

Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família

Elderly with alzheimer's disease: how they live and notice the attention in the health strategy of the family

Ancianos con la enfermedad de alzheimer: cómo vivir y como darse cuenta de atención en la estrategia salud de la familia

Natália Frota Goyanna¹; Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas²; Maria da Conceição Coelho Brito³; José Jeová Mourão Netto⁴; Diógenes Farias Gomes⁵

Como citar este artigo:

Goyanna NF; Freitas CASL; Brito MCC; et al. Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):379-386. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.379-386>

ABSTRACT

Objective: Understand how seniors live with Alzheimer's and their perceptions about the actions of the health strategy of the family (FHS). **Methods:** Exploratory and descriptive study, conducted with ten seniors who agreed to give information. Two forms were used for the evaluation, the index of Katz and the Mini Mental State Examination. Approved by the Research Ethics Committee of the grape with the opinion n° 608,721. **Results:** The elderly were mostly female, married and illiterate. Had cognitive impairment and some were independent in practice of daily life activities. There are weaknesses in the adaptation of households, but they notice the efforts of their relatives in the space adjustment. The elderly demonstrated satisfaction regarding the attention on ESF. **Conclusion:** Infer the importance of improving the condition of life, independence and autonomy of the elderly.

Descriptors: Aged, Alzheimer Disease, Health Care.

¹ Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR).

³ Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela UFC. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde (NEPS), da Secretaria da Saúde de Sobral-CE.

⁴ Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ).

⁵ Enfermeiro. Mestrando em Saúde da Família da UFC.

RESUMO

Objetivo: Compreender como vivem os idosos com Alzheimer e as suas percepções sobre as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Estudo exploratório-descriptivo realizado com dez idosos que concordaram em dar informações. Utilizou-se dois formulários para a avaliação, o Índice de Katz e Mini Exame do Estado Mental. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UVA com o parecer nº 608.721. **Resultados:** Os idosos eram, em sua maioria, do sexo feminino, casados e analfabetos. Apresentavam comprometimento cognitivo e alguns eram independentes na prática das atividades da vida diária. Existem fragilidades na adaptação dos domicílios, porém percebem-se esforços dos familiares no ajuste do espaço. Os idosos demonstraram relativa satisfação quanto à atenção dispensada na ESF. **Conclusão:** Infere-se a importância de um cuidado que potencialize a melhoria da condição de vida, independência e autonomia do idoso.

Descritores: Idoso, Doença de Alzheimer, Atenção à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Comprender cómo viven los ancianos Alzheimer y sus percepciones sobre las acciones de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF). **Métodos:** Estudio exploratorio descriptivo, realizado con diez ancianos que accedió a dar información. Utiliza dos formas para la evaluación, el Índice de Katz y el Mini Examen del Estado Mental. Aprobado en Comité de Ética con la opinión nº 608.721. **Resultados:** Los ancianos eran en su mayoría mujeres, casadas y analfabetos. Tenían deterioro cognitivo y eran independientes en la práctica de actividades diarias. Existen deficiencias en la adaptación de los hogares, pero se da cuenta de los esfuerzos de los familiares en el ajuste de espacio. Los ancianos demostraron satisfacción con respecto a la atención en ESF. **Conclusión:** Inferir la importancia de un cuidado esa influencia para mejorar las condiciones de vida, la independencia y autonomía de las personas mayores.

Descritores: Anciano, Enfermedad de Alzheimer, Atención a la Salud.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Porém, diante de condições de sobrecarga, a exemplos de doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência.¹

Os serviços de saúde parecem não acompanhar as mudanças epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas, nas quais se verifica um aumento significativo da população acima de 60 anos. A atenção destinada a esse grupo populacional demonstra-se falha, sendo esse período compreendido como sinônimo de doença e incapacidade, e, muitas vezes, desconsidera os cuidados pertinentes e a capacidade de realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, apresentando uma visão reducionista que ignora o fenômeno do envelhecimento saudável.

