, eficiente e efetiva para a população idosa acometida com a DA justifica-se como principal motivação para o interesse em desenvolver este estudo. Ademais, experiências vivenciadas no âmbito familiar e a dificuldade de enfrentamento no cuidado a um idoso com Alzheimer também somam-se ao desejo de aprimorar os conhecimentos para o planejamento e execução de ações integrais em saúde que contemplem a multidimensionalidade dos aspectos gerontológicos, uma vez que os serviços de atenção básica continuam frágeis no cuidado junto a este público.

Diante da problemática exposta, surgiram os seguintes questionamentos: que cuidados são prestados pelos enfermeiros da atenção primária aos idosos com Alzheimer? Como se comporta a relação existente entre enfermeiro, idoso com Alzheimer, família e cuidador? Como está estruturada a rede de atenção ao idoso com Alzheimer? Diante dessas questões, o presente estudo as terá como eixo norteador e será desenvolvido com o intuito de alcançar os objetivos descritos a seguir.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Construir uma linha de cuidado para o idoso com Alzheimer a partir da visão de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os cuidados prestados por enfermeiros ao idoso com Alzheimer.

- Averiguar a relação existente entre enfermeiro, idoso com Alzheimer, família e cuidador.
- Verificar a estrutura da rede de atenção à saúde do idoso com Alzheimer.

2 Revisão da Literatura



Fonte: Google Imagens, 2014.

2.1 Doença de Alzheimer: aspectos conceituais, históricos, fisiopatológicos e terapêuticos

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), traz a DA como um tipo de demência senil, de declínio cognitivo crescente e irreversível, gerando múltiplos déficits, principalmente na memória, que devido a sua intensidade causam mudanças nas atividades de vida diária – AVDs (APA, 2002). Nas fases iniciais da doença, é comum o idoso se confundir com facilidade e esquecer fatos ocorridos recentemente. Com a progressão, o paciente vai tendo mais dificuldade em realizar tarefas cotidianas, como utilizar utensílios domésticos, vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentação (PETERSEN, 2006).

O Alzheimer foi descoberto em 1907 pelo médico alemão Alois Alzheimer, que recebeu todos os méritos ao publicar um artigo no qual continha resultados de um estudo clínico e anatomopatológico, realizado em uma paciente chamada Auguste D., que aos 51 anos começou a apresentar sintomas delirantes caracterizados por ciúmes intensos em relação ao marido. Além disso, desenvolveu alterações na memória e linguagem, como também desorientação relacionada ao tempo e espaço com piora progressiva. A paciente foi a óbito após quatro anos e meio do início dos sintomas com estágio avançado de demência, sendo submetida a exame anatomopatológico, no qual foi identificado acúmulo de placas características no espaço extracelular (placas senis) e lesões neurofilamentares no interior de neurônios, distribuídas de forma irregular pelo córtex cerebral. Após cinco anos, em 1912, E. Kraepelin renomado professor da psiquiatria alemã, faz pela primeira vez uma referência, em seu livro de psiquiatria, dissertando como “esta doença descrita por Alzheimer”. A partir de então, o epônimo doença de Alzheimer passou a ser utilizado para os casos em que a demência ocorre na idade pré-senil, no caso, antes dos 65 anos, e para aqueles em que os indivíduos apresentavam condições clínicas e neuropatológicas semelhantes a da paciente anteriormente descrita (NUDEC, 2014).

A DA é a causa mais frequente de demência nas sociedades ocidentais. Em 2012 foi feita uma estimativa em que a prevalência mundial da DA era de 24 milhões (MAYEUX; STERN, 2012). Devido ao rápido envelhecimento da população mundial, é expectável que a prevalência duplique a cada 20 anos (POVOVA et al. 2012). Assim, estima-se que em 2050, 115 milhões de pessoas vão estar afetadas pela doença (MAYEUX; STERN, 2012).

As taxas de incidência da DA têm apresentado uma grande variação, desde 3,2 por 1.000 pessoas-ano na Índia a 25,2 em Indianópolis nos EUA (CHANDRA, 2001; HENDRIE, 2001). No Brasil, foram realizados alguns estudos, e três deles investigaram as prevalência e incidência desta doença, nos quais utilizaram-se amostras de idosos de base comunitária e

critérios diagnósticos atuais (HERRERA, 2002; NITRINI, 2004; CHAVES, 2009). A prevalência de demência na população com mais dos 65 anos foi de 7,1%, sendo que a DA foi responsável por 55% dos casos (HERRERA, 2002). A taxa de incidência foi 7,7 por 1.000 pessoas-ano no estudo de São Paulo e 14,8 por 1.000 pessoas-ano no estudo do Rio Grande do Sul (NITRINI et al., 2004).

De acordo com o IBGE (2010), o levantamento populacional mais recente revela que existe no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Haverá, portanto, uma forte tendência para um maior número de idosos com DA futuramente.

No que concerne à etiologia da DA, evidências científicas sugerem causas multifatoriais, em que fatores genéticos e ambientais possivelmente agem por meio de complexas interações, modulando o risco de desenvolvimento da doença (MACHADO, 2011).

Embora seja compreensível a etiologia multifatorial da DA, a identificação dos fatores de risco é de fundamental importância devido às potenciais implicações para a prevenção da doença, possibilitando futuras intervenções naqueles passíveis de modificação. Além disso, o reconhecimento desses fatores poderá fornecer importantes pistas para o entendimento da fisiopatogenia da doença. Nesse sentido, os fatores de risco não modificáveis estabelecidos para a DA são: idade, gênero feminino (após 80 anos de idade), síndrome de Down, história familiar positiva e gene de suscetibilidade (genótipo ApoE4). Dentre os possíveis fatores ambientais, além do baixo nível educacional, foram mais consistentemente associados à DA: hipercolesterolemia e hipertensão arterial sistólica na meia idade, hiper-homocisteinemia, diabetes mellitus, tabagismo, inatividade física e cognitiva e trauma craniano (MACHADO, 2011).

Com relação aos fatores de risco não modificáveis, a idade é, indiscutivelmente, o fator mais importante para o desenvolvimento de demências, em geral, e da DA, em particular, podendo isso ser constatado a partir do aumento progressivo das demências a partir dos 60 anos de idade. Quanto ao gênero, embora muitos estudos tenham demonstrado maior prevalência da DA na população feminina, a diferença pode ser explicada por uma maior incidência ou sobrevida mais longa nas mulheres acometidas pela doença. A relação existente entre a síndrome de Down e a DA, pode ser explicada pelo fato de que todos os seus portadores que atingem a idade de 40 anos apresentam alterações neuropatológicas típicas da DA, possivelmente por apresentarem uma cópia extra do gene da proteína precursora amilóide (APP), codificada no cromossomo 21. A história familiar positiva de demência é também

considerada como um importante fator de risco para a DA, onde estudos mostraram que o risco de desenvolver a DA é 3,5 vezes maior em indivíduos que tem pelo menos um parente em primeiro grau com demência (MACHADO, 2011).

Apesar do imenso esforço da comunidade científica nas duas últimas décadas para desvendar os mecanismos patológicos responsáveis pela doença, suas bases moleculares permanecem em grande parte desconhecidas. Os principais achados neuropatológicos encontrados na DA são a perda neuronal e a degeneração sináptica intensas, com acúmulo e deposição no córtex cerebral de duas lesões principais: placas senis (PS) e emaranhados neurofibrilares (ENF) (MACHADO, 2011).

Para se ter uma causa mais definida, inúmeros estudos de associação tem sido realizados com o objetivo de desvendar a causa genética que desencadeia o processo degenerativo e, como resultado, alguns genes já foram e/ou estão sendo descritos. Contudo, todos os genes encontrados são tratados como coadjuvantes, potencializadores ou predisponentes, nenhum efetivamente causador. Dentre os mais conhecidos, os genes da proteína precursora amilóide (APP) e pré-senilina 1 e 2 (PS1 e PS2) têm revelado maior influência no surgimento precoce da DA familiar, enquanto os genes da ApoE e os recém descobertos Picalm, CLU e CR1 possuem maior relação com os casos tardios da DA (BENEDET, 2011).

A APP é uma proteína de membrana e uma de suas formas de clivagem gera a proteína beta amilóide ($A\beta$), que é encontrada em acúmulo no cérebro de pacientes com DA. Esse acúmulo ocorre nas placas senis, um dos marcos patológicos da doença. O cérebro produz normalmente a APP, e há evidências de que para que os neurônios se mantenham viáveis, são necessárias quantidades pequenas desta proteína. O que acontece na DA é que a produção dessa proteína aumenta muito e as moléculas se acumulam como oligômeros, o que acarreta alterações sinápticas, que é o primeiro passo para que ocorra uma série de eventos que culminam na perda de neurônios, determinando o surgimento dos primeiros sintomas da doença (ABRAZ, 2013).

A beta-amiloide em condições normais é eliminada pelo líquido, mas na DA, devido seu acúmulo no cérebro, a concentração no líquido cai. Com isso a proteína tau vai ser fosforilada e formar os emaranhados neurofibrilares dentro dos neurônios, provocando a morte neuronal, na qual a fosfo-tau vai ser eliminada pelo líquido aumentando assim a sua concentração. O que ocorre na DA é a diminuição da concentração beta-amilóide e ao aumento da concentração de fosfo-tau no líquido (ABRAZ, 2013).

Apesar das proteínas β -amilóide e tau exercerem um papel importante no desenvolvimento da DA, outros mecanismos neurodegenerativos foram propostos (ALVES et al. 2012). Estes incluem: respostas pró-inflamatórias, disfunção mitocondrial, dano oxidativo, fatores genéticos e ambientais, apoptose e perturbações da homeostase iônica (CHU, 2012). A base para a etiopatogênese da DA são os efeitos prejudiciais das alterações patológicas, que, em última instância, vão resultar em disfunção sináptica e perda de células neuronais (ALVES et al., 2012).

Mediante a compreensão etiofisiopatológica da DA e avançando para a compreensão das manifestações clínicas é oportuno destacar inicialmente que a DA revela-se como um transtorno progressivo da memória recente, da linguagem, da função visuoespacial e da função executiva, associado em algum momento ao aumento de alterações neurocomportamentais (BRADLEY et al., 2004). Ademais, várias são as alterações neuropatológicas que ocorrem no paciente com DA, sendo estas: atrofia cerebral, placas cerebrais senis que contêm depósitos extracelulares de peptídeo β -amilóide, emaranhados neurofibrilares intracelulares que contêm proteína tau hiperfosforilada e perda de células neurais, que resultam em perda de memória, confusão, afetação do julgamento, desorientação e problemas na expressão. Os sintomas pioram ao longo do tempo e a doença é fatal (SUN; JIN; LING, 2012).

Para melhor compreensão das manifestações clínicas da DA durante a progressão da doença, a mesma foi dividida em 3 fases com um intervalo de 2 a 3 anos cada. A fase primária, leve, ou inicial, é caracterizada por um déficit na memória recente e remota, com mudanças na personalidade, variando entre estágios de irritabilidade, hostilidade, apatia e frustração. Com relação à comunicação, o sujeito apresenta desordens na fala, associadas a uma deficiência no raciocínio linguístico e disfonia; possui dificuldades em achar a palavra correta ou lembrar nomes de objetos ou pessoas. As habilidades visuoespaciais também se apresentam alteradas, havendo construções incorretas e desordenação topográfica. O paciente tem dificuldade para solucionar problemas, tomar decisões e apresenta-se confuso. O sistema motor geralmente apresenta-se normal, com alguns sinais extrapiramidais (COSTA, 2008; LOPERA, 2008).

Na fase secundária, moderada, ou intermediária, o déficit de memória e aprendizagem se apresenta mais acentuado. Ocorrem mudanças de personalidade, o paciente fica mais hostil, indiferente, julgamento social pobre e baixa afetividade. A comunicação apresenta um conteúdo desorganizado, com pouca coerência; há desorientação espacial, construção pobre, dificuldades perceptivas e, nessa fase, o período de fala é mais fluente, porém menos

coerente, apresentando agitação e, no sistema motor de fala, apresenta tremores ou cacoetes (COSTA, 2008; LOPERA, 2008).

Na fase terciária, grave, ou final, as funções intelectuais estão globalmente deterioradas, e o indivíduo apresenta um estado de dependência total para realizar as atividades de vida diária, higiene pessoal, alimentação. Sua personalidade é totalmente desorganizada, a comunicação está prejudicada com ecolalias, perseveração e mutismo. Apresenta rigidez na região dos quadris e postura em flexão, conhecida como a síndrome da imobilização (COSTA, 2008; LOPERA, 2008).

Os sintomas neuropsiquiátricos estão presentes em pelo menos 85% dos pacientes com DA durante a progressão da doença. Estes se dividem em: distúrbios do afeto ou do humor; psicoses; mudanças na personalidade; mudanças comportamentais (BRADLEY et al., 2004).

A depressão é um sintoma bastante comum na demência, embora a sua prevalência varie em função do tipo de demência; 2/3 dos pacientes com Alzheimer apresentam pelo menos um sintoma de depressão que pode manifestar-se através de agitação ou comportamentos disruptivos. As alucinações têm uma prevalência de mais de 20% na DA, sendo as mais comuns as visuais, seguidas das auditivas e raramente são olfativas. Os doentes com alucinações têm um declínio cognitivo mais acentuado (BRADLEY et al., 2004).

Os delírios estão presentes, durante alguma fase da doença, em mais de 30% dos casos. Os delírios de roubo e suspeita são os mais comuns; 3/4 dos doentes apresentam mudanças na personalidade sutis que incluem: apatia, afastamento social e desinibição. Podem estar, ou não, associadas a depressão. 30-85% dos pacientes, mesmo que com diferentes níveis de gravidade de demência, têm mudanças comportamentais, sendo que ocorre mais nos casos de DA moderada a grave. Podem incluir: agressão verbal e física, vagueio, agitação, comportamento sexual inadequado, não cooperação, incontinência urinária, distúrbios da alimentação, reações catastróficas, tentativas de automutilação, ansiedade e distúrbios do sono (BRADLEY et al., 2004).

Considerando a multiplicidade de sintomas, o diagnóstico quando feito na fase inicial da doença é de fundamental importância tanto para o retardamento do processo quanto para a garantia de um suporte ao paciente e sua família, no que tange a qualidade de vida e o bem-estar mesmo na presença da DA (DIAMOND, 2008). Uma nova recomendação para o diagnóstico da DA no Brasil foi proposta no ano de 2011 em um evento realizado pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, baseados numa revisão das propostas de critérios clínicos e de pesquisas e consensos internacionais.

A nova proposta para o diagnóstico de demência exige o comprometimento funcional e cognitivo, atingindo este último pelos dois dos seguintes domínios: memória, função executiva, linguagem, habilidade visual-espacial e alteração de personalidade (FROTA et al., 2011, p.6).

Com essa última revisão proposta pelo grupo de pesquisadores, houve um grande avanço, pois nos critérios anteriores a DA somente era diagnosticada na presença da demência propriamente dita. Na nova proposta, a doença pode ser diagnosticada em três fases, que são: DA pré-clínica; comprometimento cognitivo leve (CCL) devido à DA; e demência. Essa mudança foi bastante significativa na definição da doença, pois através dessa proposta se tornou possível a detecção mais precoce através dos exames de Ressonância Magnética (RM), Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) e biomarcadores, não sendo restrita apenas na fase de demência (FROTA et al., 2011).

O diagnóstico pré-clínico deve ser restrito à pesquisa, baseado na presença de alterações nos exames de RM, PET e biomarcadores que poderiam sinalizar as alterações fisiopatológicas da DA em pacientes assintomáticos (DUBOIS et al., 2010). O diagnóstico de CCL é clínico, podendo, "*em situações de pesquisas serem utilizados marcadores biológicos buscando uma maior probabilidade de evolução para a DA*" (FROTA et al., 2011, p. 6) e, portanto, com um relevante caráter preventivo da doença. Importante lembrar que os biomarcadores não são exames de rotina, devido não haver padronização ainda entre os laboratórios e definição de pontos de corte, além de difícil disponibilidade e acesso para o uso cotidiano (GONÇALVES; CARMO, 2012).

