

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB
Programa de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

Acolhimento do Centro de Doença de Alzheimer do IPUB – UFRJ para
idosos e seus cuidadores

Priscila de Azeredo Muniz



UFRJ

Acolhimento do Centro de Doença de Alzheimer do IPUB – UFRJ para
idosos e seus cuidadores

Priscila de Azeredo Muniz

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre Profissional em Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Jaqueline Da Silva, PhD
orientadora

Rio de Janeiro
Janeiro de 2020

CIP - Catalogação na Publicação

M966a Muniz, Priscila de Azeredo
Acolhimento do centro de doença de Alzheimer do
IPUB - UFRJ para idosos e seus cuidadores /
Priscila de Azeredo Muniz. -- Rio de Janeiro, 2020.
107 f.

Orientador: Jaqueline Da Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa
de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial,
2020.

1. Doença de Alzheimer. 2. Demência. 3.
Acolhimento. 4. Enfermagem psiquiátrica. 5.
Assistência a idosos. I. Da Silva, Jaqueline,
orient. II. Título.

**Acolhimento do Centro de Doença de Alzheimer do IPUB – UFRJ para
idosos e seus cuidadores**

Priscila de Azeredo Muniz

Orientadora: Prof. Dra. Jaqueline Da Silva, PhD

Dissertação de mestrado em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre Profissional em Atenção Psicossocial

Aprovada por:

Presidente, Prof^a. Dra. Jaqueline Da Silva, PhD
MEPPSO/ IPUB / UFRJ
Orientadora

Prof. Dr. Octávio Domont de Serpa Júnior
MEPPSO/ IPUB/ UFRJ

Prof^a. Dr^a. Fátima Helena do Espírito Santo
UFF

Rio de Janeiro
Janeiro de 2020

Báálé
Iemanjá, de dentro das águas, responde com o bem.
Minha Mãe,
Que pode ser chamada para trazer prosperidade.
A que sorri elegantemente.
Você é minha Senhora.
Louváveis são os passos de seus pés.
Dona do meu Ori.
A água que traz prosperidade não falta em nossa casa.
Água em abundância.
Iemanjá, firme como a montanha, nela podemos nos apoiar.
Possui casa formada por muitas águas.
Orixá que cura doenças com água fria.
Que cura as doenças sem pedir sangue aos familiares do doente.
Iemanjá, que melhora o mau Ori,
Melhore mais e mais o meu Ori, até o fim da minha vida.
Àséoooooooo!!!!
(VALLADO, 2011)

AGRADECIMENTOS

A Nzambi, à Yá Ori Kaitumba, a meu pai maior Nsumbu, aos meus protetores Lembá Dilê e Lembaraganga, pelo amor infinito;

Aos meus Guias espirituais, por tudo que desconheço;

Aos meus pais Vera Lúcia de Azeredo Muniz (*in Memoriam*) e Antônio Carlos Pires Muniz (*in Memoriam*), pela oportunidade da vida terrestre, educação e formação do caráter;

Ao meu Tata Áureo D`Oxoguiã, à Yá Jane, à Yá Ana Fátima, aos meus Pais Ogãs: Antônio, Carlos e Márcio, pela confiança, apoio e amor incondicional;

À amiga e musicoterapeuta do CDA/ IPUB, Dra. Mariângela Aleixo, que é anjo não só no nome e contribuiu na orientação e incentivo acadêmico;

À minha amiga e companheira de trabalho no CDA/ IPUB, assistente social Juliana Rosas pela colaboração na revisão do capítulo sobre Políticas Públicas e pela parceria na lida diária;

À prof. Dra. Jaqueline da Silva, orientadora do projeto;

Aos professores da banca examinadora, Dr. Octavio Domont de Serpa Junior e Dra. Fátima Helena do Espírito Santo, pelas contribuições na qualificação da dissertação que culminou no enriquecimento deste trabalho;

À professora Dra. Ana Cristina Figueiredo, coordenadora do Programa de Mestrado Profissional, por apontar caminhos para a conclusão da dissertação;

À Neide Verçosa e Cátia Mathias, bibliotecárias do IPUB-UFRJ, pelo carinho e colaboração na revisão histórica e bibliográfica;

Às minhas colegas e companheiras de trabalho, técnicas de enfermagem: Ana Maria Maceno, Elaine dos Santos Moura e Renata Lima Sales de Castro, pela competência, parceria e responsabilidade na preservação da assistência de Enfermagem do CDA;

Ao meu marido e grande companheiro desta (e das próximas) vida(s), Carlos Leonardo dos Santos, pela paciência, amor, cumplicidade e pelo auxílio na construção dos gráficos e figuras para o trabalho;

Ao meu amigo Felipe Sardinha, por trazer alegria aos meus dias nublados e contribuições ao meu estudo;

Ao meu mascote Tyrion, meu Pug, companheiro fiel.

LISTA DE SIGLAS

ABEn: Associação Brasileira de Enfermagem
ADI: Alzheimer Disease International
ANA: American Nurses Association
APAZ: Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer
AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC: Acidente Vascular Cerebral
AVD: Atividades de Vida Diária
AVE: Acidente Vascular Encefálico
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CCL: Comprometimento Cognitivo Leve
CCL-AUD: CCL Amnésico de Único Domínio
CCL-AMD: CCL Amnésico de Múltiplos Domínios
CCL-NAUD: CCL Não Amnésico de Único Domínio
CCL-NAMD: CCL Não Amnésico de Múltiplos Domínios
CIND: Cognitive Impairment No Dementia
CCSD: Comprometimento Cognitivo Sem Demência
CCV: Comprometimento Cognitivo Vascular
CDA: Centro de Doença de Alzheimer e outros Transtornos Mentais na Velhice
CD: Centro-dia do IPUB/ UFRJ
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN: Conselho Federal de Enfermagem
COREN: Conselho Regional de Enfermagem
CPRJ: Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro
DA: Doença de Alzheimer
DCL: Demência de Corpúsculo de Lewy
DCNT: Doença Crônica Não Transmissível
DCV: Doença Cerebrovascular
DFT: Demência Frontotemporal
DM: Diabetes Mellitus
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM – 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

DV: Demência Vascular

EEAN: Escola de Enfermagem Anna Nery

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMASJM: Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

IPP: Instituto Pereira Passos

IPUB: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

MEEM: Mini Exame do Estado Mental

MMII: Membros Inferiores

MS: Ministério da Saúde

NMDA: N- Metil – D – Aspartato

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM: Política de Atenção Integral à Mulher

PNH: Política Nacional de Humanização

PNI: Política Nacional do Idoso

PNSM: Política Nacional de Saúde Mental

PNSPI: Política Nacional de Saúde à Pessoa Idosa

RM: Ressonância Magnética

RT: Residência Terapêutica

SISREG: Sistema de Regulação de Vagas do SUS

SPCD: Sintomas Comportamentais e Psicológicos

SUS: Sistema Único de Saúde

SV: Sinais Vitais

TC: Tomografia Computadorizada

TDR: Teste do Desenho do Relógio

TE: Técnicos de Enfermagem

TFV: Teste de Fluência Verbal

TNC: Transtorno Neurocognitivo

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

Acolhimento do Centro de Doença de Alzheimer do IPUB – UFRJ para idosos e seus cuidadores

Priscila de Azeredo Muniz

Orientadora: Prof. Dra. Jaqueline Da Silva, PhD

Resumo da dissertação de mestrado em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre Profissional em Atenção Psicossocial

O Centro de Doença de Alzheimer do IPUB é referência no atendimento de idosos com demência, no Rio de Janeiro. A enfermeira e a assistente social do setor criaram conjuntamente o serviço de acolhimento, para avaliação de novos usuários. Objetivo geral: Descrever a intervenção da enfermeira no acolhimento do CDA. Objetivos específicos: Apontar demandas em atenção psicossocial e psicogeriátrica dos usuários; Produzir materiais que inspirem possibilidades de atenção psicossocial a idosos em outros serviços de saúde mental. Como produto de contribuição técnica foi elaborado o fluxograma do serviço de acolhimento do CDA. A metodologia adotada foi o estudo de caso descritivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, utilizando-se o instrumento de anamnese do serviço e um condensado de observações do campo de prática como fonte de dados. Em seu bojo são apresentados o percurso histórico do desenvolvimento do serviço, os níveis de proficiência da enfermeira e suas funções sociais exercidas na prática. Os participantes (N=79) foi a de idosos com idade ≥ 60 anos, sendo os casos com idade inferior a esta inseridos quando apresentavam queixas cognitivas e comportamentais. O estudo seguiu recomendações da Resolução 466 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Pesquisa com Seres Humanos. A análise dos dados compreendeu um estudo sociodemográfico, evidências de problemas psicogeriátricos e psicossociais dos usuários, tipo de vínculo dos acompanhantes, evidências que dificultam a implementação dos cuidados e as ações da enfermeira durante a consulta de acolhimento. As considerações finais discorrem sobre a importância da atuação do serviço junto a Política de Humanização.

Descritores: Doença de Alzheimer; Demência; Acolhimento; Enfermagem psiquiátrica; Assistência a idosos.

Rio de Janeiro

Janeiro de 2020

Abstract

Reception of the IPUB Alzheimer's Disease Center – UFRJ for the elderly and their caregivers

Priscila de Azeredo Muniz

Advisor: Jaqueline Da Silva, PhD

Summary of the master's thesis in Psychosocial Care from the Institute of Psychiatry of the Federal University of Rio de Janeiro, as part of the requirements to obtain the title of Professional Master in Psychosocial Care

IPUB's Alzheimer's Disease Center is a reference in the care of elderly people with dementia, in Rio de Janeiro. The nurse and the social worker in the sector jointly created the reception service, to evaluate new users. General objective: To describe the nurse's intervention in welcoming the CDA. Specific objectives: Point out demands in psychosocial and psychogeriatric care from users; Produce materials that inspire possibilities of psychosocial care for the elderly in other mental health services. As a product of technical contribution, the flowchart of the CDA reception service was prepared. The methodology adopted was the descriptive case study. It is a qualitative research, using the service's anamnesis instrument and a condensation of observations from the field of practice as a data source. In its core, the historical path of the service's development, the nurse's proficiency levels and their social functions performed in practice are presented. The participants (N = 79) were elderly people aged ≥ 60 years, with cases below this age when inserted with cognitive and behavioral complaints. The study followed recommendations from Resolution 466 12/12/2012 of the National Health Council, on Research with Human Beings. The data analysis included a sociodemographic study, evidence of psychogeriatric and psychosocial problems of users, type of bond of the companions, evidence that hinder the implementation of care and the nurse's actions during the welcoming consultation. The final considerations discuss the importance of the service's performance within the Humanization Policy.

Descriptors: Alzheimer's disease; Dementia; Reception; Psychiatric nursing; Assistance to the elderly.

Rio de Janeiro

January 2020

Sumário

Introdução	12
Relevância	16
Objetivos	17
Capítulo 1- Políticas Públicas e Demência: realidade brasileira	19
1.1 – Envelhecimento e Políticas Públicas no Brasil	19
1.2 - Demências	21
1.2.1 – Tipos de demência	23
1.2.2 – Tratamentos e intervenções terapêuticas	27
1.3 - Panorama de uma Política Pública para Demência	29
Capítulo 2 – A Enfermeira no Acolhimento em um Centro de Doença de Alzheimer	32
2.1 – Enfermagem no Brasil: história e construção de uma identidade	32
2.2 – O acolhimento e o contexto da experiência profissional	35
2.3 – Enfermagem no CDA: campo de prática	40
2.4 - Os moldes do Acolhimento no CDA	42
Capítulo 3 – Método	46
3.1 – Tipo de Pesquisa	46
3.2 – Delineamento do estudo	46
3.3 – Campo de estudo e prática	47
3.4 – Participantes	47
3.5 – Instrumentos de coleta de dados	47
3.6 - Desafios metodológicos	48
Capítulo 4 – Análise e Discussão dos resultados	49
4.1 - Perfil sociodemográfico dos idosos que buscam atendimento no CDA	49
A. Gráfico do perfil etário dos usuários que realizaram acolhimento no CDA	49
B. Divisão por sexo dos usuários atendidos no acolhimento do CDA	51
C. Local de residência informado no dia da consulta de acolhimento	52
4.2 - Problemas de ordem clínica informados e/ou visualizados durante a consulta	57
4.3 - Demandas de Atenção Psicossocial dos usuários	61
4.4 - Acompanhantes dos usuários que buscam o acolhimento do CDA/ IPUB	65
4.5 - Fatores que dificultam a implementação dos cuidados, pelos acompanhantes	67
4.6 - Atividades da Enfermeira na consulta de acolhimento	71

Considerações Finais 76

Referências 79

Anexos

Anexo A - Plano de Disseminação e Contrapartida Social

Anexo B - Apêndice A

Anexo C – Parecer Consubstanciado CEP

Anexo D – Fluxograma do Serviço de Acolhimento do CDA

Anexo E – Sistema de prioridade na consulta de acolhimento do CDA

Anexo F – Etapas de investigação no acolhimento do CDA

Anexo G – Manejo durante a consulta de acolhimento e tomada de decisão

Anexo H - Anamnese da consulta de Acolhimento do CDA

Anexo I - Mini Exame do Estado Mental

Anexo J – Cartaz do Evento de Educação em Saúde na Terceira Idade da Enfermagem do Cda – Ano 2018

Introdução

Iemanjá cura Oxalá e ganha o poder sobre as cabeças

*Quando Olodumare fez o mundo,
deu a cada Orixá um reino, um posto, um trabalho. [...]
Para Iemanjá, Olodumare destinou os cuidados de Oxalá (Orixá mais idoso).
Para a casa de Oxalá foi Iemanjá cuidar de tudo:
da casa, dos filhos, da comida, do marido, enfim.
Iemanjá nada mais fazia que trabalhar e reclamar.
Se todos tinham algum poder no mundo,
um posto pelo qual recebiam sacrifício e homenagens,
por que ela deveria ficar ali em casa feito escrava?
Iemanjá não se conformou.
Ela falou, falou e falou nos ouvidos de Oxalá.
Falou tanto que Oxalá enlouqueceu.
Seu ori, sua cabeça, não aguentou o falatório de Iemanjá.
Iemanjá deu-se então conta do mal que provocara
e tratou de Oxalá até restabelecê-lo.
Cuidou de seu ori enlouquecido,
oferecendo-lhe água fresca,
obis deliciosos, apetitosos pombos brancos, frutas dulcíssimas.
E Oxalá ficou curado.
Então, com o consentimento de Olodumare,
Oxalá encarregou Iemanjá de cuidar do ori de todos os mortais.
Iemanjá ganhara enfim a missão tão desejada.
Agora ela era a senhora das cabeças.
(PRANDI, 2016).*

Esta lenda milenar da mitologia africana ilustra uma parte da trajetória do cuidado com idosos, no tocante as relações humanas, suas dificuldades e insatisfações. Também mostra que a doença pode ser uma ferramenta para mudança interna de paradigmas. E isto parece se entrelaçar com o meu percurso profissional, que se deu de maneira inusitada.

Ao longo de minha vida sempre tive medo de doenças que afetassem o equilíbrio mental e o domínio da própria consciência. No entanto, minhas escolhas me direcionaram ao campo da Saúde. Ao optar por cursar Enfermagem e ser enfermeira teria pela frente (como ainda tenho) o desafio de cuidar do outro, ao lidar com uma infinidade de doenças, até assumir a responsabilidade de coordenar o Serviço de Enfermagem do Centro de Doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice

(CDA). Sem que eu tivesse clareza das consequências da sucessão dos eventos, muito aprendido e construção se fez. Pela experiência e pelo saber.

A atenção psicossocial às demandas dos mais idosos com problemas de ordem psicogeriátrica permanece um desafio crescente e precariamente atendido pelos profissionais de saúde, em geral. Fato esse preocupante, pois o número de idosos no Brasil vem crescendo, com projeções significativas para os próximos anos (OPAS, 2017).

No Brasil observa-se a transição de sua estrutura etária de forma extremamente rápida nos últimos 25 anos. Neste contexto do crescimento da população idosa brasileira, as doenças mais prevalentes neste grupo etário são as crônico-degenerativas que, em alguns casos, levam à perda da autonomia do idoso, tornando-o dependente de cuidados (SANTOS et al, 2017; MAGALHÃES et al, 2015).

Entre esses casos está a demência, uma síndrome neuropsiquiátrica caracterizada por múltiplos déficits cognitivos, distúrbios de comportamento, declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e independência, e que interferem na qualidade de vida daquele que a tem e de seu cuidador. Atualmente, está inserida como Transtorno Neurocognitivo (TNC) no DSM - 5 (2014), que abrange o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos em vez de transtornos do desenvolvimento (p.591). A doença de Alzheimer (DA), demência vascular (DV), frontotemporal (DFT), corpos de Lewy, lesão cerebral traumática, doença de Parkinson, infecção por HIV, doença de Huntington, doenças por príon, por outra condição médica, e múltiplas etiologias estão entre as síndromes de TNC maior.

A DA, uma condição neurodegenerativa primária, multifatorial, que atinge com maior frequência pessoas acima dos sessenta e cinco anos de idade, também pode atingir pessoas antes dessa idade, em sua forma pré-senil. Em fases mais tardias, há manifestações neurológicas e autonômicas (DALMAGRO; CAZARIN; ZENAIDE, 2020). Mais da metade dos idosos que convivem com demência estão em países de baixa e média renda (OPAS, 2017; MAGALHÃES et al, 2015).

A demência vascular (DV) é o estado mais grave da doença cerebrovascular (DCV). É a segunda maior causa de demência prevalente na população idosa. Muitos pesquisadores no assunto consideram que a demência de Alzheimer sempre é acompanhada de doença cerebrovascular, em graus variáveis de comprometimento (HACHINSKI, 2018; SANTOS et al, 2017). Na DCV ocorre comprometimento das

funções cerebrais devido a lesões (infartos, lesões no córtex, gânglios da base, hipocampo, lacunas múltiplas, leucoencefalopatia), por doenças crônico-degenerativas descompensadas ou condições genéticas (HACHINSKI, 2018; NIA/NIH, 2016).

Frente a crescente demanda da demência, principalmente da DA, na cidade do Rio de Janeiro, associada às consequências de suas projeções, foi criado, em 1994, o atendimento ambulatorial em psicogeriatría do IPUB, coordenado pelo professor Dr. Jerson Laks. A necessidade de ampliar a assistência a esta população, bem como estudos mais aprofundados, com participação de equipe multidisciplinar, culminou com a inauguração do CDA, em dezembro de 1997. Idealizado e coordenado pelos professores Annete Leibing (antropóloga e doutora em Antropologia) e Jerson Laks (médico psiquiatra e doutor em Psiquiatria), o espaço oferecia atendimento ambulatorial multidisciplinar e um Centro-Dia, com oficinas terapêuticas. Acenava não só para um novo olhar de assistência mas o de campo de pesquisas nesta área.