A resposta do sistema de saúde é, usualmente, fragmentada, tanto no que se refere à integralidade quanto à continuidade do cuidado, o que dificulta a prestação de um atendimento integral voltado à promoção, prevenção, tratamento e

reabilitação da saúde da pessoa idosa.² Nesta lógica, o Brasil necessita de políticas mais eficazes de assistência aos idosos, além da formação de recursos humanos ideais para assisti-los.³

Desse modo, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, no qual as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque, implicando na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social.⁴

A incidência e a prevalência de doenças crônico-degenerativas têm crescido significativamente na população idosa e, entre essas, a demência se destaca como causa importante de morbimortalidade, compondo o sexto grupo de doenças mais relevantes em relação ao impacto na funcionalidade e na mortalidade do idoso.⁵

Estudos indicam que o processo de envelhecimento populacional tem sido acompanhado do declínio em algumas habilidades cognitivas, aumentando, portanto, a ocorrência das doenças psiquiátricas, entre as quais a demência e a depressão se destacam como os transtornos mentais mais comuns em idosos. Em grupos etários mais avançados, a prevalência de demência aumenta, tornando-se preocupante, uma vez que idosos com demência podem ser considerados vulneráveis.⁶⁻⁷

O tipo mais comum e prevalente de demência em idosos é a Doença de Alzheimer (DA), compreendida como uma doença neurodegenerativa, progressiva e irreversível, de aparecimento insidioso, caracterizada por perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas, que prejudicam o paciente em suas atividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional.⁸⁻⁹

O objetivo do estudo foi compreender como vivem idosos com Alzheimer e as suas percepções sobre as ações da Estratégia Saúde da Família (ESF), que os acompanha. Este estudo respalda sua importância na alta incidência de doença de Alzheimer, que constitui a causa mais comum de demência degenerativa, acometendo aproximadamente 4,6 milhões de pessoas anualmente no mundo,¹⁰ representando, portanto, um grande problema de saúde pública.

MÉTODOS

Este estudo se classifica como exploratório-descriptivo, que busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, associado à descrição das características de determinada população.¹¹

O estudo foi realizado com 10 idosos portadores de DA, de fevereiro de 2013 a maio de 2014, identificados em uma macroárea de um município do Norte do Ceará. Esta macroárea compreende seis Centros de Saúde da Família (CSF) e sua escolha se justifica pelo fato de ser a que apresenta um maior número de idosos.

Foram utilizados como critérios de inclusão: apresentar disponibilidade e aceitação para participar do estudo, a

partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter capacidade cognitiva de responder verbalmente às perguntas a serem realizadas, com o auxílio de familiares ou cuidadores, independentemente de crenças, procedências, nível socioeconômico ou educacional.

Posterior à identificação dos sujeitos, foram agendadas visitas aos domicílios, sendo possível a realização de uma observação direta extensiva, por meio da utilização de um formulário estruturado em três partes: características do idoso, características do domicílio e ações ofertadas pela ESF. Ressalta-se que essas informações exploradas no questionário direcionaram a organização e análise dos dados.

Foram utilizados o Índice de Katz¹² e o Mini Exame do Estado Mental,¹³ com o intuito de avaliar a capacidade funcional dos idosos, com ênfase na realização das atividades de vida diária, e a capacidade cognitiva. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos.¹³ O escore pode variar de 0 a 30 pontos, e está composto por questões agrupadas em sete categorias, com as respectivas pontuações máximas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto).¹⁴ Já o Índice de Katz caracteriza-se como uma avaliação da independência ou dependência funcional dos pacientes para exercer as atividades de banho, vestimenta, higiene pessoal, continência, mobilização e alimentação.¹²

O estudo respeitou os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sob o Parecer nº 608.721.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados deste estudo inicia com a caracterização dos sujeitos, com o propósito de traçar o perfil dos idosos, e subsidiar interrelações com os achados. Participaram do estudo 10 idosos, sendo seis do sexo feminino e quatro do masculino; um pertencia a faixa etária entre 60-69 anos, quatro entre 70-79 anos, quatro entre 80-89 anos e um entre 90-99 anos; sete estavam na condição de casado e três na de viúvo.

Sobre a escolaridade, prevaleceram os idosos que não sabiam ler e escrever. As profissões de agricultor, leiteiro e costureira foram mencionadas, porém a maioria (n = 5) era considerada do lar, não tendo exercido nenhuma profissão anteriormente.

Apenas um participante da pesquisa pratica atividade física frequentemente, aspecto que afeta o envelhecimento ativo, já que a atividade física pode representar uma importante contribuição não farmacológica no sentido de atenuar a taxa de declínio cognitivo e motor face à progressão da doença.¹⁵

Todos os idosos utilizam medicamentos diariamente, seja para o tratamento da Doença de Alzheimer, seja para outras patologias, como diabetes mellitus, distúrbios psicológicos, labirintite e hipertensão arterial sistêmica.