Na prática, o diagnóstico clínico da DA é feito quando os pacientes têm declínio progressivo da memória por um período superior a seis meses com conseqüente deterioração da saúde pessoal e das funções sociais ou ocupacionais. A presença objetiva de deterioração da memória deve ser documentada através de recurso do mini exame do estado mental (MEEM) e a outros testes neuropsicológicos. Outros pontos diagnósticos essenciais incluem déficit em duas ou mais áreas de cognição, ausência de perturbações da consciência, início da doença entre os 40 e os 90 anos de idade, ausência de doenças sistêmicas ou outras doenças cerebrais que possam ser responsáveis pelo déficit progressivo da memória e da cognição, evidência de atrofia cerebral à tomografia axial computadorizada (TAC) ou à ressonância magnética (RM) sem outras lesões orgânicas significativas e ausência de doença metabólica (CHU, 2012).

Na maioria dos pacientes, a informação anterior pode ser obtida mediante uma história detalhada fornecida pelos cuidadores, exame físico e testes cognitivos para avaliar a memória,

linguagem e AVD's associadas ao funcionamento cerebral (CHU, 2012). Além disso, outros exames complementares podem ser utilizados para um diagnóstico mais completo. Dentre os mais indicados estão: exames de sangue; neuroimagem estrutural; neuroimagem molecular e funcional; exame do líquido cefalorraquidiano; eletroencefalograma (EEG) e potenciais evocados; além de estudo genético (CARAMELLI et al., 2011).

Dessa forma, embora o diagnóstico da DA continue sendo clínico, a diferença verificada desde o início da atual década foi a constatação de que marcadores biológicos podem auxiliar a tornar o diagnóstico mais preciso. Os marcadores biológicos que passam a fazer parte da investigação clínica são o beta-amiloide e a proteína tau fosforilada. É necessário ter em mente algumas implicações desse exame: a alteração das concentrações de marcadores por si não garante o diagnóstico de DA, que deve ter a correlação com sintomas clínicos; e essas alterações podem ser úteis no diagnóstico diferencial entre DA e outras demências, quando o que ocorre com frequência é a superposição de sintomas (ABRAZ, 2013).

Mediante a confirmação diagnóstica, o tratamento sintomático para a DA é o que está atualmente disponível. A conduta tem o objetivo de melhorar transitoriamente alguns aspectos cognitivos e funcionais, reduzindo assim alguns sintomas neuropsiquiátricos, resultando em menos sofrimento tanto para o paciente quanto para família. Se houver falha da terapêutica após um período contínuo de administração, os pacientes vão apresentar-se indistinguíveis daqueles nunca antes tratados, o que significa que o tratamento não interfere na progressão da doença (ALVES et al., 2012). De acordo com Chu (2012), os objetivos clínicos do tratamento da DA são: aliviar os sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos da demência; e diminuir a progressão da mesma.

Segundo Alves et al. (2012), o tratamento da DA pode ser farmacológico e não farmacológico. O tratamento não farmacológico tem a mesma importância do farmacológico, pois ambos vão resultar na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores, nos quais estes últimos apresentam um nível elevado de estresse, que devem ser trabalhados através de aconselhamento relacionado às habilidades de cuidado e técnicas de treino comportamental (CHU, 2012).

Ainda segundo Chu (2012), as atitudes preventivas de segurança devem ser tomadas precocemente, uma vez que os pacientes com DA tem a capacidade de julgamento diminuída. Uma ótima terapia não farmacológica utilizada, pode ser o encaminhamento desses pacientes e seus cuidadores para reuniões psicossociais e de apoio, podendo também ser referenciados para centros de dia.

Alguns sintomas neuropsiquiátricos como apatia, depressão, ansiedade, psicose, agitação, irritabilidade, agressão e distúrbios do sono são úteis de ser trabalhados por meio do tratamento não farmacológico, a partir de medidas de higiene de sono, fototerapia, musicoterapia, atividades físicas e sociais, aromaterapia, terapia com animais e terapia com presença simulada, a exemplo dos vídeos de familiares (ALVES et al., 2012).

De acordo com Birks (2006), o tratamento farmacológico disponível para DA é apenas sintomático, ou seja, vai tratar apenas os sintomas característicos da DA, não desacelerando nem prevenindo a evolução da doença.

Os fármacos atualmente disponíveis para tratar os sintomas da DA são: Donepezilo, Rivastigmina e Galantamina, pertencentes ao grupo dos inibidores da colinesterase; e a Memantina que é um antagonista não competitivo do receptor de N-metilo-d-aspartato (CHU, 2012). Estes medicamentos são vistos como tratamento de primeira linha da DA (YIANNPOULOU; PAPAGEORGIU, 2013).

O Donepezilo é um fármaco de rápida absorção após administração oral, apresenta poucas reações adversas, sendo o medicamento de melhor tolerância pelos pacientes. É o fármaco de melhor tolerância pelos pacientes e tem poucas reações adversas. Estudos sugerem que este fármaco melhora a função cognitiva e estabiliza a capacidade funcional dos pacientes (SUN; JIN; LING, 2012). É de escolha no tratamento da Doença de Alzheimer em nível moderado (ALVES et al., 2012).

Outro fármaco muito utilizado é a Rivastigmina, inibidor tanto da acetil como a butiril colinesterase. Após ser administrado oralmente, atinge a concentração plasmática máxima numa hora. É o único medicamento sem envolvimento da isoenzima do citocromo P450 no metabolismo, podendo, por isso, minimizar as interações farmacológicas. Muitos ensaios clínicos sugerem que a Rivastigmina tem um efeito significativo na cognição e na memória. O adesivo da Rivastigmina é o primeiro tratamento transdérmico para a Doença de Alzheimer e pode oferecer benefícios superiores àqueles de administração oral, nomeadamente no domínio da linguagem (SUN; JIN; LING, 2012).

A Galantamina melhora a disfunção cognitiva e confere proteção neuronal ao prevenir a citotoxicidade causada pela agregação de amiloide beta. Também é possível que a Galantamina amplie a neurotransmissão central. A eficácia clínica da Galantamina é quase equivalente à do Donepezilo (SELTZER, 2010).

A Memantina é um antagonista não competitivo do receptor de N-metilo-d-aspartato. Pode prevenir a neurotoxicidade excitatória na demência e tem efeitos benéficos na função cognitiva, nas atividades da vida diária e nos comportamentos de pessoas com DA moderada

a grave depois dos seis meses. Pode ainda reduzir os sintomas comportamentais e psicológicos. Os eventos adversos mais frequentes em ensaios com a Memantina foram: tonturas, cefaleias e confusão. Um grupo reduzido de pacientes pode desenvolver agitação (PEREIRA, 2013).

Os inibidores da colinesterase e a Memantina podem ter um efeito nos sintomas comportamentais, no entanto quando os sintomas comportamentais e psicológicos de demência na DA são mais severos, estes fármacos podem não ser tão efetivos e outros fármacos podem ser necessários (BIRKS, 2006).

2.2 A atenção à saúde do idoso com Alzheimer no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser compreendido como um processo social em permanente construção. Sua criação formal se deu na Constituição Federal de 1988, mas sua procedência remonta da crise do modelo médico assistencial privatista, que foi hegemonizado na segunda metade do século XX. Com as mudanças políticas e econômicas ocorridas nos anos de 1970 e 1980 foi determinado o fim desse modelo sanitário. Devido ao processo de redemocratização do país e das crises, surgiram novos rumos nas políticas públicas e na arena sanitária, quando sujeitos sociais propuseram um modelo alternativo de atenção à saúde (BRASIL, 2006c).

O acontecimento político sanitário de maior importância da segunda metade do século passado ocorreu em março de 1986, que foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando houve o lançamento das novas bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde, o SUS. Nessa conferência houveram soluções imediatas num conjunto de trabalhos técnicos criados pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de apoio para elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988. Três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira foram colocados no relatório final da conferência: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito de todos e dever do Estado; e a criação de um sistema único de saúde (BRASIL, 2006c).

As Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90 regulamentam o SUS e estabelecem princípios que direcionam a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção e o controle social, ao tempo em que congrega em sua organização o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Estas conquistas representam as fases de implementação dos princípios e diretrizes do SUS e requerem mudanças institucionais para incorporar, na prática, as novas formas de gestão para a construção de um modelo assistencial fundamentado na Vigilância à Saúde, a partir da (re) orientação da atenção básica para (re) organizar a saúde em um contexto de maior complexidade até a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de organizar a prática assistencial (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005). O que antes era visto como um programa voltado para a família, agora torna-se uma estratégia, a principal delas, e passa a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF surgiu com o objetivo de reorganizar a atenção básica no País, de acordo com os princípios do SUS, e é vista pelo Ministério da Saúde (MS) e gestores estaduais e municipais como estratégia para expandir, qualificar e consolidar a atenção básica por suscitar que o processo de trabalho seja reorientado com maior potencialidade de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de expandir a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b).

Desta forma, a Estratégia propõe organizar as práticas nas suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), comprovando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das eSF, com a prestação de atendimento integralizado nas especialidades básicas de saúde, numa base territorial demarcada com garantia de serviços de referências à saúde para os níveis de maior complexidade, possibilitando assim o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

No Brasil, a ESF foi planejada para reorganizar a atenção à saúde da população, promovendo a qualidade de vida e desenvolvendo ações de caráter individual e coletivo, e em consonância com os programas de atenção à saúde da mulher, da criança, do homem, do trabalhador, do portador de doenças crônicas, dentre outros, e de modo ainda incipiente, do idoso, que será abordado com mais ênfase neste capítulo. Devido o envelhecimento não ser processo homogêneo, as necessidades e demandas dos idosos variam, sendo necessário fortalecer o trabalho em rede para atender aos idosos saudáveis e àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o cuidado adequado ao idoso requer um sistema de saúde coordenado, contribuindo para as ações das demais (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Diante desta realidade, o envelhecimento populacional brasileiro é um desafio para o SUS, sobretudo porque nas últimas décadas a população brasileira vem passando por

transformações no seu perfil demográfico e epidemiológico, caracterizado pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, gerando elevados custos assistenciais. Complementando este raciocínio, Resende e Dias (2008) afirmam que as transformações no perfil demográfico e epidemiológico da população idosa trazem grande impacto ao SUS, tendo em vista a alta prevalência de doenças degenerativas e incapacitantes presentes nesse processo de envelhecimento populacional, o que caracteriza um problema de saúde pública.

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população traz importantes repercussões na vida dos idosos, de suas famílias e para as comunidades em que estão inseridos, principalmente nos casos em que o envelhecimento é acompanhado pela dependência. Esta situação exige do poder público (Estado) a formulação e implementação de políticas, programas e estratégias direcionadas a este segmento populacional, efetivando assim o direito assegurado constitucionalmente (LIMA; SANGALETI; 2010).

Assim, com o intuito de garantir os direitos sociais e a proteção aos idosos, foram elaborados diversos instrumentos legais que favorecem condições para a assistência à saúde dos idosos, o que é considerado um avanço para o país. Dentre estes cita-se: a Lei nº 8.842 de 1994, que trata da PNI; a Portaria nº 702 de 2002, foi criada com o objetivo de organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como foco as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); a Portaria nº 703 de 2002, que institui no âmbito do SUS o Programa de assistência aos pacientes com DA; o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741 de 2003; e a Portaria nº 2.528 de 2006, que versa sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988 (CAMACHO; COELHO, 2010). É importante destacar que pela legislação vigente, a citar, por exemplo, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), a pessoa considerada idosa no Brasil é aquela com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006b).

A PNI assegura os direitos sociais aos idosos, fazendo com que tenham a sua autonomia, integração e participação ativa na sociedade e assegurando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. Para melhor aperfeiçoamento da PNI, foi criada a Portaria Ministerial nº 1.395/99, que estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), na qual se determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema criem a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2010a).

A PNSI apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso em seu seio familiar. Vários estudos reforçam o importante papel da família como determinante nos resultados do processo de reabilitação (MACHADO; JORGE; FREITAS, 2009). Assim, percebe-se a primazia por uma assistência domiciliar ao idoso em detrimento à asilar, na qual a família representa um papel fundamental de assistência e proteção, geralmente assumida pelo cuidador familiar (BRASIL, 2010a).

Devido ao grande número de idosos acometidos pela DA, decorrentes do crescimento e envelhecimento populacional, surgiu a necessidade de criação de um Programa de Assistência para pacientes com Alzheimer (portaria GM/MS nº 703/2002), o qual será desenvolvido em conjunto com o MS e com as Secretarias de Saúde dos estados, distrito federal e municípios com auxílio das redes estaduais de assistência e centros de referência em assistência à saúde do idoso, responsabilizando-se pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação aos familiares e cuidadores (ABRAZ, 2013).

Em 2003, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, o Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741 de 2003, sendo este, uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, aumentando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O Capítulo IV da referida lei, reza especificamente sobre a atuação do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010a).

O Pacto pela Saúde no qual se inclui o Pacto pela Vida, foi publicado em fevereiro de 2006, por meio da Portaria/GM nº 399. A Saúde do Idoso aparece neste documento, como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da PNASI (BRASIL, 2010a).

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528 do MS, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que traz uma nova abordagem para a discussão da situação de saúde dos idosos. Essa consiste em incluir a condição funcional do idoso ao serem formuladas políticas para a saúde dessa população, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2002 (BRASIL, 2010a).

Com relação ao tema do estudo, foi aprovado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Alzheimer, conforme a Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010, que contém o conceito geral da doença de Alzheimer, critérios de diagnóstico, critérios

de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. Tem abrangência nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, não basta que esses dispositivos legais existam de direito, é imprescindível que todos estes programas voltados para a saúde do idoso sejam implementados nas UBS e em toda a rede assistencial do SUS. Na atenção básica, foco desta investigação, é necessário que a DA tenha seus sinais identificados precocemente pela equipe de saúde da família, além da promoção de uma assistência qualificada aos idosos com o diagnóstico da doença, para que assim os resultados dos tratamentos sejam satisfatórios, gerando assim uma melhor qualidade de vida para estes pacientes e para a família.

2.3 O cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer

O cuidar é um processo dinâmico e depende da interação, do respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família. Assim sendo, o processo de cuidar em enfermagem, consiste em olhar para a pessoa idosa, considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais, vivenciados pelo idoso individualmente e em seu contexto familiar, enquanto cliente da enfermagem (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2002).

O atendimento ao idoso acometido pela DA por parte da enfermagem exige, a princípio, o envolvimento de toda sua família e, sobretudo, daquele designado como cuidador, pois é impossível pensar no cuidado deste paciente sem envolver sua família, uma vez que ele se torna totalmente dependente da mesma. A figura definida como cuidador informal geralmente é um familiar que se responsabiliza pelos cuidados do paciente, mas que na maioria das vezes não possui conhecimentos científicos acerca da doença, necessitando de orientações de um profissional enfermeiro para desenvolver o cuidado adequado do paciente (CHAVES; SILVA 2007).

No cenário da Estratégia Saúde da Família, pontua-se a importância de uma equipe multiprofissional capacitada para promover assistência ao idoso com DA, sendo a enfermagem a categoria profissional que deve dispensar cuidados diretos a este paciente, os quais devem ser sistematizados por meio do Processo de Enfermagem (PE) para que sejam eficazes e efetivos. O PE representa o principal instrumento metodológico para o desempenho

sistemático da prática profissional dos enfermeiros, sendo constituído de cinco fases interdependentes e interrelacionadas (FIGUEIREDO et al., 2008).

As fases do PE incluem: levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação (COFEN, 2009). O levantamento de dados envolve a coleta e a organização de dados sobre o estado de saúde e de doença do cliente; o diagnóstico de enfermagem compreende a identificação, o delineamento e a validação das respostas do cliente às situações de saúde que estão dentro do âmbito da prática de enfermagem; a fase de planejamento da assistência refere-se ao momento do estabelecimento do plano de cuidados, envolvendo a definição dos resultados esperados (metas individualizadas passíveis de serem alcançadas pelos clientes após a execução das intervenções) e a prescrição da assistência, determinando de que modo a equipe de enfermagem pautará suas ações frente aos processos vitais reais ou potenciais apresentados pelo cliente de modo que as metas sejam alcançadas; a fase de implementação refere-se à execução propriamente dita do plano de cuidados, objetivando o alcance dos resultados esperados; e a quinta etapa, a avaliação, envolve a comparação entre a resposta do cliente ao cuidado de enfermagem e os resultados esperados, a fim de manter o planejamento, finalizá-lo ou modificá-lo (LEFÈVRE, 2005).

Assim, o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma necessidade verificada mundialmente, com vistas à padronizar a comunicação entre os profissionais e a melhorar a qualidade da assistência prestada, facilitando, viabilizando e prestando da melhor forma o cuidado ao idoso com Alzheimer (SAKANO; YOSHITOME, 2007).