A criação do Curso de Especialização em Psicogeriatría, em 1998, possibilitou a formação de profissionais especialistas e o desenvolvimento de práticas clínicas diferenciadas, pesquisas diversificadas, como também a parceria com Associação de Amigos e Parentes de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes (APAZ).

A Enfermagem no Ambulatório Psicogeriátrico do CDA teve início com consulta de enfermagem, em que foi estruturado um impresso próprio e sistematizado. Nele, contava com levantamento de dados sobre o histórico de saúde, questões de autocuidado, medicações em uso regular e versões simplificadas das escalas de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em Fevereiro do ano de 2003, iniciei minha trajetória profissional, com então vinte e dois anos, e recém graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Como recém integrante da equipe multidisciplinar do CDA, os primeiros atendimentos seguiram o modelo anteriormente estruturado. Em seguida, ao me ambientar com o atendimento e com os problemas dos idosos e seus familiares em si, foram necessárias modificações no roteiro de atendimento de enfermagem, refinando a investigação clínica, com espaço para avaliação dos cuidados.

Entretanto, me deparei com situações que me angustiaram. Uma delas se referia as faltas dos pacientes nos atendimentos agendados para a Enfermagem. Isto motivou em mim questionamentos sobre a minha competência profissional. Estaria eu falhando? e em que parte isto acontecia? Estas questões pululavam em mim constantemente.

Em decorrência das circunstâncias profissionais e pessoais, fui me aproximando do universo dos cuidadores do CDA, não apenas pelo fato de lidar com eles, mas também do de ter que exercer o papel de ser cuidadora de meus pais, em momentos diferentes. Ambos tiveram demência, em épocas diferentes, com diagnósticos e comportamentos distintos.

Nesse novo papel social, pude vivenciar as dúvidas, as angústias e sentir o tratamento que os profissionais oferecem ao idoso e seu cuidador. Tais sutilezas vividas por esse grupo social, só a experiência proporciona. E descobrir que o tempo é material precioso, onde o ideal é concentrar o maior número de atividades de saúde possível, em um mesmo turno. O cuidador muitas vezes não assume um único papel social e precisa administrar suas múltiplas atribuições.

Em minha experiência como cuidadora, responsável por pessoa dependente, a qualidade de vida era conseguir fazer atividades simples e corriqueiras, tais como: fazer compras com tranquilidade, tomar um banho demorado e relaxante, ter um momento de privacidade, ver filmes ou escutar música, trazer amigos para casa ou sair com amigos. Quando se é cuidador, todas essas atividades tornam-se extremamente complexas e necessitam de planejamento e organização pessoal. Sua conduta passa por diversos julgamentos, sem que haja empatia por parte dos profissionais e clareza de como se processam os sistemas familiares, para melhor conduzir os cuidados prestados.

Aliado a consulta, no mesmo ano instituí, como conduta da Enfermagem, a avaliação sistemática dos sinais vitais e medidas antropométricas dos idosos que frequentavam regularmente o serviço do Centro-dia, em atendimentos da fisioterapia, musicoterapia e nutrição, com o objetivo de acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis e orientação para a saúde. A execução dessa tarefa foi delegada às técnicas de enfermagem, que além de registrar os dados, construíam um gráfico de acompanhamento para melhor visualização das taxas, pelos cuidadores e idosos. Os registros e os gráficos eram dados que contribuíam de forma concreta a avaliação dos cuidados prestados pelos cuidadores aos idosos. O momento e ritual de aferição e acompanhamento dessas medidas passaram a configurar cenário de observação da interação das relações e comportamentos do binômio idoso-cuidador.

Além do trabalho *in loco* no ambulatório, passei a atuar na atenção de enfermagem domiciliária. Nos primeiros anos de construção deste trabalho, essa atenção estava voltada para pacientes que já não podiam comparecer ao serviço devido ao agravamento da doença. Contudo, com a implantação do Programa de Assistência

Domiciliar ao Idoso (PADI), nas instituições hospitalares, meu foco de assistência domiciliária passou a ser para os idosos que tinham queixa ou suspeita de maus tratos, abandono ou auto-negligência. Neste ínterim, a partir de 2009, as visitas passaram a ser sempre em conjunto e parceria com o Serviço Social do CDA.

De 2009 a 2011, durante e após cursar especialização em psicogeriatría, no IPUB, coordenei o grupo de cuidadores do centro-dia do CDA, às quintas-feiras. O objetivo inicial do grupo era ser um espaço para aprendizado e discussão de práticas de cuidado. Após observação e amadurecimento, modifiquei o foco do grupo, que passou a ser o desenvolvimento de habilidades dos cuidadores, de reconstrução da sua identidade e relaxamento. Tal prática era conduzida por dinâmicas de grupo, pensadas e estruturadas para aquela clientela. Este trabalho produziu anotações em diário de campo e a monografia de conclusão de curso.

Em 2011, o CDA precisou reestruturar seu sistema de triagem de usuários para atender as demandas daqueles que o procuravam, ou seja, de alinhar suas práticas de uma forma mais adequada com as Políticas Públicas de Saúde para os idosos, como a da Política de Humanização. Sendo assim, eu, responsável pelo Serviço de Enfermagem, em parceria com a assistente social Juliana Rosas, após reunião com o coordenador do CDA, professor Jerson Laks, iniciamos o serviço de Acolhimento. Este Serviço é desenvolvido até os dias atuais, recebe pessoas de todo o Estado do Rio de Janeiro, que buscam por esclarecimento e assistência médica para as diferentes causas relacionadas a transtornos cognitivos e comportamentais na velhice. O serviço também contribui para a melhoria na triagem médica, ao fazer uma garimpagem de quem deve ser inserido no CDA para uma investigação clínica ou ser encaminhado a algum Serviço de Saúde, regionalizado.

A proposta para este tipo de atenção àqueles que recorrem a uma orientação e cuidados no CDA, aproxima-se de uma política de humanização de atenção à saúde quanto ao enfrentamento da desinformação e do preconceito com aqueles que tem demência. Ao oferecer um espaço onde o idoso e seu familiar/cuidador possam desenvolver uma relação empática com os profissionais que os atendem, é possível estabelecer uma assistência humanizada, acolhedora, um comprometimento com cuidado personalizado, que garanta equilíbrio físico e emocional.

A relevância deste trabalho está em apresentar uma descrição do serviço e do sistema de acolhimento do CDA, que é referência no tratamento de idosos com demência e outros transtornos mentais, além de levantar as necessidades de atenção

psicossocial dos usuários que buscam o serviço. Este trabalho inicial busca inspirar outros serviços de atenção e cuidados em unidades de saúde que atendam a essa clientela. Cabe ressaltar que o CDA, além de ser buscado pela população em geral para prestar assistência, é também um local que desenvolve pesquisas multidisciplinares nestas áreas, em diferentes campos.

Objetivo geral:

- Descrever a intervenção da enfermeira no acolhimento no CDA.

Objetivos Específicos:

- Apontar as demandas de atenção psicossocial e de natureza psicogeriátrica dos usuários, a partir dos atendimentos de acolhimento;
- Produzir subsídios que fomentem a criação de espaços semelhantes, para o atendimento a idosos em outros serviços de saúde mental.

Trata-se de um estudo de caso descritivo, do acolhimento do serviço do CDA e das necessidades dos usuários do serviço, utilizando como instrumentos de coleta de dados o roteiro de anamnese do acolhimento do CDA (anexo H) e um consolidado de observação descritos durante as consultas. Para a análise dos dados, os mesmos foram separados em tabelas com informações sociodemográficas, problemas de saúde conhecidos e/ ou visualizados, demandas de atenção psicossocial dos idosos, gênero e tipo de vínculo dos acompanhantes dos idosos, fatores que dificultam a implementação dos cuidados pelos cuidadores e as atividades da enfermeira durante a consulta no acolhimento. É um estudo de abordagem qualitativa.

Como produto técnico, foi proposto um fluxograma para a serviço de acolhimento do CDA (anexo D).

O estudo segue as recomendações da Resolução 466 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012).

O público atendido foi de idosos e seus familiares/cuidadores com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na cidade do Rio de Janeiro ou outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, que buscaram por orientações para sua queixas cognitivas e comportamentais. Casos excepcionais com pessoas abaixo a esta faixa etária também foram atendidos, visto que demência não é uma condição específica e somente do envelhecimento.

O capítulo 1 – “Políticas Públicas e demência: realidade brasileira” – apresenta o contexto histórico da implantação de uma Política Pública de Saúde para os idosos. Os tipos de demências mais prevalentes e os tratamentos oferecidos - farmacológicos e não-farmacológicos - são descritos, bem como o panorama na implantação de uma política pública para as demências.

O capítulo 2 - “A enfermeira no Acolhimento em um Centro de Doença de Alzheimer” – discorre sobre a Enfermagem no Brasil, desde um olhar de ofício até o reconhecimento como profissão. Os níveis de proficiência, a importância da experiência prática reflexiva, os papéis sociais e funções da Enfermagem são apresentados. O campo de atuação da clínica, desde o início de minhas atividades no Serviço até a criação do Acolhimento, é apresentado de forma descritiva, dando uma noção da atuação e participação na construção de um espaço clínico assistencial e de pesquisa. No capítulo 3 – “Método” – são apresentadas as características deste estudo como o tipo de pesquisa, o campo de atuação e participantes.

O Capítulo 4 – “Análise e discussão dos resultados” – contempla a análise do material colhido e a apresentação dos resultados da pesquisa. Nele é possível encontramos o perfil e dados sociodemográficos, de saúde entre outros da população estudada.

Nas considerações finais do estudo, retomo os objetivos da criação do serviço de acolhimento, exponho os papéis da enfermeira desenvolvidos durante a prática do acolhimento, descrevo brevemente como ocorrem as dinâmicas da entrevista, elenco as demandas de atenção psicogeriátrica e psicossocial dos idosos, sugiro melhorias para o serviço e apresento as expectativas de expansão do atendimento.

Capítulo 1

Políticas Públicas e Demência: realidade brasileira

“Iemanjá Sessu mensageira de Olocum, a da água turva. Muito séria [...]. É muito lenta em atender seus fiéis. Quando se pede algo a ela, esqueça-se do que lhe pediu. Ela se põe a contar meticulosamente as penas do pato a ela sacrificado. Caso se engane na conta, começa de novo e essa operação se prolonga indefinidamente.”

(CABRERA, 2004).

1.1 – Envelhecimento e Políticas Públicas no Brasil

A projeção demográfica do envelhecimento no Brasil em 2020, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), é de um contingente populacional maior que nove milhões de pessoas entre 60 e 64 anos, e de mais de dois milhões de pessoas na faixa etária de 80 a 84 anos, com perspectiva de aumento para os anos seguintes.

Foi durante a década de 1970 que o Brasil iniciou seu rápido processo de transformação demográfica, passando de uma população majoritariamente jovem e rural, com famílias numerosas e alto risco de mortalidade infantil, para uma população urbanizada, de famílias reduzidas e com um contingente crescente de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

De certa forma, o Brasil pareceu buscar a organização para implementação de propostas para assistir seus idosos. Durante as assembleias de Viena (1982) e de Madri (2002), que fomentaram a discussão para a formalização de planos de ação junto ao processo de envelhecimento, o país teve participação ativa. Na Assembleia de Viena, o objetivo foi o de estabelecer uma agenda internacional de políticas públicas de saúde para a população idosa, e trouxe ao cenário o idoso como ator social, com todas as suas necessidades e especificidades. Na de Madri, foram delineados planos de ação para o Envelhecimento Ativo, apresentadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Este plano de ação se configurou numa importante influência na definição da legislação brasileira, especialmente a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que sancionou a Política Nacional do Idoso (PNI), marco inicial de uma política no Brasil,

(CAMARANO; PASINATO, 2004), e que foi regulamentada em 1996, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso. Tal Lei assegura direitos sociais à pessoa idosa e cria condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Outros dispositivos legais surgiram, de forma a assegurar os direitos da pessoa idosa: o Estatuto do Idoso (Lei 10.741), em 2003, que representou um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação as orientações do Plano de Madri e, a Política Nacional de Saúde Pessoa Idosa (PNSPI), em 2006, através da Portaria 2.528, ao priorizar o atendimento de pessoa idosa com algum nível de fragilidade em relação ao idoso independente, junto ao Sistema Único de Saúde (LIMA, 2018).

O dispositivo legal mais recente, publicado em 12 de Julho de 2017, foi sancionado pelo ex-presidente Michel Temer. Trata-se da Lei nº 13466 (BRASIL, 2017) que altera o Estatuto do Idoso, e estabelece prioridade especial para as pessoas com 80 anos ou mais, em relação aos demais idosos. No que cabe à Saúde, esta Lei prioriza o atendimento preferencial dos octogenários, salvo em situações de emergência.

Cabe ressaltar que o envelhecimento não é necessariamente um processo de adoecimento, porém caracteriza-se como um processo de fragilização. Fatores socioeconômicos, biológicos, culturais, trajetória de vida e os hábitos comportamentais individuais irão influenciar em seu processo de envelhecimento, bem como o grau de dependência de políticas assistenciais e de saúde (SCHUCK; ANTONI, 2018). Sendo assim, a longevidade impõe desafios ao sistema de saúde pública e também de previdência social, sendo essencial a adoção de medidas preventivas e educação em saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Apesar de tais Leis e Decretos brasileiros demonstrarem que os idosos ganharam expressão e legitimidade na atenção à saúde, estes dispositivos legais foram medidas paliativas para tentar atender a demanda do rápido fenômeno de envelhecimento populacional e suas projeções. Estes não foram suficientes para assegurar as demandas de saúde, assistência e previdência social necessárias para acolher a parcela de idosos que sofrem de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, como as demências.

Sendo a saúde um bem e um dos fundamentais direitos da população, muito se discute sobre a humanização na assistência prestada. O SUS, quando de sua implantação, instituiu uma política pública de saúde que visa à integralidade, à

universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Seus princípios propõem a descentralização da atenção e da gestão. A Política Nacional de Humanização (PNH) é a proposta do Ministério da Saúde (MS) para enfrentar o desafio de efetivar os princípios do SUS, por meio da mudança de modelos de atenção e de gestão das práticas da Saúde (BRASIL, 2013). E, por humanização, entende-se o valor da comunicação entre as pessoas, a forma de gestão de unidades de saúde e a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Entre seus princípios norteadores estão: a valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às suas reivindicações; a estruturação de espaços físicos saudáveis, acolhedores, que possibilitem a privacidade e o conforto dos usuários e equipes de saúde e o estabelecimento de uma clínica ampliada, baseada no diálogo e corresponsabilidade do usuário no seu próprio tratamento de saúde (BRASIL, 2013).

No contexto de implementação do HumanizaSUS, está o Acolhimento, que é mais do que um modo de operar processos de trabalho em saúde. É uma conduta, que envolve postura ativa de escuta e estratégias relacionais, tais como: o tom de voz adequado, gestualidade, postura física, aparência, espontaneidade e autenticidade (ALEXANDRE et al, 2019). A atenção integral aos idosos de forma humanizada requer ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde, e exige a participação de uma equipe multidisciplinar, trabalhando desde a prevenção até a reabilitação, atuando na transformação necessária, para promover, aperfeiçoar e adaptar, através de uma relação terapêutica, a manutenção da autonomia e independência funcional e social do idoso, contribuindo para um envelhecimento com melhor qualidade de vida.

1.2 - Demências

O envelhecimento humano é uma conquista do desenvolvimento na saúde e fruto do progresso social, ações que levaram a diminuição da taxa de mortalidade por doenças transmissíveis, porém atualmente nos deparamos com outro desafio da existência: o avanço da idade cronológica acompanha maiores chances de declínio cognitivo e aumento da fragilidade, com perdas na autonomia e independência. O aumento da longevidade implica no declínio fisiológico de todas as funções orgânicas e, como consequência, maior probabilidade do surgimento de doenças crônicas degenerativas,

que levam a perda da autonomia e maior grau de dependência e cuidados (SANTOS et al, 2017; BURLÁ et al, 2013).

Dentre as síndromes degenerativas mais incidentes e prevalentes na população idosa, destaca-se a demência. A prevalência ocorre em cerca de 7% das pessoas maiores de 65 anos e 30% dos maiores que 80 anos (SANTOS et al, 2017). Cerca de 60% dos casos de demência no mundo recairá sobre os países de baixa e média renda, os quais o Brasil está incluso. O tempo vivido com a síndrome corresponde a 11,9% dos anos de convívio com incapacidades decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2018).

A demência é caracterizada pelo declínio gradual e insidioso da memória episódica (para fatos recentes) e pelo menos uma outra função cognitiva, como linguagem, gnosias, praxias ou funções executivas. As alterações cognitivas nas demências causam interferência no desempenho social e laboral do indivíduo (PELEGRINI et al, 2019; MAGALHÃES et al, 2015). No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição (DSM-5) (2014), a demência está inserida como Transtorno Neurocognitivo (TNC), que abrange o grupo de transtornos em que o déficit clínico primário está na função cognitiva, sendo transtornos adquiridos em vez de transtornos do desenvolvimento (p.591). A doença de Alzheimer (DA), demência vascular (DV), frontotemporal (DFT), corpos de Lewy, lesão cerebral traumática, doença de Parkinson, infecção por HIV, doença de Huntington, doenças por príon, por outra condição médica, e múltiplas etiologias estão entre as síndromes de TNC maior.

Os Transtornos Cognitivos na terceira idade são parte de um amplo espectro que variam em sua apresentação clínica, etiologia e evolução. São classificados como comprometimento cognitivo leve (CCL) ou comprometimento cognitivo sem demência (CCSD) ou, ainda, como *cognitive impairment no dementia* (CIND, até a demência propriamente dita, que é a parte mais grave do espectro onde se concentram todas as degenerações de cunho progressivo, nas áreas da cognição e comportamento. (SOUZA et al, 2019; DSM-5, 2014).

