

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EDMILSON SANTOS CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA O CUIDADO AO PORTADOR DE ALZHEIMER E SEU
FAMILIAR/CUIDADOR – DESAFIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO
TEMPO SÃO GERALDO - MG**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2014

EDMILSON SANTOS CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA O CUIDADO AO PORTADOR DE ALZHEIMER E SEU
FAMILIAR/CUIDADOR – DESAFIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO
TEMPO SÃO GERALDO - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Selme Silqueira de Matos

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2014

EDMILSON SANTOS CARVALHO

**PLANO DE AÇÃO PARA O CUIDADO AO PORTADOR DE ALZHEIMER E SEU
FAMILIAR/CUIDADOR – DESAFIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOVO
TEMPO SÃO GERALDO - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Selme Silqueira de Matos

Banca Examinadora

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos – Orientadora

Profa. Dra. Daclé Vilma Carvalho – Examinadora

Aprovado em Conselho Lafaiete: 12/04/2014

“A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração.”

Madre Teresa de Calcutá.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por mais uma realização profissional, aos meus familiares e amigos que me deram forças em todos os momentos do processo de execução desse trabalho e durante todo processo dos meus estudos. Agradeço ainda aos tutores Rachel Rezende Rocha Campos, Sandro Marlon de Oliveira e a orientação da Prof^a. Dr^a. Selme Silqueira de Matos que foram fundamentais para a conclusão não só deste trabalho, mas, para todo o processo de formação do curso.

RESUMO

Embora se estime que a proporção de idosos duplicará até 2050, alcançando 15% do total da população, as doenças crônicas degenerativas e distúrbios mentais já têm determinado, atualmente, maciça utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997). Este estudo foi realizado a partir do diagnóstico situacional realizado pela Equipe da Estratégia de Saúde da Família Novo Tempo do município de São Geraldo – MG que revelou esta realidade, em especial à pessoa idosa com doença de Alzheimer. Para fundamentar o plano de ação proposto, recorreu-se à literatura disponível nas bases de dados Medline, SciELO e Lilacs no período de 1997 à 2013 visando agregar evidências para o desenvolvimento do projeto de intervenção a ser implantado pela equipe. Embora não atinja todos os problemas diagnosticados, este plano pretende ser um instrumento de ação proporcionando mudanças consideráveis no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer, oferecendo uma resposta progressiva às suas necessidades e contribuir na qualidade da assistência e nas orientações prestadas ao seu familiar/cuidador.

Palavras chave: Alzheimer, idoso, cuidador/familiar, equipe.

ABSTRACT

Although they estimate that the proportion of elderly is expected to double by 2050, reaching 15% of the total population, chronic degenerative diseases and mental disorders have already determined, currently, massive use of health services (CHAIMOWICZ, 1997). This study was conducted from the Situational diagnosis carried out by the staff of the family health Strategy new time of São Geraldo-MG who revealed this reality, in particular the elderly Alzheimer's disease carrier. To substantiate the proposed action plan, appealed to the literature available in the databases Medline, SciELO and Lilacs in the 1997 period to 2013 for aggregate evidence for the development of the intervention project to be implemented by the team. Although it does not reach all the problems diagnosed, this plan is intended to be an instrument of action providing considerable changes in the elderly care carrier of Alzheimer's disease, offering a progressive response to their needs and contribute to the quality of care to the elderly and the guidelines provided to your family/caregiver.

Keywords: Alzheimer's disease, elderly, caregiver/family, team.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE.

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

MMSE – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO GERAL.....	12
2.1 Objetivos Específicos.....	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
4.1 As demências na terceira idade.....	14
4.2 Doença de Alzheimer.....	15
4.3 Causas / evolução.....	16
4.4 Tratamento.....	17
4.5 O Cuidador	17
4.6 O papel da ESF ao cuidador/familiar e ao portador de ALZHEIMER.....	18
5 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O município de São Geraldo está inserido na mesorregião da zona da mata, fazendo parte da microrregião de Ubá, tem uma população estimada de 10.263 habitantes, segundo estimativa do IBGE. A Equipe de Estratégia de Saúde da Família “Novo Tempo”, é uma unidade mista com área urbana e rural, assistindo aproximadamente 943 famílias. O diagnóstico situacional veio mostrar a equipe o trabalho que desenvolvemos na comunidade e os principais desafios que esta deverá enfrentar para garantir uma melhor qualidade na assistência à população adscrita.