Ao serem questionados sobre o viver com a Doença de Alzheimer, as respostas apontaram a dificuldade de andar sozinho, se alimentar e realizar suas atividades diárias, até a capacidade de enfrentamento dos problemas/necessidades. A Doença de Alzheimer é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva que provoca demência, comprometendo, a independência e autonomia dos pacientes ao longo de sua lenta evolução, que afeta diretamente no modo de viver dos idosos.¹⁶

Faz-se necessário compreender características específicas do viver com a Doença de Alzheimer. Deste modo, passa-se a discorrer sobre os resultados que abordam o idoso nos seus principais cenários de vida, que deveriam ser apoio para o enfrentamento da doença no seio domiciliar e na ESF.

Características do Domicílio

Devido às alterações cognitivas relacionadas ao Alzheimer, um cuidado especial deve ser destinado ao domicílio dos idosos. Do contrário, o domicílio pode se configurar em um espaço potencial para acidentes. Assim, o cuidado à pessoa que vive com Alzheimer também deve envolver o planejamento e adaptações das residências.

O ambiente físico onde vive o idoso deve ser adaptado para manter a máxima autonomia e a mínima dependência possível. Para isso, torna-se relevante utilizar estratégias que contribuam para que o domicílio tenha uma influência positiva na qualidade de vida do idoso.¹⁷

Torna-se relevante conhecer os domicílios a fim de determinar os fatores de risco para a ocorrência de quedas, o que poderá acarretar em agravos à saúde do idoso, interferindo, portanto, na capacidade de realizar as suas atividades do cotidiano. Conforme estudos, os indivíduos que vivem com Alzheimer apresentam maior risco de quedas, principalmente quando associado a um declínio cognitivo.¹⁸

Assim, foi realizada uma observação dos principais cômodos dos domicílios dos idosos, com o intuito de descrever o domicílio e identificar os fatores de risco existentes. No que se refere ao quarto do idoso, verifica-se que este ambiente é parte integrante de todos os domicílios do estudo, apresentando como maiores fatores de risco: o piso escorregadio (n = 6), pouca iluminação (n = 6), espaço inadequado para deambular (n = 2), obstáculo no deslocamento da cama até a porta (n = 1) e degraus no quarto (n = 1).

O banheiro utilizado pelos idosos, presente em todas as residências, evidenciam os seguintes aspectos: ausência de barras de apoio (n = 10), piso escorregadio (n = 6), pouca luminosidade (n = 7), degraus no banheiro (n = 1), piso sempre molhado (n = 3) e falta de tapete antiderrapante no local do chuveiro (n = 10).

Quando se analisa o corredor, este presente em apenas quatro residências, verifica-se como principais fatores de

risco: a ausência de barras de apoio nas casas com corredores (n = 4), piso escorregadio (n = 2), pouca luminosidade no ambiente (n = 3), e mobília no espaço (n = 1).

No que se refere à avaliação da sala, presente em oito domicílios, apresenta-se como fator preocupante para o risco de quedas: o piso escorregadio (n = 4), presença de degraus (n = 4), pouca luminosidade (n = 3), mesa de centro (n = 1) e a falta de recurso antiderrapante (n = 2).

Quanto à cozinha, existentes nos domicílios dos dez idosos foram identificados como principais fatores de risco o espaço: inadequação para deambular (n = 7), existência de armários muito baixos (n = 6), armários altos (n=4), piso escorregadio (n = 3), degraus na cozinha (n = 4) e pouca luminosidade (n = 5).

O quintal está presente em seis domicílios e apresenta como fatores de risco: a presença de degraus ou desníveis no ambiente, bem como a de plantas ou raízes de árvores (n = 4), piso quebrado ou danificado (n = 1), obstáculos (lixo, entulhos, latas) (n = 2) e animais de estimação (n = 2).

A calçada externa ao domicílio, existente em todas as residências dos idosos, apresenta os riscos: degraus ou desníveis no ambiente (n = 7), superfície irregular (n = 3), calçada quebrada ou danificada (n = 3), obstáculos (lixo, entulhos, sacos, latas) (n= 4), calçada estreita (n = 5), inclinações acentuadas (n = 3) e superfície irregular (n = 3).