Os critérios utilizados para definir o CCL são a queixa cognitiva relatada pelo próprio idoso ou pessoas próximas; relato de declínio cognitivo comparado ao ano anterior; alteração da memória e/ou outros domínios em comparação com outras pessoas da mesma faixa etária e escolaridade; ausência de dificuldade na realização de atividades de vida diária e funcionamento cognitivo geral preservado; e por fim,

ausência de demência. Para CCSD é mais criterioso, pois inclui pessoas com queixas de memória, porém sem a evidência do declínio cognitivo, mas que apresentam baixo desempenho em testes cognitivos se comparado a outros idosos de mesma idade e grau escolar. (CARRABBA et al, 2015),

De acordo com Souza et al (2019), o CCL como é um estado de transição entre as mudanças cognitivas fisiológicas observadas no envelhecimento e a demência propriamente dita. Os diferentes tipos de CCL são classificados da seguinte forma: CCL amnésico de único domínio (CCL - AUD); CCL amnésico de múltiplos domínios (CCL - AMD); CCL não amnésico de único domínio (CCL - NAUD) e CCL não amnésico de múltiplos domínios (CCL - NAMD).

O subtipo CCL amnésico apresenta taxa anual de conversão para demência de Alzheimer em torno de 10 a 15%. Nos casos de CCL não amnésico, a conversão mais frequente é para as demências de degeneração lobar frontotemporal ou a demência por corpos de Lewy (SOUZA et al, 2019; CÉSAR, 2014).

As informações sobre a incidência das demências no Brasil restringem-se a limitados períodos de tempo e pequenas áreas geográficas, o que significa que não há continuidade nos estudos, nem amplitude dos registros para a doença (BURLÁ et al, 2013). Segundo Magalhães et al (2015), em uma revisão sistemática de artigos brasileiros, apontou a prevalência de demência entre 5.1% e 19% em idosos com 60 anos ou mais.

Instrumentos de rastreio cognitivo e clínico são utilizados para investigar um quadro de demência. A avaliação da cognição inicia-se geralmente pela aplicação de testes de rastreio, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e deve ser complementado por outras testagens que avaliam distintas áreas do espectro cognitivo, não contempladas pelo MEEM, como o Teste de Fluência Verbal (TFV) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR). Estes testes têm a vantagem de serem breves, de baixo custo, de fácil e rápida aplicação, podendo ser realizado por qualquer profissional clínico treinado (SILVA et al, 2017; PARMERA; NITRINI, 2015).

1.2.1 – Tipos de demências

Existem casos de demências potencialmente reversíveis, onde o tratamento suprime a evolução do problema. São eles: hidrocefalia normobárica, hematoma subdural, abscesso intracraniano, vasculite cerebral, sarcoidose, hipotireoidismo, hipoglicemia, déficit de vitamina B12, apnéia do sono, uso de álcool, drogas, dentre

outras. Cabe ressaltar que na maioria dessas condições, o cliente apresenta apenas uma melhora do estado geral, sendo a recuperação completa uma ocorrência rara (CARLOTO, 2016; PARMERA; NITRINI, 2015).

As demências irreversíveis são classificadas em dois grandes grupos: as demências degenerativas (ou primárias), que são aquelas onde existe o processo inexorável de morte dos neurônios, e o grupo das demências não degenerativas (ou secundárias), que são os casos onde outras condições como traumatismos, tumores, processos infecciosos, hidrocefalia, doenças priônicas, demências toxico-metabólicas, dentre outros casos levam à degeneração da cognição e do comportamento (JOSVIACK et al, 2015).

A demência de Alzheimer (DA) é uma condição neurodegenerativa primária, responsável por 60 a 70% dos casos diagnosticados de demência no Brasil (SANTOS et al, 2017). As características macroanatômicas da doença são a atrofia cerebral difusa, porém a perda maior são dos neurônios localizados nas regiões hipocampais e perihipocampais. Há comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários (SANT'ANA et al, 2018; SANTOS et al, 2017). Essa conformação patológica torna o quadro clínico da DA caracterizado por alterações cognitivas e comportamentais, porém com preservação do sistema sensorio-motor até as fases mais avançadas (SANTOS et al, 2017; PARMERA; NITRINI, 2015).

A DA tem, por característica microanatômica precoce, o acúmulo de placas senis, compostas por peptídeos β -amilóides no meio extracelular e como degeneração mais tardia, visualizam-se e no meio intracelular os emaranhados neurofibrilares, compostos pelo depósito da proteína Tau hiperfosforilada (SANT'ANA et al, 2018).

Clinicamente, a DA é dividida em três fases principais: leve, moderada e grave. Na fase leve, o indivíduo desenvolve amnésia insidiosa e progressiva, porém tem consciência do fato e busca recursos para superar suas deficiências. O aprendizado também se apresenta claramente prejudicado (CARRABBA et al, 2015; DSM – 5, 2014), porém a intensidade do prejuízo cognitivo e a desorientação espacial são dependentes da formação do hipocampo (MAGALHÃES et al, 2015). Nas demais fases, a memória e a cognição vão progressivamente sendo afetadas e o indivíduo torna-se cada vez mais dependente de outras pessoas para ser capaz de realizar atividades simples diárias.

O diagnóstico clínico é realizado na constatação de prejuízo da memória, associado a prejuízo de atividades de vida diária (AVD) ou atividades instrumentais da

vida diária (AIVD). A confirmação diagnóstica se dá quando há evidência de mutação genética causadora de DA, conhecida no histórico familiar ou testagem genética (DSM – 5, 2014). As chances do diagnóstico de DA aumenta 2,63 vezes em indivíduos que tem a presença de pelo menos um alelo $\epsilon 4$ da apolipoproteína E (CÉSAR, 2014).

A Demência Vascular (DV) é a segunda causa de demência mais frequente no Brasil, correspondendo a 20% dos casos totais diagnosticados de demência (SANTOS et al, 2017).

Possui outras denominações, como demência por múltiplos infartos e demência arteriosclerótica. É decorrente de doenças que afetam o sistema vascular cerebral e que levam a acidentes isquêmicos e/ou hemorrágicos. Tem como fatores de risco a idade, HAS, diabetes, dislipidemia, tabagismo e outras condições e/ou doenças cerebrovasculares (HACHINSKI, 2018).

A DV é o último estágio de um amplo espectro de Doenças Cerebrovasculares (DCV), sendo o conceito expandido para a construção dos grupos de Comprometimentos Cognitivos Vasculares (CCV). A clínica das doenças engloba desde o comprometimento cognitivo leve vascular, com alterações cognitivas e manifestações isquêmicas até a demência propriamente dita, com agravamento de todos os sintomas (HACHINSKI, 2018; PARMERA; NITRINI, 2015).

Com finalidade didática e simplificada para exposição do assunto, a DV é classificada em cinco grandes grupos: Demência por Múltiplos Infartos, que envolvem áreas corticais e subcorticais. Sua apresentação clínica é súbita e de rápida progressão, com sinais piramidais, hemiparesia e prejuízos neuropsiquiátricos. A Demência por Único Infarto em Posição Estratégica se caracteriza pelo dano em algum vaso sanguíneo importante, que leva a lesões em áreas específicas do cérebro. Seu curso clínico é multifacetado, dependendo da região que foi afetada. Os sintomas variam e se intersectam em prejuízos sensorio-motores e neuropsiquiátricos. Outro grupo de classificação das DV é a Doença de Pequenos Vasos, que apresenta características de alteração da memória, retardo psicomotor, psicose, euforia, ataxia, hemiparesia, incontínências e parkinsonismo. A Síndrome de Hipoperfusão é decorrente de insuficiência cardíaca e/ou hipotensão e, por último, a demência hemorrágica é decorrente de hematoma subdural, intracerebral ou por consequência de hemorragia subaracnóidea (HACHINSKI, 2018; SANTOS et al, 2017; PARMERA; NITRINI, 2015).

O diagnóstico da DV é baseado na história clínica, exames de imagem cerebral (TC e/ou RM) e avaliação neuropsicológica. Como principal elemento diagnóstico tem-se a existência de CCV associado ao quadro demencial. Tal diagnóstico precisa de minuciosa investigação, uma vez que é comum a associação entre DA e DCV (HACHINSKI, 2018; PARMERA; NITRINI, 2015).

As condições discriminantes no diagnóstico entre DA e DV são história de AVE prévio, hemiparesia, ataxia, hemianopsia, afasia, heminegligência, dentre outros sintomas neurológicos focais, porém o principal a ser observado é o curso flutuante da doença, com piora em degraus e início abrupto. Há uma ressalva, no que tange ao estilo de início da doença, com pacientes portadores de hipertensão arterial (HAS). Estes podem apresentar quadro de início insidioso e progressivo de DV, semelhante ao padrão evolutivo da DA (HACHINSKI, 2018; SANTOS et al, 2017).

Nos casos de Demência Mista, que é a condição que agrupa manifestações clínicas de ambas as doenças (DA + DV), microanatomicamente os dois tipos principais de demência compartilham semelhanças de mecanismo de dano celular, além de apresentarem fatores de risco e aspectos clínicos parecidos (MAGALHÃES et al, 2015). A fisiopatologia da demência de Alzheimer tem indícios científicos relacionados à diabetes e ao comprometimento cardiovascular. Estudos do início dos anos 2000 apontavam a DA como um novo tipo de diabetes, devido a semelhanças histopatológicas, moleculares e bioquímicas entre as duas doenças (SANTOS et al, 2017).

Os sintomas comportamentais e psicológicos (SPCD) fazem parte do quadro não cognitivo nas demências. Acontecem em qualquer fase de evolução da doença. São eles: agitação psicomotora, agressividade, delírios, alucinações, ansiedade, apatia, depressão, desinibição, alterações na libido, comportamento motor aberrante, alterações dos hábitos alimentares e de sono, transtorno obsessivo-compulsivo, estereotípias, dentre outros. A ansiedade e depressão são mais frequentes nos estágios iniciais da doença, quando as alterações de agitação e delírio são mais comumente observadas nos estágios tardios. (MARTINS et al, 2018; GAMBOGI, 2016)

Os SPCD estão relacionados diretamente com maior desgaste do cuidador, maior morbidade e com rápido declínio cognitivo do idoso. Os idosos que apresentam sintomas de alteração comportamental são mais propensos à institucionalização e demandam mais gastos com medicações e despesas com recursos humanos especializados. (MARTINS et al, 2018)

A Demência Frontotemporal (DFT) é uma degeneração neurológica primária, geralmente pré-senil (entre 45 e 65 anos), de curso acelerado, que afeta homens e mulheres na mesma proporção. A prevalência varia de 2 a 10 para cada 100.000 habitantes. Cerca de 20 a 25% dos casos de DFT ocorrem em indivíduos com mais de 65 anos de idade (DSM-5, 2014). Nestes quadros, observa-se história familiar de demência em metade dos casos diagnosticados, sugerindo influência genética. (MARTINS et al, 2018; GAMBOGI, 2016) A condição patológica traz profunda alteração da personalidade e do comportamento; relativa preservação da praxia, habilidades visuo-espaciais, gnosia e memória (MARTINS et al, 2018), fato esse que pode gerar dúvidas na aplicação de testes de rastreio cognitivo.

A degeneração na DFT atinge preferencialmente as regiões pré-frontais e temporais anteriores do encéfalo (MARTINS et al, 2018;), porém existem três variações diagnósticas, classificadas de acordo com o local da degeneração frontal e o aspecto da clínica. (MARTINS et al, 2018; GAMBOGI, 2016) A forma mais contumaz é a DFT comportamental (variante frontal), caracterizada por progressivas mudanças no comportamento e na personalidade. Nessa variante, o indivíduo apresenta comportamento social aberrante, padrão de alimentação não usual e estereotípias comportamentais, que vão desde a perseveração verbal e gestual até rotinas complexas. A segunda variação da doença é conhecida por Afasia de Fluência, onde a pessoa tem dificuldade na busca de palavras para concluir seu pensamento, porém a compreensão do significado está preservada nos estágios iniciais do problema. A terceira e última variação de apresentação da degeneração é a Demência Semântica, manifestada por afasia progressiva. Nos casos de disfunção do lobo temporal esquerdo, a pessoa apresenta dificuldade na nomeação de objetos e compreensão das palavras; nos casos de disfunção temporal direita, o indivíduo apresenta dificuldade em reconhecer objetos e faces. (MARTINS et al, 2018; GAMBOGI, 2016; PARMERA; NITRINI, 2015).

1.2.2 – Tratamentos e intervenções nas demências

Os tratamentos e terapêuticas utilizados nas demências são variados. A terapia medicamentosa é a mais procurada, porém o tratamento traz melhores resultados se for associado a técnicas e condutas terapêuticas de apoio. Diversos profissionais contribuem no tratamento dos idosos e seus cuidadores. As terapêuticas são:

- A. **Uso de medicamentos:** As medicações utilizadas nas demências atualmente, pertencem a duas classes: os inibidores da colinesterase e os antagonistas do

N-metil-D-aspartato (NMDA), que pode melhorar ou estabilizar temporariamente a cognição, a funcionalidade e o comportamento das pessoas com demência. Ambas as classes de fármacos atuam seletivamente nos neurotransmissores sinápticos e não causam impacto no desenvolvimento das placas β -amilóides e nos emaranhados neurofibrilares. (OLIVEIRA et al, 2019; STEELE, 2011)

A questão do uso de medicações é que, aproximadamente dois terços dos idosos utilizam outras medicações prescritas e também não prescritas. As de uso mais corriqueiro, nos idosos, são: analgésicos, diuréticos, medicações com ação cardiovascular, sedativos, hipnóticos e ainda, no caso dos brasileiros, o uso de ervas e medicamentos naturais, de uso cultural (OLIVEIRA et al, 2019). A polifarmácia é uma síndrome geriátrica que aumenta o risco de efeito adverso da medicamentos, tornando a prescrição e a administração desses fármacos um desafio (LUTZ; MIRANDA; BERTOLDI, 2017).

- B. **Estimulação cognitiva e técnicas comportamentais:** A técnica é realizada em grupo ou de forma individual. Segundo os pesquisadores, a aprendizagem na demência é suave e discreta, em situações onde há o envolvimento afetivo. O objetivo da estimulação cognitiva é realizar a ativação de áreas cognitivas bloqueadas e o desenvolvimento de potenciais remanescentes no idoso. Geralmente, nesse tipo de estimulação, as oficinas terapêuticas agregam treinamento cognitivo, atividades de fonoaudiologia, terapia ocupacional, arteterapia, fisioterapia, ludoterapia, atividades físicas e musicoterapia (COSTA et al, 2019).
- C. **Terapia de reminiscências:** O profissional conduz o idoso a fazer uma “revisão da vida”, não só a particular, da história pessoal do cliente, como também a história de eventos sociais em uma abordagem ampla. A técnica de reminiscências busca a recuperação de memórias emocionalmente significativas, através de estímulos sensoriais, como músicas, aromas, imagens e texturas, criando novos sentidos durante a rememoração do passado (GIL et al, 2018).
- D. **Acolhimento do cuidador nas atividades terapêuticas:** O cuidador do idoso com demência sofre impacto duplo: o físico, devido o ofício de cuidar, e também recebe o choque emocional, quer seja pela observação do declínio cognitivo do idosos ou por ser o depositário das emoções, nos momentos de

agitação e agressividade do idoso. Sendo assim, é necessário tratar concomitante o cuidador do idoso, para que ele consiga superar os momentos de dificuldade na convivência com o idoso demenciado e não adoça (física ou mentalmente). (REIS; NOVELLI; GUERRA, 2018; STEELE, 2011)

1.3 - Panorama de uma Política Pública para Demência

As síndromes demenciais não impactam apenas a saúde do indivíduo como também gera demandas de cuidados de ordem familiar e social, tornando-se um problema sócio- médico (DA SILVA et al, 2019; ENGEDAL; LAKS, 2016). De acordo com estudos da OMS, em 2010 os gastos com tratamentos para demência apresentaram um custo mundial estimado em 604 bilhões de dólares (SANTOS; BESSA; XAVIER, 2018). Em 2015, o custo regional de demências nas Américas foi estimado em 315 bilhões de dólares, algo comparado ao valor de mercado da empresa Google (ADI, 2015).

Em relação a DA, a última declaração da OMS, em conjunto com a Associação Internacional da Doença de Alzheimer, datada de 2012, considerou a demência como uma crise de saúde pública, prioridade mundial. O documento “Demência: uma prioridade de saúde pública” apresentou dados dos principais estudos realizados. Destacou, ainda, as melhores práticas a serem desenvolvidas na luta contra a doença, além de estatísticas de diversos países. Diante de tal pressuposto, surge a necessidade de criação de estudos sobre as políticas que possam não apenas assegurar os direitos dos idosos, mas, principalmente, daqueles que apresentam demência. Desta forma, se faz necessário adotar estratégias que possam definir e proteger os interesses daqueles que apresentam algum tipo de demência. Discutir sobre a implantação de políticas públicas para idosos com demência e portadores de Alzheimer, em especial, ainda é residual. (ABREU; VAL, 2015)

O primeiro dispositivo legal para atender a demanda médico-farmacológica na demência de Alzheimer foi a Portaria do Ministério da Saúde nº 843, de 31 de Outubro de 2002, que estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Doença de Alzheimer no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal iniciativa instituiu critérios de inclusão e de exclusão para racionalizar a dispensação gratuita de medicações preconizadas para o tratamento da doença e garantir prescrição de medicamentos segura e eficaz.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) não contempla especificamente a população idosa. A iniciativa dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não consegue alcançar o público acima de sessenta anos de idade de maneira igualitária, pois além das estratégias diferenciadas de tratamento e cuidado em saúde mental os profissionais precisam estar capacitados para atender as inúmeras demandas clínicas dessa parcela populacional.

Os CAPS foram idealizados para o atendimento de crianças, adolescentes, adultos com problemas mentais e usuários de álcool e outras drogas. O idoso com transtorno mental, mais especificamente o que tem demência, não se encaixa no cuidado especializado pensado para estes locais. A proposta das residências terapêuticas (RT) também não consegue atender a esta demanda dos idosos demenciados, uma vez que estes necessitam de acompanhamento e cuidados constantes e especializados, condição esta que foge ao objetivo das RT.

Apesar da diversidade de Leis e Portarias para assegurar os direitos, assistência e dignidade da pessoa idosa, o Brasil ainda carece de Serviços Públicos de Saúde especializados e de Políticas Públicas que promovam efetivamente a segurança e o bem-estar aos idosos com demência, que dependem de cuidados.

A essas Leis, o renomado pesquisador médico neuropsiquiatra Prof. Dr. Jerson Laks, as nomeou de “*tigres de papel*”, em sua palestra proferida no Simpósio do CDA: Abordagens integradas nas demências, realizado no dia 29 de novembro de 2019. A metáfora utilizada à ocasião foi para mostrar que, apesar dos inúmeros dispositivos legais bem descritos e estruturados, o país não consegue, até o presente momento, atingir os objetivos de realmente assegurar igualitariamente a parcela dos idosos que desenvolvem algum processo demencial e são dependentes de cuidados.