A partir de um diagnóstico situacional elaborado constatou-se que temos uma população idosa numerosa e as principais causas de internação ainda são complicações decorrentes do diabetes e da hipertensão arterial. Este número crescente de pessoas idosas na comunidade fez despertar na equipe o desafio de como lidar com elas e suas particularidades.

O aumento da população idosa faz aumentar a importância de atenção não só para a saúde física, mas também para a saúde mental da população com mais de 65 anos. Faz surgir afecções próprias dos idosos e uma das mais devastadoras para os familiares é a demência do tipo Alzheimer, devido à problemática de desconhecimento da doença, do que fazer, de como agir, de como entender a pessoa afetada e, sobretudo, de como entender os próprios sentimentos em relação ao papel de cuidador (SANTANA, 2009).

Diante desse crescente número de pessoas idosas muitas vezes com idade superior a 80 anos, a falta de preparo da família e equipe ESF em identificar, tratar e acompanhar a pessoa idosa com demência e confusão mental.

Historicamente, a sociedade responsabiliza a família pelos cuidados prestados ao idoso. As repercussões, significados e abordagens do cuidado domiciliário ao idoso para a família são inúmeros, quando a função do cuidar não é adequadamente realizada, a família sofre sanções sociais, sendo considerada negligente e/ou irresponsável (Caldas, 2002).

Sendo assim, o papel dos profissionais da Estratégia Saúde da Família se torna ainda mais importante para dar subsídios e equilíbrio aos familiares no convívio, cuidado ao idoso portador de Alzheimer.

A relevância deste projeto de intervenção foi fornecer subsídios tanto para equipe quanto para os familiares no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos idosos portadores de Alzheimer a fim de propiciar qualidade de vida aos idosos e seus familiares proporcionando uma intervenção mais eficaz neste problema crescente não só na área de cobertura da ESF Novo Tempo mais em todo o Brasil.

Este estudo poderá contribuir para fornecer instrumentos de avaliação e acompanhamento do idoso com demência (Alzheimer) e ainda na para prevenção de complicações decorrentes da doença. De acordo com Fonseca, *“Esta demência interfere na atividade da vida diária e social do idoso enfermo, conferindo-lhe dependência e conseqüentemente necessidade de cuidados/ações direcionadas”*.

Frente à diversidade de problemas enfrentados por pessoas com doença de Alzheimer, seus familiares e/ou cuidadores e a falta de preparo da Equipe de Estratégia Saúde da Família em lidar com a situação buscou-se na literatura conhecimentos relativos à doença de Alzheimer, e com esses subsídios foi elaborado um plano de ação para essa clientela.

Assim o presente estudo teve por objetivos:

2 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de ação para o cuidado de idosos portadores de Alzheimer seus familiares e cuidadores.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar sinais e sintomas de alerta para o diagnóstico precoce da doença;
- Identificar referencial teórico atualizado para as equipes implantarem ações efetivas em seu processo de trabalho junto às famílias e aos idosos adscritos na sua área de abrangência.

3 METODOLOGIA

Este projeto de intervenção constituiu primeiramente de uma revisão bibliográfica visando reunir artigos publicados com fundamentação teórica relacionada à doença de Alzheimer, ao cuidador, à família e a Estratégia Saúde da Família. Foram utilizados artigos científicos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que possui periódicos do SciELO, LILACS, MEDLINE.

A opção pela utilização de periódicos on-line justifica-se pela atualidade dos estudos relacionados aos temas referidos, bem como a facilidade da divulgação destas novas pesquisas, da mesma maneira que são também valorizados como produção bibliográfica ARÊDES (2012).