Com base nos resultados apontados até o momento no estudo, as quedas em domicílio são, muitas vezes, ocasionadas durante atividades cotidianas como, por exemplo, subir e descer escadas, e ir ao banheiro ou trabalhar na cozinha. Isso sugere o quão importante é verificar a capacidade funcional de idosos em domicílio, visto que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária dos idosos tende a aumentar de cerca de 5% aos 60 anos, para cerca de 50% entre os 90 anos ou mais.¹⁹

Capacidades cognitiva e funcional dos idosos

A Doença de Alzheimer repercute na capacidade funcional, no nível de independência, bem como na autonomia do idoso. O interesse pela capacidade funcional do idoso com Alzheimer vem se intensificando à medida que seu conhecimento se faz necessário, tanto para conhecer melhor a evolução da doença e a definição do diagnóstico precoce, como para identificar o grau de dependência para se determinar os cuidados que serão realizados.²⁰

Conforme o disposto no Mini Exame do Estado Mental, na avaliação cognitiva dos idosos, obtiveram-se as seguintes informações: na orientação para tempo, dois dos entrevistados responderam corretamente para a identificação do dia da semana; nenhum para o dia do mês; um para o mês; um para o ano; oito para a hora aproximada do dia; quanto ao local todos souberam informar corretamente sobre um local específico, onde se encontravam, bairro ou rua próxima e cidade; oito conseguiram identificar de forma correta o Estado. Na memória imediata, oito obtiveram pontuação máxima, sendo que nenhum ficou sem repetir

alguma palavra. No tópico atenção e cálculo, somente um idoso resolveu os cálculos corretamente. Na evocação, apenas um obteve pontuação máxima, sendo que seis não obtiveram nenhuma pontuação. No concernente à avaliação da linguagem, nove nomearam os objetos de forma correta, sete repetiram a frase, nove obedeceram ao comando, dois leram e obedeceram a frase “feche os olhos”, dois escreveram uma frase e nenhum conseguiu copiar o desenho. Neste ínterim, a Tabela 1 demonstra a distribuição dos idosos de acordo com o escore total alcançado com a aplicação do MEEM.

Tabela 1 - Distribuição de idosos com Doença de Alzheimer de acordo com os escores alcançados no Mini Exame do Estado Mental - Sobral/CE, 2014

Escore do Mini Exame do Estado Mental	N
Escore 11	1
Escore 12	2
Escore 14	3
Escore 18	1
Escore 20	2
Escore 22	1

Verifica-se que ocorreu uma considerável variação na pontuação obtida, estando os idosos com comprometimento da função cognitiva, alguns em maior e outros em menor intensidade.

Estudos sugerem que a escolaridade contribui substancialmente no desenvolvimento em testes cognitivos. Percebe-se uma diferença significativa ao avaliar o desempenho cognitivo por meio do MEEM, ressaltando a necessidade de estabelecer pontos de corte diferenciados pelo tempo de escolaridade. O grau de instrução é um dos principais fatores que influenciam o desempenho dos sujeitos, sendo de grande relevância na determinação dos escores finais.²¹

A Tabela 2 indica a distribuição da pontuação realizada pelos idosos no MEEM, comparado à escolaridade.

Tabela 2 - Distribuição da escolaridade e escore do MEEM dos idosos com Doença de Alzheimer - Sobral/CE, 2014

Escore do MEEM associado à Escolaridade	N
Não Sabe Ler/Escrever	
Escore 11	01
Escore 12	02
Escore 14	03
Escore 18	01
Alfabetizado	
Escore 20	02
Escore 22	01

Encontrou-se uma relação discreta entre a escolaridade e o desempenho no MEEM. Porém, acredita-se que em amostras maiores essa relação possa ocorrer de forma mais significativa. Os entrevistados que não sabiam ler ou escrever apresentaram os menores escores, compreendendo entre 11 e 18.

Já os alfabetizados apresentaram os escores 20 e 22. O baixo nível de escolaridade interfere na autonomia, independência e, conseqüentemente, na capacidade funcional dos idosos.²²

Com base no Índice de Katz, investigou-se a capacidade funcional dos idosos, mediante avaliação das atividades da vida diária (AVD). Esse instrumento utiliza a seguinte classificação do grau de dependência: A — Independente para comer, ser continente, mobilizar-se, usar o sanitário, vestir-se e banhar-se; B — Independente para realizar todas estas funções, exceto uma; C — Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se e outra função mais; D — Independente para realizar todas as funções, exceto para banhar-se, vestir-se e outra função mais; E — Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário; F — Independente para realizar todas as funções, exceto banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se e outra função mais; G — Dependente para realizar as seis funções e; Outro — Dependente para realizar pelo menos duas funções, mas não pode ser classificado em C, D, E e F.¹² Na Tabela 3 encontram-se os resultados da aplicação do Índice de Katz com os idosos deste estudo, distribuídos pelo grau de dependência.