Os desafios e enfrentamentos acarretados pelo processo de envelhecimento permanecem inalterados, mesmo após mais de vinte anos da criação da primeira PNSPI, tais como: baixa qualidade de recursos humanos para o cuidado, escassez de instalações adaptadas às necessidades dos idosos e carência de programas específicos (Lima e cols. SP, 2010).

Engedal e Laks (2016) apontam que a demência será um dos maiores problemas sócio- médicos em escala mundial nos próximos anos, sendo que o aumento da prevalência da doença será mais acentuado na Ásia e na América do Sul. Devido a isso, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) que é a agência da OMS nas Américas, foi a primeira a adotar um Plano de Ação Regional para Demências, que foi

votado por unanimidade pelos representantes dos países da OPAS, durante a 67^a. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, realizado em Setembro de 2015, em Washington DC (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2015).

Os países que apoiaram o Plano de Ação Regional pra Demências da OPAS se comprometeram a desenvolver Planos Nacionais de Demência, fundamentados em diretrizes básicas, que são programas de saúde pública com objetivos de redução do risco para demência; prestação de cuidados e apoio às pessoas que vivem com a doença, melhor treinamento dos profissionais de saúde e financiamento de pesquisas (ENGEDAL; LAKS, 2016; ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2015).

Sendo assim, especialistas médicos brasileiros da área colaboram para a formulação de um Plano Nacional de Demência. Este plano tem o apoio de duas comissões na Câmara de Deputados, são elas: a de Defesa dos direitos do Idoso e a de Seguridade Social e Família. O Plano tece estratégias integradas de diagnóstico médico precoce; prevenção da ocorrência de demência através do incentivo ao controle de doenças cardiovasculares, diabetes e promoção de atividades físicas; cuidado efetivo de indivíduos com demência e de seus cuidadores. Além das ações de saúde, o Plano Nacional de Demência busca combater o estigma da doença através da conscientização e educação (ARAÚJO, 2019; ENGEDAL; LAKS, 2016).

Capítulo 2

A Enfermeira no Acolhimento em um Centro de Doença de Alzheimer

Yemoja ogigi tagitagi

Iemanjá fortemente.

A le li odò bi Oşumare

Ela sai do rio como o arco-íris

Ọlọ ọyọn ọruba

Senhora que tem os seios úmidos.

O gbe yara ẹ jara mani

Ela permanece em seu aposento descontente com alguém.

O gba ohun kan pati li ọwo egbe

Ela pega com muita força a mão de seus amigos.

Okoko ni ko ọlomu a ko egbe

Com doçura, junta as pessoas em torno dela.

(VALLADO, 2011)

2.1 Enfermagem no Brasil: história e construção de uma identidade

A construção do trabalho profissional depende do contexto social, histórico, da cultura ocupacional particular, de conhecimentos específicos e dialeto próprio (PIMENTA; SOUZA, 2017). Portanto, é essencial o conhecimento dos caminhos de construção da enfermagem brasileira para compreensão da identidade profissional e do estilo de cuidados praticados.

Na época do Brasil Colônia (1500 – 1822), os cuidados eram exercidos por índios, escravos e jesuítas. Estes imprimiam ao cuidado ofertado características culturais próprias. As personalidades desse período, que tiveram destaque no compromisso com o cuidado humano, durante grande parte de suas vidas e colaboraram na construção da identidade da enfermagem brasileira, foram: Padre José de Anchieta (1534-1597), que atuou como Padre, professor e curandeiro; Francisca de Sande (Séc. XVII – Bahia), era filha de portugueses, viúva e transformou sua própria casa em hospital para atender doentes da epidemia de febre amarela que atingiu a região. Francisca preparava refeições, ministrava medicamentos e provia o asseio dos enfermos, juntamente com seus cativos. Frei Fabiano de Cristo (1676 – 1747) foi outro personagem que se destacou na missão do cuidado humano e intuitivo. Sem educação formal ou experiência no ofício, contando apenas com grande esforço pessoal e dedicação, atendia os doentes sob a sua responsabilidade na enfermaria do Convento de Santo Antônio. Permaneceu no cargo durante 38 anos cuidando de doentes e idosos, apesar dele mesmo sofrer de erisipela crônica e ter dificuldade na mobilidade (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011; RIBEIRO et al, 2006).

À época do Brasil Império (1822 – 1889), os cuidados permaneciam sendo ofertados por pessoas simples, homens e mulheres leigos, com destaque ao trabalho das mulheres parteiras, amas-de-leite, babás e mães pretas, que tinham como

responsabilidade o cuidado de crianças, doentes e idosos, praticado de maneira empírica, intuitiva e cultural (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

Neste período, a personagem brasileira de destaque foi a baiana Anna Nery (1813-1880), que em 1865, aos 50 anos, viúva, partiu à Guerra do Paraguai imbuída pelo desejo de cuidar (seus filhos e irmãos foram combatentes na guerra) e, também, servir à Pátria, mesmo sem a resposta oficial do Governador à sua solicitação de voluntariado (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011; RIBEIRO et al, 2006).

Ainda no século XIX, com a vinda das irmãs de caridade europeias, a maneira dos cuidados prestados sofreu novas modificações, porém ainda não havia característica profissional. O cuidado tinha modos de ofício, sem definição de regras, sistematização, conhecimentos científicos, organização profissional ou código de ética. Era realizado por religiosas e leigos treinados por elas, sendo que as práticas tinham como diretriz o cunho moral da caridade. Esse serviço era destinado, em geral, aos miseráveis. Com o início das ciências microbiológicas e o desenvolvimento de tecnologias, as práticas e serviços de saúde passaram a ser realizados prioritariamente em hospitais, por ser um ambiente seguro e controlado (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011; SILVA, 2003).

Cabe ressaltar que foi Florence Nightingale, alguns anos antes (1860), em Londres, que possibilitou que a Enfermagem recebesse contornos de ciência e arte, através de coleta de dados, estatística, filosofia própria e sistematização da assistência. Dessa forma fundou-se a Enfermagem Moderna. A filosofia de enfermagem instituída por Florence tinha base na manutenção e restauração da saúde, onde o papel do enfermeiro consistia em ser o responsável pela saúde e bem-estar do paciente (POTTER; PERRY, 2009).

Em 1890, na Cidade do Rio de Janeiro, no Hospital de Alienados, foi fundada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras que, hoje, é a atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO). Anos mais tarde, esta escola ofereceu cursos para enfermeiras voluntárias (1914) e para enfermeiras profissionais (1916).

O hospício era o núcleo central da prática de enfermagem. No entanto, a partir do advento de novas ciências médicas, houve um confronto entre os saberes dos médicos e os saberes e práticas das enfermeiras religiosas, no Hospício Nacional de Alienados. Essa disputa culminou na expulsão das religiosas. Como consequência, o ato levou a carência de pessoas para exercer o trabalho de enfermagem, levando o Governador a convidar enfermeiras francesas para substituir as religiosas e criar uma

Escola de Enfermagem baseada no modelo da Escola *de Salpêtrière*. (SADIGURSKY, 2002).

Ao final da primeira década do século XX, a Saúde Pública enfrentou uma grande crise no Rio de Janeiro, com epidemias e endemias na cidade. Com a expansão do Movimento Sanitarista Mundial, liderado pelos Estados Unidos através de diversas instituições, a Fundação *Rockefeller* chegou ao Rio de Janeiro em 1915. Esta trouxe em 1916 médicos para pesquisar, diagnosticar, combater e prevenir as doenças. Em 1921, após convite de Carlos Chagas, a Fundação *Rockefeller* trouxe ao Brasil a Missão *Parsons*, que atuou no país durante dez anos consecutivos (1921 – 1931) para formar enfermeiras brasileiras treinadas no Sistema *Nightingale* Norte-Americano. Em 1923 ocorreu a fundação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, com a participação da enfermeira americana *Ethel Parsons*, e em 1926 passou a se chamar Escola de Enfermeiras D. Anna Nery. Atualmente, esta é a Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ (FREIRE; AMORIM, 2008; RIBEIRO et al, 2006).

No ano de 1920, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pioneira na assistência de enfermagem à saúde mental, instituiu o curso de formação das enfermeiras visitantes sociais, em uma época na qual ainda não existia o serviço social como profissão. Com o objetivo de atuar na saúde mental, as profissionais trabalhavam em visitas a domicílios e instituições com o objetivo de promover a saúde mental e educação sócio-médica. Estas mesmas profissionais também atuavam em ambulatórios psiquiátricos, porém recebiam o nome de monitoras de *hygiene* mental (DA CUNHA; DA SILVA JÚNIOR; SOUZA DA SILVA, 2013). No tocante à assistência psiquiátrica, as enfermeiras formadas tanto pela Escola Alfredo Pinto quanto a Anna Nery eram subordinadas ao pensamento e aos ensinamentos médicos. Seu exercício profissional era custodial e baseado nas necessidades físicas dos pacientes. Com relação à assistência psíquica, preocupavam-se em manter boas atitudes, como a tolerância, gentileza e humildade. Nessa época, havia grande insatisfação das enfermeiras psiquiátricas devido à idéia de impossibilidade de cura do quadro mental, quanto ao desconhecimento de técnicas de abordagem psicoterápica. (SILVA et al, 2017; SADIGURSKY, 2002).

Na segunda metade do século XX, após a segunda Guerra Mundial, com a formação da ONU (1945), da Organização Mundial da Saúde (OMS - 1948) e da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) iniciou-se um processo de humanização mundial, que gerou reflexos no estilo de cuidados de enfermagem. Ideologicamente, as pessoas estavam mais sensíveis a questões relacionadas aos direitos

humanos, a solidariedade e a condenação da violência. Ressalta-se também a contribuição da tecnologia farmacológica e não farmacológica na humanização e tratamento dos transtornos mentais (MOLL et al, 2016).

No processo histórico de construção de uma identidade da Enfermagem, de enfermeiros e enfermeiras, nota-se que, diante do panorama atual de envelhecimento da população, a especialidade da gerontogeriatría vem compor o campo de formação e da prática assistencial. Traçando um paralelo temporal, atualmente as enfermeiras que trabalham na assistência gerontogeriátrica prosseguem empenhando esforços na administração de problemas sócio-médicos. Isto porque a demência, hoje, é o grande paradigma da saúde. E, as enfermeiras psicogeriátricas desempenham as mesmas modalidades de atividades praticadas pelas enfermeiras antecessoras: visitas domiciliares, educação em saúde, cuidados diretos, mas com filosofia, teoria e estilos de cuidados diferentes das enfermeiras precursoras.

A enfermagem responde a mudanças explorando novos métodos de oferecer cuidado, atualizando a educação e estabelecendo novos padrões de prática (POTTER; PERRY, 2009, p.4)

Com o exposto, podemos observar que o enfermeiro em sua trajetória profissional, utilizou-se e desenvolveu múltiplas habilidades pessoais, além de apresentar comportamentos específicos que os impulsionavam a cuidar. O conhecimento técnico e científico proporcionou a melhora da qualidade e adequação dos cuidados prestados, porém a evolução do cuidado é contínua, adaptando-se às descobertas científicas, o desenvolvimento das tecnologias e a mudança nos padrões sociais.

2.2 – O Acolhimento e o contexto da experiência profissional

A prática do enfermeiro no contexto atual tem como principal objetivo o comprometimento com o cuidado, com suas ações voltadas para o bem-estar dos usuários de forma holística, sejam eles pessoas declaradamente enfermas ou não (POTTER; PERRY, 2009).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2012) coloca que a enfermagem é realizada na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu

contexto e circunstâncias da vida. Ele traz no corpo de seus postulados, os seguintes Princípios Fundamentais:

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das Políticas Públicas de Saúde e Ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. (COFEN, 2012)

Segundo Smeltzer; Bare (2002, p. 3.), a American Nurses Association (ANA), na década de 90, tinha como definição de cuidado de enfermagem “*O diagnóstico e tratamento das respostas humanas à saúde e à doença*”. Em um conceito atual, a ANA no *Scope and Standards of Practice*, classifica a prática de enfermagem com um novo olhar, definindo-a como “*A proteção, promoção e otimização da saúde e da capacidade, a prevenção de doenças e lesões, o alívio por meio do diagnóstico e tratamento das respostas humanas, e a defesa no cuidado de pessoas, famílias, comunidades e populações*” (HINKLE; CHEEVER, 2016: p2.).

De acordo com o exposto, o enfermeiro tem como objeto de assistência e pesquisa os fenômenos humanos resultantes de sua relação com os ciclos de saúde e doença, vivenciados na forma de processos de autocuidado; processos fisiológicos e fisiopatológicos; emoções relacionadas no adoecimento e seus significados atribuídos; tomada de decisão e escolhas; percepções de auto-imagem; autocontrole; transições do ciclo de vida; relacionamentos afiliativos e sistemas ambientais (HINKLE; CHEEVER, 2016).

O trabalho da Enfermagem acontece na intersecção entre a arte e a ciência, onde os domínios dos conhecimentos para o cuidado humano comportam diferentes dimensões da existência, que são os de ordem física, social, psíquica e espiritual. Sendo assim, o cuidado prestado precisa estar alinhado às necessidades e valores da sociedade e às necessidades e valores de cada usuário em sua singularidade. O que diferencia o cuidado de enfermagem ao cuidado prestado pelo senso comum é que o enfermeiro agrega aos conhecimentos gerais o crivo dos achados e fundamentos científicos baseados em evidências, com o objetivo de oferecer cuidado com qualidade (POTTER; PERRY, 2009).

Segundo BENNER (1984, apud POTTER E PERRY, 2009), a enfermeira precisa de um longo percurso de experiência para adquirir as habilidades necessárias para uma determinada área do conhecimento e se qualificar. As fases de proficiência possuem hierarquia baseada no tempo de experiência reflexiva e prática para o desabrochar de novas aptidões. Esta ordem de qualificação profissional se faz em ordem crescente, indo da Enfermeira Iniciante a Enfermeira Perita, sendo assim caracterizadas:

1. **Iniciante:** é aquela a qual não possui qualquer conhecimento prático prévio.
2. **Iniciante Avançada:** é a profissional que já possui algum conhecimento e experiência no assunto, mesmo que esse contato tenha sido meramente observacional com finalidade de aprendizado e identificação de aspectos chave para o cuidado.
3. **Competente:** é aquela que traz experiência clínica de dois a três anos na mesma atividade laboral. O profissional neste nível compreende a organização e as necessidades de cuidados específicos dos diversos tipos de usuários do serviço. A enfermeira é capaz de antecipar os cuidados, estabelecendo objetivos a longo prazo.
4. **Proficiente:** está em um patamar superior à anteriormente descrita. Esta possui mais de três anos de experiência na mesma ocupação clínica e tem capacidade para compreender e avaliar a situação do cliente como um todo, em suas dimensões biopsicossociais. Neste nível, a enfermeira consegue associar e aplicar rapidamente todos os conhecimentos adquiridos das experiências anteriores em uma nova situação que se apresenta, priorizando a administração dos cuidados e não somente a sua prática.
5. **Perita:** que congloba experiências de variados campos de vivência, adquirindo compreensão intuitiva de problemas clínicos existentes ou potenciais. A intuição, neste caso, pode ser traduzida como um outro nível de percepção, outro sentido humano ainda pouco conhecido e discutido. A Enfermeira Perita tem capacidade resolutiva e foca em diversos aspectos da mesma situação problema, como a identificação de transtornos específicos do usuário, problemas enfrentados no Sistema de Saúde local, nos revezes e transtornos demonstrados pelos acompanhantes dos usuários e nas dinâmicas das relações familiares/sociais.

No que concerne às atividades assumidas pelo enfermeiro, estas possuem várias facetas, que de acordo Potter; Perry (2009) são as seguintes:

1. **Cuidador:** o profissional assume a função social de auxílio à recuperação da saúde e do bem-estar do cliente, em seus aspectos biopsicossociais. Exerce o cuidado direto ao cliente e sua família. Atua em vários ambientes para promover a saúde, desde o ambulatório até a emergência e unidades de terapia intensiva (públicas e privadas); no ambiente domiciliar, comunitário e rural (para atender a população residente em áreas rurais e/ou locais de longínquo acesso).
2. **Protetor:** nesta atuação profissional, o enfermeiro assume o compromisso de proteger os direitos humanos ou oferecer assistência para a garantia desses direitos. Oferece apoio e esclarecimentos para auxiliar a tomada de decisão dos clientes, na escolha de serviços e procedimentos de saúde. Atua em ambiente hospitalar, comunitário e também em ambiente acadêmico, compondo comitês de ética em pesquisa científica.
3. **Educador:** é o papel mais usual assumido pelo profissional de enfermagem, e grande parte desses momentos de assistência ocorre de maneira informal, não planejada. O cuidado é prestado por meio da educação, seja por explicação de conceitos e fatos sobre saúde ou por demonstração de procedimentos e autocuidado.
4. **Comunicador:** essa competência profissional exige compreensão no processo de comunicação e é a base da relação entre cliente-enfermeiro e equipe-cliente. Outras habilidades exigidas para essa função são o desenvolvimento do pensamento crítico e clareza da mensagem a ser propagada.
5. **Gerente:** coordena as atividades dos membros da equipe de enfermagem e os serviços oferecidos pelo setor. Também tem como atribuição a administração de materiais e custos dos cuidados prestados de unidade privada.
6. **Empreendedor:** essa nova modalidade de atuação do enfermeiro pressupõe um conjunto de características pessoais e desenvolvimento de habilidades específicas, como a autonomia, autoconfiança, independência, flexibilidade, disciplina, proatividade, comunicação plena, senso de oportunidade, cálculo de riscos e responsabilidade. Foram identificados três tipos hegemônicos de empreendedorismo na enfermagem, sendo o primeiro descrito como empreendedorismo social, que tem objetivo de mobilização e transformação

da sociedade; o empreendedorismo empresarial, que tem como foco a inovação de cuidados voltado para o meio dos negócios, e o intraempreendedorismo, que tem por finalidade situar o contexto de atuação da enfermagem nessa nova função (COPELLI; ERDMANN; SANTOS, 2019).

7. **Professor:** trabalha nas unidades de ensino acadêmico com alunos de graduação e pós-graduação em enfermagem, mas também pode exercer a função com alunos de outras áreas técnicas. Tem como objetivo desenvolver o conhecimento e habilidades no cliente, para a formação de um novo profissional. Nessa atribuição, o enfermeiro além de possuir competência clínica, precisa desenvolver habilidades e experiência na prática do ensino acadêmico para conseguir transmitir de maneira clara o conteúdo teórico.
8. **Pesquisador:** neste caminho, o enfermeiro investiga problemas que surgem da prática clínica, buscando geralmente otimizar os cuidados de enfermagem para expandir o espectro de atuação da classe. Frequentemente atua em ambiente acadêmico, hospitalar ou comunitário. Precisa ter Mestrado ou Doutorado.