Conforme ressalta a resolução do COFEN nº 358/2009, a SAE foi criada com o objetivo de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE, que consiste em um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009) De acordo com as disposições da Lei nº 7.498/86 e do decreto nº 94.406/87, ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem, cabendo-lhe, privativamente, a elaboração do diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das intervenções de enfermagem face a essas respostas (BRASIL, 1986).

Dessa forma, é possível destacar que a elaboração de diagnósticos de enfermagem na DA é primordial, pois é o enfermeiro que vai identificar inicialmente as principais alterações

identificadas no idoso. O profissional de enfermagem deve, inicialmente, estabelecer um vínculo paciente-família para um correto acompanhamento do indivíduo no seu processo de reabilitação.

Para Nettina (2012), na avaliação de idosos com Alzheimer é de competência do enfermeiro: realizar a avaliação cognitiva para orientação, introversão, pensamento abstrato, concentração, memória e capacidade verbal; avaliar alterações no comportamento e capacidade de realizar as atividades da vida diária como vestir-se, mover-se, ir ao banheiro, tomar banho; avaliar a nutrição e hidratação, verificar peso, turgor cutâneo, hábitos de refeição; e avaliar capacidade motora, força, tônus muscular e flexibilidade.

Essas avaliações podem ser feitas através da utilização dos seguintes instrumentos: o Questionário Informante sobre o Declínio Cognitivo do Idoso (IQ-CODE), a Escala de Katz e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

O IQ- CODE avalia a cognição entrevistando o cuidador ou alguém que tenha contato próximo ao paciente. Ele dispõe de 26 questões que avaliam o desempenho atual em diferentes situações da vida diária. O índice de Katz é uma escala mais descrita que avalia o desempenho em atividades da vida diária, ou seja, a capacidade funcional do indivíduo e as divide em rotineiras (tomar banho, vestir, ir ao banheiro, alimentar-se) e instrumentais (usar telefone, preparar comida, fazer compras, locomoção fora de casa). Classifica os pacientes em independente (I), dependente (D) e necessidades de assistência (A). O MEEM é o teste de rastreio e triagem mais utilizado no mundo, pois sua aplicação é rápida e autoexplicativa. Determina a extensão da avaliação cognitiva subsequente à sua aplicação em sujeitos com demência moderada e severa. É composto por diversas questões caracteristicamente agrupadas em sete categorias, cada uma com a finalidade de avaliar funções cognitivas específicas como orientação, retenção ou registro de dados, atenção e cálculos de memória e linguagem (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

Com base na breve apresentação desses instrumentos, é na fase do levantamento de dados que todas as informações referentes ao estado de saúde do idoso com Alzheimer são coletados, mediante a realização da anamnese e do exame físico, levando sempre em consideração as respostas emitidas pelo familiar cuidador e o estágio da doença, uma vez que pacientes com Alzheimer apresentam déficits cognitivos que são agravados mediante o estágio em que o paciente se encontra. Em seguida esses dados são analisados e julgados a fim de identificar e diagnosticar os problemas de enfermagem, sendo esta a fase da elaboração dos diagnósticos.

Fundamentando-se na coleta de dados e na identificação das características clínicas apresentados pelo idoso com Alzheimer, foram elencados os principais diagnósticos de enfermagem com suas respectivas intervenções e resultados esperados.

Diagnósticos de Enfermagem (DE)	Intervenções de enfermagem (IE)	Resultados Esperados (RE)
Memória prejudicada, relacionada à distúrbio neurológico, caracterizada por incapacidade de recordar informações factuais.	Treinamento da memória: - Estimular a memória através da repetição, do último pensamento que o paciente expressou quando adequado; - Dar uma orientação simples de cada vez; - Orientar a realização de jogos que estimulem a memória.	- Adotará medidas para ajudá-lo a lembrar de coisas essenciais, quando possível; - Aceitará as limitações impostas por sua condição e utilizará eficientemente os recursos disponíveis para estimular a memória;
Confusão Crônica, relacionada à incapacidade de avaliar a realidade secundária à degeneração dos neurônios cerebrais, evidenciada por disfunções cognitivas.	- Determinar o tipo e a extensão do déficit cognitivo, usando um instrumento padronizado; - Dar uma orientação de cada vez; - Orientar para a realização de atividades que lhe dão prazer, tanto individuais quanto grupais; - Orientar sempre o idoso quanto ao dia da semana, o mês, o ano e a hora;	- Diminuirá a confusão e a desorientação espacial e temporal;
Déficit no autocuidado, relacionado à alterações cognitivas, evidenciado pela incapacidade de realizar as AVD's.	- Realizar ou ajudar a atender as necessidades do cliente; - Elaborar um diário para registrar os progressos e praticar as atividades de vida independentes; - Ajudar o cliente a realizar as adaptações necessárias para realizar as AVD's.	- Realizará as atividades de autocuidado dentro dos limites de sua capacidade.
Risco de quedas, relacionado à dificuldades na marcha, dificuldades visuais e estado mental rebaixado.	- Monitorar o jeito de andar e o nível de equilíbrio; - Colocar itens pessoais ao alcance do paciente;	- Paciente não terá risco de quedas.

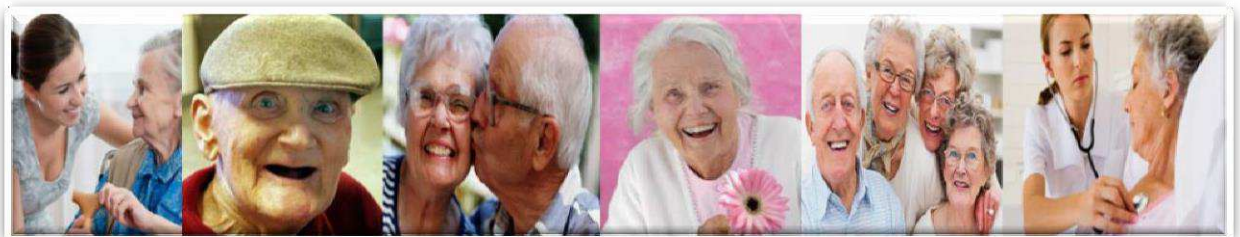
	<ul style="list-style-type: none"> - Usar as laterais da cama com comprimento e altura adequados para prevenir quedas; - Evitar objetos no chão; - Providenciar superfície antiderrapante no banheiro, barras de apoio no vaso sanitário e chuveiro; - Manter ambiente iluminado; 	
<p>Comunicação verbal prejudicada, relacionada com alteração no sistema nervoso central, evidenciada por dificuldade para expressar verbalmente os pensamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Manter o contato visual e ficar atento as expressões não verbais; - Tornar a comunicação simples e formar sentenças breves utilizando termos apropriados e recorrendo a todos os mecanismos de transmissão de informações: visuais, auditivos e cinestésicos; - Planejar outros métodos de comunicação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecerá um método de comunicação pelo qual possa expressar suas necessidades;
<p>Mobilidade física prejudicada, relacionada a distúrbio neuromuscular, evidenciada por dificuldade de deambular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar ou pedir ao paciente para mudar de posição periodicamente; - Estimular a participação do paciente em seu autocuidado e nas atividades ocupacionais, recreativas ou de lazer; - Adotar medidas de segurança necessárias à situação específica, inclusive controle do ambiente e prevenção de quedas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Manterá a integridade da pele; - Participará das atividades de vida diária;

A operacionalização do PE, portanto, é de grande valia diante de idosos com Alzheimer, pois proporciona ordem e direciona o cuidado de enfermagem através do

atendimento individualizado, garantindo o eficiente levantamento de dados e a elaboração e implementação de condutas para promoção da saúde, prevenção de complicações e tratamento da DA com qualidade. Para tanto, é imprescindível que os profissionais enfermeiros atuantes na AB possam ser qualificados para atender esta demanda, estimulando a função cognitiva, promovendo a segurança física, reduzindo a agitação e a ansiedade, promovendo a independência nas atividades de autocuidado, melhorando a comunicação, atendendo às necessidades de socialização e intimidades, promovendo nutrição adequada, e também atividade e repouso balanceados.

Assim, a assistência de enfermagem para ser efetiva no processo de cuidar do idoso com DA depende da interação e do bom relacionamento entre paciente, família e prestadores de cuidados, utilizando sempre uma linguagem clara ao ensinar ao paciente, à família e aos prestadores de cuidados, tendo ainda capacidade adequada e sensível para orientar, esclarecer e transmitir conhecimento acerca das práticas de vida saudável que o paciente com Alzheimer pode ter (NETTINA, 2012).

3 Metodologia



Fonte: Google Imagens, 2014.

3.1 Tipo de estudo

Consta de um estudo de campo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. De acordo com Lakatos e Marconi (2010), a pesquisa de campo é aquela que há investigação prática realizada no cenário onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Já a investigação exploratória é executada no âmbito em que há pouco conhecimento acumulado e sistematizado, apresentando-se geralmente como a primeira etapa para quem não conhece consideravelmente o campo que objetiva abordar. Os autores ainda elucidam sobre a pesquisa descritiva, que é aquela que expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno.

A abordagem qualitativa consiste na busca pela compreensão de um fenômeno específico em profundidade, lidando com descrições, comparações e interpretações, ou seja, há interação entre o partícipe e o observador (GIL, 2008). Minayo (2007) complementa a definição ao afirmar que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Santa Cruz, estado do Rio Grande do Norte, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde. A cidade está localizada na microrregião da Borborema Potiguar, a 115 km da capital do estado, Natal. O clima é semiárido, a área territorial é de 624,390 km² e de acordo com o censo realizado pelo IBGE no ano de 2012, sua população é de 36.477 habitantes. O município ficou conhecido nacionalmente depois da construção do complexo turístico do Alto de Santa Rita de Cássia, a maior estátua católica da América Latina com 56 metros de altura, fazendo com que Santa Cruz entrasse para o roteiro do turismo religioso do Rio Grande do Norte.

As USF's escolhidas para compor o cenário da pesquisa foram àquelas localizadas geograficamente na zona urbana do município e estão distribuídas da seguinte maneira: USF Bairro Maracujá, USF Bairro DNER, USF Conjunto Cônego Monte, USF's Centro 1 e 2, e USF's Bairro Paraíso 1 e 2, totalizando 07 (sete USF's). Para tanto, foi considerado a referência do quantitativo de Equipes de Saúde da Família (eSF) que estão distribuídas nas

referidas USF's, sendo 01 (uma) na USF Bairro Maracujá, 01 (uma) na USF Bairro DNER, 02 (duas) na USF Conjunto Cônego Monte, 02 (duas) na USF's Centro 1 e 2, e 04 (quatro) nas USF's Bairro Paraíso 1 e 2, contemplando 10 eSF's.

Considerando que a temática a ser abordada nesta pesquisa volta-se para a atenção ao idoso com Doença de Alzheimer (DA), foi realizado um levantamento prévio do número de idosos acompanhados pelas referidas equipes. Dessa forma, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, as 10 eSF's acompanham um total de 4.004 idosos e destes 30 possuem a confirmação diagnóstica da DA.

A escolha do local do estudo partiu da necessidade de melhorar a assistência ao idoso com DA na Atenção Básica, sobretudo por parte da enfermagem, uma vez que esta é a porta preferencial de entrada para os serviços de saúde. O idoso recebendo um acompanhamento com um alto nível de excelência pelas eSF's e sendo integralmente assistido conforme todas as suas necessidades de saúde, possibilitará uma menor incidência da doença e um melhor prognóstico e qualidade de vida para àqueles então acometidos.

3.3 População e amostra

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz (2014), existem atualmente 10 (dez) eSF's no município, distribuídas em 07 (sete) USF'S. Portanto, entendendo que cada eSF dispõe de 01 (um) enfermeiro, a população deste estudo a princípio seria esta. Assim, levando-se em consideração o limitado grupo populacional, foi considerado uma amostra inicial com o valor equivalente à população, ou seja, 10 (dez) enfermeiros atuantes na Atenção Básica do referido município. Como critérios de inclusão da amostra foram considerados:

- I) Aceitar participar livremente da pesquisa;
- II) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A); e
- III) Não estar de férias durante o período da coleta de dados.

Com base nos critérios de inclusão mencionados acima, no período de coleta de dados, dois enfermeiros estavam de férias, os quais foram excluídos da pesquisa, pois não entram nos critérios de inclusão, e um não foi encontrado na unidade por várias vezes quando procurado, restando 7 enfermeiros entrevistados.

3.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de um roteiro de entrevista (Apêndice B) elaborado pela pesquisadora participante exclusivamente para esta investigação, contendo questionamentos essencialmente subjetivos. Para guiar o processo de coleta foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada, a qual permite aos participantes da pesquisa espontaneidade, fluência do discurso e possibilidade de expressão das emoções e sentimentos dada à flexibilidade deste tipo de entrevista. Tudo o que foi abordado e expressado pelos participantes foi gravado por um aparelho de MP3 *player*. A entrevista semiestruturada caracteriza-se por indagações básicas embasadas em hipóteses que se relacionam a temática do estudo, dando ideia de novas hipóteses que surgem com as respostas dos entrevistados (BOGDAN; BIKLEN, 2013).

3.5 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de realização de entrevista junto aos enfermeiros selecionados para compor a amostra nas suas respectivas USF's no mês de julho e agosto de 2014. Anteriormente à coleta foram seguidos os seguintes passos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional à Secretária de Saúde do município de Santa Cruz – RN, para realizar a pesquisa nas referidas USF's, com sua devida assinatura, bem como a autorização do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com a devida assinatura da folha de rosto; 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após autorização da CEP, as atividades de coleta foram iniciadas, com prévias reuniões nas USF's com os enfermeiros, para permitir o acesso aos mesmos, bem como para explicar os propósitos da pesquisa. É importante destacar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido, explicado e assinado antes da obtenção das informações da pesquisa.

3.6 Análise dos dados

Tendo por base a natureza qualitativa da pesquisa, os dados foram analisados com a utilização da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), que consiste em um discurso síntese elaborado com trechos de discursos de sentidos semelhantes. Tendo como embasamento a teoria da Representação Social e seus desígnios sociológicos, o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que agrega depoimentos sem reduzi-los a quantidades, resolvendo assim um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa.

Conforme, Lefèvre e Lefèvre (2005), o Discurso do Sujeito Coletivo enumera, organiza e articula uma série de operações por meio de questões abertas, as quais redundam ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com expressões de diferentes depoimentos, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso.

A técnica é constituída de figuras metodológicas que possibilitam a tabulação dos dados provenientes dos relatos das participantes envolvidas no estudo, para, posteriormente, serem consolidados em um único discurso. Neste sentido para viabilizar este estudo, foram respeitados os passos operacionais apresentados abaixo, conforme referem Lefèvre e Lefèvre (2005):

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, obtidas para cada uma das questões norteadoras para o estudo. As expressões-chave denotam a prova discurso-empírico da verdade das ideias centrais;
2. Identificação da ideia central de cada uma das expressões-chave, constituindo a síntese dos conteúdos dessas expressões, ou seja, o que elas querem dizer efetivamente;
3. Identificação das ideias semelhantes ou complementares considerando as mesmas respostas de um questionamento proposto para a pesquisa, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelas participantes do estudo;
4. Reunião das expressões-chave frente às ideias centrais, semelhantes ou complementares em um discurso-síntese, como se todas tivessem sido proferidas por um mesmo indivíduo, construindo o Discurso do Sujeito Coletivo – DSC.

Após a realização das entrevistas com todos os participantes do estudo, os depoimentos foram cautelosamente transcritos na íntegra e todos os passos para a operacionalização da análise através da técnica proposta foram seguidos.

3.7 Aspectos Éticos

A eticidade do estudo teve como base as considerações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta os princípios éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos, assim como a Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que tem como fundamento o código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2012a; COFEN, 2007).

Dessa forma, os aspectos éticos respeitados nessa pesquisa foram: a garantia do anonimato dos participantes do estudo, assim como o sigilo das informações por estes prestadas; ser desenvolvida em indivíduos com autonomia plena, os quais poderão desistir da pesquisa em qualquer etapa, sem que nenhum prejuízo a este seja acarretado; esclarecer ao convidado a participar da pesquisa, a fim de familiarizar o participante com a proposta evidenciada no estudo e conseguir o consentimento do enfoque da pesquisa, assim como obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; utilizar os dados obtidos nessa pesquisa exclusivamente conforme o consentimento do participante (BRASIL, 2012a).