Tabela 3 - Avaliação da capacidade funcional em idosos com Alzheimer mediante índice de Katz segundo sexo. Sobral/CE, 2014

Índice de Katz	Feminino	Masculino	Total
A	03	03	06
B	01	-	01
C	-	-	-
D	-	-	-
E	01	01	02
F	-	-	-
G	-	-	-
Outro	01	-	01
Total	06	04	10

Os resultados demonstram uma predominância no grupo A, sendo seis idosos considerados independentes para a realização das AVD. Dentre os que apresentavam alguma dependência, um encontrava-se no grupo B, dois no grupo E e um em outro. Não foi possível associar a capacidade funcional ao sexo, uma vez que não teve diferença significativa entre os resultados apresentados pelos idosos do sexo masculino e feminino.

No que se refere à avaliação do grau de dependência, constatou-se que a maioria dos idosos permanecia com a capacidade funcional preservada, apresentando relativa autonomia para realizar suas atividades, sem supervisão do cuidador. Quanto aos itens banho, vestuário e higiene pessoal, verificou-se que apenas três idosos apresentam dependência. Portanto, com base na análise do Índice de Katz, pôde-se concluir que o ato de comer foi a função que os idosos desempenharam com maior independência (n = 10), já as atividades banho (n = 7), higiene pessoal e vestuário (n = 7), mobilidade

(n = 9) e incontinência (n = 9) são as que apresentaram idosos com algum grau de dependência.

Os resultados do estudo permitem estreitar a relação entre idade e capacidade funcional. Justifica-se pelo fato dos maiores comprometimentos na realização das atividades cotidianas se manifestarem em idosos com idade mais elevada, tornando esses os mais dependentes.

É essencial a avaliação da capacidade funcional pela enfermagem e equipe multidisciplinar, assim como o diagnóstico, pois diz respeito ao impacto da doença ou condição limitante no indivíduo e os reflexos na sua qualidade de vida e de seus familiares, apresentando, portanto, repercussão para o sistema de saúde como um todo.²³

Assim, considera-se relevante o acompanhamento dos profissionais de saúde, no âmbito da ESF, aos idosos que vivem com demências, a fim de orientar os cuidadores e familiares sobre as características da doença, bem como articular estratégias que possam promover a autonomia e a independência.

Percepção do idoso acerca do cuidado ofertado pela ESF

Faz-se necessário destinar uma atenção especial ao idoso, uma vez que o processo de envelhecer saudável implica cuidados de promoção, prevenção, educação e intervenção. Para isto, é necessário o envolvimento e a qualificação dos profissionais da Atenção Básica, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar na inserção no seio familiar.⁹

A Tabela 4 mostra as estratégias utilizadas pelos profissionais que atuam na ESF para o cuidado ao idoso com Alzheimer e família, entendendo que esta se sujeita aos reflexos da doença.

Tabela 4 - Estratégias de cuidado voltadas ao Idoso com Alzheimer e os profissionais envolvidos. Sobral/CE, 2014

Estratégia utilizada pela equipe de saúde	Nº de idosos	
Grupo de convivência	Frequente	0
	Não frequente	10
Visita domiciliar do ACS	Recebem visita	10
	Não recebem visita	0
Quantidade de visita domiciliar de outros profissionais durante um mês	Não recebe	02
	Uma visita	03
	Duas visitas	02
	Mais que três visitas	03
Profissional da saúde de nível superior que realiza visita domiciliar	Enfermeiro	06
	Médico	07
	Psicólogo	01

(Continua)

(Continuação)

Estratégia utilizada pela equipe de saúde	Nº de idosos
Nutricionista	02
Fisioterapeuta	04
Assistente Social	03
Farmacêutico	01
Terapeuta Ocupacional	03

Com a análise da Tabela 3, verifica-se que todos os idosos (n = 10) não frequentam Grupos de Convivência no CSF, potencializando um sinal de alerta para os profissionais quanto às boas práticas para manutenção da saúde. Estes Grupos de Convivência se configuram como uma alternativa para o idoso buscar melhorias das condições físicas e mentais por meio do lazer e de exercícios físicos, além do desenvolvimento de outras atividades ocupacionais e lúdicas que proporcionam a melhoria da qualidade de vida.²⁴