Já Smeltzer; Bare (2002) definem o papel da Enfermeira em três grandes grupos:

- a. o de **Generalista**, que é semelhante ao papel do enfermeiro cuidador descrito por POTTER E PERRY (2009), porém essa atribuição só pode ser alcançada pelo Processo de Enfermagem, que é a base sistematizada, teórica e científica para a prática do cuidado;
- b. o de **Liderança** que é assumido pelas enfermeiras que possuem o título real em grupos de enfermeiros. O cargo de enfermeiro líder exige quatro habilidades básicas: tomada de decisão, relação, influência e facilitação. Esses componentes são essenciais para promover mudanças alinhadas ao cumprimento das metas do Processo de Enfermagem Sistematizado. A liderança também requer do enfermeiro o aperfeiçoamento de competências interpessoais para operar mudanças no comportamento de outros.
- c. o de **Pesquisador**, que para SMELTZER E BARE (2002) também é de responsabilidade do enfermeiro na prática clínica e este, que está diretamente envolvido no cuidado com os clientes, têm posição estratégica para identificação de problemas e questões de pesquisa, de forma que, seus

estudos bem conduzidos, são valiosos para o enriquecimento do saber teórico e prático.

2.3 – Enfermagem no CDA: campo de prática

Toda profissão inspira uma imagem coletiva construída ao longo da história, com trivialidades definidas no imaginário popular.

O CDA, quando de sua idealização, planejou a atividade da Enfermagem a partir de seu lugar-comum, a partir da configuração do seu próprio espaço físico: estruturado para a assistência hospitalar. À Enfermagem foi planejado o uso de duas salas no andar térreo: uma grande, que seria destinada ao repouso dos pacientes, e uma pequena para atividades de rotina de um posto de enfermagem. Entre as duas salas, havia uma comunicação através de uma janela de vidro, destinada a observação clínica dos pacientes que ali ficariam em repouso. Mas, logo após o CDA iniciar suas atividades, a primeira sala foi cedida para outras terapias de grupo. E a janela de vidro coberta por insulfilm.

O serviço de Enfermagem do CDA, no final da década de noventa e início dos anos 2000, ficou sob a responsabilidade das enfermeiras de Ana e Alessandra Camacho, sucessivamente. Neste período, foi estruturado o primeiro instrumento de avaliação geriátrica sistematizado, para idosos frequentadores da unidade. A equipe também contou com a participação da auxiliar de enfermagem Rita de Cássia Simões (in memoriam). A principal atenção de enfermagem era unicamente a consulta especializada.

Atualmente, o ambulatório de Enfermagem do CDA tem espaço físico reduzido para o número de atividades que desenvolve e para o quantitativo de profissionais que ali atuam, além dos usuários e cuidadores assistidos. A sala de 3,40m x 2,63m, tem ventilador de teto, janela de correr de madeira (com o vidro protegido por folhas de revista), mesa para atendimento equipada com computador, maca com escada, carrinho de curativos, armário de medicações, lavabo, uma lixeira para perfuro-cortantes, duas lixeiras comuns, balança digital com escala, maleta de emergência, armário com duas portas para guardar materiais diversos, bala de oxigênio grande, biombo hospitalar, desfibrilador portátil e três cadeiras para os usuários.

A equipe é composta pela autora, e três técnicas de Enfermagem: Elaine dos Santos Moura, Ana Maria Maceno e Renata Lima Sales Castro, que prestam práticas de

atendimento de enfermagem especializados e diversificados, não só para os idosos usuários do serviço e seus acompanhantes, como também para os funcionários do Setor.

Cabe ressaltar que, em nosso atual contexto histórico e social, onde existe o desmonte de unidades básicas de atendimento à saúde, os idosos frequentadores do serviço apresentam inúmeras comorbidades clínicas e necessidades especiais, fato esse que torna a circulação de pessoas na sala da Enfermagem um desafio diário. No momento, ela é local de atendimento e assistência a pequenas urgências, realização de curativos, sala de repouso e observação, local para troca de fraldas, sala para administração de medicações, sala de atendimento de pré-consulta e consulta de enfermagem. Os diversos serviços oferecidos são organizados para acontecerem em horários distintos, porém, inúmeras vezes, coexistem no mesmo espaço e tempo, exigindo dos profissionais criatividade, adaptação de técnicas e negociação do uso do ambiente. Devido a necessidade de assistência especializada no tratamento de feridas complexas, demandado pela prática diária, a autora iniciou um curso de especialização em Enfermagem Dermatológica em 2019, com o fim de atualizar os conhecimentos na área e caminhar os primeiros passos em direção a um ambulatório de enfermagem para tratamento de lesões e feridas.

Diante desta realidade, pode-se dizer que não foi possível quebrar completamente com o paradigma hospitalocêntrico do papel da enfermeira no trato com idosos. Contudo, para amenizar esse estigma e ampliar a imagem simbólica das diversas possibilidades de ação da Enfermagem neste grupo social, foi necessária a exposição permanente de um mural com fotos da equipe de enfermagem e demais profissionais durante atividades de educação, visitas domiciliares, parcerias no atendimento, participações em eventos, dentre outras ações realizadas no serviço.

Como inovação no atendimento de enfermagem, aliado com a diretriz de melhoria da comunicação preconizada pela Política de Humanização, foi criado um grupo virtual piloto no aplicativo Whatsapp® para Smartphone, para comunicação com os cuidadores dos idosos que frequentam o CD, e a monitorização de feridas e disponibilidade de orientação com a enfermeira, pelo mesmo aplicativo, para cuidadores de idosos que apresentam feridas complexas. As duas iniciativas possibilitaram orientações de cuidados e supervisão de técnicas e práticas à distância, fora dos horários padronizados. Empiricamente, essa nova forma de cuidado em saúde pode ser capaz de promover o alívio da angústia e ansiedade, frente a dúvidas de cuidados. Este recurso

tecnológico também tem a função estratégica de formação de rede de alerta e segurança entre os membros do grupo.

Por sua vez, a implantação do modelo de consulta transdisciplinar, principalmente com o Serviço Social, tem se configurado como uma estratégia de captação e atendimento para estudo da rede de cuidados, clareza do movimento dos sistemas familiares e discussão de cada caso atendido pela equipe, para buscar a melhor forma de conduzir os cuidados.

2.4 – Os moldes do acolhimento no CDA

Uma vez que o CDA é um centro de referência, existe um grande fluxo de pessoas idosas e seus familiares, oriundas de diferentes regiões do Estado do Rio de Janeiro, que buscam por esclarecimento e atendimento para suas queixas de saúde. Devido a isto, percebeu-se a necessidade de criação de um espaço que proporcionasse acolhida a estas pessoas, antes mesmo da triagem médica. Assim surgiu o Acolhimento do CDA-IPUB, no ano de 2011, com vistas a atender as demandas de quem procurava por um serviço especializado. E, desta forma, não apenas reduzir o tempo de espera por uma consulta, mas também a insatisfação gerada nos mesmos, pela longa fila de espera.

Frente a isto, e de forma a humanizar o atendimento destas pessoas no CDA, a autora, em parceria com a Assistente Social Juliana Rosas, responsável pelo Serviço Social do CDA, idealizaram e estruturaram o serviço de Acolhimento, com o apoio do coordenador do CDA, à época, o professor Dr. Jerson Laks.

Para atender as necessidades deste novo trabalho, coube à enfermeira e à assistente social receberem os usuários nos moldes de consulta especializada e sistematizada, onde foi criado um formulário básico de anamnese, adequado a cada uma destas áreas, com proximidades às necessidades das demandas dos idosos que buscavam o serviço, e que foi aperfeiçoado ao longo do tempo.

Buscando uma conformidade entre o atendimento diário aos idosos e os princípios da humanização, o acolhimento é aberto semanalmente, com capacidade de atendimento de até oito pessoas, por demanda espontânea. Sendo assim, não há a obrigatoriedade de portar encaminhamentos médicos ou de já ter diagnóstico definido de demência ou transtorno mental. A maioria da clientela atendida possui alguma queixa de alteração da memória ou outro transtorno mental, que leva a prejuízos na rotina de AVD e AIVD do idoso. Os usuários têm conhecimento do serviço, em

maioria, através da comunicação e recomendação de outros clientes, funcionários e alunos do IPUB.

Mesmo sendo um centro de referência para tratamento das demências, atualmente o CDA não está vinculado ao SISREG, uma vez que o CDA já teve a experiência de atender usuários cadastrados pelo sistema e foi observado que existiam erros no encaminhamento de clientes, fora do perfil de atendimento do serviço. Como consequência, o sistema de regulação dificultava o acesso dos idosos que realmente necessitavam de avaliação e atendimento especializado. Corroborando com a realidade do serviço, os autores Silva et al (2019) citam que a existência de filas, sejam estas físicas ou virtuais, são fatores dificultadores do primeiro acesso e comprometimento da humanização do atendimento.

A dinâmica de atendimento é dividida em dois turnos: quatro pessoas pela manhã e quatro pessoas à tarde. O agendamento é feito por telefone ou pessoalmente, na secretaria do CDA, às terças-feiras, dia anterior ao do Acolhimento. As pessoas podem optar pelo turno de sua preferência, sendo orientadas a não utilizarem este horário para outras atividades, que não a do que foi agendado no CDA.

O público esperado para atendimento no ambulatório do CDA não exige atendimento imediato, pelo motivo de não configurar uma situação de urgência de saúde, segundo o Protocolo Manchester de Avaliação e Classificação de Risco no Atendimento de Urgências, porém faz-se necessária a observação e manejo de situações que podem modificar-se a qualquer momento. O protocolo de Manchester foi adotado como parâmetro na Política de Humanização do SUS, é internacional e prioriza o atendimento de clientes segundo seu risco e gravidade clínica, e não por ordem de chegada (LIMA, 2018). Esse sistema tem por objetivo contribuir para a redução de mortes em serviços de urgência e relaciona a gravidade clínica a cores e estabelece regras de tolerância máxima para tempo de espera. O atendimento a idosos sem problemas de saúde agudos ou histórico recente de problemas de saúde recebem a classificação azul (primeiro estágio de risco clínico) ou verde (segundo estágio de risco clínico). O tempo máximo para espera de atendimento em saúde, nos respectivos níveis de gravidade, é de 240 minutos, para a classificação azul e de 120 minutos para a classificação verde (BRASÍLIA, 2004).

No cotidiano do acolhimento do CDA, além de haver a materialidade passível de classificação clínica pelo protocolo, existe o risco ou problema real de agitação dos idosos devido à baixa tolerância à espera e a desorientação, características das pessoas

que sofrem com transtornos mentais. Dessa maneira, o Acolhimento torna-se um exercício e desafio semanal. Este problema precisa impulsionar esforços e estudos futuros para a criação de um modelo de protocolo de classificação de risco no acolhimento e triagem de idosos com transtorno mental, ainda inexistente, em área nacional. O presente estudo traz como uma das contribuições técnicas, o modelo de protocolo de atendimento realizado no CDA (anexo E).

O tempo de espera dos usuários, no dia do atendimento de acolhimento, é um desafio para os profissionais, uma vez que este varia de acordo com a apresentação da necessidade do binômio idoso – acompanhante. Com a intenção de suavizar o problema, existe a comunicação clara da possibilidade de extensão do tempo de espera, buscando a colaboração dos usuários na objetividade dos relatos e na compreensão do sistema de prioridade de atendimento. Os mesmos são informados da disponibilidade das técnicas de enfermagem para o atendimento, em caso de mal estar ou alteração súbita do comportamento. Apesar da variação do tempo de espera, o atendimento individual raramente ultrapassa o horário de 12:00h para os clientes do grupo da manhã, e das 16:00h para os clientes do grupo da tarde.

A intervenção de enfermagem inicia-se no grupo de acolhimento, onde a enfermeira fornece as orientações gerais do serviço, juntamente com a assistente social. Cabe ressaltar que outros profissionais do serviço já compuseram a equipe de acolhimento, como a musicoterapeuta Mariângela Aleixo, que por vezes sozinha ou em companhia de seus alunos, desenvolvia atividades de musicoterapia durante a sala de espera dos usuários, logo após o grupo de recepção. Tal trabalho promovia a redução da ansiedade para a entrevista e a angústia da espera, além de iniciar o esclarecimento de dúvidas dos usuários e orientações gerais.

Após o preenchimento de formulário próprio, os usuários são encaminhados à consulta individual, segundo ordem de prioridade etária (do mais idoso ao mais jovem), porém em casos de agitação ou necessidades especiais, a ordem de prioridade é alterada. Durante a entrevista de anamnese, a enfermeira e a assistente social fazem diversas observações, do comportamento e estado geral dos usuários e seus acompanhantes, da interação entre os mesmos, dos relatos, dentre outros. Há também a avaliação de documentos, receituários e exames clínicos, para melhor guiar a tomada de decisão. São realizados diversos tipos de intervenções, sendo as orientações as mais comuns, tanto para o idoso quanto para o acompanhante. Em caso de necessidade, há a realização de

procedimentos de enfermagem, como curativos, aferição de sinais vitais e glicemia e acesso de veia periférica para instalação de hidratação venosa. Outros profissionais da equipe eventualmente participam do acolhimento, como os psiquiatras, o geriatra e as técnicas de enfermagem. Em alguns casos, é necessário o encaminhamento do usuário à emergência clínica ou psiquiátrica.

O critério de inserção no serviço é alteração da memória recente, relatada e comprovada pela avaliação da equipe e/ou pelo menos um sintoma de alteração de comportamento. Os usuários que não são inseridos no serviço são aqueles que não apresentam transtorno da memória e/ ou transtorno psiquiátrico de longa data (em período anterior aos 60 anos) sem comprovação de déficit de memória, ou aqueles que possuem diagnóstico médico compatível com os elegíveis pelo CDA, porém já possuem tratamento especializado em outro local de saúde.

Caso o idoso não apresente critério para inserção no CDA, o mesmo é orientado pela equipe a buscar o serviço mais adequado para a sua queixa ou sintomatologia. Não há emissão de encaminhamento por escrito, salvo em situações de emergência, pois os encaminhamentos para outras unidades de saúde são reguladas pelas unidades básicas de saúde, através do SISREG. Mesmo nos casos de não inserção no serviço, a equipe se mostra disponível para nova avaliação, em caso de necessidade do usuário.

CAPÍTULO 3:

MÉTODO

“Iemanjá Sabá, a dona do branco. Vive na espuma branca do mar. Esposa de Orunmilá e com ele detém o poder sobre Ifá. Velha, sábia e temida, usa fio feito de algodão para tecer. Escuta apenas de um dos ouvidos. Quando ocorre sua possessão no terreiro em algum de seus filhos, vê-se vários filhos de santo apostando entre si para saber através de qual ouvido a divindade estará escutando naquele dia. Precisam saber disso, para que seus pedidos sejam ouvidos e atendidos...”

(VALLADO, 2011) e notas da autora.

3.1 – Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de estudo de caso, pois o foco é descrever o acolhimento enquanto serviço de saúde especializado, percorrendo sua trajetória de construção histórica, além de demonstrar o amadurecimento profissional necessário para exercer a tarefa específica. Com a finalidade de complementar o estudo, adotou-se a técnica de descrição da consulta de acolhimento e do perfil dos usuários que buscam o serviço, para assim evidenciar a realidade atual dos serviços de saúde pública, que se propõem a atender os idosos portadores de transtorno mental.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso contribui para a compreensão de fenômenos sociais complexos, que envolvem esferas individuais, organizacionais e políticas. Esta técnica permite o agrupamento de diversas evidências empíricas abrangentes, para investigação e apresentação de manifestações contemporâneas.

A descrição, que foi a forma de apresentar a dinâmica do acolhimento do CDA, busca estabelecer relações entre as variáveis das características colhidas no estudo (GIL, 2008).

3.2 – Delineamento do estudo

Descrição do serviço e do sistema de acolhimento do CDA – IPUB/ UFRJ, além do levantamento das necessidades dos usuários que buscam atendimento no setor.

3.3 – Campo de estudo e de prática

O estudo foi realizado no Ambulatório do CDA-IPUB/UFRJ.

3.4 – Participantes

Pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, com queixas cognitivas e/ou comportamentais, residentes no Brasil. Os acompanhantes dos idosos também foram considerados. Casos de pessoas com idade inferior a 60 anos foram inseridos, desde que apresentassem as queixas supracitadas. A pesquisa segue as recomendações da Resolução 466 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012).

3.5 – Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento de anamnese do acolhimento e um consolidado de observações, descritos sob o olhar da enfermeira durante as consultas, foram eleitos como fonte para a coleta de dados. Ao todo, foram analisados 79 instrumentos de consulta, durante os períodos:

- a. de Setembro a Outubro de 2017;
- b. de Abril a Agosto e Novembro de 2018;
- c. Janeiro de 2019.

Cabe ressaltar que os primeiros manuscritos das observações foram um desafio, no sentido de descrever as relações humanas, dotadas de sua total complexidade. Para desenvolver esta capacidade, houve a necessidade de fazer inúmeras reflexões e exercícios de observação e descrição das cenas de estudo.

O consolidado de observações foi descrito de maneira livre, porém este apresentou um padrão para descrição dos fatos, sob a ótica da enfermeira, com apontamentos de interesse nas áreas clínicas e sociais, que direcionavam e justificavam a tomada de decisão pela equipe do acolhimento.

Os dados com registro de informações sociodemográficas para o estudo foram coletados a partir do instrumento de anamnese do acolhimento do CDA (anexo H), separados em tabelas e contabilizados. As informações proporcionaram a construção

dos gráficos de idade dos usuários, divisão por sexo, tabelas de local de residência informado, gênero e vínculo dos acompanhantes dos usuários do serviço.

As informações registradas no consolidado da prática foram discriminados entre observações do usuário do serviço, observações dos acompanhantes do usuário, ações da enfermeira e decisões tomadas durante a consulta.

As observações dos usuários do serviço foram separadas em demandas de ordem clínica e de atenção psicossocial, para a separação das categorias dos domínios, listados nas tabelas 4.2 e 4.3. As demandas observadas dos acompanhantes dos usuários foram desmembradas nos domínios de atenção psicossocial, correspondentes aos problemas descritos, para serem contabilizados e apresentados na tabela 4.5. O mesmo sistema de análise configurou o tratamento das informações sobre as ações e decisões da enfermeira, para a construção da tabela 4.6.

3.6 – Desafios Metodológicos

A dupla função pesquisadora – enfermeira, acumulada pela autora no campo da prática, limitou o olhar das descrições para atividades específicas de domínio próprio da qualificação profissional e das exigências durante o manejo das situações reais do serviço. Sendo assim, os resultados da pesquisa também foram delimitados a questões próprias do conhecimento de enfermagem e da magnitude do impacto dos problemas, relativos a particularidade de cada caso atendido.