A seguir foi elaborado um plano de ação para o cuidado de pessoas idosas com doença de Alzheimer seus familiares e cuidadores.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 As demências na terceira idade

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada, os idosos constituem a parcela da população que mais cresce em todo o mundo. Segundo projeções, a população idosa brasileira chegará ao ano 2020 com mais de 26,3 milhões, representando quase 12,9% da população total. Além disso, o país tem experimentado um importante aumento da longevidade (ALVES, 2008).

Esse quadro não é diferente à população adscrita na ESF Novo Tempo do município de São Geraldo – MG onde a população de idosos é cada vez mais crescente. Vale-se lembrar ainda, que a população de octogenários é que mais cresce no Brasil, e a prevalência de demência dobra a cada cinco anos em idosos e alcança quase 20% dessa população a partir de 80 anos.

Os problemas sociais relacionados ao impacto provocado pelo aumento da expectativa de vida das pessoas refletem na manutenção da saúde dos idosos e na preservação de sua permanência junto à família (LUZARDO, 2006).

O processo de envelhecimento é algo que não pode se evitar. Condiciona o indivíduo à diminuição nas habilidades em responder ao estresse do ambiente, deixando-o mais sensível em adquirir patologias.

O esquecimento benigno ou normal faz parte do processo de envelhecimento de todo ser humano. A maioria das pessoas já vivenciou alguma vez certo esquecimento de nomes, datas, lugares, pessoas, acontecimentos. Porém, esse tipo de esquecimento é diferente quando referimos à doença de Alzheimer. O enfermo dessa doença faz com que a mesma se perca em lugares familiares, não se recorde de nomes de familiares próximos, e nos casos mais graves, esses doentes se esquecem de como fazer suas atividades básicas, como se vestir, abrir a porta, segurar os talheres (RIBEIRO, 2010).

O termo demência é hoje empregado unicamente por referência a um grupo de alterações do córtex cerebral que se manifestam pela perda progressiva das funções intelectuais, sendo elas: perda da capacidade de raciocínio, perturbações das grandes funções neuropsicológicas, tais como a memória, a orientação, a

linguagem, alterações dos comportamentos afetivos e inadequação comportamental ao contexto social (SMITH, 2011).

A doença de Alzheimer como uma forma de demência que afeta o idoso e compromete sobremaneira sua integridade física, mental e social, acarretando uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no próprio domicílio. É uma doença degenerativa e progressiva, geradora de múltiplas demandas e altos custos financeiros, fazendo com que isso represente um novo desafio para o poder público, instituições e profissionais de saúde, tanto em nível nacional, quanto mundial (LUZARDO, 2006).

A Doença de Alzheimer pode gerar grandes lacunas, e dessa forma cada vez mais é exigido dos profissionais que atendam indivíduos mais idosos, com patologias principalmente relacionadas às demências. Desta forma, é importante que os profissionais de saúde busquem maior conhecimento para melhoria da qualidade de vida dos idosos.

4.2 Doença de Alzheimer

O aumento da expectativa de vida e o progressivo envelhecimento facilitam o surgimento de condições associadas ao envelhecimento. A doença de Alzheimer, descoberta em 1907 pelo alemão Alois Alzheimer, é uma delas. A doença de Alzheimer é uma afecção neuro degenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos.

Alterações neuropatológicas e bioquímicas específicas são encontradas nos pacientes com doença de Alzheimer. Esse comprometimento neuronal ocorre principalmente no córtex cerebral e resulta em tamanho cerebral diminuído. Alterações similares são encontradas em uma menor extensão no tecido cerebral normal de adultos idosos. As células que utilizam o neurotransmissor acetilcolina são aquelas principalmente afetadas por esta doença. Do ponto de vista bioquímico, a enzima ativa na produção de acetilcolina, a qual está especificamente envolvida no processamento da memória, mostra-se diminuída (SMELTZER & BARE, 2005).