4 Análise e Discussão dos Resultados



Fonte: Google Imagens, 2014.

Neste capítulo serão expostos os resultados obtidos por meio do procedimento de coleta de dados junto aos profissionais de enfermagem que atuam nas eSF's do município de Santa Cruz - RN bem como a análise e discussão relevantes sobre o tema da pesquisa. Para uma melhor compreensão da leitura, duas sessões foram didaticamente construídas: a primeira relacionada ao perfil social e profissional dos participantes; e a segunda relacionada aos objetivos propostos na pesquisa.

4.1 Caracterização social e profissional dos participantes da pesquisa

A amostra do estudo foi composta por 07 enfermeiros e o perfil social e profissional dos entrevistados estão apresentados na Tabela 1, abrangendo seis variáveis, são elas: sexo, faixa etária, tempo de formação, tempo de atuação na atenção primária, titulação, e capacitação em saúde do idoso.

Tabela 1- Caracterização social e profissional dos participantes (n=7). Santa Cruz - RN, 2014.

Variáveis	f	%
Sexo		
<i>Feminino</i>	6	85,7
<i>Masculino</i>	1	14,3
Faixa etária		
<i>20 a 29 anos</i>	1	14,3
<i>30 a 39 anos</i>	5	71,4
<i>40 a 49 anos</i>	1	14,3
Tempo de formação		
<i>01 a 05 anos</i>	5	71,4
<i>06 a 10 anos</i>	2	28,6
Tempo de atuação na atenção primária		
<i>03 meses</i>	1	14,3
<i>4 anos</i>	4	57,1
<i>7 anos</i>	1	14,3
<i>10 anos</i>	1	14,3
Titulação		
<i>Graduação</i>	4	57,1
<i>Especialização</i>	3	42,9
Capacitação em saúde do idoso		
<i>Sim</i>	3	42,9
<i>Não</i>	4	57,1
TOTAL	7	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Diante da apresentação dos resultados do perfil social e profissional dos enfermeiros na Tabela 01, foi possível identificar que a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, constituindo 85,7%. Há um desequilíbrio na relação homem/mulher na enfermagem brasileira que foi atribuída à própria origem da profissão no Brasil, no início do século XX, onde os homens eram excluídos da profissão, pois defendiam o princípio de que a base da enfermagem é o instinto materno bem desenvolvido. Segundo Coelho (2005), apesar de haver uma afinidade histórica das mulheres com o cuidar, reconhece-se que preconceitos de gênero restringiram a participação dos homens na profissão. Mas, embora a enfermagem seja construída culturalmente como uma prática sexuada, feminina, os homens na profissão são uma realidade cada vez mais presente.

No que concerne a variável faixa etária, 71,4% dos entrevistados apresentaram idade entre 30 a 39 anos, o que representa uma faixa etária característica da plena atividade produtiva e, por conseguinte, são dotados de mais conhecimento apreendido com as experiências vivenciadas ao longo dos anos.

O tempo de formação profissional dos enfermeiros atuantes nas eSF's também é uma categoria interessante para análise. Os dados mostram que a maioria (n=5) tem entre um a cinco anos de formação, o que corresponde a 71,4%; e dois participantes possuem entre seis e dez anos, correspondendo aos 28,6%. Relacionando com o tempo de atuação na atenção primária, 57,1% atuam há 4 anos, período satisfatoriamente adequado para a efetivação do vínculo com a comunidade assistida, haja vista o contato e a responsabilização com os usuários, tornando-se grandes facilitadores na realização das práticas de educação e promoção da saúde, especialmente por manter um contato mais próximo com o contexto no qual vivem estes idosos.

Com relação a variável titulação, dos sete enfermeiros entrevistados, 57,1% tem apenas a graduação e 42,9% tem algum tipo de especialização, o que é de grande importância, pois contribui para sua eficiência profissional. Entretanto, não foram identificadas outras titulações superiores. Os enfermeiros da ESF devem estar sempre atentos a permanente necessidade de capacitação, para que eles possam realizar atividades voltadas a pessoa idosa de forma competente, humanizada e resolutiva, tornando essa assistência possível de ser realizada e desejada por todos, inclusive pelos gestores, docentes, profissionais e acima de tudo pela própria população (SILVESTRE, 2003). A capacitação de profissionais para atuar na área de envelhecimento e saúde do idoso é uma das ações prioritárias da Política Nacional do Idoso (BRUNO, 2009).

Um resultado que merece destaque é que 57,1% dos profissionais não participaram de nenhuma capacitação relacionada a saúde do idoso. Segundo Cardoso e Santos (2011), a formação do enfermeiro não pode simplesmente resumir-se ao que foi aprendido na graduação, mas sim buscar se capacitar, pois o mundo sofre constantes mudanças e o profissional tem que estar preparado para satisfazer a necessidade dos pacientes, pois ao se capacitar o profissional é transformado pelo que aprende, adquirindo condições amplas e plenas de atuar sobre o seu setor de trabalho, sendo, portanto, o agente de transformação de sua atividade laboral, contribuindo para o bem-estar do paciente e de sua família.

4.2 Dados referentes aos objetivos propostos

Os resultados apresentados neste tópico referem-se aos objetivos que nortearam este estudo, os quais foram: verificar a estrutura da rede de atenção à saúde do idoso com Alzheimer; averiguar a relação existente entre enfermeiro, idoso com Alzheimer, família e cuidador; identificar os cuidados prestados por enfermeiros ao idoso com Alzheimer; e construir uma linha de cuidado para o idoso com Alzheimer a partir da visão de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família. Diante de tais objetivos, os resultados foram analisados de acordo com cada questionamento feito aos participantes do estudo. A partir destes depoimentos foram construídos três quadros com as ideias centrais e os respectivos discursos do sujeito coletivo, conforme propõe a técnica descrita por Lefèvre e Lefèvre (2005). Para a preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa, a letra “E” foi utilizada para se referir a expressão “Enfermeiro” e os algarismos de 1 a 7 também foram empregados, respeitando-se assim, a sequência das entrevistas realizadas.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
Atenção básica como único eixo de serviços da rede de atenção ao idoso com Alzheimer	<i>A rede de atenção ao idoso com Alzheimer ela é feita por nós do PSF e não pela questão de estrutura da secretaria de saúde. (E2). O município não dispõe de um local para onde a gente possa referenciar os idosos com Alzheimer (E3). No momento na atenção primária a gente não encontra nada estruturado e organizado pra gente atender esses pacientes com Alzheimer (E4). Não existe no município nenhuma rede de atenção ao idoso com Alzheimer (E5). É... o município não tem essa rede estruturada (E6).</i>

Quadro 1. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: como está estruturada no município a rede de atenção ao idoso com Alzheimer?

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Diante da ideia central elaborada a partir do primeiro questionamento feito aos participantes do estudo, é possível constatar que no município de Santa Cruz - RN não existe uma rede estruturada para atender o idoso com Alzheimer, sendo este cuidado proporcionado apenas pela equipe atuante na ESF. Com isso, a atenção básica é a única referência que presta cuidados ao idoso com Alzheimer, causando assim uma fragilidade nesta assistência, não cumprindo plenamente, pois, com o que é preconizado na PNSPI (Portaria N° 2.528, de 19 de outubro de 2006), cuja finalidade é

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 os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006b, p.3).

A política estabelece dois grandes eixos norteadores para a integralidade nas ações dos serviços de saúde: o enfrentamento de fragilidades da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (PNAB, 2012b).

De acordo com Motta, Aguiar e Caldas (2011), no Brasil, a ESF foi delineada para dar uma nova orientação a atenção à saúde da população de modo geral, especialmente ao idoso, com a finalidade de promover uma melhor qualidade de vida, por exemplo, por intermédio da promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo igualitário para todos, as necessidades e demandas dos idosos vão variar, sendo necessário um fortalecimento do trabalho, ou seja, criar uma rede de atenção para contemplar não só os idosos com Alzheimer, mas também àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o cuidado apropriado ao idoso com Alzheimer requer um sistema de saúde articulado, com cada instância contribuindo para as ações das demais. A ESF mediu a reorientação do modelo assistencial, para que esta seja articulada com os níveis de atenção secundário e terciário, expandindo e fortalecendo a oferta da atenção básica e os idosos sejam atendidos em todos os níveis de atenção, havendo assim uma

assistência mais efetiva e eficiente, de acordo com os diferentes níveis de comprometimento relacionado a Doença de Alzheimer.

Com esse fortalecimento da atenção básica, a ESF se estabilizou e se qualificou como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, o que exige profissionais aptos a desenvolver atitudes efetivas e de impacto na atenção à saúde do idoso (SILVA; BORGES, 2008). É neste cenário que é oferecida à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer (BRASIL, 2006d).

Em contraponto, apesar dos avanços quanto aos princípios norteadores do SUS e as estratégias propostas, percebe-se que ainda se enfrenta uma série de dificuldades, destacando-se a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; falta de complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (PORTELLA, 2010). Todas essas fragilidades estão implicitamente evidenciadas nos resultados deste estudo, sobretudo pela inexistência de uma rede de atenção ao idoso efetiva.

Nesse sentido, os resultados deste estudo revelam que a assistência à saúde do idoso com DA não vem sendo realizada de modo adequado, uma vez que os profissionais não dispõem de uma rede de atenção bem estruturada. Segundo Mendes (2006) para organizar uma rede de atenção a saúde do idoso com DA, esta deve estar articulada com um conjunto de serviços de saúde, ligados entre si com foco nos mesmos objetivos, que é o de prestar assistência integral e contínua aos idosos acometidos com DA, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.

Para que uma rede de atenção ao idoso com Alzheimer seja construída, ela necessita de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população, que no caso desse estudo são os idosos com DA, é o primeiro elemento das redes de atenção a saúde. Segundo Mendes (2010) o conhecimento da população deve ser estruturado sob a responsabilidade fundamental da atenção primária, pois com a territorialização torna-se possível o cadastramento das famílias e dos idosos com Alzheimer.

O segundo elemento das redes de atenção a saúde é a estrutura operacional, que é constituída pela interligação das redes, na qual é constituída por cinco, que são: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os

sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010).

O terceiro elemento das redes de atenção a saúde são os modelos de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2010, p. 6),

os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas.

Com base no exposto, as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade da assistência, satisfação dos usuários, além de reduzir os custos em saúde. Esses resultados foram observados em diferentes situações de atenção a saúde, sendo que uma dessas linhas de cuidado está direcionada para a organização é a atenção a saúde da pessoa idosa. Em países estrangeiros como a Espanha o trabalho em redes melhorou a integração entre os gestores e prestadores de serviços, observando um impacto sobre os custos de atenção à saúde. Esse tema no Brasil ainda é recente, mas estudos tem mostrado uma semelhança do que ocorre nos países desenvolvidos, mostrando um impacto significativo nos níveis de saúde (MENDES, 2010).

Para nortear efetivamente a proposição da rede de atenção ao idoso com DA, a PNSPI estabelece as seguintes diretrizes referentes à saúde do idoso: promoção do envelhecimento saudável; manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, fator importante no idoso com DA; prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 2006b).

A PNSPI propõe atenção integral de forma estruturada nos moldes de uma linha de cuidado, baseado nos seus direitos, necessidades e preferências, assim como facilitando o seu acesso em todos os níveis de atenção, provindos de condições essenciais como infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado, além do desenvolvimento dos profissionais da

atenção básica e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com abordagens multiprofissional (BRASIL, 2006b).

Diante da necessidade de averiguar quais cuidados de enfermagem vêm sendo prestado aos idosos com Alzheimer, o Quadro 2 traz as ideias centrais e o discurso do sujeito coletivo referente a esta linha de discussão.

IDEIA CENTRAL 01	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Cuidados de enfermagem genéricos ao idoso com Alzheimer pautados no atendimento às necessidades humanas básicas</p>	<p><i>Nós fazemos as visitas domiciliares a eles, eu vou um mês aí a médica vai o outro [...] observamos as medicações, os que são contidos ao leito se tem feridas (E1). A orientação com o cuidador, a higienização, tudo isso causa o bem estar do paciente né? [...] A gente tem essa atenção a eles com a questão do uso de psicotrópicos, a questão de queda, de conversa (E2). Cuidados domiciliares, curativos, orientação de como cuidar do idoso, alimentação, higiene pessoal, questão de movimentação no leito [...] encaminha o pessoal da família ao psicólogo[...]e para assistente social (E3). Apoio a família [...] a família precisa ser esclarecida com relação ao desenvolvimento da doença, a evolução da doença (E5).</i></p>
IDEIA CENTRAL 02	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Ausência da utilização do processo de enfermagem como instrumento metodológico do cuidado ao idoso com Alzheimer</p>	<p><i>Esse processo de enfermagem não é... não é implementado no município, nem na nossa unidade, nós não temos um processo de enfermagem exclusivamente pra Alzheimer (E1). Não tem! Mas que se tivesse melhoraria a assistência [...] o Alzheimer precisa de cuidados (E2). Só no nome mesmo, não tem! [...] uma equipe multiprofissional é importante demais (E3). O processo de enfermagem não existe no município, mas que se tivesse seria muito importante para focar mais a atenção a esse paciente e conseguir resultados satisfatórios proporcionando uma melhor qualidade de vida a esse idoso (E4). A gente não tem!!!! Como a gente não tem né na área adstrita, não desenvolve nenhum processo de enfermagem (E5). Não tem essa estrutura no município. Se tivesse com certeza ajudaria, um protocolo bem estruturado, com certeza você iria seguir aquele protocolo e provavelmente melhoraria bastante esse cuidado (E6).</i></p>

Quadro 2. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente aos questionamentos: Como enfermeiro da USF, quais cuidados você presta ao idoso com Alzheimer? e quais cuidados são direcionados à família e/ou ao cuidador do idoso com Alzheimer? Como o processo de enfermagem é desenvolvido no acompanhamento de idosos com Alzheimer?

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Com base nas ideias centrais elaboradas a partir dos discursos dos participantes do estudo, é possível verificar que os cuidados prestados pelos enfermeiros da atenção primária

ao idoso com Alzheimer são apenas genéricos, pautados no atendimento as necessidades humanas básicas. Segundo Grande, Coube e Giordani (2012), cabe a Enfermagem realizar atividades de promoção e inclusão, baseando-se no processo de humanização onde analisa o cliente como um todo, não focando somente na patologia, mas sim visando seus valores, princípios, ideias e atitudes; proporcionando uma melhora na qualidade de vida desses portadores de Alzheimer. A equipe de enfermagem também apresenta conhecimentos técnicos, específicos e teóricos para elaboração e aplicação de tais atividades. As orientações passadas aos familiares visam enfatizar a importância do afeto, da comunicação, da dedicação, da paciência diante do estresse e esgotamento existente no decorrer do tratamento.

Devido a DA ser uma doença crônica, progressiva e degenerativa, com irreversível destruição dos neurônios, afeta a memória recente e as funções cognitivas do idoso, dificultando a realização das AVD's e tornando-os dependentes para o autocuidado, por isso a necessidade de orientar e conscientizar quais cuidados são adequados a cada cliente e que devem ser repassadas de forma sutil pela Enfermagem, devendo implantar os processos de humanização diante da fragilidade adquirida pela enfermidade, visando o emocional, o racional, a intuição e o espiritual, resultando numa visão holística. Todos os sintomas comportamentais devem ser averiguados e administrados com cautela para que se preserve o idoso com Alzheimer de complicações possíveis de serem prevenidas (GRANDE; COUBE; GIORDANI, 2012).

O cuidado no âmbito domiciliar proporciona o convívio com a família, o apoio e a proteção que o idoso com Alzheimer necessita (KARSCH, 2003). Sabe-se que a Política Nacional ao Idoso tem como pressuposto básico a permanência do idoso com a família, no entanto reconhece que isso só é possível com recursos, infraestrutura e apoio disponível, definindo para tanto diretrizes que devem nortear todas as ações da saúde, e indicando a responsabilidade institucional (BRASIL, 1996).

Conforme mencionaram os enfermeiros, as ações desenvolvidas no âmbito domiciliar consistem na visita domiciliar mensal; orientação quanto a alimentação; orientações para os cuidadores/familiares; observação da integridade da pele, orientando mudanças de decúbito para aqueles idosos restritos ao leito; higiene pessoal; e orientação quanto ao uso dos medicamentos.