CAPÍTULO 4:

“Iemanjá Okuté. Porteira de Olocum. Encontra-se tanto no mar, no rio, na laguna, quanto na mata. Iemanjá nesta qualidade, é mulher do deus da guerra e dos ferros, Ogum. [...] Quando guerreira leva pendentes na cintura o fação e as demais ferramentas de Ogum. Esta Iemanjá trabalha muito. É uma temível amazona [...] É de gênio violento, dada a desafios, muito severa e rancorosa [...] Gosta de dançar com um majá enroscado nos braços. Os corais e a madrepérola lhe pertencem”.

(CABRERA, 2004)

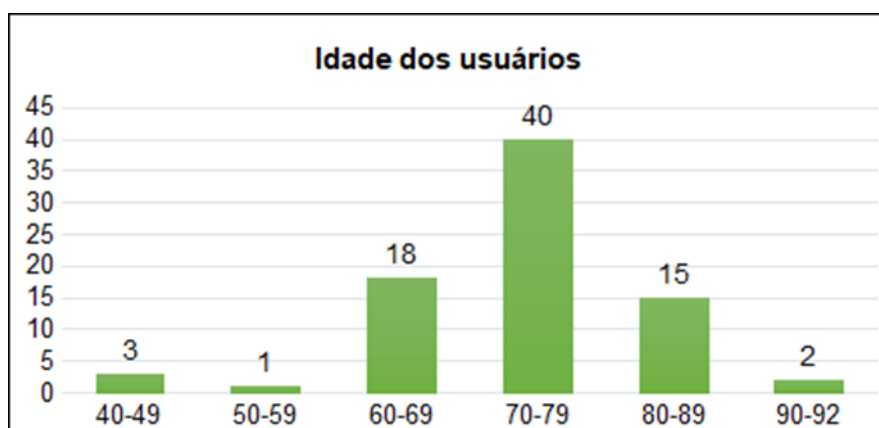
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados e análises surgiram do material coletado nos instrumentos de anamnese e observação.

Abaixo, seguem os dados analisados para este estudo.

4.1 Perfil Sociodemográfico dos idosos que buscam atendimento no CDA

A. Gráfico do perfil etário dos usuários que realizaram acolhimento no CDA:



Na amostra estudada, N=79, observa-se que 51% das pessoas que mais buscaram o Serviço encontravam-se na faixa etária de 70 a 79 anos (N=40), seguido de 23% com idade entre 60 e 69 anos (N=18); 19% com idade entre 80 e 89 anos (N=15); 4% com idade entre 40 e 49 anos (N=3); 3% com idade entre 90 e 92 anos (N=2) e, 1% com idade entre 50 e 59 anos (N=1).

O resultado aponta que o estudo acompanha a estatística local, de 70,2 anos, segundo o censo de 2000 (CARNEIRO, 2005) e da expectativa de vida ao nascer, no ano de 2010, que foi de 75,7 anos (BELTRÃO; PINHEIRO, 2016). O resultado da

pesquisa também se compara ao perfil etário mundial (VERAS; GOMES; MACEDO, 2019; REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

Segundo Carneiro (2005), o relatório final de um estudo conjunto entre o Instituto Pereira Passos (IPP) e o IBGE, para pesquisa demográfica da Cidade do Rio de Janeiro em 2003, apontou o destaque do segmento idoso da população carioca em consequência da taxa de fecundidade da região ser uma das mais baixas do país. Os demógrafos ressaltaram ainda as proporções projetivas cada vez maiores de idosos, na cidade. Já Beltão e Pinheiro (2016) apontam que a baixa taxa de fecundidade e mortalidade, a migração interna em queda e a imigração nula contribuem para o envelhecimento da população.

Os idosos atendidos no serviço atualmente pertencem a geração dos *baby boomers*, nascida entre o final da década de trinta até o término da década de cinquenta do século XX, pós término da segunda grande guerra. Historicamente, nesse período ocorreu alta taxa de fecundidade e concomitante declínio da taxa de mortalidade infantil. Os efeitos dessa era foram mais exuberantes nos ditos países desenvolvidos. Em menor escala, os países em desenvolvimento também apresentaram resultados dos benefícios das tecnologias e melhorias da saúde (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Atualmente essa geração é denominada *elderly boomers* (BURLÁ et al, 2013).

O contingente populacional que mais cresce, em quase todo mundo, é o de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016; BURLÁ et al, 2013). Com a consequente prevalência de doenças crônicas, o Brasil atualmente enfrenta novos desafios na saúde. Doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam por terem curso de instalação lento, sem uma causa única, irreversível, incurável, geralmente decorrente de maus hábitos e estilo de vida. Produzem incapacidades e deficiências, sendo que os portadores necessitam de longos períodos de observação e cuidados (VERAS; GOMES, MACEDO, 2019).

A população idosa apresenta, em sua maioria, um ou mais tipos de doenças crônicas, fenômeno denominado multimorbidade (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016). Segundo Silva (2018) as doenças crônicas são mais prevalentes nos idosos, em todo o mundo. A morbidade das doenças crônicas geram impactos significativos na economia e desenvolvimento dos países mais pobres, pois esta parcela populacional

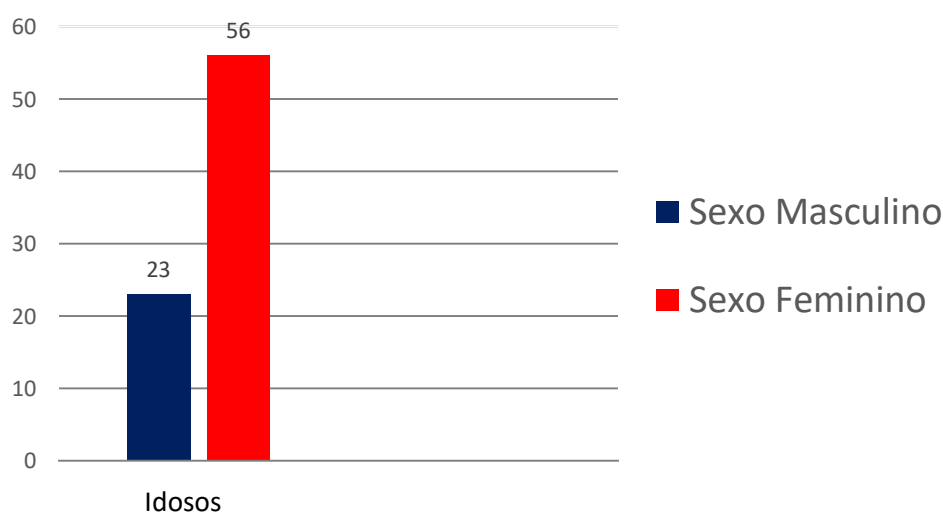
consome mais insumos e serviços de saúde, demanda mais internações hospitalares e permanece maior tempo na ocupação de leitos (VERAS; GOMES; MACEDO, 2019).

As faixas etárias mais precoces que buscam o serviço (de 40 a 59 anos), são devido a transtornos cognitivos precoces, neurodegenerativos com características genéticas marcantes ou por abuso de substâncias (sendo o álcool a mais comum) ou infecções. São mais raros no atendimento.

A faixa etária de menor expressão foi a de 90 – 92 anos. Isso se dá devido a maior taxa de mortalidade nessa população. Em relação a demência, a probabilidade maior é de acomentimento pos DA ou por degeneração vascular senil.

De acordo com os estudos, faz-se necessário a educação e o treinamento de equipes multiprofissionais de saúde, além de melhorias no acesso à saúde, para atender a crescente parcela da população de idosos. Tãmanha é a importância desse fato, que o município do RJ desenhou um plano estratégico para a cidade, levando em conta a mudança de padrão demográfico (BELTRÃO; PINHEIRO, 2016).

B. Divisão por sexo dos usuários atendidos no acolhimento do CDA:



A amostra estudada (N=79) mostrou que 71% do universo dos idosos que buscaram atendimento era composto de mulheres (N=56), enquanto que apenas 29% era homens (N=23), o que nos levou a observar o predomínio de mulheres envelhecidas.

A esse fenômeno deu-se o nome de feminilização da velhice, e é constatado em todo o país. Atualmente as mulheres somam 55, 7% das pessoas com mais de 60 anos no Brasil (BRAGA, 2015; ALMEIDA et al, 2015).

Segundo Braga (2015), as regiões brasileiras do Sul e Sudeste concentram o maior número de mulheres idosas do país. Os dados achados pelo presente estudo corroboram com os resultados demográficos da cidade do RJ assinalados por Carneiro (2005), que mostra o predomínio das mulheres (60%) em relação aos homens (40%) nos anos 2000.

A explicação dessa superioridade estatística é creditada às diferenças comportamentais das mulheres em relação aos homens, contruídas histórico e socialmente, no que tange a prevenção de doenças e autocuidado nas enfermidades (BRAGA, 2015).

Em relação ao adoecimento por demência, o estudo de Burlá et al (2013) em cidades e comunidades do Estado de São Paulo, apontou maior ocorrência da doença no sexo feminino, em todas as sociedades estudadas.

Apesar de ter maior longevidade comparada ao sexo masculino, as mulheres não necessariamente envelhecem com saúde e qualidade de vida. Mesmo com maior expressão numérica, as idosas não são contempladas com itens específicos de atenção na Política de Atenção Integral à Mulher (PAISM) e não existe transversalidade de diretrizes com as da PNSPI (BRAGA, 2015; ALMEIDA et al, 2015).

De acordo com o exposto, são necessárias abordagens exclusivas ao processo de envelhecimento feminino para traçar planos de ação no cuidado das idosas com demência.

C. Local de residência informado no dia da consulta de acolhimento:

Áreas Programáticas do Município do RJ	Regiões Administrativas	Número de ocorrência	Total
AP 1	R.A 1.1	4	4
AP2	R.A 2.1	20	31
	R.A 2.2	11	
AP3	R.A 3.1	4	26
	R.A 3.2	6	
	R.A 3.3	8	
	R.A 3.4	3	
	R.A 3.5	3	

	R.A 3.6	2	
	R.A 3.7	0	
AP4	R.A 4.1	3	6
	R.A 4.2	3	
AP5	R.A 5.1	0	3
	R.A 5.2	3	
	R.A 5.3	0	
	R.A 5.4	0	

Nota: Alguns idosos e acompanhantes informavam mais de um local de residência, pois tinham comportamento itinerante. Nestes casos, os dois locais foram contabilizados.

Regiões fora do Município do RJ:

Local	Número de ocorrências
Duque de Caxias	3
Estado do Espírito Santo	1
Macaé	1
Niterói	1
Saracuruna	1
São Gonçalo	1
São João de Meriti	1
São Pedro D'Aldeia	1
Não especificado (Residência Terapêutica)	1

A estrutura territorial utilizada como referência para esta análise foi a definida pela Lei Complementar no. 111 de 1º. De Fevereiro de 2011 que institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do RJ.

Base de cálculo: N = 81.

Podemos observar com o exposto, que idosos que buscaram atendimento no CDA provém de todas as regiões administrativas do Município do RJ, de outros municípios do Estado e até mesmo outros Estados Federativos. Todavia, a continuidade do atendimento depende de múltiplos fatores, sendo um deles a acessibilidade. O acesso da população a serviços de saúde é pré requisito fundamental para uma eficiente assistência e equidade, sendo que a localização geográfica é um dos fatores que interferem diretamente na acessibilidade (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016; UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987).

A oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos. A acessibilidade deve ser considerada sob diversas abordagens, quais sejam a geográfica, a cultural, a econômica e a funcional (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987 p. 439)

No caso da população idosa, que padece de múltiplas DCNT, dentre elas podemos destacar a alteração da mobilidade física e também fatores comportamentais, como ansiedade e agitação, diversas são as barreiras geográficas encontradas pelos idosos e seus acompanhantes no comparecimento ao serviço e continuidade do tratamento. Esse fato influencia na decisão da equipe quanto a inserção do idoso na unidade e na personalização da condução dos cuidados. No caso do CDA, para idosos que enfrentam dificuldade no comparecimento devido a distância e renda, a equipe opta por concentrar os atendimentos da equipe multidisciplinar para um só dia de atendimento ou fazer uma única consulta transdisciplinar, como é o caso da parceria entre enfermagem e serviço social.

Sob o prisma da distância geográfica, foi esperado que o maior índice de idosos que buscaram o serviço de acolhimento foram aqueles residentes na RA 2.1 (25%), que compreende os bairros Flamengo, Glória, Laranjeiras, Catete, Cosme Velho, Botafogo, Humaitá, Urca, Leme, Copacabana, Ipanema, Leblon, Lagoa, Jardim Botânico, Gávea, Vidigal, São Conrado, Rocinha.

Os idosos residentes na RA 2.2 ocuparam o segundo lugar na busca pelo serviço, com um índice de 13%. Esta região compreende os bairros Tijuca, Pç. da Bandeira, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí. São bairros componentes da área programática (AP) de localização do CDA – a AP2. Apesar desse local apresentar uma barreira geográfica importante, que é o Maciço da Tijuca, a existência de transporte público direto (metrô e ônibus) facilitam o acesso à unidade. Nesta região, em termos socioeconômicos e urbano, é muito próximo ao perfil encontrado na RA 2.1. Os bairros da Tijuca e V. Isabel ocupam o quarto e o sexto lugar no índice de desenvolvimento urbano (IDH) da cidade, segundo o censo do IBGE em 2000 (RIO DE JANEIRO, 2011). A região da AP2 é a que concentra o maior IDH da cidade. A RA 2.1 concentra os três maiores IDH do município, liderado pelo bairro de Copacabana, seguido, em ordem decrescente, pelos bairros da Lagoa e Botafogo. Porém esse índice não é homogêneo na região, pois a Rocinha detém o quarto pior IDH do município do RJ (RIO DE JANEIRO, 2011).

As condições de saúde, o acesso a serviços e a eficiência do tratamento são influenciados pelo desenvolvimento socioeconômico e político de uma determinada região, pois melhores situações de renda e educação favorecem adoção de hábitos de

vida mais saudáveis e possibilitam o acesso a serviços de maior qualidade (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

A relação entre a desigualdade social e o impacto das doenças aponta que há retroalimentação entre os dois fenômenos. O grupo das populações mais pobres e das mais vulneráveis têm maior incidência de doenças e superposição dos problemas de saúde, o que faz aumentar o índice de morbimortalidade tanto individual, quanto para a população (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

O estudo mostrou que a AP3 foi a região de residência do segundo maior contingente de idosos que buscaram o serviço, que foi ao todo 32%. Essa é a região do grande Méier, Madureira, Bonsucesso, Penha e Iha do Governador. É a região de maior densidade populacional da cidade e a que concentra maior número absoluto de idosos (a maior porcentagem populacional de idosos na região, da cidade do RJ, pertence ao bairro de Copacabana, com 33% em 2015, segundo BELTRÃO; PINHEIRO, 2016). Como barreiras de acesso a serviços, essa AP é a que concentra maior quantidade de favelas, com alto índice de violência, como o Complexo do Alemão e o da Maré. A longevidade é considerada média/alta, segundo o censo de 2000. A renda média na AP, no mesmo período, é inferior à média da cidade (RIO DE JANEIRO, 2011). Em relação a tratamento de saúde mental, apesar da região contar com o Instituto Municipal Nise da Silveira, este não possui atendimento especializado para tratamento dos idosos.

A AP4 foi a quarta de maior incidência no presente estudo (7%). É a área composta pelos bairros Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Pç. Seca, Vila Valqueire, Cidade de Deus, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes e Grumari. Região de inserção humana escassa devido a características geográficas (Maciços da Tijuca e da Pedra Branca). Teve crescimento populacional nas décadas de 90 e 2000, principalmente na Barra da Tijuca, porém ocorreu o surgimento e expansão de favelas, destinadas a abrigar mão de obra. A Barra da Tijuca tem o 5º. Maior IDH da cidade enquanto que a Cidade de Deus está entre os sete últimos. Quanto a longevidade, a região nos anos 2000 era de 71,6 anos, superior à média da cidade (RIO DE JANEIRO, 2011). Quanto a assistência psiquiátrica, a população conta com o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), a conhecida Colônia Juliano Moreira, porém esta não tem serviço especializado de atendimento a idosos.

A AP1, composta pelos bairros Centro, Saúde, Gamboa, St. Cristo, Caju, Centro, Lapa, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, Imperial de São Cristóvão, Mangueira, Benfica, Vasco da Gama, Paquetá, Santa Teresa, apresentou taxa de 5% na incidência de procura do serviço do CDA. É uma região que sofreu decréscimo populacional de 27% entre os anos 1970 a 2000. No período dos anos 1991 – 2000 a população da área decresceu 12,6%, a maior entre todas as regiões do município. Quanto a longevidade na área, essa foi de 71 anos, índice próximo ao nível médio da cidade. Quanto ao atendimento em saúde mental, a região conta com o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), que tem um setor especializado para tratamento geriátrico.

A AP5 e região da Baixada Fluminense empatam quanto a procura de serviço especializado (4%), de acordo com os dados da pesquisa. São áreas que têm em comum a distância do serviço do CDA. A AP5 compreende os bairros Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Gericinó, Vila Kennedy, Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos, Paciência, St. Cruz, Sepetiba, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba. A região foi a última fronteira de urbanização do Rio de Janeiro. Durante muito tempo, foi destinada a uso agrícola, com extensas propriedades, até a década de 60. Apresenta 11,6% dos moradores ocupando residências irregulares, loteamentos irregulares ou clandestinos e favelas. Apresenta grandes extensões de vazios urbanos. A longevidade era de 68, 2 anos, em 2000 (RIO DE JANEIRO, 2011).

As regiões que não pertencem ao município do RJ somam, ao todo na procura do serviço do CDA, um índice de 13% dos atendimentos. Isso reflete a carência de atendimentos especializados e acessíveis à população em outras cidades.

Apesar do Rio de Janeiro ter maior cobertura de CAPS em relação a centros de tratamento para idosos, conforme descrito anteriormente no trabalho, estes não possuem serviços e equipe especializada para o atendimento às necessidades e peculiaridades dos idosos. Segundo a lógica do fluxo de deslocamento histórico e cultural das cidades, descrito por UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA (1987), a área de inserção do IPUB/ UFRJ a qual abriga o CDA, é um local onde por mais de um século e meio funciona como referência de tratamento e assistência à saúde mental (MATHIAS,

2017), sendo assim, é essencial a garantia do espaço como local de tratamento em saúde mental para os idosos de todas as regiões do Município do Rio de Janeiro.