Os cientistas continuam a aumentar sua compreensão acerca das complexas maneiras pelas quais o envelhecimento e os fatores genéticos e não genéticos

afetam e lesionam as células cerebrais com o passar do tempo e levam, mais adiante, à doença de Alzheimer. Descobriram como e por que as placas amiloides se formam e causa a morte neuronal, a possível relação entre as várias formas de proteína tau e a função prejudicada, que leva a morte neuronal. O principal papel da proteína tau é regular o agrupamento e a estabilidade dos neurônios. Os pesquisadores também estão começando a descobrir os papéis da inflamação e o estresse oxidativo e a contribuição dos infartos cerebrais, para a doença (SMELTZER & BARE, 2005).

Dentre os critérios clínicos mais utilizados para o diagnóstico incluem-se principalmente o comprometimento da memória. A abordagem do paciente com demência deve incluir a avaliação e monitoramento das habilidades cognitivas, da capacidade para desempenhar atividades da vida diária, do comportamento e da gravidade global do quadro, com a intenção de proporcionar melhoria na qualidade de vida do paciente (ARÊDES, 2012).

4.3 Causas / evolução

Não se conhece a causa específica da doença de Alzheimer. Parece haver certa predisposição genética para seu aparecimento. Nesses casos, ela pode desenvolver-se precocemente, por volta dos 50 anos.

Nos estágios iniciais da doença de Alzheimer, ocorrem o esquecimento e a perda de memória de forma sutil. O paciente pode experimentar pequenas dificuldades nas atividades de trabalho ou social, mas apresenta função cognitiva adequada para ocultar a perda e pode funcionar de modo independente. A depressão pode ocorrer neste momento. Com a progressão adicional da doença, os déficits não podem ser disfarçados. O esquecimento manifesta-se em muitas ações diárias. Esses pacientes podem perder sua capacidade reconhecer rostos familiares, locais e objetos, podendo ficar perdidos em um ambiente familiar. Eles podem repetir as mesmas histórias porque se esquecem de que elas já foram contadas. Tentar raciocinar com a pessoa e usar orientações de realidade apenas aumenta a ansiedade do paciente, sem melhorar a função. O diálogo torna-se difícil, e existem dificuldades para encontrar as palavras. Desaparece a capacidade de formular conceitos e pensar de maneira abstrata. Com frequência, o paciente é incapaz de

reconhecer as consequências de suas ações e, portanto, exibirá um comportamento impulsivo. Por exemplo, em um dia quente, o paciente pode banhar-se em um chafariz da cidade totalmente vestido. O paciente tem dificuldade com as atividades cotidianas, como operar aparelhos simples e manusear dinheiro (SMELTZER & BARE, 2005).

Em geral, as alterações de personalidade também ficam evidentes. O paciente pode ficar deprimido, paranoide, hostil e agressivo. A progressão da doença intensifica os sintomas. Mais adiante, a assistência é necessária para a melhoria das atividades de vida diária, incluindo a alimentação e higiene íntima, pois a disfagia acontece e a incontinência urinária se desenvolve. O estágio terminal, o paciente fica imóvel e requer cuidados totais, isto pode durar meses ou anos. Ocasionalmente o paciente pode reconhecer a família ou cuidadores. A morte ocorre em consequência de complicações, como pneumonia, desnutrição ou desidratação (SMELTZER & BARE, 2005).

Diante disso podemos relacionar os sintomas com os estágios da doença, da seguinte maneira:

- * Estágio I (forma inicial) – alterações na memória, personalidade e habilidades espaciais e visuais;
- * Estágio II (forma moderada) – dificuldade para falar, realizar tarefas simples e coordenar movimentos; agitação e insônia;
- * Estágio III (forma grave) – resistência à execução de tarefas diárias, incontinência urinária e fecal, dificuldade para comer, deficiência motora progressiva;
- * Estágio IV (terminal) – restrição ao leito, mutismo, dor à deglutição, infecções intercorrentes.