Segundo Fonseca (2007), os cuidados dispensados ao idoso com DA, abrangem a manutenção das AVD,s, como também ações que visam manter não somente a integridade física, mas também a moral e a autonomia, através da manutenção e do estabelecimento de

comunicação com esse idoso e da estimulação da sua interação com o seu ambiente. De acordo com os resultados da pesquisa, esses cuidados eram dispensados aos idosos atendendo apenas as necessidades humanas básicas, não levando em consideração os aspectos biopsicossociais dos idosos.

A ação do cuidar é bastante complexa e envolve uma gama de atividades que precisam de planejamento por parte dos profissionais de saúde. Neste contexto, o papel do enfermeiro em parceria com o cuidador merece destaque, pois possibilita a organização de tarefas que devem ser realizadas no domicílio, dando privilégio aquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso e do próprio cuidador (VIEIRA, 2011).

A visita domiciliar é um momento importante do cuidado aos idosos com Alzheimer. Deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada idoso a ser visitado, sendo possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto desse cuidado. Essa atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa (SANTANA; SANTOS; CALDAS, 2007).

A assistência à saúde não deve ser confundida com assistência às doenças (MORAES, 2012). A saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis, mas é uma interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (BRASIL, 2006b). Na atenção básica, o enfermeiro contribui para a promoção do envelhecimento ativo, articulando seus conhecimentos com outros profissionais e atendendo o idoso com Alzheimer em todas as fases clínicas da doença. A escuta ativa é de grande importância, pois estimula os idosos a desenvolver suas atividades normais e a colocar suas habilidades em prática através de atividades motivadoras, estimulando as funções cognitivas para promover uma melhor qualidade de vida.

Além dos cuidados gerais relatados pelos enfermeiros nesta pesquisa, deve-se haver uma orientação quanto a estratégias de manejo dos sintomas comportamentais e psicológicos no idoso com Alzheimer. Dentre estes comportamentos, os mais frequentes são: furto, esconder objetos; agitação; reações catastróficas; fugas; perambulações; ataques de pânico; ausência de autocuidado; alucinações; delírios; autoviolência e depressão (FIGUEIREDO, 2012). Para cada um desses problemas existem estratégias específicas que devem ser construídas junto ao cuidador. Essa orientação não é feita exclusivamente no ambiente

ambulatorial. O enfermeiro dentro de suas atribuições e competências na atenção ao idoso está apto a realizar grupos de autoajuda e suporte, tanto para os idosos quanto para seus cuidadores, além de fazer visitas domiciliares e encaminhamentos para outros profissionais que compõem a equipe gerontológica, como terapeutas ocupacionais e neuropsicólogos (PESTANA; CALDAS, 2009).

A enfermagem tem buscado maneiras opcionais de cuidar do paciente com Alzheimer, acompanhado os estágios da doença e trabalhando de maneira terapêutica o déficit causado pela doença. Este trabalho é eficaz quando o acompanhamento se estabelece no hospital junto com uma equipe multidisciplinar, onde a enfermagem tem maior relevância pelo fato da função primária do cuidar (MOURA; MOURA, 2006).

Para que a assistência prestada aos idosos com Alzheimer pela ESF no município de Santa Cruz – RN seja eficiente, é necessária uma equipe multiprofissional (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, geriatras, neurologistas), na qual o enfermeiro seja o pilar dentro desta equipe, pois é através da anamnese, exame físico, aplicação de instrumentos de avaliação cognitiva e funcional que o enfermeiro será capaz de detectar os primeiros sinais da DA e encaminhar o idoso para uma avaliação mais completa com o neurologista. Uma vez identificada a DA, o enfermeiro deve construir uma linha de cuidados intra e extradomiciliar, para cada idoso, individualmente. Por meio da consulta de enfermagem deve identificar quem é o cuidador principal, como está estruturada e como funciona a dinâmica familiar e se ela conta ou não com estruturas de suporte (social e econômica).

Após essa avaliação que comprovou o diagnóstico, a família deve ser convidada para dar as orientações necessárias quanto à doença, tratamento e prognóstico. É indispensável que toda a família se abarque neste momento, pois é quando o enfermeiro dá as primeiras orientações e sugere a redefinição de questões familiares. A partir da primeira consulta, as de retorno devem ser agendadas com o propósito não somente de avaliar o idoso e a evolução do processo demencial, mas também para identificar as dificuldades encontradas pela família e junto a ela buscar soluções e alternativas para extinguir, ou pelo menos, minimizar os problemas surgidos (PESTANA; CALDAS, 2009).

Mediante os discursos expostos na Ideia Central 2, o processo de enfermagem não é implementado nas eSF's do município de Santa Cruz-RN, o que causa uma maior dificuldade por parte dos enfermeiros, em prestar uma assistência integral e de qualidade, de acordo com a individualidade de cada idoso com DA. Segundo Horta (1979), para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no

método científico. Este método de atuação da enfermagem é implementado por meio do processo de enfermagem.

Para ofertar os cuidados de enfermagem e de saúde aos idosos com DA, torna-se necessário investigar o estado de saúde atual destes através do o processo de enfermagem que, inicialmente, levanta os dados de saúde e assim subsidia o enfermeiro a estabelecer os diagnósticos de enfermagem e, por conseguinte, planejar e intervir com medidas de promoção, proteção, tratamento e reabilitação de saúde. Sem a efetivação do processo de enfermagem, a assistência da equipe corre o risco de não problematizar e nem resolver todas as necessidades do idoso. Consequentemente, o cuidado fica fragmentado e o idoso não será assistido e nem cuidado de forma holística, resultando em consequências como complicações e piora do prognóstico (MATTOS, 2011).

Torna-se essencial, pois, que o enfermeiro tenha conhecimentos adequados sobre a magnitude e complexidade do processo de envelhecimento a fim de possibilitar uma assistência sistematizada, qualificada e integral no cuidado domiciliar ao idoso fragilizado. Assim, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma necessidade verificada em todo o mundo, com vista à padronização da comunicação entre os profissionais e a melhoria da qualidade da assistência prestada, facilitando e viabilizando o cuidado ao idoso com Alzheimer de forma mais adequada, para que este venha a ter uma melhor qualidade de vida (BORN, 2008).

A partir das considerações supracitadas, os entrevistados foram abordados quanto ao seguinte questionamento: Quais os elementos/equipamentos/cuidados necessários para a criação de uma linha de cuidado ao idoso com Alzheimer? Os discursos podem ser visualizados no Quadro 3.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p>Diferentes níveis de atenção à saúde, intersetorialidade, participação familiar e capacitação profissional como elementos necessários à construção da linha de cuidados ao idoso com Alzheimer</p>	<p><i>[...] orientar os cuidadores [...] a gente encaminha pro CRAS, encaminha pra FACISA, que também é uma grande parceira nossa [...] assistência continuada, mês a mês (E1). Primeiramente capacitação pra gente, a gente só vê na graduação a parte de idoso [...] a questão do multiprofissional, psicólogo, assistente social, fisioterapia num é? (E3). Eu acho que em primeiro lugar você tem que tá orientando o cuidador [...] orientar a família e o cuidador (E4). [...] o acompanhamento médico, os exames, o referenciamento para os locais apropriados (E5). Primeiro um centro de referência né? Poderia montar também um grupo de cuidadores de idosos (E6).</i></p>

<i>Implantação de equipes multiprofissionais para acompanhar o idoso com doença de Alzheimer (E7).</i>
--

Quadro 3. Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao questionamento: quais os elementos/equipamentos/cuidados necessários para a criação de uma linha de cuidado ao idoso com Alzheimer?

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Diante do exposto no Quadro 3, os enfermeiros sugeriram algumas ideias para construção de uma linha de cuidados ao idoso com DA que resultou na seguinte Ideia Central: “Diferentes níveis de atenção à saúde, intersetorialidade, participação familiar e capacitação profissional como elementos necessários à construção da linha de cuidados ao idoso com Alzheimer”.

Cuidar de um idoso com Alzheimer requer uma assistência bastante complexa, ou seja, além de haver o acompanhamento nas eSF, esses idosos muitas vezes precisam ser referenciados para outros níveis de atenção, isso a depender do estágio da doença em que ele se encontra. Pois, o capítulo IV do Estatuto do Idoso, reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003).

De acordo com a análise do discurso do sujeito coletivo no Quadro 3 foi identificado ações intersetoriais entre a atenção básica e os serviços do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e grupo de acadêmicos de fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA-UFRN), na qual foi realizada uma parceria para atender aos idosos, dentre eles, os acometidos com a DA. As ações intersetoriais são de grande importância para a consolidação de uma linha de cuidados ao idoso com Alzheimer, uma vez que o idoso vai receber uma assistência mais especializada e a partir de outros segmentos sociais. A atuação intersetorial é prevista na ESF. Esta atribuição é reafirmada na PNAB de 2012, que orienta ao “*desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral*” (BRASIL, 2012b, p. 42).

A intersetorialidade é de grande importância para a consolidação da ESF para que, de fato, haja uma mudança no modelo de atenção à saúde, percebido como um processo de construção compartilhada por um amplo leque de atores sociais do Estado e da Sociedade Civil, portanto, participativo e democrático, visando responder as necessidades de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população em todo o percurso de produção da saúde (CAMPOS, 2004).

Segundo Rouquayrol (2006), estudos epidemiológicos de promoção da saúde, em desenvolvimento, mostram que os sistemas de saúde devem estar articulados com outros setores de atendimento social e áreas de estudo que se preocupam com o bem estar coletivo, levando-se em consideração que tarefas diversificadas exigem ações intersetoriais, com a efetiva participação comunitária, num esforço coletivo para a melhoria da qualidade de vida.

Outro ponto importante para análise encontrado nos depoimentos dos entrevistados foi a respeito da participação da família no cuidado ao idoso com DA. As orientações feitas pela enfermagem são indispensáveis, pois a família é quem lida diariamente com o idoso e precisa entender o que é a doença e como ela evolui para saber agir em determinadas situações.

De acordo com as políticas atuais de atenção ao idoso, o domicílio é tido como o melhor local para o idoso permanecer, pois possibilita a manutenção de sua autonomia, da dignidade e da identidade, o que é importante, pois o idoso com DA vai perdendo gradativamente a sua identidade e o ambiente domiciliar vai propiciar ao idoso o convívio com a família e a busca pelo seu eu (ZARIT, 2004). Muitas vezes, os familiares exercem a função de cuidador, sem apoio e orientações necessárias para garantir sua própria qualidade de vida, o que pode comprometer sua saúde e colocar em risco inclusive a saúde do idoso (INOUE; PEDRAZAZANI; PAVARINI, 2010). A família é um ponto de referência em todas as situações. É apontada pelos estudiosos do envelhecimento como o ponto chave para corresponder as questões como o bem-estar e a segurança (FONTE, 2002).

Neste cenário, torna-se fundamental que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde com estes familiares cuidadores, e para isso é preciso que ele tenha o entendimento integral a respeito de saúde e de qualidade de vida desses indivíduos, valorize a história de vida de cada um, estimule a autoconfiança, pratique a solidariedade e desenvolva atitudes e práticas de cidadania (MARTINS, 2007a). A sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado de um familiar é imensa. Não se pode exigir que os cuidados sejam corretamente executados sem que haja orientação. É fundamental que profissionais de saúde treinem o cuidador e supervisione a execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso com DA até que a família se sinta segura para assumi-la (CALDAS, 2003).

No que concerne a capacitação profissional para atender o idoso com Alzheimer, os enfermeiros atuantes na ESF relatam a necessidade de haver capacitações na área, a fim de facilitar e melhorar a assistência. É necessária uma educação continuada que vise abordar todo o processo de envelhecimento, como também as comorbidades aos quais os idosos estão suscetíveis, pois ao se capacitar, o profissional passa a ser agente de transformação de sua

atividade laboral, contribuindo para o bem estar do idoso com Alzheimer, como também da família.

De acordo com Martins (2007b), o Brasil hodierno, com um grande crescimento populacional, necessitou criar e empreender políticas que acrescentassem e incluíssem essa parcela significativa de nossa população. Assim, para mudar o modelo de atenção à saúde, focado ainda nos profissionais, a atenção deverá ser voltada para a formação e capacitação destes profissionais, enfatizando a atenção a saúde do idoso através de ações que visem a promoção da saúde, minimizando a dependência e potencializando a autonomia, de modo a favorecer uma velhice com a melhor qualidade de vida possível.

Em face ao evidenciado no Quadro 3, foi construída uma linha de cuidado ao idoso com Alzheimer, na visão de enfermeiros da atenção primária, agregando elementos indispensáveis para a efetivação de uma assistência multiprofissional, intersetorial e permeada pelo intuito de assegurar melhores níveis de qualidade de vida.

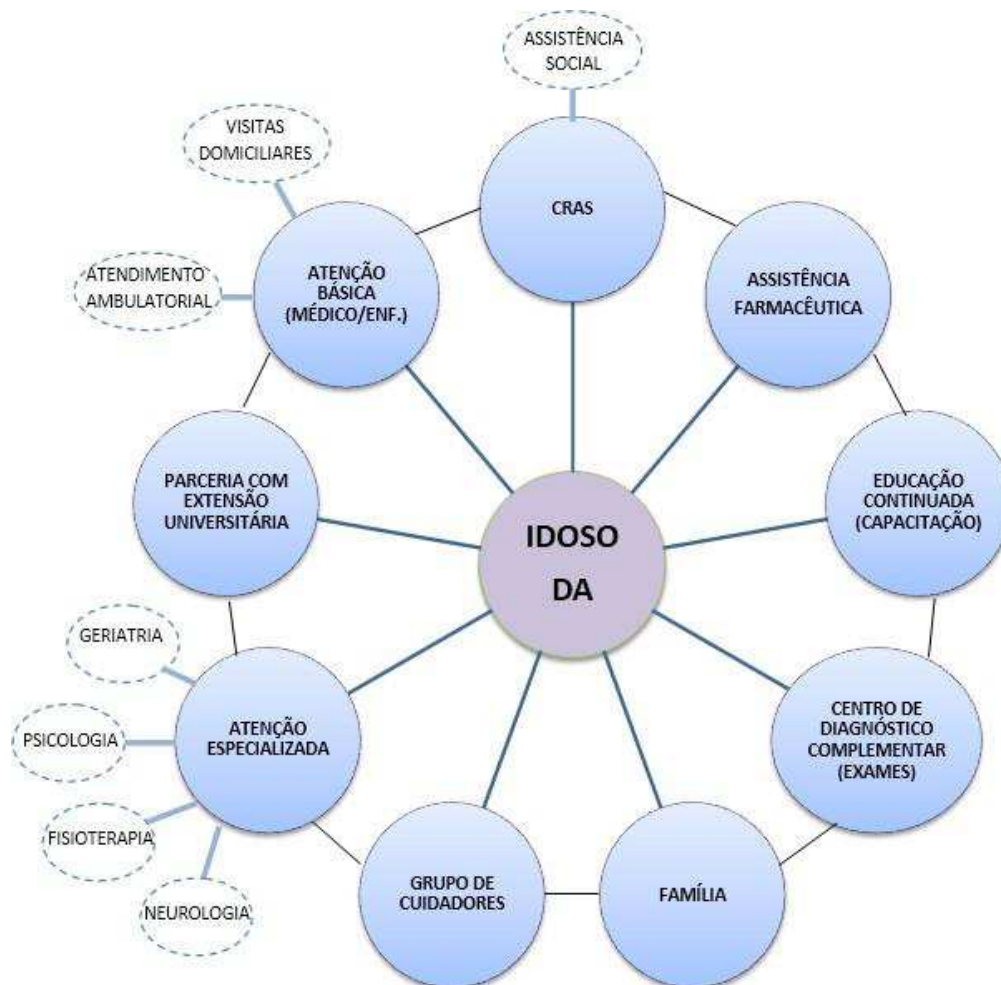


Figura 1 – Linha de cuidado ao idoso com Alzheimer proposta a partir da visão de enfermeiros da atenção primária do município de Santa Cruz – RN.
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com a Agência Nacional de Saúde (ANS), uma linha de cuidado é constituída por um conjunto de saberes, tecnologias e recursos que são necessários para enfrentar alguns riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a serem oferecidos de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, entendendo a sua implementação como estratégia central da organização e qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção (BRAGA, 2006).