A visita domiciliar configura-se como oportunidade diferente de cuidado, é um momento rico no qual se estabelece o movimento das relações, incluindo a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, favorecendo que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde.²⁵

Ressalta-se aqui a importância da realização de visitas domiciliares ao idoso com Alzheimer em abordagem multiprofissional, com profissionais capacitados na condição de ofertar cuidados e atender as demandas deste grupo, além de permitir o desenvolvimento e adaptação às atividades de vida diárias, gerando maior autonomia e independência.²⁶

No que se refere à distribuição das ações relacionadas à dispensação de medicamentos, alguns entrevistados recebem medicamentos mensalmente na farmácia do CSF para Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica e outros recebem medicamentos em outros serviços de saúde para a própria Doença de Alzheimer. Em todos os casos, os familiares, sejam eles cônjuge, filhos ou até netos, eram responsáveis pela administração dos medicamentos. Seis deles pegam medicamentos na farmácia do CSF do bairro que residem e cinco pegam medicamentos em outros serviços de saúde.

Quanto à orientação que possuem ou recebem sobre o uso correto dos medicamentos, seis receberam orientações de algum profissional da saúde, sendo explicado o horário, a via certa, os efeitos dos medicamentos, os sinais de alerta e os efeitos da Doença de Alzheimer aos próprios idosos, quando possível, e aos familiares.

Para isso, pode-se utilizar um quadro informativo com todas as medicações que devem ser tomadas, organizadas por meio de símbolos (entendíveis pelo idoso) indicando o período do dia a ser administrado, e as características dos fármacos.

Entre os idosos do estudo, ressalta-se que apenas três realizam tratamento farmacológico para a Doença de Alzheimer. Isso sinaliza fragilidade na atenção prestada, uma vez

que o uso do medicamento se configura em estratégia estruturante para o tratamento. Outro aspecto que chama atenção é a carência de estratégias não farmacológicas diante do Alzheimer, evidenciado na Tabela 4, que mostra o Grupo de Convivência como a única mencionada pelos sujeitos.

Estratégias farmacológicas e intervenções psicossociais para o paciente e seus familiares compreendem o tratamento para a Doença de Alzheimer. No referente ao tratamento farmacológico, inúmeras substâncias psicoativas têm sido propostas para preservação ou restabelecimento da cognição, do comportamento e das habilidades funcionais. Contudo, os efeitos dos medicamentos limitam-se ao retardo na evolução natural da doença, permitindo apenas uma melhora temporária do estado funcional do paciente.²⁷

Quando questionados se algum profissional tinha explicado a doença, a maioria (n = 8) afirmou que já tinha recebido diversas orientações, sendo citadas algumas categorias profissionais, como agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos. Apenas dois pacientes mencionaram que receberam o diagnóstico e orientações de médicos em consultas particulares, estando todos os outros em acompanhamento exclusivo pela ESF.

Neste prisma, sinaliza-se que a ESF contribui para o cuidado do paciente idoso com Alzheimer, abordando aspectos de prevenção de doenças advindas da senilidade, e promoção da saúde através de uma equipe multiprofissional. Salienta-se, ainda, que a prestação de serviços básicos de saúde de incentivo público prevaleceu em 80% do total de idosos deste estudo, o que remete à evolução da cobertura do Programa Saúde da Família no Brasil e à oferta de tratamento para doenças específicas como o Alzheimer.²⁸

A ESF, além de proporcionar cuidados preventivos, propicia ao idoso um espaço privilegiado para a atenção integral à saúde, pela possibilidade da relação entre os profissionais, a comunidade e a atenção domiciliária, que possibilita uma atuação de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar.²⁹

No que trata a percepção dos sujeitos do estudo acerca do atendimento do CSF, a maioria (n = 6) afirmou que frequente e utiliza os medicamentos do CSF, porém afirmou que frequenta somente quando apresenta algum problema/necessidade de saúde. Dos que afirmaram não frequentar, 2 identificaram como motivos a indisposição para caminhar até o CSF e 2 relataram ter plano de saúde, utilizando apenas alguns serviços da ESF, como vacinas, medicamentos e visitas domiciliares.

Sobre o atendimento no CSF, a maioria dos idosos indicou como sendo bom (n = 5) e os outros se dividiram entre regular (n = 4) e ruim (n = 1). Os resultados demonstram certa satisfação dos idosos, em especial com as visitas domiciliares de agentes comunitários e de outros profissionais de saúde, mas que necessitavam de um acompanhamento mais contínuo e efetivo. Os dados referentes às qualificações negativas se devem à demora no atendimento ao idoso no CSF, a

não resolutividade dos problemas e à carência de orientações quanto ao processo do cuidado.