4.4 Tratamento

A adesão ao esquema terapêutico requer do paciente mudança no estilo de vida, na promoção e manutenção da saúde. São muitas as variáveis que influenciam na adesão na não adesão à terapia prescrita, sobretudo quando as medidas são complexas e de longa duração. Podem-se destacar como exemplos de comportamentos facilitadores à saúde: tomar as medicações prescritas, manter uma dieta, limitar atividades, praticas medidas de higiene específica, buscar avaliações periódicas e adotar medidas preventivas e terapêuticas (SMELTZER & BARE, 2005).

4.5 O Cuidador

Segundo o GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008),

[...] cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

A Doença de Alzheimer não afeta somente ao seu portador – ela afeta toda a família. A grande sobrecarga é sobre o familiar/cuidador direto. O estresse pessoal e emocional do cuidador é enorme, e este cuidador necessita manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de conviver com a doença sem desintegra-se. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los, como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para manutenção de uma boa qualidade de vida.

O bom cuidador é aquele que observa, identifica e avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. Cuidar é estimular a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo (GUIA PRÁTICO DO CUIDADOR DO MINISTÉRIO AS SAÚDE, 2008).

4.6 O papel da ESF ao cuidador/familiar e ao portador de ALZHEIMER

Almeja-se para o trabalho na Estratégia de Saúde da Família uma adequada abordagem da pessoa idosa. Busca-se a compreensão do envelhecimento como um processo benigno e não patológico. Entretanto, as equipes de saúde da família não podem perder de vista que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o passar do tempo e, conseqüentemente, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para saúde da pessoa idosa. Frente a tal realidade, o profissional de saúde enfrenta o desafio de traçar limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal com suas limitações fisiológicas gradativas e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo. Diversos fenômenos que eram tidos como normais com o avançar da idade, hoje são considerados como decorrentes da instalação de processos patológicos, e devem ser precocemente identificados e trabalhados de forma participativa e efetiva (SILVESTRE, 2003).

Os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar protocolos para ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social. Esta exigência se torna mais relevante quando se identifica a carência de especialistas e de serviços especializados neste núcleo do conhecimento à disposição do SUS (PICCINI, 2006).

Desse modo, torna-se necessário além de conhecimentos sobre sinais e sintomas da doença de Alzheimer, ter instrumentos que ajudem para elaboração de um diagnóstico precoce da doença e assim tornar o trabalho da equipe mais resolutivo e coerente.

Faz-se necessário, para o bem dos pacientes, a valorização das capacidades reais de assistência, o objetivo é aumentar a formação e assessoramento da família, tentar melhorar a qualidade de vida para, como também para atenuar as repercussões sócio assistenciais dessa enfermidade (RIBEIRO, 2010).

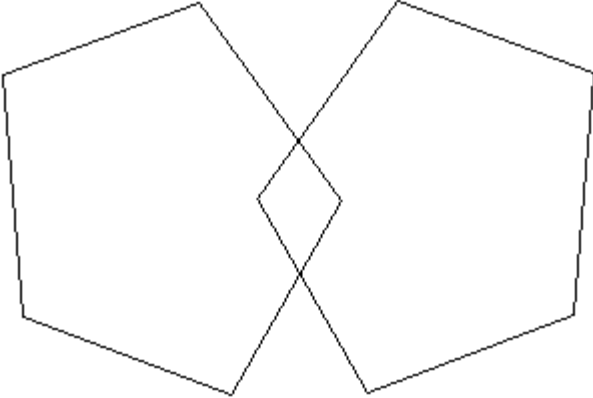
Diversos instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco. O Mini Exame do Estado Mental (MMSE) é a escala de avaliação cognitiva mais amplamente utilizada com essa finalidade. E ainda, o MMSE foi desenvolvido com o objetivo de

diferenciar pacientes psiquiátricos com quadros orgânicos dos funcionais. Com o passar do tempo a escala passou a ser utilizada como um instrumento para orientar a avaliação de pacientes com demência, sendo seu uso recomendado para a realização tanto do diagnóstico de demência como de doença de Alzheimer (ALMEIDA, 1998).