Sobre a linha de cuidado é referido ainda, o fato que

implica um redirecionamento do processo de trabalho, no qual o bom funcionamento da equipe de trabalho é um de seus fundamentos mais importantes. Constituída assim, em sintonia com o universo dos usuários, esta linha tem como pressuposto o princípio constitucional da intersetorialidade e, por seu potencial de resolutividade, possibilita o surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização das práticas (PUCCA JÚNIOR, 2006, p. 243).

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser construída nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica (BRASIL, 2006b). É muito importante que cada Linha de Cuidado organizada tenha um gestor, pensando e operacionalizando seus fluxos, garantindo que os caminhos de acesso aos serviços permaneçam desobstruídos e fazendo uma “vigilância” pela não burocratização destes fluxos (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

A linha de cuidado ao idoso com Alzheimer apresentada, foi obtida através das falas dos enfermeiros que compõem a ESF do município de Santa Cruz – RN. Ela foi formulada para atender as necessidades destes pacientes de forma holística e humanizada, na qual o saber científico e tecnológico é destinado a esses idosos de forma continuada e articulada, entre as diferentes redes assistenciais de saúde e de redes de serviços e seus respectivos níveis de atenção.

A atenção básica tem um papel importante na composição da linha de cuidado ao idoso com DA, pois ela é a porta preferencial de entrada dos serviços de saúde, disponibilizando atendimento ambulatorial e visitas domiciliares (com ações de educação em saúde), que permite o acompanhamento cotidiano destes idosos, tanto pelo enfermeiro, como pelo médico da ESF.

A parceria com a extensão universitária, no caso, a FACISA-UFRN, com os acadêmicos de fisioterapia, desvelam a importância de sua existência na relação estabelecida entre instituição e sociedade, trazendo benefícios tanto para os acadêmicos, como para a comunidade, pois propicia troca de conhecimentos, uma vez que os alunos colocam em prática o que aprenderam na teoria, e os idosos são beneficiados com a assistência prestada pelos mesmos. Este cenário torna-se um espaço diferenciado para novas experiências voltadas para a humanização, o cuidado e à qualificação da atenção à saúde desses idosos.

Segundo o Plano Nacional de Extensão Universitária (PNEU, 2001), as atividades realizadas na comunidade pelos universitários têm como objetivo produzir saberes, tanto científicos como tecnológicos, tornando-se acessíveis a população. A universidade tem como foco levar conhecimento e benefícios a população, para que elas usufruam dos resultados obtidos pela atividade acadêmica.

A atenção especializada é um fator de grande relevância, pois os idosos com DA necessitam de cuidados especializados. O acompanhamento com geriatra e neurologista se faz necessário, pois são especialidades médicas voltadas para saúde do idoso e para problemas neurológicos, respectivamente, e, como se sabe, o Alzheimer não tem cura, mas demanda medicamentos capazes de retardar o processo de destruição neuronal, proporcionando assim uma melhor sobrevida destes pacientes.

Para a família e/ou cuidador manter uma atenção ao idoso com Alzheimer é uma tarefa difícil, que requer paciência e determinação; o psicólogo é indispensável nessas situações, pois muitas vezes, os familiares precisam deste tipo de acompanhamento para aliviar o estresse e cuidar da saúde mental, que pode vir a afetar a convivência com os idosos e assim atrapalhar o tratamento oferecido. Com a evolução da doença o idoso tem déficits cognitivos que os impedem de realizar as AVD's, então a fisioterapia também tem sua importância no tratamento dos idosos com DA, principalmente quando se é diagnosticado precocemente, preservando as funções motoras e favorecendo uma melhor qualidade de vida. Deste modo, um tratamento especializado, permite que os idosos alcancem um nível cognitivo e funcional mais elevado, refletindo uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes, como também de seus cuidadores (ÁVILA, 2003).

Os Grupos de cuidadores e as famílias que constituem a linha de cuidado estão intimamente relacionados, pois, muitas vezes o próprio cuidador do idoso é alguém da família. Quando há a confirmação do diagnóstico de DA, a família sofre um choque que por muitas vezes desestrutura toda a rotina familiar. Torna-se necessário realizar uma intervenção junto a esses familiares, pois a qualidade de vida de pacientes com demência depende,

primordialmente, daqueles que são responsáveis por seu cuidado. Dessa forma, a grande maioria das abordagens terapêuticas inclui trabalhos com grupos de familiares e cuidadores. Os grupos geralmente têm dois objetivos principais: ajudar a família a lidar melhor com sua sobrecarga emocional e ocupacional gerada pelo cuidado intensivo e dar subsídios para a família ajudar o paciente com suas dificuldades (BOTTINO, 2002). Neste grupo, os cuidadores poderão trocar experiências e crescer mutuamente, pois o cuidador passa a entender o processo de envelhecimento e suas possíveis implicações na sua vida e na do idoso de quem cuida, através de depoimentos de pessoas que estão vivenciando os mesmos problemas, instigando-os a criar estratégias de enfrentamento para realizar mudanças no seu modo de vida, o que tornará o cuidado ao idoso com Alzheimer mais leve.

O diagnóstico precoce da DA permite que o médico tenha melhores condições de intervir em benefício a saúde do idoso, fato este que só será possível através da articulação com um Centro de Diagnóstico Complementar. O idoso ao apresentar os primeiros sintomas da doença deve ser levado na ESF, para que o enfermeiro o avalie de forma integral, obtendo sua história clínica e o encaminhando para o referido Centro a fim de que sejam realizados exames específicos para a conclusão do diagnóstico, pois quanto mais tempo se leva para diagnosticar a doença, mais o tecido neuronal é comprometido e as alterações cognitivas se instalam, afetando a funcionalidade do idoso e o comportamento como um todo.

Os idosos com Alzheimer necessitam de uma atenção integral, prestada por profissionais capacitados, que buscam se profissionalizar a fim de prestar uma assistência de qualidade. Nessa lógica, a educação continuada se torna indispensável, uma vez que estes profissionais estão envolvidos diretamente no cuidado a estes idosos. O Estatuto do Idoso em seu Artigo 18, no Capítulo IV do direito à saúde, diz que

as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003, p.16).

As capacitações implicam despertar no profissional da saúde o reconhecimento do idoso como cidadão, conhecendo a realidade social e de saúde dessa população específica, das tecnologias assistenciais existentes, dos recursos disponíveis e dos dispositivos legais como instrumentos indispensáveis para o desenvolvimento de ações de saúde. O profissional deve estar preparado para perceber no idoso a potencialidade para o autocuidado, a necessidade de interdependência para o cuidado e a importância de preservar a autonomia (MARTINS, 2007b).

A PNSPI estabelece e prevê em suas diretrizes a capacitação dos recursos humanos envolvidos no cuidado ao idoso. Tal diretriz exige o envolvimento de todos os órgãos públicos, instituições de saúde, instituições formadoras e da própria sociedade na sua efetivação para além de um discurso ideológico, ou seja, sua efetivação na prática (MARTINS, 2007b).

O último eixo apresentado na linha de cuidado é a assistência farmacêutica, na qual os idosos diagnosticados com DA, devem receber informações necessárias à correta utilização dos medicamentos, como também devem receber na UBS ou na farmácia básica do município os medicamentos indispensáveis para oferecer uma melhor qualidade de vida, uma vez que os medicamentos para o idoso com Alzheimer retardam o processo de destruição dos neurônios, minimizando assim as alterações cognitivas que o idoso apresenta à medida que a doença evolui.

A assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando assegurar a acessibilidade da população à farmacoterapia de qualidade e contribuir para o uso racional dos medicamentos (BRASIL, 2009). De acordo com o Estatuto do Idoso, Capítulo IV, inciso 2, *“incumbe o Poder Público, fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses e órteses, e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”* (BRASIL, 2003, p. 14).

Com base nas discussões anteriores, a questão da intersetorialidade se faz presente, na articulação da ESF com o CRAS, que além de ofertar serviços e ações de proteção básica, possui a função de gestão territorial da rede de assistência social básica, promovendo organização e a articulação das unidades a ele referenciadas e o gerenciamento dos processos nele envolvidos. Os cuidadores e os idosos com Alzheimer são encaminhados para o CRAS, para um acompanhamento que vise fortalecer a função protetiva das famílias, a ruptura de vínculos, uma vez que os cuidadores na maioria das vezes ficam sobrecarregados e necessitam desse acompanhamento.

De acordo com a linha de cuidado proposta pelos enfermeiros participantes do estudo, surge a necessidade de incluir três outros elementos para que a Linha de Cuidado se torne ideal: a implementação do processo de enfermagem como instrumento metodológico do cuidado sistematizado ao idoso com Alzheimer; a participação da gestão (nas três esferas) garantindo o que determina o Artigo 196 da Constituição em que *“a saúde é um direito de todos e dever do estado”*. Logo, como dever, o estado tem que propiciar a consolidação de

todos os eixos contidos na linha proposta, conformando assim a efetivação da rede de atenção em saúde; e por último, a inclusão do profissional fonoaudiólogo na atenção especializada que esse idoso irá receber, uma vez que há comprometimento da linguagem e da deglutição desses idosos.

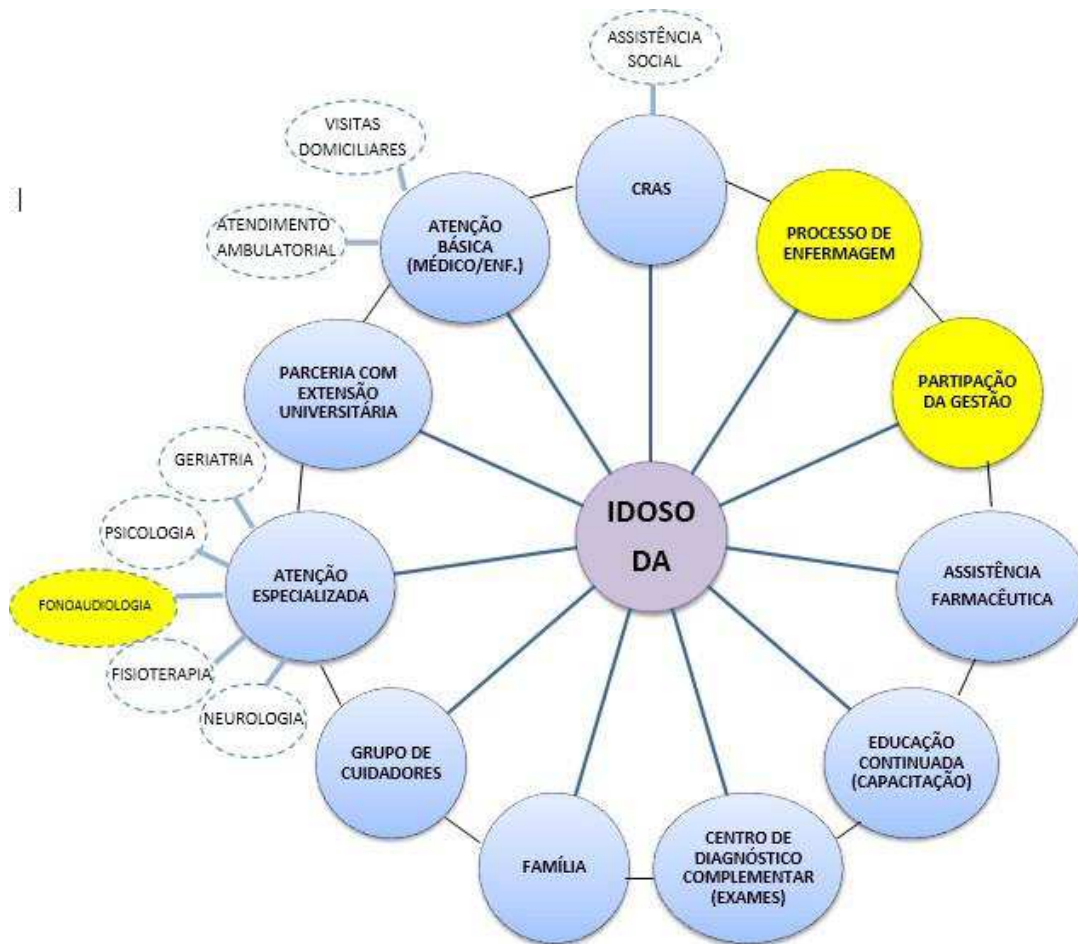


Figura 2 – Linha de cuidado integral ao idoso com Alzheimer.
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Analisando as falas dos enfermeiros participantes da pesquisa, o processo de enfermagem não é implementado no município de Santa Cruz – RN, mas segundo os mesmos, se houvesse essa implantação, a assistência a esses idosos teria melhor qualidade. Embora tenham exposto opinião favorável ao processo de enfermagem, quando questionados sobre “Quais os elementos/equipamentos/cuidados necessários para a criação de uma linha de cuidado ao idoso com Alzheimer?”, os enfermeiros não citaram o processo de enfermagem como importante para integrar a linha de cuidado.

A aplicação do processo de enfermagem é de suma importância para os idosos com DA, pois possibilita a organização e direcionamento do cuidado a esses idosos, sendo a essência, o instrumento e a metodologia da prática de enfermagem, ajudando o profissional enfermeiro a tomar decisões e a prever e avaliar as consequências. O processo de enfermagem tem a finalidade de sistematizar a assistência e com isso qualificá-la através do atendimento que prioriza a individualidade de cada um e sustentado pelo método, que garante o levantamento de dados específicos do sujeito para a elaboração de condutas que lhes proporcionem promoção em saúde, prevenção de complicações e tratamento de agravos de forma eficaz, eficiente e efetiva (MATTOS, 2011).

A participação da gestão foi incluída na linha de cuidado, pois todos os outros eixos que compõem a linha não terão finalidade alguma se não houver o apoio da gestão federal, estadual e municipal que garantam a realização das mesmas. Logo, para que a linha de cuidado tenha plena operacionalização é importante que haja um pacto entre os gestores das Unidades de Saúde e entre os gestores municipais de acordo com a regionalização da rede assistencial. É necessário que haja um acordo de funcionamento, feito por todas as chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos entre os que coordenam as Unidades da Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, a rede especializada, a assistência social e a extensão universitária, para que os serviços de saúde se organizem para garantir que os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica, tranquila, assegurando o acesso aos usuários (FRANCO, 2003).

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que abrange a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. A implementação e a gestão do SUS são, portanto, também obrigações dos municípios, que devem trabalhar em consonância às demais esferas de governo, na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde (BRASIL, 2009).

É importante que o gestor municipal realize uma integração com os serviços de saúde que existe no município. Para que isso ocorra é importante que cada serviço de saúde conheça o território que estará sob sua responsabilidade e os compromissos assumidos com a gestão do SUS. Para isso, as unidades da rede básica devem constituir uma relação de compromisso com a população a ela adscrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada indivíduo. Sempre que necessário, deve-se assegurar a referência da rede básica de saúde para as unidades da rede especializada, buscando garantir a integralidade da atenção. O gestor municipal deve garantir

que a população sob sua responsabilidade tenha acesso à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos (BRASIL, 2009).

O último elemento acrescentado a linha de cuidado ao idoso com Alzheimer, foi o profissional fonoaudiólogo na participação da atenção especializada, pois a medida que a DA evolui, o idoso tende a apresentar problemas na comunicação oral e também na deglutição. Isso ocorre devido à deterioração no "estoque semântico", ou podem ser interpretadas como falhas de acesso a esse estoque, relacionadas a processos atencionais e executivos. A estas investigações, acrescentam-se, paulatinamente, estudos descrevendo alterações semânticas, sintáticas e discursivas, tanto na comunicação oral quanto na comunicação gráfica (ORTIZ; BERTOLUCCI, 2005). Sendo assim, segundo Ávila (2003), quanto mais precoce for realizado o diagnóstico da DA e iniciado o tratamento, melhores resultados serão obtidos, pois o paciente poderá manter-se em um nível cognitivo e funcional mais elevado, o que possibilitará ainda que o paciente permaneça mais tempo independente, evitando inclusive maiores sobrecargas a seus familiares.

Nesse sentido, sugere-se que o funcionamento da linha de cuidado aconteça da seguinte forma: se o idoso começou a apresentar sinais da DA, como comprometimento da memória recente, que é um dos sinais mais evidentes da DA, o enfermeiro deverá encaminhá-lo para um serviço de assistência especializada, onde geriatras, psicólogos e neurologistas irão requisitar uma série de exames que podem ser realizados no Centro de Diagnóstico Complementar; uma vez confirmado a DA, o idoso será acompanhado por uma equipe capacitada, na qual o enfermeiro da unidade irá se utilizar do processo de enfermagem para sistematizar a assistência a esse idoso, traçando diagnósticos de enfermagem e intervenções com base na investigação dos dados acerca da saúde e da doença do idoso, de forma individualizada, para que este venha a ter uma melhor qualidade de vida.