Assim, deve-se sensibilizar para a importância de um atendimento integral, considerando todas as particularidades e necessidades dos idosos que vivem com Alzheimer e de seus familiares, disponibilizando um acesso adequado aos serviços da ESF, ao tratamento farmacológico e não farmacológico, a uma escuta aberta e ao acompanhamento de uma equipe qualificada, proporcionando, assim, um cuidado de qualidade.

CONCLUSÕES

A atenção à saúde do idoso se configura como um dos eixos prioritários da atenção básica no Brasil. No entanto, a pesquisa sinaliza para que ajustes e avanços sejam realizados para um cuidado adequado a este grupo populacional.

No início da coleta, foram enfrentadas grandes dificuldades na busca de dados e informações acerca das pessoas que vivem com Alzheimer no Município. Inicialmente, houve a procura de um cadastro na farmácia de medicamentos especiais, porém, tal cadastro não apresentava as informações de dados dos clientes de forma que pudessem ser identificados por domicílio. Diante deste fato, fomos encaminhados para outro serviço, onde a informação do endereço também se mostrou impossibilitada, uma vez que seria necessário buscar ficha a ficha em registros em papel, o que só seria possível através de um número de protocolo fornecido pelo serviço anteriormente citado, não dispondo de um sistema informatizado para cadastro destes clientes.

A forma de encontrar os sujeitos se deu, portanto, por meio de informações dos CSF, que também apresentou dificuldades, como a ausência de registro específico e desconhecimento de membros da equipe quanto a clientes com Alzheimer, além da dificuldade de alguns profissionais em realizar as visitas com a pesquisadora.

Diante desse contexto, enfatiza-se a importância da existência de um cadastro atualizado dos idosos que vivem com Alzheimer, sendo disponibilizado desde a farmácia de medicamentos especiais, onde é realizada a dispensação de medicamentos, até nos centros de saúde da família, facilitando o acompanhamento ao idoso e seus familiares.

Para além do preenchimento dos instrumentos, foi relevante observar as dificuldades enfrentadas pela família e pelo cliente que vive com Alzheimer. As famílias se mostraram receptivas ao estudo e os clientes colaboraram a contento. A inserção no domicílio do idoso proporcionou um maior conhecimento acerca da realidade na qual se encontra esse cliente e sua família, sendo possível uma aproximação que permitiu tecer inferências quanto a fatores de risco no ambiente, relações familiares, bem como suas dúvidas, dificuldades e estratégias de enfrentamento. A boa receptividade dos participantes da pesquisa sugere que as visitas domiciliares, realizadas pelos profissionais de saúde a esse grupo populacional se configuram como importante ferramenta

de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, uma vez que os mesmos vivem com uma doença degenerativa que interfere na capacidade de realizar suas atividades diárias, assim como nas relações sociais, necessitando de um acompanhamento contínuo e integral.

Os sujeitos apresentaram capacidade cognitiva comprometida, porém quanto à capacidade funcional, a maior parte realiza suas atividades sem auxílio de familiares ou cuidadores. Foi observado que os domicílios não estão adaptados para a prevenção de acidentes, porém percebeu-se um comprometimento dos familiares e cuidadores em oferecer condições que possibilitem a qualidade de vida do idoso.

Os usuários entrevistados demonstraram relativa satisfação quanto à atenção dispensada na ESF. Porém, sinalizamos como fator limitante a presença do agente comunitário de saúde durante a entrevista, que pode ter influenciado nas respostas aos assuntos voltados para o atendimento da ESF.