As equipes de Saúde da Família podem buscar através destes instrumentos avaliar melhor os idosos de sua cobertura e desta forma ter mais instrumentos para definir melhor os diagnósticos das doenças demenciais. Seguindo esse raciocínio segue abaixo duas escalas para avaliar o idoso e ter mais resolutividade na assistência. A primeira do mini exame do estado mental (MMSE) e a segunda a avaliação das atividades da vida diária - Índice de Katz.

Mini Exame do Estado Mental (MMSE)

Questões	Pontos
1. Qual é: Ano? Estação (Metade do ano)? Data? Dia? Mês?	5
2. Onde estamos: Estado? País? Cidade? Bairro ou hospital? Andar?	5
3. Nomeie três objetos (carro, vaso, janela) levando 1 segundo para cada. Depois, peça ao paciente que os repita para você. Repita as respostas até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas).	3
4. 7s seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número, etc.	5
Interrompa após 5 respostas. Alternativa: Solete "MUNDO" de trás para frente.	
5. Peça ao paciente que nomeie os 3 objetos aprendidos em 3.	3
6. Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente	2

que os nomeie conforme você os mostra.	
7. Peça ao paciente que repita "nem aqui, nem ali, nem lá".	1
8 Peça ao paciente que obedeça sua instrução: "Pegue o papel com sua mão direita. Dobre-o ao meio com as duas mãos. Coloque o papel no chão".	3
9. Peça ao paciente para ler e obedecer o seguinte: "Feche os olhos".	1
10. Peça ao paciente que escreva uma frase de sua escolha.	1
11. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1
Escore total: (máximo de 30) _____	

Fonte: Folstein *et al.*, 1975; Bertolucci *et al.*, 1994

Avaliação dos resultados:

Normal: acima de 27 pontos

Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.

Avaliação das atividades da vida diária - Índice de Katz

A _ Índice de atividades rotineiras do paciente

Tentar obter essas informações com o paciente, caso seja possível

1. Tomar banho (esponja, chuveiro ou banheira):

(I) Não precisa de ajuda.

(A) Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas).

(D) Precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho).

2. Vestir-se:

(I) Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda.

(A) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, com exceção de amarrar os sapatos.

(D) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.

3. Ir ao banheiro:

(I) Vai ao banheiro, faz a higiene, e se veste sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas, e pode usar urinol à noite, esvaziando este de manhã).

(A) Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para uso do urinol a noite.

(D) Não vai ao banheiro para fazer suas necessidades.

4. Locomoção:

(I) Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (pode estar usando objeto para suporte, como bengala ou andador).

(A) Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda.

(D) Não sai da cama.

5. Continência:

(I) Controla a urina e movimentos do intestino completamente por si próprio.

(A) Tem acidentes ocasionais.

(D) Supervisão ajuda a manter controle de urina ou intestino, cateter é usado, ou é incontinente.

6. Alimentação:

(I) Alimenta-se sem ajuda.

(A) Alimenta-se, com exceção no caso de cortar carne ou passar manteiga no pão.

(D) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.

Quando o paciente não souber informar, favor anotar que a informação não foi dada por ele.

B _ Sobre o paciente — Atividades instrumentais da vida diária

As alternativas devem ser escolhidas em relação aos últimos 30 dias)

1. Telefone:

(I) capaz de olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda.

(A) É capaz de receber chamadas ou ligar para a telefonista em uma emergência, mas necessita de um telefone especial ou ajuda para pegar o número ou discar.

(D) É incapaz de usar o telefone (escreva _ não se aplica _ se o paciente nunca recebeu uma chamada ou usou o telefone).

2. Locomoção fora de casa:

(I) É capaz de dirigir seu próprio carro ou andar em um ônibus ou de táxi sozinho.

(A) É capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho.

(D) É incapaz de se locomover fora de casa.

3. Compras:

(I) É capaz de tomar conta de todas as compras, desde que o transporte seja providenciado.

(A) É capaz de fazer compras mas não sozinho.

(D) É incapaz de fazer compras.

4. Preparar a comida:

(I) É capaz de planejar e preparar uma refeição completa.

(A) É capaz de preparar pratos simples, mas incapaz de cozinhar uma refeição completa sozinho.