Compete ao enfermeiro orientar a família quanto à doença e aos cuidados que serão prestados ao idoso, como também encaminhar o cuidador e/ou familiar para o CRAS, onde terão toda a assistência familiar necessária, como também a ajuda da atenção especializada, no caso, o psicólogo, que irá ajudar cuidando da saúde mental do cuidador e/ou familiar, que muitas vezes irá se sentir sobrecarregado, o que poderá dificultar o cuidado que será dispensado ao idoso com DA. Pode-se também encaminhá-los para um grupo de cuidadores, para que eles possam compartilhar as experiências vivenciadas, e com isso ajudar na prestação de um cuidado mais eficiente. Os medicamentos utilizados pelos idosos são distribuídos pelo SUS de forma gratuita e o enfermeiro deverá garantir a dispensação desses

medicamentos na UBS, orientando quanto a administração correta. Por meio da parceria com a extensão universitária, os alunos do curso de fisioterapia da FACISA/UFRN poderão acompanhar o enfermeiro nas visitas domiciliares, e prestar sua assistência, a fim de que o idoso possa manter ou melhorar suas funções motoras e realizar eficientemente as AVD's.

5 Considerações Finais



Fonte: Google Imagens, 2014.

De posse dos resultados obtidos na pesquisa, foi possível observar que o município de Santa Cruz – RN não possui uma rede estruturada de cuidado ao idoso com Alzheimer, sendo este, realizado pelos enfermeiros da atenção básica através de visitas domiciliares e consultas de enfermagem no espaço ambulatorial; orientações quanto aos medicamentos utilizados; realização de curativos quando necessário para aqueles pacientes restritos ao leito; orientação aos cuidadores quanto a doença. Não existe, portanto, um sistema de referência para que os idosos possam ser encaminhados para acompanhamento com especialistas, deixando assim a atenção básica fragilizada e o cuidado ao idoso com Alzheimer fragmentado, e consequentemente, ineficaz.

A linha de cuidado ao idoso com Alzheimer foi idealizada através da visão de enfermeiros atuantes na ESF. Ela foi construída com a finalidade de prestar uma assistência integral a esses idosos, de forma holística e humanizada, nos vários níveis de atenção a saúde, clarificando o processo de cuidado destinado ao idoso com DA, assim como a tomada de decisões nas rotinas diárias dos serviços de saúde, direcionando a atenção ao idoso dentro dessa linha de cuidado e reduzindo significativamente os fatores associados às morbidades que acometem esta população.

Desenvolver uma linha de cuidado ao idoso com Alzheimer é um ato inovador. Pouco se sabe acerca do assunto e dos benefícios que ela pode proporcionar a população, prova disso, é a inexistência de uma linha voltada para atender ao idoso com Alzheimer, que requer uma assistência bastante complexa. O número de idosos com essa doença cresceu muito nos últimos tempos em decorrência do aumento da expectativa de vida e do decréscimo das taxas de natalidade, se tornando comum encontrar idosos e famílias vivenciando esse tipo de problema sem ter nenhum acompanhamento por parte da atenção primária, o que acarreta uma baixa qualidade de vida e aumenta as morbidades associadas ao Alzheimer.

A construção dessa linha veio para revolucionar a atenção básica e contemplar não só os idosos acometidos com a DA, mas também a família, que terá todo apoio e orientações necessárias, além do acompanhamento rotineiro da equipe de saúde; o sistema público de saúde, que terá menos gastos com internações repetidas e de alto custo; e a própria equipe de saúde da ESF que saberá direcionar o cuidado a esse idoso, para que ele tenha uma melhor qualidade de vida, fazendo valer o que está preconizado na PNSPI e no Estatuto do Idoso.

Para que essa linha de cuidado seja implantada no município de Santa Cruz – RN e em quaisquer municípios do Brasil, deve haver, inicialmente uma reorganização dos serviços de saúde, através da estruturação de rede de atenção ao idoso com DA, na qual essa linha possa

ser implantada e executada de forma eficaz, promovendo uma mudança significativa na vida desses idosos.

Assim, fica exposta a relevante contribuição que essa pesquisa trouxe para a atenção à saúde da população idosa e seus familiares, para a ciência e para a prática da enfermagem, assim como para os serviços de saúde e as equipes que compõe as ESF. Sugere-se que outras pesquisas científicas sejam desenvolvidas nesta temática e que, de fato, a implementação dos cuidados aos idosos com Alzheimer seja pautada numa linha assistencial, assegurando todos os benefícios na proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Referências



Fonte: Google Imagens, 2014.

ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. **Atualizações científicas**. 2013. Disponível em: <http://www.abraz.com.br/> Acesso em: 13 nov 2013.

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. Psiq. Clín.** Belo Horizonte; v. 32, n.3, Maio-Jun 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300005>. Acesso em: 13 jan. 2014.

ALVES, G.G.; AERTS, D. As práticas educativas em Saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1. Rio de Janeiro. Jan 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000100034&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 fev. 2014.

ALVES, L. et al. Doença de Alzheimer: Uma revisão orientada para a prática clínica. **Front. Neurol. [online]**, v.3, n.63. Abril 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330267/>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

APA. Associação Psiquiatra Americana. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 168-77.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J.E.; YASSUDA, M.S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v.7, n.1, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=507147&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

ÁVILA, R. Resultados da reabilitação neuropsicológica pacientes com doença de Alzheimer leve. **Rev. Psiq. clín.**, v. 30, n. 4, pp. 139-146. 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n4/v30n4a04>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

BENEDET, A. L. **Associação entre as estimativas de ancestralidade genômica e a ocorrência e severidade da Doença de Alzheimer**. Dissertação (Pós-graduação em Ciências Médicas) – Universidade de Brasília – Ciências Médicas, Brasília, 2011, 73f. Disponível em:< http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10240/1/2011_AndreaLessaBenedet.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2014.

BIRKS, J. Os inibidores da colinesterase para Doença de Alzheimer. **Cochrane Database Syst Rev**, v.1, Jan 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437532>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Edição/reimpressão: 2013. Porto Editora, 2013. p. 336.

BORN, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - **Manual do Cuidador da Pessoa Idosa/Tomiko Born (organizadora)** – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008. 330 p.

BOTTINO, C. M. C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 60, n. 1, Mar. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Ago. 2014.

BRADLEY, W.G. et al. **Neurologia na Prática Clínica**. 4ª edição. Butterworth-Heinemann: Massachusetts, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal nº. 7.498/1986, Regulamentada pelo Decreto Federal nº. 94906/87. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental**. Brasília, DF: Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final de século. Brasília, 1996.

_____. **Plano Nacional de Extensão Universitária**. Edição atualizada. 2001. Disponível em: <<http://www.portal.ufpa.br/docsege/Planonacionaldeextensaouniversitaria.pdf>>. Acesso em: 13 de ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 703 de 12 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. **Estatuto do Idoso**. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 fev. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006b.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 192 p., 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 46 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010a. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas -Doença de Alzheimer**. Brasília 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Série E. Legislação em Saúde) Brasília, 2012b.

BRUNO, C. T. S. **A linha de cuidado ao idoso nas redes assistenciais de Fortaleza- CE- Visão de gestores**. 2009.123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-81, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300009>. Acesso em: 15 ago. 2014.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v. 63, n.2, mar-abr 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S003471672010000200017&lng=en&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 26 jan. 2014

CAMPOS, G.W. et al. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

CARAMELLI, P. et al. Grupo para Recomendações em DA e Demência Vascular da Academia Brasileira de Neurologia. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil - Exames complementares. **Dementia & Neuropsychologia**, v.5, n.3, p.11-19, 2011. Disponível em: <<http://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/08/Manual-de-recomenda%C3%A7%C3%B5es-da-ABN-em-Alzheimer-2011.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

CARDOSO, J. C.; SANTOS, J. C. J. A importância da capacitação para equipe de enfermagem atuante em UTI. 2011. **Anais eletrônicos**. Disponível em:<http://fio.edu.br/cic/anais/2011_x_cic/PDF/Enfermagem/A%20IMPORTANCIA%20DA%20CAPACITACAO.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2014.

CERQUEIRA, A.T.A.R.; OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol. USP**; v. 13, n. 1, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CHANDRA, V. et al. Incidência da Doença de Alzheimer em uma comunidade rural na Índia: O Estudo Indo EUA. **Neurology**. v.57, n.01, p. 985-989, set. 2001. Disponível em: <<https://www.neurology.org/content/57/6/985.short>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

CHAVES, M. I. F. **Diagnóstico diferencial das doenças demenciantes**. In O.V. Frolenza & P. Caramelli. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 81-106.

CHAVES, L. L.; SILVA, M. S. A. Sistematização do Atendimento de Enfermagem ao idoso portador da Doença de Alzheimer em domicílio. **Rev. Meio Amb. Saúde**. v.2, n.1, p. 60-75, 2007. Disponível em:<[http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202\(1\)%2060-75..pdf](http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%202(1)%2060-75..pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2014.

CHAVES, M.L., et al. Incidência de comprometimento cognitivo leve e Doença de Alzheimer no Sul do Brasil. **J Psychiatry Geriatr Neurol**. v.22, n.3, p. 181-7. Set 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19307320>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

CHU, L.W. Doença de Alzheimer: Diagnóstico precoce e tratamento. **Hong Kong Med Journal**. v.3, n. 18, p.228-37. jun 2012. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22665688>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

COELHO, E.C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2005, vol.58, n.3, pp. 345-348 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300018>. Acesso em: 22 dez. 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2009.

CORREA, A. C. O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. 1ª ed. Belo Horizonte: Health, 1996.

COSTA, E.G. et al. Análise da deglutição em sujeitos portadores de doença de Alzheimer. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v.74, n.1, jan-fev 2008. Disponível em: <<http://www.rborl.org.br/39cbo/da.asp?f=5121>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

DECESARO, M.N.; MELLO, R.; MARLON, S.S. Capacidade funcional em idosos com Doença de Alzheimer. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2009, Fortaleza. **Anais eletrônicos**. Transformação social e sustentabilidade ambiental. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/02657.pdf. Acesso em: 12 dez 2013.

DIAMOND, J. **Relatório sobre a Doença de Alzheimer e da pesquisa atual**. Toronto: Sociedade do Alzheimer do Canadá. 2008. Disponível em:<http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Research/Research_Lay_Report_2011_e.ashx>. Acesso em: 19 nov. 2013.

DUBOIS, B. et al. Rever a definição da Doença de Alzheimer: Um novo léxico. **The Lancet Neurology**, v.9, n. 11, p. 1118-1127, Nov. 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1474-4422\(10\)70223-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1474-4422(10)70223-4/abstract)>. Acesso em: 09 jan. 2014.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo do envelhecimento**. 2. ed. São Paulo: Yendis, 2012.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.4, p. 464-9. jul-ago 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 jan. 2014.

FONSECA, A. M. **O cuidado domiciliário ao idoso com doença de Alzheimer: um enfoque ao cuidador** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Centro de ciências biológicas e da saúde, Universidade federal do estado do rio de janeiro; 2007.

FONTE, I. B. Diretrizes Internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice. In: XII ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2002, Minas Gerais. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_PO4_Fonte_texto.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES Jr. H. **A Integralidade e as Linhas de Cuidado**; in MERHY, E.E. et al. O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.

FROTA, N. A. F. et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. **Dementia & Neuropsychologia**. v. 5, supl 1, n.0, p. 5-10, Jun 2011. Disponível em:<http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=281>. Acesso em: 16 dez. 2013.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo. v. 24 (Suppl 1), p. 3-6. Abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000500002&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 dez. 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L., et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, Jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Ago. 2014.

GONÇALVES L. H. T.; ALVAREZ A. M.; SANTOS S. M. A. **Os cuidadores leigos de pessoas idosas**. In: DUARTE, Y.A.O., DIOGO, M.J.D.E. Atendimento domiciliar – um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

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, dez. 2012. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 dez. 2013.

GRANDE, A. M.; COUBE, M. A.; GIORDANI, A. T. **O idoso portador de Alzheimer: cuidados de enfermagem e orientações aos familiares para o cuidado domiciliar**, [s.l], 2012. Disponível em: <<http://www.rnsaude.com.br/site/artigos/o-idoso-portador-de-alzheimer-cuidados-de-enfermagem-e-orientacoes-aos-familiares-para-o-cuidado-domiciliar.html>>. Acesso em: 06 ago. 2014

HENDRIE H.C. et al. **Incidência de demência e doença de Alzheimer em duas comunidades: Yoruba, que residem em Ibadan, na Nigéria, e os afro-americanos que residem em Indianapolis, Indiana**. JAMA. v. 285, n. 6. p. 739–747 . fev 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11176911>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

HERRERA JR, E., et al. Levantamento epidemiológico de demência em uma comunidade-habituação população brasileira. **Doença de Alzheimer e transtornos associados**. v. 16, n. 02, p. 103-108. Abr/jun de 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12040305>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

HORTA, V. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2013/>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Resultados do censo 2010**. Disponível em:<http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php/>. Acesso em: 25 jan. 2014.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-6, mar-jun 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. L. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cad Saúde Pública [online]**, v. 26, n. 5, p. 891-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/11.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2014.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEFEVRE, A. R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: Promoção do Cuidado Colaborativo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Depoimentos e discursos**. Brasília: Editora Liberlivro, 2005.

LIMA, A. M. M.; SANGALETI, C. T. **Cuidar do idoso em casa: limites e possibilidades**. São Paulo. UNESP, 2010.

LOPERA V. E. A. Dilemas éticos nas etapas leves da Doença de Alzheimer: dizer ou não a verdade aos pacientes. **Rev Latino americana de Bioética**, v. 08, n. 14, p. 58-65, jun. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=496523&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 dez. 2013.

MACHADO, J. C. **Doença de Alzheimer**. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 15, p. 178-200.

MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: um abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 62, n. 2, p. 246-251, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000200012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 jan. 2014.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

_____. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007b. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 11 ago. 2014.

MATTOS, C. M. Z. et al. Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 16, edição especial, p. 433-447, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17921>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

MAYEUX, R.; STERN, Y. Epidemiologia da Doença de Alzheimer. **Cold Spring Harb Perspect Med.**, v. 2, n.8, ago 2012. Disponível em: <<http://www.dementiatoday.com/epidemiology-of-alzheimer-disease/>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005>. Acesso em: 18 ago. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98p.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C. P. Estratégia de Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.779-786, abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000400017&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 fev. 2014.

MOURA, M. A. P.; MOURA, M. A. P. **O cuidado prestado pela enfermagem aos portadores de Alzheimer**. Centro Universitário Uninovafapi. Teresina-PI. 2006. Disponível em: <<http://novafapi.com.br/eventos/jic2006/trabalhos/ENFERMAGEM/Oral/24%20-%20O%20CUIDADO%20PRESTADO%20PELA%20ENFERMAGEM%20AOS%20PORTADORES%20DE%20ALZHEIMER.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.2, p. 333-345. Abr./Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200011>. Acesso em: 15 jan. 2014.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

NITRINI, R. et al. A incidência de demência na população brasileira residentes na comunidade Dwelling. **Alzheimer Disease and Association Disorders**. v.18, n.4, p.241-6. Out-Dez 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15592138>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

NITRINI, R. **Epidemiologia da Doença de Alzheimer**. In O.V. Frolenza & P. Caramelli. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu, 2000. p.23-34.

NUDEC. Núcleo de envelhecimento cerebral. **Histórico da Doença**. 2014. Disponível em: http://www.doencadealzheimer.com.br/index.php?modulo=pacientes_nudec. Acesso em: 15 jan 2014.

ORTIZ, K. Z. BERTOLUCCI, P. H. Alterações de linguagem nas fases iniciais da Doença de Alzheimer. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 63, n. 2, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000106&pid=S1516-8034201200010000500007&lng=en. Acesso em: 28 ago. 2014.

PEREIRA, P. M. C. M. **Doença de Alzheimer: perspectivas de tratamento**. 2013. 63f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade da Beira Interior- Ciências da Saúde, Covilhã, 2013.

PESTANA, L. C.; CALDAS, C. P. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 4, Ago. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Ago. 2014.

PETERSEN, R. **Guia da Clínica Mayo sobre mal de Alzheimer**. Rio de Janeiro: Anima, 2006.