Assim, infere-se como sendo essencial um acompanhamento mais efetivo e contínuo da equipe multidisciplinar da ESF aos idosos com Doença de Alzheimer, bem como aos seus cuidadores, fornecendo as orientações e informações necessárias ao cuidado desse grupo populacional e potencializando a melhoria da condição de vida, independência e autonomia desse idoso.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
2. Moraes EN. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
3. Freitas CASL, Vasconcelos CRB, Brito MCC, Silva, MJ. Perfil de Saúde de Idosos Institucionalizados em Sobral, Ceará, Brasil. *ReTEP*. 2012;4(4).
4. Mendes EM. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2010[citado 2015 mar 10];15(5):2297-05. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232010000500005&pid=S1413-81232010000500005&pdf_path=csc/v15n5/v15n5a05.pdf>.
5. Schlindwein-Zanini R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev neurociênc*. 2010;18(2):220-26.
6. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Arch clin psychiatry*. 2010;37(1):23-6.
7. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012[citado 2015 mar 20]; 46(5):1141-47. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500015>>.
8. Louredo DS, Sá SPC, Camacho ACLF, Câmara VD, Louzada ABD, Rodrigues IB. A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de alzheimer. *Rev pesqui cuid fundam* [internet]. 2014 [citado 2015 mar 28];6(1):271-81. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2014/6-271.php>>.
9. Brasil MC, Andrade C. Reconfiguração de campo do familiar cuidador do portador de Alzheimer. *Psicol estud* [internet]. 2013[citado 2015 mar 30];18(4):713-23. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000400013>>.
10. Alzheimer's Disease International. Relatório sobre a doença de alzheimer no mundo: resumo executivo. Londres: Alzheimer's Disease International, 2009.
11. Gil, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW, White KL et al. Studies of illness in the aged — The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. *JAMA*. 1963; 185(12):914-9.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
14. Ávila VD, Guia ACOM, Friche AAL, Nascimento LS, Rosa DOA, Carvalho SAS. Relação entre o benefício do aparelho de amplificação sonora individual e desempenho cognitivo em usuário idoso. *Rev bras geriatr gerontol* [internet]. 2011 [citado 2015 maio 05];14(3):475-84. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n3/v14n3a08.pdf>>.
15. Hernandez SSS, Coelho FGM, Gobbi S, Stella F. Effects of physical activity on cognitive functions, balance and risk of falls in elderly patients with Alzheimer's dementia. *Braz j phys ther*. 2010 ;14(1):68-74.
16. Buriá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Rev bioét*. 2014;22(1):85-93.
17. Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *RBCEH*. 2010;7(3):346-56.
18. lmeida LP, Brites MF, Takizawa MGMH. Quedas em idosos: fatores de risco. *RBCEH*. 2011;8(3):384-91.
19. Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MASP, Gurgel SN, Smith AAF, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em unidade básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012[citado 2015 abr 12];48(2):320-7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200008>>.
20. Talmelli LF, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RA. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2010[citado 2015 maio 03];44(4):933-39. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400011>>.
21. Argimon ILL, Lopes RMF, Terroso LB, Farina M, Wendt G, Esteves CS. Gênero e escolaridade: estudo através do minixame do estado mental (MEEM) em idosos. *Aletheia* [internet]. 2012[citado 2015 abr 12]; 38:153-61. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1150/115028213012.pdf>>.
22. Azevedo LM, Oliveira KMV, Nunes VMA, Alchieri JC. Perdas da capacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Natal/RN. *Rev pesqui cuid fundam* [internet]. 2014 [citado 2015 abr 20];6(2):485-92. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3009/pdf_1228>.
23. Smaniotto FN, Haddad MCFL. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev RENE* [internet]. 2011 [citado 2015 maio 03];12(1):18-23. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a03v12n1.pdf>.
24. Wichmann FMA, Couto NA, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev bras geriatr gerontol* [internet]. 2013[citado 2015 maio 03];16(4):821-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n4/1809-9823-rbagg-16-04-00821.pdf>>.
25. Alves KYA, Nascimento CPA, Santos VEP. A visita domiciliar como tecnologia de cuidado, ensino e pesquisa na enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* [internet]. 2014 [citado 2015 maio 10]; 8(supl.2):3776-83. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4988/10710>>.
26. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev bras geriatr gerontol* [internet]. 2014[citado 2015 maio 05];17(4):911-26. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>>.
27. Ferreira S, Massano J. Terapêutica farmacológica na doença de Alzheimer: progressos e esperanças futuras. *Arq med*. 2013;27(2):65-86.
28. Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho do setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab educ saúde* [internet]. 2015[citado 2015 maio 22];13(1):45-66. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>>.
29. Oliveira JCA, Tavares DMS. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2010[citado 2015 maio 28];44(3):774-81. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300032>>.

Recebido em: 02/06/2015
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 15/06/2016
Publicado em: 10/04/2017

Autor responsável pela correspondência:

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Federal do Paraná - Av. Prefeito Lothário
Meissner, 632 - Jardim Botânico, Curitiba/PR
Telefone: (41) 3361-3752
CEP: 80210-170