(D) Incapaz de preparar qualquer comida. (Se o paciente nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo como fazer sanduíche, pegar uma fruta para comer, etc. Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.)

5. Trabalho doméstico:

(I) é capaz de fazer o trabalho doméstico pesado (exemplo: limpar o chão).

(A) É capaz de fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas.

(D) É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico.

6. Medicação:

(I) É capaz de tomar as medicações na dose e hora certa.

(A) É capaz de tomar as medicações, mas precisa ser lembrado ou alguém precisa preparar a medicação.

(D) É incapaz de tomar sozinho suas medicações.

7. Dinheiro:

(I) É capaz de fazer as compras de coisas necessárias, preencher cheques e pagar contas.

(A) É capaz de fazer as compras de uso diário, mas necessita de ajuda com o talão de cheques e para pagar as contas.

(D) É incapaz de lidar com dinheiro.

Abreviações: I = independente, A = assistência, D = dependente.

Fonte: Gallo *et al.*, 1995 (tradução para o português de Márcia Scazufca)

Desta forma, buscando instrumentos e bases científicas para melhor atender à pessoa idosa com Alzheimer, o plano de intervenção individualizado tem como estratégia auxiliá-lo e aos seus familiares/cuidador a lidar com a doença, minimizar sua evolução, dar melhor qualidade de vida ao idoso e garantir um ambiente mais integrado entre familiar/cuidador, idoso e a equipe saúde da família.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção proposto por este estudo será composto 3 fases:

- **1ª-levantamento da população idosa e capacitação de agentes Comunitários de saúde**
- **2ª-avaliação dos idosos**
- **3ª-criação do plano de cuidado individualizado ao idoso e ao seu cuidador/familiar.**

1ª FASE-Levantamento da população de idosos e capacitação de agentes Comunitários de saúde

A fase inicial deste plano, ocorrerá por meio de levantamentos e estratificação de risco dos idosos nas micro áreas na ESF Novo Tempo.

Este passo visa também capacitar os Agentes comunitários de Saúde sobre os sinais e sintomas de alerta sobre a doença de Alzheimer, identificar os idosos que deverão ser avaliados na segunda etapa do plano.

2ª FASE-Avaliação dos idosos

Essa fase que será desenvolvido pelo enfermeiro e médico da ESF onde serão realizadas as avaliações (MMSE e índice de Katz), e outras avaliações se necessárias, para definir um diagnóstico ao idoso. Nesta fase é que irá ser elaborado o diagnóstico diferencial do idoso, a partir da avaliação do seu estado mental e avaliação das suas atividades de vida diária.

3ª FASE- Plano de cuidado ao idoso e ao seu cuidador/familiar:

Esse plano multidisciplinar será desenvolvido tanto para suporte ao cuidador/familiar quanto para o idoso , com suporte periódico da ESF Novo Tempo a fim de garantir um acompanhamento mais eficaz, minimizando falhas e maximizando condutas positivas. Será elaborado a partir das deficiências encontradas pelos idosos e seus familiares através dos mecanismos e avaliações realizadas na fase anterior e dessa

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de Ação

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazos
Viver melhor Proporcionar melhor qualidade de vida ao idoso com Alzheimer e seus familiares/cuidadores	Diagnóstico precoce; Apoio familiar; Qualificar a equipe; Garantir qualidade na assistência; Qualidade de vida ao idoso; Estabelecer vínculo entre idoso, familiar/cuidador e equipe da ESF.	Estratificação de risco dos idosos da área de atuação da ESF; Avaliação através de instrumentos para facilitar o diagnóstico (MMSE e Índice de Katz); Capacitação de toda a equipe da ESF; Plano de cuidados individualizado para o idoso e seu familiar/cuidador elaborado pela equipe ESF	Apresentação do projeto e qualificação da equipe para a sua execução	Equipe de Saúde da Família Novo Tempo	Início em 3 meses sem prazo para o término

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poucas enfermidades alteram tanto a vida do enfermo, quanto a de seu familiar/cuidador como a doença de Alzheimer. O cuidador ao mesmo tempo em que se dedica ao enfermo com seu carinho, paciência e cuidados tem que lidar com o seu esgotamento físico e mental. O papel da equipe da Estratégia Saúde da Família se torna neste ponto fundamental para dar ao cuidador/familiar suporte para garantir o seu bem estar. Desta forma, conduzir um cuidado de qualidade para poder assim assistir o idoso de forma integral.