4.2 Problemas de ordem clínica dos idosos, informados e/ ou visualizados durante a consulta:

Sistema	Evidências descritas	Total
Neurológico	Demência de Alzheimer, Demência Vascular, Demência não especificada, Demência Frontotemporal, Transtorno Cognitivo Leve, Hidrocefalia, Síncope, Desorientação, Confusão mental, Falhas de memória	57
Locomotor	Amputação, Alteração na marcha, Auxílio humano na deambulação, Artrite reumatoide, Dormência em MMII, Quedas, Cadeira, Uso de Bengala, Fascite Plantar, Paralisia facial	28
Cardiovascular	Hipertensão, Hipotensão, Cardiopatia, IAM, Trombose, Trombofilia, Arritmia, Vasculopatias, AVE, Uso de Marcapasso	27
Digestório	Disfagia, Traumatismo abdominal, Abdômen protuso e rígido, Emagrecimento, Caquexia	13
Endócrino	Diabetes, Hipotireoidismo	9
Tegumentar	Úlcera por pressão, Ferida cirúrgica infectada, Furunculose, Palidez, Equimoses e escoriações	8
Respiratório	DPOC, Pneumonia, Tosse produtiva, Dispneia, Estenose congênita das cordas vocais, Sarcoidose	6
Excretor	Infecção urinária, Incontinência urinária, Doença renal crônica	4
Sensorial	Baixa visão, Catarata, Glaucoma	4
Outros	Câncer de mama, Desidratação, Dor, HIV positivo, Sífilis	8
Total de descrições neste campo de análise		164
Sem acompanhamento clínico/ Acompanhamento clínico irregular		26

Os resultados destacaram os problemas de saúde passíveis de observação, exames complementares e pela consciência de morbidade autoreferida. O resultado foi

guiado pela natureza da coleta de dados, uma vez que no acolhimento do CDA/ IPUB não há momento para exame físico.

Segundo o presente estudo, em 16% das observações realizadas, os idosos não possuem acompanhamento clínico ou o fazem de maneira irregular. A sobreposição de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o desdobramento na deterioração progressiva do estado geral de saúde do idoso, com conseqüente piora da memória e cognição, é algo crescente em nossa realidade clínica atual. Tal fato mostra uma ordem comportamental de reações ante as doenças, e pode ser influenciado por variáveis internas e externas. O comportamento perante a doença envolve a forma como as pessoas monitoram seus corpos, definem e interpretam os sintomas e a partir daí adotam ações curativas e utilizam o sistema de cuidado para a saúde. Como variáveis internas, as percepções dos sintomas e da natureza da doença são parâmetros de modulação desse comportamento, ou seja, se a pessoa acredita que os sintomas de seu problema de saúde rompem com a sua rotina normal, provavelmente a busca de cuidados à saúde será mais ativa do que se não avaliarem seus sintomas como destruidores (POTTER; PERRY, 2009).

No caso das DCNT, tipo de enfermidade mais prevalente na população idosa, onde a instalação da doença ocorre de maneira insidiosa e os sintomas podem ser aliviados, geralmente não motivam o indivíduo a buscar tratamentos de saúde ou mudar hábitos que predispõem ao problema (SANTOS et al, 2017; CARRABBA et al, 2015).

Como variáveis externas que modulam o comportamento do indivíduo portador de alguma enfermidade crônica, estão a visibilidade dos sintomas, características do grupo familiar e social, formação cultural, variáveis econômicas, capacidade de acesso ao sistema de saúde e apoio social. Geralmente, um idoso com um sintoma visível tem probabilidade maior de buscar o sistema de saúde e cuidados, porém alguns idosos podem negligenciar esse fator, impondo uma condição de violência auto referenciada, presente em alguns transtornos mentais, aos quais destacamos a depressão e a síndrome de diógenes (DUARTE et al, 2018; POTTER; PERRY, 2009).

Sendo assim, o trabalho mostrou que os problemas geradores de maior impacto visual na observação da enfermeira, com potencial função na motivação da manutenção do tratamento pelos idosos e seus acompanhantes, são provenientes das alterações

neuroológicas (35%) e seus sintomas, seguido de alterações no sistema motor (17%). Tais enfermidades causam impacto direto na rotina dos idosos e seus cuidadores, são visíveis e causam impacto na demanda de cuidados e na tomada de decisão para inserção no serviço. As orientações sobre o processo de adoecimento são indispensáveis, para que idosos e cuidadores desenvolvam a capacidade de fazer escolhas que favoreçam a saúde do idoso, e que de certa forma, reduza o processo mórbido.

A associação de doenças crônicas, conhecida como fenômeno de multimorbidade, aumenta a fragilidade e a dependência do idoso, elevando as chances de mortalidade, independente da instalação do quadro demencial. Dentre as doenças crônicas mais prevalentes, a HAS é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (SCHMIDT et al, 2019) e também para problemas cerebrovasculares. Dessa forma, os problemas de ordem cardiovascular foram a terceira causa de maior relato no diário de campo (16%). São problemas autorreferidos e/ou avaliados através de exames clínicos, ou até mesmo sabidos pela avaliação das medicações utilizadas pelos idosos. Tais condições necessitam de orientações e educação em saúde, pois impactam na morbidade e na demanda de cuidados. Geralmente são de controle relativamente simples, preveníveis e de baixo custo.

Os problemas de saúde que afetam o sistema digestório, no estudo, tiveram 8% dos relatos. Podem ter sinais visíveis, porém são menos autorreferidos e menos frequentes no serviço do CDA.

Em relação a problemas do sistema endócrino, a diabetes é a doença que vem crescendo mundialmente, configurando-se como epidemia, em consequência do envelhecimento populacional. Porém, é uma doença menos autorreferida, com dados de prevalência, no Brasil, menos frequentes que a hipertensão. São menos autorreferidos porque precisam de exames específicos para diagnóstico (SCHMIDT et al, 2019). No estudo, obtiveram 5% dos relatos de observação. Os sinais não são indicativos das doenças, apenas prodrômicos. São menos autorreferidos pelos idosos e acompanhantes, por não conhecerem a ligação direta entre as demências e o diabetes, e entre os sintomas cognitivos e o hipotireoidismo. Tal problema precisa ser esclarecido aos usuários e informar a ligação entre as diversas patologias, para melhorar a adesão ao tratamento.

Quanto ao sistema tegumentar, esse ficou com 5% do total dos relatos nessa área, uma vez que estes são problemas visíveis porém ficam em áreas fora do campo visual, escondidas embaixo da vestimenta. A experiência clínica do enfermeiro avalia os usuários passíveis de apresentar o problema e faz a abordagem, que precisa ser delicada, uma vez que o relato desse tipo de problema envolvem sentimentos de vergonha, medo e culpa do cuidador. Isto porque a presença de lesões cutâneas é associada a maus tratos e descuido do idoso, o que nem sempre corresponde a realidade. Nesses casos, é necessário avaliar outras questões durante a entrevista, associar com as observações feitas e tomar a decisão mais adequada. Sempre deve existir a orientação de cuidados com a pele e a prevenção de úlceras de pressão.

O sistema respiratório ficou com 4% dos relatos. São problemas de sinais visíveis, porém em alguns casos de diagnóstico são raros. As doenças do aparelho respiratório é a terceira causa de mortalidade na faixa etária de 60 – 79 anos, só perdendo para as doenças do aparelho circulatório e neoplasias (BORIN; FRANCISCO; NERI, 2017).

As doenças do aparelho excretor e sensorial (visão) ficaram com 2% dos relatos em diário. Os sinais não são visíveis, salvo os problemas visuais, onde o idoso adota expressão característica. São desordens que causam grande impacto no comportamento do idoso e demandam cuidados diretos. No caso das infecções do trato urinário, o problema precisa ser resolvido com urgência, pois existe o risco de sepse.

As outras doenças descritas (5%), como as de origem infecto-contagiosas e as neoplasias, são mais raros no atendimento do CDA. Precisam da colaboração de outros serviços especializados de tratamento de saúde. Dependendo do caso, é feito encaminhamento do usuário para outra instituição.

Em relação às categorias de análise, essas mostram que o olhar da enfermeira é voltado para vários aspectos da saúde clínica, com a finalidade de construir intervenções de forma holística.

Portanto, o foco da enfermeira na assistência ao idoso com demência precisa somar conhecimentos acerca da saúde física, mental, social e comportamental como um

todo, para construir os cuidados junto ao idoso e seus cuidadores e criar vínculos de confiança para manutenção do tratamento.

4.3 Demandas de atenção psicossocial dos usuários:

Domínios de Atenção	Evidências	Total
Socioambiental	Conflito com familiares/ vizinhos, Reside sozinho, Rede de cuidados escassa, Afrouxamento ou perda dos laços familiares, Sem moradia fixa, Mudança recente de Estado Federativo, Reside com outras pessoas com transtorno mental, Reside em área de difícil acesso, Reside em área de risco, Reside longe do CDA, Cuidador de outro idoso	128
Mental	<p><u>Sinais e sintomas mentais e comportamentais:</u></p> <p>Alteração não especificada, Agitação, Agressividade, Autonegligência, Acumulação, Automutilação, Afastamento de cuidadores, Abandono de tratamento psiquiátrico, Fuga de casa, Higiene corporal precária, Isolamento social, Labilidade de humor, Perambulação noturna, Perseveração, Perversidade, Pouca interação verbal, Verborragia, Angústia, Alucinações visuais, Alucinações auditivas, Alucinações sinestésicas, Apatia, Pseudoalucinações, Delírios persecutórios, Delírios de roubo, Delírios religiosos, Ideação suicida, Medo, Pensamentos negativos</p>	128
	<p><u>Diagnósticos Psiquiátricos:</u></p> <p>Transtorno de ansiedade, Transtorno bipolar, Transtorno borderline, Depressão, Esquizofrenia, Pânico</p>	
Econômica	Precariedade financeira, Perda do padrão econômico, Espoliação de bens	24
Interseção entre áreas	Gerência e Administração das próprias medicações	23
Uso de Substâncias Psicoativas	Álcool, Ayahuasca, Benzodiazepínicos, Crack, Fumo de rolo, Opióide, Tabaco	17
Educacional	Analfabetismo, Baixa escolaridade	15
Cultural	Emigrante, Imigrante, Religioso	13

Domínios de Atenção	Evidências	Total
Total de descrições neste campo de análise		348

A ocorrência de cada descritor em uma categoria de análise, no presente estudo, não ocorre de maneira única, isolada. São fatores agrupados, com sinais, características, condições físicas e sociais, como no processo construção de uma síndrome. Quanto maior é a sobreposição dos fatores listados como descritores, maior será a vulnerabilidade e a morbidade dos problemas do idoso.

Os problemas com implicações socioambiental somam 37% dos relatos das demandas de atenção psicossocial dos diários. São situações que impactam diretamente a oferta de cuidados e a manutenção do tratamento. Em certos casos, há a necessidade de adaptação dos atendimentos após a inserção do usuário no serviço, como marcações de atendimentos para o mesmo dia.

Nessa categoria, para o idoso que sofre de transtorno mental, somam-se aos fatores internos do indivíduo, como: capacidade para estabelecer vínculos afetivos e sociais, qualidade desses vínculos, personalidade, temperamento, estado de saúde e organização de vida; os fatores externos, relacionados a moradia e área de residência.

As escolhas e decisões dos idosos, assim como de seus cuidadores no percurso da vida, contribuem para a fragilidade, vulnerabilidade e a morbidade na vivência do envelhecimento (MIYAMURA et al, 2019). Em algumas situações, os problemas socioambientais inviabilizam o tratamento adequado e tornam o prognóstico sombrio.

As demandas de saúde mental somam igualmente 37% das descrições em diário, evidenciando o olhar da enfermeira não só para a atenção clínica, como também para as condições sociais e relacionais na construção do cuidado.

A quantidade e a intensidade dos transtornos de comportamento tornam o cuidado uma tarefa mais difícil para o cuidador, predispondo-o também ao desenvolvimento de transtornos mentais ou, em situações extremas, a desistência da responsabilidade pelos cuidados. Como já exposto anteriormente, os sintomas de comportamento podem levar a institucionalização do idoso (MARTINS et al, 2018; DUARTE et al, 2018), violência e/ou negligência da pessoa com transtorno mental.

Cabe lembrar que a depressão na terceira idade é um transtorno considerado comum, devido aos desafios psicossociais próprios dessa fase da vida, como a aposentadoria, as perdas na família e amigos, isolamento social, alterações na sexualidade, dentre outros; porém a doença é conhecido fator de risco para demência. A depressão pode mimetizar quadros demenciais neurodegenerativos ou ser o primeiro sinal do transtorno, sendo comum a coexistência dos dois transtornos (PARMERA; NITRINI, 2015).

O terceiro problema listado como categoria de atenção psicossocial foi o econômico, com 7% dos relatos. A aposentadoria, as perdas financeiras e o alto custo da saúde privada na terceira idade, impactam diretamente os idosos no que tange a manutenção de gastos com o tratamento e nos gastos com insumos para cuidados ou para contratação de cuidadores. Muitos idosos e/ou seus acompanhantes buscam o serviço por este agregar duas questões relevantes para os mesmos: ser um atendimento considerado de excelência e também por ser gratuito.

Durante a entrevista, é constantemente observado o problema do gerenciamento das medicações pelos idosos que comparecem ao serviço com queixa cognitiva e de memória, ou que apresentam desorganização entre as tarefas realizadas e o controle do tempo. Foi considerado como problema de atenção psicossocial (7%), com intersecções entre as áreas do comportamento, escolaridade, financeira e socioambiental. É um problema de ordem complexa, que depende de diversos fatores, aos quais destacamos os seguintes (passíveis de ocorrência isolada ou associada): Resistência do idoso ou do cuidador a mudanças de papéis sociais, não permitindo que outras pessoas cuidem da administração das medicações; a impossibilidade de ter uma pessoa responsável pelos cuidados por reduzidas condições financeiras ou por escassa rede de cuidados; encarar a necessidade da gerência das próprias medicações por outras pessoas como perda da autonomia e da independência; considerar a rotina de autoadministração de medicações como um compromisso e “exercício para a memória”. O erro na administração de medicamentos pode levar a engano diagnóstico, a piora do quadro cognitivo e comportamental, intoxicações e óbito (CARVALHO; CRISTINO; LIMBERGER, 2018; LUTZ; MIRANDA; BERTOLDI, 2017).

Um problema de ordem psicossocial nos idosos, considerado tabu e pouco referido durante as entrevistas, é o uso de substâncias psicoativas. No estudo evidenciou

5% das descrições no relato. Tem grande impacto no manejo e nas prescrições de cuidados. Nas mulheres é mais comum o uso prolongado de benzodiazepínicos não prescritos, já nos homens é mais comum o uso de álcool. Deve ser abordado durante a consulta, pois os idosos, assim como os acompanhantes, tendem a naturalizar o consumo, lembrando-se de citar o uso apenas quando questionado. O risco de erros de administração é grande, sendo desafio para o início de nova terapêutica farmacológica associada. O uso de álcool interfere diretamente na ação terapêutica de fármacos devido a sua biotransformação. Em idosos, o uso de álcool e outras substâncias psicoativas tem como consequência a depressão, solidão e ausência de suporte social (CARVALHO; CRISTINO; LIMBERGER, 2018; POTTER; PERRY, 2009). O uso contínuo de substâncias psicoativas também podem levar a quadros de degeneração neurológica irreversível, como no caso das demências alcoólicas. Quanto ao uso do tabaco, existe a discussão sobre o possível efeito protetor nas demências, porém já é comprovado os malefícios da substância para o sistema cardiovascular e respiratório. O uso aumenta as chances de AVC e câncer, portanto parar o uso reduz a probabilidade de adoecimento neurológico de origem vascular e contribui para a redução da morbidade das doenças já instaladas.

A escolaridade e a cultura ficaram ambas com 4% das descrições no diário de campo. São fatores associados, pois impactam na forma como o cuidado vai ser construído, para melhor adaptar-se à realidade do usuário e ao seu sistema de crenças. Cabe ressaltar que o analfabetismo e a baixa escolaridade são fatores de risco nas demências. Fatores associados de baixa reserva cognitiva e baixo nível educacional pode levar a transtorno cognitivo (PARMERA; NITRINI, 2015).

No que diz respeito a cultura, a importância do conhecimento do sistema de crenças do idoso e de seus cuidadores é importante para a adesão ao sistema de tratamento. Leininger, segundo a descrição de Potter; Perry (2009) esclarece que o objetivo da avaliação cultural do cliente pela enfermeira é adequar os cuidados para implementá-los de maneira culturalmente congruente.

4.4 Acompanhantes dos usuários que buscam o acolhimento do CDA/ IPUB:

Gênero, tipo de vínculo social dos acompanhantes em relação aos usuários do acolhimento:

Gênero	Relação com o usuário	Vínculo social	Número de ocorrência	Total Parcial	Total Geral
Feminino	Familiar Direto	Filha	33	47	70
		Esposa	9		
		Irmã	4		
		Neta	1		
	Familiar Indireto	Sobrinha	4	13	
		Nora	3		
		Cunhada	3		
		Sogra da filha	2		
		Prima	1		
	Não Familiar	Ex-esposa	3	10	
		Cuidadora contratada	3		
		Profissional de saúde	2		
Amiga		1			
Freira		1			
Gênero	Relação com o usuário	Vínculo Social	Número de ocorrência	Total Parcial	Total Geral
Masculino	Familiar Direto	Filho	17	24	26
		Marido	4		
		Neto	2		
		Pai	1		
	Familiar Indireto	Sobrinho	1	1	
	Não Familiar	Ex-genro	1	1	
Total de acompanhantes				96	
Usuários sem acompanhante				9	

Nota: Os usuários do serviço, dependendo do caso, podem estar desacompanhados ou acompanhados por mais de uma pessoa. Por esse motivo, o número de acompanhantes ultrapassa o número de usuários descrito no estudo.

Em relação ao gênero dos acompanhantes dos idosos que frequentaram o serviço, notamos maioria significativa nos acompanhantes do sexo feminino, com 73% dos casos, enquanto que no sexo masculino obtivemos o resultado de 27%.

No universo de acompanhantes do sexo feminino, a ordem decrescente de incidência foi para: Filha (47%); esposa (13%); irmã (6%) e neta (1%). As mulheres acompanhantes familiares indiretos tiveram o resultado de 18% e as mulheres não familiares ficaram com 14%.

No universo masculino, é notável a menor variação da diversidade qualitativa de cuidadores em relação às mulheres, conseqüentemente é menor a possibilidade de divisão de tarefas entre os homens, no cuidado. Portanto, a ordem decrescente de incidência foi: Filho (65%); marido (15%); neto (8%); pai (4%). Os familiares indiretos homens e não familiares ficaram ambos com 4%.