PORTELLA, M. R. Atenção Integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2010. Disponível em http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 ago. 2014.

POVOVA J. et al. Epidemiologia e fatores de risco para Doença de Alzheimer: Uma revisão. **Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub**, v. 156, n.2, p. 108-14. Jun 2012.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000100033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2014.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.4. p. 785-800. Rio de janeiro, 2008. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400010&script=sci_arttext>.
Acesso em: 05 dez. 2013.

ROUQUAYROL, M. Z. **Contribuição da Epidemiologia**. In: Campos, G.W.S; Minayo, M.C.S; Akerman, M.; Drumond Júnior, M. e Carvalho, Y.M. Organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I.; CALDAS, C. P. Atendimento domiciliário ao idoso dependente de cuidados de enfermagem – realidade e dificuldades. **Enferm atual**, vol. 7, n. 42, p. 30-6, 2007. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15604&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

SAKANO L. M.; YOSHITOME A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. **Acta Paul Enferm**. v.20, n.4, p. 1-4, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/17.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

SELTZER, B. Galantamina-ER para o tratamento da doença de Alzheimer leve e moderada. **Intervenções Clínicas em envelhecimento**. v.5, p. 1-6, 02 fev. 2010. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817936/>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

SILVA A. A.; BORGES, M.M.M.C. Humanização da assistência de enfermagem ao idoso em uma unidade de saúde da família. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em:<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/andrea_silva_e_marta_borges.pdf>. Acesso em 03 ago. 2014.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Jun. 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Ago. 2014.

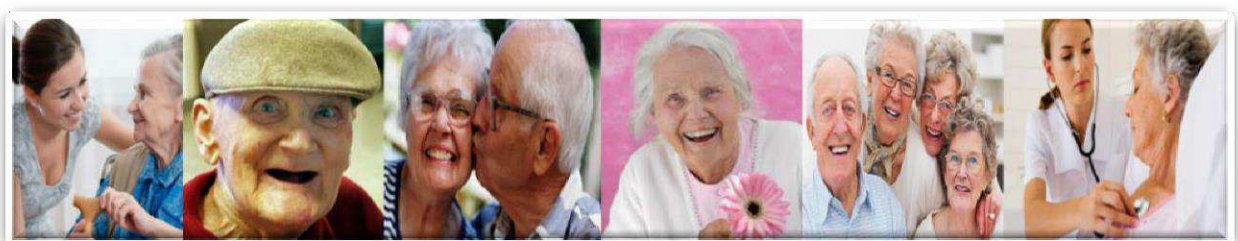
SUN X. T.; JIN, L.; LING, P. X. Revisão de medicamentos para doença de Alzheimer. **Drogas Discov Ther**, v.6, n.6, dez 2012. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337815>>. Acesso em: 17 dez. 2013.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, Jun. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2014.

YIANNOPOULOU, K. G.; PAPAGEORGIU S, G. Atuais e futuros tratamentos para a Doença de Alzheimer. **Rev. Avanços terapêuticos em doenças neurológicas**, v.6, n.01, p. 19-33, jan 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23277790>>. Acesso em: 08 jan. 2014.

ZARIT, S. H. Cuidado da família e da carga no fim da vida. **CMAJ.**, v. 170, n. 12, p. 1811-2, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC419769/>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

Apêndices



Fonte: Google Imagens, 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como título “Linha de Cuidado ao idoso com Alzheimer na visão de enfermeiros da atenção primária” e está sendo desenvolvida pela aluna Ana Rafaella Araújo Costa do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação do Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira, cujo objetivo geral é: construir uma linha de cuidado para o idoso com Alzheimer a partir da visão de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família e os específicos são: identificar os cuidados prestados por enfermeiros ao idoso com Alzheimer, averiguar a relação existente entre enfermeiro, idoso com Alzheimer, família e cuidador e verificar a estrutura da rede de atenção à saúde do idoso com Alzheimer.

Sendo assim, a necessidade de ofertar uma linha de cuidados eficaz, eficiente e efetiva para a população idosa acometida com a Doença de Alzheimer justifica-se como principal motivação para o interesse em desenvolver este estudo. A participação do (a) Sr (a) na pesquisa é voluntária e de fundamental importância e, portanto, o (a) Sr (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum prejuízo.

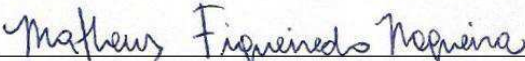
Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da realização da entrevista. Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar a assistência ao idoso com Alzheimer na Estratégia Saúde da Família. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS.

Os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista e posteriormente os resultados da pesquisa farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e publicado no todo ou em parte 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.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Vale ressaltar que durante todas as etapas da presente pesquisa serão cumpridas todas as determinações constantes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

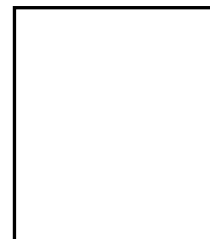
Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelos pesquisadores.

Cuité – PB, ____/____/2014.



Prof. Ms. Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha



Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. Sítio Olho d'água da Bica, Cuité – PB. Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do CEP avaliador da pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande - PB. Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

***Dados relacionados ao perfil social e profissional dos participantes da pesquisa.**

Sexo: _____ Idade: _____

Tempo de Formação: _____

Tempo de atuação na atenção primária: _____

Titulação: _____

Fez alguma capacitação em Saúde do Idoso: _____

***Dados relacionados aos objetivos propostos na pesquisa.**

Roteiro de Entrevista:

1. Como está estruturada neste município a rede de atenção ao idoso com Alzheimer?
2. Como enfermeiro desta USF, quais cuidados você presta ao idoso com Alzheimer?
3. Quais cuidados são direcionados à família e/ou ao cuidador do idoso com Alzheimer?
4. Como o Processo de Enfermagem é desenvolvido no acompanhamento de idosos com DA?
5. Quais elementos/equipamentos/cuidados são necessários para a criação de uma linha de cuidado ao idoso com DA?

APÊNDICE C

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Myllena Sanneza de Lima Bulhões Ferreira, Secretária de Saúde do Município de Santa Cruz, Estado do Rio Grande do Norte, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “**Linha de Cuidado ao Idoso com Alzheimer na visão de enfermeiros da atenção primária**”, nos meses de julho e agosto de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Ana Rafaella Araújo Costa – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 25 de junho de 2014.

Myllena Sanneza de Lima Bulhões Ferreira
Secretária Municipal de Saúde
Santa Cruz – RN

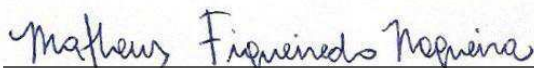
APÊNDICE C

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “**Linha de Cuidado ao idoso com Alzheimer na visão de enfermeiros da atenção primária**” somente serão divulgados após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo garantidos os créditos da publicação aos autores responsáveis. Ademais, declaro garantir ainda que os resultados desta pesquisa também serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 20 de
maio de 2014.

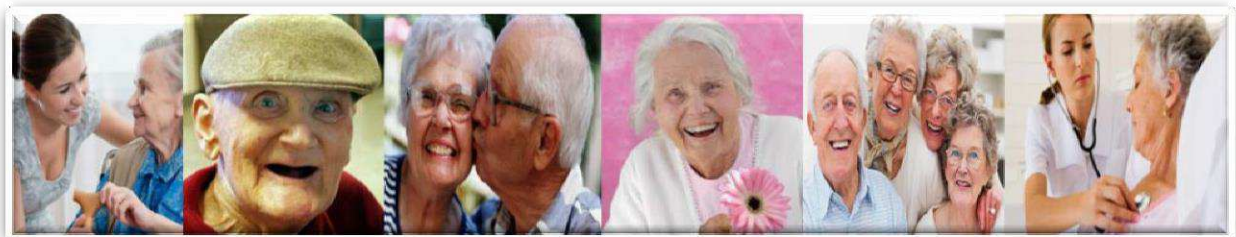


Prof. Matheus Figueiredo Nogueira

(Pesquisador responsável)

APÊNDICE C

Apêndices



Fonte: Google Imagens, 2014.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LINHA DE CUIDADO AO IDOSO COM ALZHEIMER

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31307314.9.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 692.821

Data da Relatoria: 18/06/2014

Apresentação do Projeto:

A Doença de Alzheimer (DA) consta de uma síndrome demencial caracterizada por declínio crônico-degenerativo progressivo nas áreas da cognição, função e comportamento que provocam relativo comprometimento das atividades de vida diária (AVDs) (DECESARO; MELLO; MARLON, 2009). A doença apresenta curso lento e progressivo, e vários padrões deficitários são observados, sendo o mais comum aquele com início insidioso, com déficits precoces na memória recente seguidos pelo desenvolvimento de afasia, apraxia e agnosia após alguns anos (APA, 2002).

Estima-se que a duração média da doença, desde a fase inicial dos sintomas até a morte do paciente, é entre 7 a 10 anos (DIAMOND, 2008). Reportando-se ao aspecto histórico, a DA foi diagnosticada pela primeira vez em 1907 pelo neurologista alemão Alois Alzheimer, dando veracidade ao feito a partir da publicação do caso de uma paciente que em quatro anos perdeu progressivamente as habilidades mentais e da realização de uma biópsia post mortem que identificou anomalias no cérebro. Anteriormente a este período a doença já existia, porém não havia registros diagnósticos haja vista ser constantemente confundida com outras demências (CORREA, 1996). A partir desta data muitos estudos e investigações foram desenvolvidos sobre a DA. Considerando o panorama epidemiológico da DA no cenário mundial, outro fenômeno que precisa ser pontuado é o envelhecimento populacional, uma vez a existência de uma relação intrínseca entre ambos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), a

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 692.821

população mundial, sobretudo no Brasil, vem apresentando um significativo aumento na expectativa de vida em contraponto às taxas de mortalidade e natalidade que estão em declínio, o que acarreta mudanças na estrutura da pirâmide populacional. Dessa forma, junto com o envelhecimento populacional cresce também o número de doenças relacionadas à senescência, a exemplo das doenças coronárias, neoplásicas, a osteoporose e as doenças neurodegenerativas como as demências (APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009). No Brasil os problemas demenciais e as síndromes depressivas são os problemas mentais mais prevalentes na população com 65 anos ou mais, sendo a DA aquela com maior incidência (GARRIDO; MENEZES, 2002; CHAVES, 2000). Em consonância com as estimativas de prevalência, a incidência de DA em pessoas com 65 anos ou mais foi de 7,7 a cada 1.000 pessoas ao ano (NITRINI et al., 2004). A prevalência mundial da DA, conforme a APA (2002) aumenta dramaticamente com a idade, sendo mais comum em mulheres. Segundo o IBGE (2013), a prevalência aumenta de 0,6% no sexo masculino e 0,8% no sexo feminino aos 65 anos de idade até atingir o valor de 36% no sexo masculino e 41% no feminino aos 95 anos de idade.

Portanto, à medida que a idade aumenta a frequência relativa da DA também eleva-se progressivamente. Embora a DA seja de etiologia múltipla e geralmente indefinida, já que conforme menciona Nitriani (2000) existem quatro fatores de risco (idade, hereditariedade, Síndrome de Down e a presença da Apolipoproteína E-4), é imprescindível que o diagnóstico seja instituído precocemente de modo a retardar o avanço da doença e suas manifestações clínicas e garantir melhores níveis de qualidade de vida ao paciente, além de cuidadores e familiares (DIAMOND, 2008). Nesta linha de raciocínio, considerando a complexidade para a efetivação do diagnóstico bem como o aumento da expectativa de vida, emerge a necessidade de dispensar uma atenção integral e de qualidade ao idoso com a DA, mediada por uma assistência à saúde individualizada em conformidade com as políticas públicas que asseguram direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Com base no exposto, importantes dispositivos legais foram elaborados no campo de proteção ao idoso no cenário mundial. No Brasil, principalmente a partir das garantias conquistadas na Constituição Federal de 1988, deu-se origem a um processo de revisão da base legal da atenção à saúde, que culminou com a publicação da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde, consolidando as diretrizes operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e afirmando ser a saúde do idoso uma das suas prioridades (BRASIL, 2006a). A partir desta publicação e por considerar a necessidade do setor saúde dispor de uma política atualizada sobre a saúde do idoso, foi lançada a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que propõe

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 692.821

a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos idosos por meio da aplicação de medidas coletivas e individuais de saúde, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b). Neste contexto, a PNSPI configura-se como um instrumento legal que afirma a necessidade de desenvolvimento de uma estrutura de cuidado de suporte qualificado para idosos e suas famílias, de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento sobre envelhecimento e da implementação das redes de assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2006b). Diante dessas premissas e considerando que a atenção básica é a porta preferencial para a entrada do usuário na rede de serviços de saúde do SUS, a Equipe Saúde da Família (ESF) deve atuar no atendimento integral às necessidades do idoso, implementando ações de cuidado individualizado, educação em saúde, visitas domiciliares, oferta de consultas e tratamentos, dentre outros, como preconiza a Portaria nº 703 de 12 de abril de 2002 que institui o programa de atenção aos pacientes com a DA (BRASIL, 2002). Reconhecendo, pois, a importância de todos esses instrumentos legais e, por outro lado, a vivência de dificuldades que os idosos com Alzheimer, familiares e cuidadores experimentam no manejo terapêutico e na vida social, verifica-se a necessidade de elaboração de uma linha de cuidados para idosos com este agravo, oferecendo a estes um cuidado especializado pautado em ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de complicações, recuperação e manutenção da saúde. O enfermeiro, membro da ESF e protagonista essencial do cuidado, revela-se como o profissional dotado de competências e habilidades requeridas para contemplar a atenção integral à saúde do idoso com DA. Assim, a necessidade de ofertar uma linha de cuidados eficaz, eficiente e efetiva para a população idosa acometida com a DA justifica-se como principal motivação para o interesse em desenvolver este estudo. Ademais, experiências vivenciadas no âmbito familiar e a dificuldade de enfrentamento no cuidado a um idoso com Alzheimer também somam-se ao desejo de aprimorar os conhecimentos para o planejamento e execução de ações integrais em saúde que contemplem a multidimensionalidade dos aspectos gerontológicos, uma vez que os serviços de atenção básica continuam frágeis no cuidado junto a este público.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir uma linha de cuidado para o idoso com Alzheimer a partir da visão de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

- Identificar os cuidados prestados por enfermeiros ao idoso com Alzheimer;

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 692.821

- Averiguar a relação existente entre enfermeiro, idoso com Alzheimer, família e cuidador;
- Verificar a estrutura da rede de atenção à saúde do idoso com Alzheimer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da realização da entrevista. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, pretende-se ampliar a assistência ao idoso com Alzheimer na Estratégia Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa será útil, pois promoverá um maior conhecimento a cerca do assunto abordado e assim servirá como subsídio para elaborar uma linha de cuidado para o idoso com Alzheimer a partir da visão de enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família. Os resultados que serão gerados pelo estudo, poderão servir para ofertar uma linha de cuidados eficaz, eficiente e efetiva para a população idosa acometida com a DA. Ademais, experiências vivenciadas no âmbito familiar e a dificuldade de enfrentamento no cuidado a um idoso com Alzheimer também somam-se ao desejo de aprimorar os conhecimentos para o planejamento e execução de ações integrais em saúde que contemplem a multidimensionalidade dos aspectos gerontológicos, uma vez que os serviços de atenção básica continuam frágeis no cuidado junto a este público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os seguintes documentos:

- Projeto de Pesquisa (Plataforma Brasil);
- Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo Seres Humanos;
- Carta de Anuência solicitando autorização institucional para realização da pesquisa;
- Projeto de Pesquisa (Anexado pelo Pesquisador);
- Termo de compromisso do pesquisador responsável;
- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 692.821

- Instrumento da coleta de dados semiestruturado;

Recomendações:

Após análise da pesquisa, recomenda-se:

- Ajustar as datas de coleta dos dados, onde no Termo de Autorização Institucional e no Projeto o período explicitado foi durante o mês de Maio de 2014.
- Inserir Termo de Autorização Institucional com data atualizada para coleta de dados.
- Incluir no projeto os critérios de exclusão, além do orçamento financeiro detalhado nas informações básicas do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa inadequado a Resolução nº 466/2012 em seus aspectos éticos.

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando a análise da relatoria, o parecer PENDENTE foi aprovado Ad Referendum. Coordenação Pro Tempore do CEP/HUAC.

CAMPINA GRANDE, 20 de Junho de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br