O processo de cuidar do paciente portador dessa patologia implica numa relação de diálogo entre equipe, paciente e familiar/cuidador. Assim, há uma mudança de mentalidade conduzindo a um enfoque ativo, consciente da doença e de suas perspectivas terapêuticas. Para isso acontecer é preciso aprofundar-se em estudos sobre a doença de Alzheimer e ter em mãos instrumentos não para diagnosticar a doença, mas dar subsídios para montar um diagnóstico diferenciado, que não só proporciona maior ação da equipe de saúde, mas proporciona qualidade no plano de cuidado direcionado ao idoso, sendo esta a principal visão deste trabalho.

Lacunas entre os problemas dos usuários e o que o serviço de saúde pode oferecer ainda são enormes. Este estudo procurou levantar dados, conhecimentos e alternativas sobre a doença e seu acompanhamento tanto para o cuidador/familiar quanto para equipe da saúde da família e propor intervenções para ações eficazes e resolutivas.

Espera-se assim proporcionar com este estudo uma ferramenta para consulta dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para atuar no diagnóstico, tratamento e cuidados com o paciente portador de demência (Alzheimer), se configurando em uma fonte de capacitação e orientação dos profissionais da equipe para as famílias/cuidadores dos portadores dessa doença.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. **MINE EXAME DO ESTADO MENTAL E O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA NO BRASIL**. Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo. 1998.

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iuri da Casta; MACHADO, Carla Jorge. **Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership**. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.535-546, mar. 2008.

ARÊDES, Virgínia Teixeira Oliveira. **Assistência da Equipe Saúde da Família ao paciente com doença de Alzheimer e seus cuidadores**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2012. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

Bertolucci, P.H.F.; Brucki, S.M.D.; Campacci, S.R. & Juliano, Y. _ **O Mini-exame do Estado Mental em uma População Geral: Impacto da Escolaridade**. *Arquivos de Neuropsiquiatria* 52: 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo%2878%29.htm#anexo1>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CALDAS, C.P. **Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. Textos sobre envelhecimento**. V. 4, n. 8. Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: - <www.unati.uerj.br/tse/scielo>. (09 out 2013).

CHAIMOWICZ, Flavio. **A saúde dos idosos brasileiros as vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas**. REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA. São Paulo, v. 31, n. 2, p.184-200, abr. 1997.

FONSECA, A.M., SOARES, E. **O processo saúde-doença e o cuidado domiciliário ao portador de doença de Alzheimer**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?acesso em 10 de outubro de 2013](http://www.scielo.br/scielo.php?acesso%20em%2010%20de%20outubro%20de%202013)>.

Gallo, J.J.; Reichel, W. & Andersen, L.M. _ **Handbook of Geriatric Assessment** 2. ed. Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland, 1995. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo%2878%29.htm#anexo2>.

LUZARDO, Adriana Remiao; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell. **Características de idosos com doença de Alzheimer e seus**

cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM. Florianópolis, v. 15, n. 4, p.587-594, out./dez. 2006.

PICCINI, Roberto Xavier et al. **Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde.** CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.657-667, 2006.

RIBEIRO, Cléris Ferreira. **Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010. 60f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SANTANA, R. F., ALMEIDA, K. S., SAVOLDI, N. A. M. **Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?acesso> em 10 de outubro de 2013.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. **Abordagem do idoso em programas de saúde da família.** CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.839-847, mai./jun. 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. Brunner e Suddarth. **Tratado de Enfermagem de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, V. 1, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. Brunner e Suddarth. **Tratado de Enfermagem de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, V. 1, 10^a ed. 2005.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. **Doença de Alzheimer.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 20 out 2013.