As acompanhantes mulheres superam os homens em número, mas os acompanhantes homens têm menos possibilidade de divisão de tarefas para cuidar entre eles. Geralmente os homens cuidadores dividem as tarefas do cuidar com mulheres.

Tal presença fortemente feminina pode ser entendida pela característica histórica e cultural dos cuidados serem delegados às mulheres, em uma tarefa ligada ao gênero feminino, que remete ao instinto materno (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011; SANTOS, 2011).

Em relação a qualidade do acompanhante, no tocante a proximidade familiar com o idoso, notamos a maioria de familiares diretos em ambos os gêneros de acompanhantes. Em nossa cultura e sistema de crença religiosa, o cuidado com o idoso é um dever moral, ou até mesmo encarado como uma missão divina, sendo a delegação desses cuidados a outra pessoa, fora da família, considerado fraqueza moral e condenável por outros membros da família ou pessoas do mesmo círculo social (DUARTE et al, 2018). A hierarquia, em ordem decrescente de responsabilidade moral nos cuidados, recaem primeiramente sobre os filhos, que têm o maior dever moral de cuidar dos pais; em segundo lugar a responsabilidade recai sobre o cônjuge do idoso, que está unido pelo mandamento matrimonial “até que a morte os separe”, sendo assim observamos o fenômeno em casais separados há anos, porém o cuidado é de

responsabilidade das ex-mulheres, que relatam estar nesse papel por “consideração aos filhos”, ou por “caridade”. Na ausência de filhos e cônjuges, a responsabilidade recai sobre algum familiar direto do idoso. Por fim, na ausência de membros da família, a responsabilidade do cuidado recai sobre o poder público. Santos (2011) aborda o assunto em sua tese sobre o comportamento de cuidado entre crianças, mas que explica brilhantemente os fundamentos desse fenômeno, também nos cuidados com o idoso:

Em cada sociedade os indivíduos compartilham idéias sobre ser o adulto considerado ideal e como os pais devem criar seus filhos, para atingir este objetivo. Estas idéias são chamadas etnoteorias parentais, que regulam as interferências dos pais nas práticas de cuidados das crianças. Cada um destes sistemas – ambiente cultural, etnoteorias parentais e modelos de criação – formam um todo de influências mútuas e contínuas. (SANTOS, 2011, p.21)

O Estatuto do Idoso (2013) também deixa claro a responsabilidade primária das famílias no cuidado com o idoso, endossando a característica cultural do cuidado parental, quando dispõe em seu Artigo 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

É importante a discussão acerca desse artigo, uma vez que nem toda a família é estruturada para prestar o cuidado adequado ao idoso, sendo este exposto a maus tratos e violência em famílias disfuncionais.

4.5 Fatores que dificultam a implementação dos cuidados, pelos acompanhantes:

Domínios de Atenção	Evidências	Total
Cognitivo/ Educativo	Analfabetismo, Baixa escolaridade, Desconhece os cuidados básicos nas demências, Desconhece como organizar rotinas de cuidados, Desconhece o processo de adoecimento nas demências, Oferta de cuidados inadequada ao grau de dependência do idoso, Dificuldade na compreensão das orientações, Naturalização do processo de adoecimento, Confusão, Contradição	46
Relacionais	Conflitos de longa data com o idoso, Conflito entre cuidadores, Conflitos na família, Pouco tempo de convivência com o idoso, É cuidador por ordem judicial	33
Socioambiental	Escassa rede de apoio familiar/ social, Não convive com o idoso, Não tem residência fixa, Reside em área de risco ou de difícil acesso	33

Domínios de Atenção	Evidências	Total
Mental	<u>Sinais e sintomas:</u> Sobrecarga, Ansiedade, Angústia, Medo, Tristeza, Negação de problemas, Descuido da aparência, Agitação, Nervosismo, Apreensão, Tensão	31
	<u>Diagnósticos Psiquiátricos:</u> Depressão, Transtorno bipolar, Esquizofrenia, Transtorno mental não especificado	
Emocional	Insatisfação, Inexpressão, Raiva, Culpa, Preocupação, Não se conforma com os sintomas comportamentais do idoso, não aceita ser cuidador	31
Comportamental	Dificuldade na organização pessoal, Não participa durante a entrevista, Busca vários locais para tratamento, Altera a administração das medicações por conta própria, Não aceita orientações para modificar o cuidado, Não aceita dividir a responsabilidade dos cuidados, Não supervisiona o cuidado de terceiros, Submissão, Passividade, Autoritarismo, Toma a frente nas respostas, Desqualifica a fala do idoso, Recusa auxílio de outros	28
Fatores Clínicos/ Físicos	Idade avançada, Múltiplos problemas de saúde, Baixa visão, Sequela de AVE, Hipertensão, Diabetes, Cardiopatia	16
Econômica	Dificuldades financeiras, Desemprego, Precisa sair para trabalhar e deixa o idoso sozinho	16
Crenças	Não crê no efeito das medicações, Crê na cura através das medicações	2
Total de descrições		236

O idoso com demência fica dependente do auxílio e cuidados de outros. Por esse motivo, a enfermeira faz a avaliação do binômio idoso – cuidador, pois os cuidados de enfermagem em ambulatório se sustentam nas orientações e no apoio oferecido ao cuidador, para que assim ele tenha condições de prestar os cuidados adequados.

O fator com maior incidência na descrição de problemas do cuidador que prejudicam a ação do cuidado foi da ordem educacional/ cognitiva, com 19%. A capacidade cognitiva e educacional do cuidador impacta diretamente na construção do cuidado e na manutenção do tratamento. Portanto, antes de realizar a educação em saúde e orientações, a capacidade de compreensão e assimilação das orientações pelo

cuidador, precisam ser avaliadas (SILVA et al, 2019; DUARTE et al, 2018; POTTER; PERRY, 2009). Essa avaliação é realizada de maneira informal, durante a entrevista de anamnese, através da qualidade das respostas aos questionamentos e também pelas atitudes apresentadas. Para conduzir esse problema, durante a entrevista, a enfermeira pode fornecer apenas o básico de orientações, evitando muitos detalhes, pois detalhar uma explicação ou fornecer muitas orientações no mesmo momento pode ser iatrogênico, uma vez que pode gerar mais dúvidas ao cuidador, angústia e ansiedade. Esse tipo de problema demanda longo tempo de intervenções de enfermagem, no estímulo educacional e para mudança de comportamento frente a doença.

As questões relacionais e os problemas socioambientais ficaram ambas com 14% das descrições no diário de campo da enfermeira. Também são fatores de impacto na manutenção do cuidado, uma vez que o cuidado direto se desenvolve na prática, com o estreitamento das relações e a convivência. Os laços de envolvimento afetivo e relacional têm sua construção na primeira infância, sendo os pais o modelo para o desenvolvimento do cuidado prestado pelos filhos. Santos (2011) coloca que:

As crenças dos cuidadores sobre a criação das crianças são formadas a partir do que eles próprios experienciaram durante a vida

SANTOS, 2011, p.38

Os problemas socioambientais e de capacidade relacional se intersectam, uma vez que criar rede social de apoio depende de habilidades internas do cuidador e também elementos externos do ambiente e da sociedade.

Os fatores geográficos que influenciam a oferta de cuidados aos idosos, pelos cuidadores, são semelhantes as já descritas. As barreiras de deslocamento, as quais podemos destacar a distância, áreas de difícil acesso e bolsões de extrema violência na cidade, afetam o deslocamento e a segurança dos cuidadores. Tais problemas levam ao impacto direto na rotina estruturada de cuidados, por atrasos, ausências ou abandono.

Os problemas de ordem psíquica e emocional dos cuidadores, tiveram ambas incidências descritivas de 13%, bem próximo das descrições dos problemas de ordem comportamental, com 12%. Tais demandas impactam nos cuidados ao idoso de maneira direta, pois implica em maior risco de negligência e violência com o idoso e abandono das práticas de cuidado. Cuidar de uma pessoa com demência exige a realização de

tarefas pouco agradáveis, que requerem tempo e dedicação, além de serem situações imprevistas. Tal fato, pode levar uma pessoa supostamente saudável ao limite de suas capacidades físicas, mentais e emocionais (DUARTE et al, 2018). Em pessoas com transtorno mental ou comportamental já conhecido, o papel de cuidador do idoso não é recomendável. Em situações da vida prática (em mais de uma ocorrência), onde o cuidador já tinha diagnóstico conhecido de transtorno mental e era único responsável pelos cuidados, existia a ameaça real de homicídio e suicídio, violência e negligência com o idoso. Portanto, problemas dessa magnitude demandam o auxílio de toda equipe multidisciplinar, para criar estratégias de atendimento que acolham o binômio idoso-cuidador em atividades que forneçam benefício a ambos e também atuem na vigilância de sinais de crise.

Os problemas de ordem clínica ou incapacidade física do cuidador, assim como os econômicos tiveram ambos incidência de 7% das descrições em diário. Tais descrições ocorreram nessa ordem porque não há, na entrevista formal de anamnese do serviço, questionamentos para o cuidador, sendo esses dados fornecidos somente quando autorreferidos ou visualizados, porém são de extrema importância no planejamento dos cuidados. Uma das ferramentas principais do cuidador direto é o seu próprio corpo, ou seja, para realizar tarefas como: auxílio ao banho, trocas de fraldas, ou até mesmo uma simples caminhada, o cuidador precisa ter o corpo hábil, com boa capacidade de força, equilíbrio e motricidade. Vale considerar que deficiências físicas ou algum problema de ordem física não inviabiliza os cuidados, mas gera dificuldades na realização do mesmo, tornando as tarefas mais desgastantes.

As crenças dos cuidadores quanto a doença e seu tratamento, na ordem de 0,8%. Os dois problemas impactam diretamente os cuidados. O questionamento da renda do idoso e da renda familiar fica sob responsabilidade da assistente social, durante a entrevista de anamnese. O sistema de crenças é percebido e apurado durante a entrevista. Sabe-se que a demência é uma doença que gera custos altos para tratamento medicamentoso, como também para a aquisição de insumos para o cuidado. Dessa forma, a doença leva ao empobrecimento da família, em alguns casos forçando o cuidador familiar a sair de casa para trabalhar, sendo necessário terceirizar o cuidado com o idoso. Porém, a adaptação de um novo cuidador ao sistema familiar não é algo rápido, tampouco fácil. Muitas vezes o idoso sofre com interrupções e mudanças nas

rotinas de cuidados, devido as trocas sucessivas de cuidadores contratados. Tal configuração leva a maior exuberância nos sintomas comportamentais e, conseqüentemente maior medicalização do idoso.

Ter uma crença que não corresponde a realidade do tratamento é outro fator que causa impactos no cuidado. Seja pela falta de investimento na terapêutica, ou a frustração pelo tratamento não corresponder às expectativas. Isso pode levar o cuidador a percorrer vários locais de atendimento em busca de um tratamento idealizado. Como medida terapêutica, é necessário orientar o cuidador de maneira constante, oferecendo-lhe apoio através de grupos de mútua ajuda e educação em saúde.

4.6 Atividades da Enfermeira na consulta de acolhimento do CDA/ IPUB:

Ação	Qualidade das ações		Total
Observações	Estado geral do idoso, Comportamento do idoso, Comportamento do acompanhante, Interação entre os usuários		70
Avaliações	Discurso do idoso, Discurso do acompanhante, Documentos, Exames, Medicações em uso, Aplicação de Teste de rastreio cognitivo, Avaliação informal da memória		56
Orientações	Cuidados	Básicos ao idoso com amnésia	53
		Supervisão da administração de medicações	
		Psicoterapia para o idoso	
		Avaliação com Fonoaudiólogo	
		Prevenção de acidentes e quedas	
		Realizar investigação clínica	
	Cuidados com a pele		
	Aconselhamentos	Reatar laços e relações familiares	
		Buscar atividades e vínculos sociais	
Participação do grupo de cuidadores			

		Psicoterapia para o acompanhante	
		Avaliação Psiquiátrica do acompanhante	
		Avaliação Neurológica do acompanhante	
Estratégias de condução da entrevista	Estímulo à reflexão do acompanhante, Tranquilização do idoso e acompanhante, Reforço positivo ao acompanhante, Convocação de outros profissionais da equipe, Evitar a sobrecarga de orientações na primeira entrevista, Negociações/ Acordos com o acompanhante, Negociações/ Acordo com o idoso		35
Práticas	Organização de medicações, Aferição de S.V., Realização de curativos, Acesso venoso, Hidratação venosa, Administração de medicação, Prescrição de cuidados		27
Encaminhamentos	Encaminhamento à emergência clínica, Encaminhamento à emergência Psiquiátrica, Direcionamento a outro setor do IPUB		7
Total de ações descritas em diário de campo			248

Idosos	Total	Porcentagem
Inseridos no serviço	70	89%
Não inseridos	09	11%

O acolhimento é o primeiro contato do usuário e seu acompanhante com o serviço. O momento é breve, visto as circunstâncias e a causa de adoecimento dos clientes, portanto não há espaço para exame físico detalhado, sendo as intervenções baseadas na observação e na interação do momento com os usuários.

Apesar de ser um momento muito rápido, o enfermeiro treinado e experiente é capaz de fazer a avaliação desde a chegada do idoso, ou seja, observar como ele se apresenta, como caminha até o grupo de atendimento, como se dá a relação entre o

idoso e seu acompanhante no momento do grupo, como o idoso interage com outros idosos, antes mesmo de começar a entrevista individual.

As ações da enfermeira são realizadas por vários momentos, por mais de uma vez, na dinâmica das relações na consulta. Não há um passo a passo definido de ordenação dos momentos.

As ações de observação são as mais encontradas nos relatos do diário (28%). Isso se dá pela natureza da formação na especialidade em psicogeriatria, pois a observação contempla dados objetivos, como características físicas, estado geral, vestimenta, comportamento, dentre outros, porém também comporta na descrição os dados subjetivos, que não são descritos nos formulários de anamnese, pois são informações relativas à experiência e proficiência profissional. Estes são úteis para o levantamento de hipóteses diagnósticas e para guiar a melhor tomada de decisão.

Para realizar uma boa qualidade de observação da cena, a enfermeira precisa desenvolver habilidades de escrita, para reproduzir com fidedignidade o momento do atendimento; percepção da linguagem corporal e não verbal; escuta atenta e ter experiências anteriores da vida prática.

Após a observação, o enfermeiro faz as avaliações. No estudo, as avaliações correspondem a 22% das descrições no diário de campo. Os dados para essa ação são provenientes de documentos, exames, aplicação de testes de rastreio e também da identificação e interpretação da observação.

No acolhimento do CDA, a aplicação de testes de rastreio não é realizada de maneira obrigatória, apenas quando há dúvidas na avaliação, também com o objetivo de guiar melhor a tomada de decisão.

A realização dos testes de rastreio no momento do acolhimento, além de atender ao seu fim, tem função de sensibilizar o idoso e o acompanhante quanto a realidade da capacidade cognitiva do idoso. É uma ferramenta que causa impacto, para a mudança de postura perante o problema. Nesses momentos da dinâmica da entrevista, a avaliação mescla-se com as ações de enfermagem.

A atividade de avaliação requer do enfermeiro competências técnicas e o desenvolvimento da habilidade de empatia, para saber qual é o momento certo para fazer as perguntas chave que vão guiar a anamnese. A empatia é a habilidade de se colocar no papel do outro, ou seja, compreender os sentimentos e as reações do próximo. A vida profissional possibilita esse aprendizado, porém a experiência pessoal pela vivência do mesmo problema possibilita maior aproximação empática e, conseqüentemente, melhores escolhas e estratégias de cuidado.

A atividade de orientação teve índice descritivo de 21%, porém é a principal atividade exercida no ambulatório de acolhimento e acontece de forma espontânea, em vários momentos da entrevista. A qualidade das orientações não são apenas de educação pra saúde, mas também de aconselhamentos de cuidados, tanto para o idoso quanto para o cuidador.

REDMAN (2005, in POTTER; PERRY, 2009: p.286) define que:

A orientação é uma responsabilidade importante das enfermeiras. O aconselhamento e a orientação se alinham em proximidade. Ambos envolvem o uso de habilidades de comunicação para produzir uma mudança no cliente. Entretanto, com o aconselhamento, a mudança resulta no desenvolvimento de novas atitudes e sentimentos, enquanto na orientação o enfoque da mudança é o crescimento intelectual ou a aquisição de novos conhecimentos ou habilidades psicomotoras.

As estratégias de condução da entrevista têm incidência descritiva de 14% nos registros do diário de campo. É o momento da entrevista onde são utilizados os maiores atributos da experiência, empatia e da intuição da enfermeira. São os momentos de encaixe de perguntas chave, de falar da própria vivência clínica, de perceber o movimento dos usuários. Compara-se a uma dança, onde a enfermeira executa movimentos e também conduz o ritmo para alcançar o objetivo de sua intervenção.

As ações técnicas (11% no estudo), são as de domínio da enfermagem, que envolvem perícia e habilidade manual para a execução de técnicas de acesso venoso, instalação de hidratação venosa ou a limpeza e cobertura de curativos. Envolve conhecimento prático e atualização constante das práticas, uma vez que não são muito frequentes no acolhimento. A técnica de organização de medicações é mais comum no acolhimento, e envolve conhecimento farmacológico para organização dos horários e orientação adequada.

Os encaminhamentos somam 3% das descrições em diário. São menos comuns na prática do acolhimento.

O índice de idosos inseridos no serviço durante o estudo foi de 89%, enquanto que os não inseridos foi de 11%. A inserção dos idosos no serviço se dá quando há evidência de pelo menos um transtorno mental no idoso e este não faz tratamento em outro local de atendimento especializado.

Para os idosos que não são inseridos no serviço, há a mesma disponibilidade de atendimento e a realização de aconselhamentos de tratamentos, rede de suporte social e cuidados em saúde. O diferencial do serviço é orientar o idoso ou o cuidador que ele não foi inserido no serviço naquele momento, porém a equipe fica a disposição para nova avaliação, caso o idoso ou o cuidador necessite. Tal comunicação traz conforto ao usuário.

Considerações Finais

Quem vem lá ... Sou Eu
 Quem vem lá ... Sou Eu
 Quem vem lá ... Sou Eu
 Boiadeiro Eu sou!
 Naquela estrada de areia,
 Aonde a lua clareou,
 Todos caboclos pararam,
 Para ver a procissão de São Sebastião
 Okê, okê caboclo!
 Meu pai Oxóssi é São Sebastião.

O acolhimento surgiu como inovação do CDA, para humanizar o atendimento e atender a crescente demanda de idosos que buscavam o serviço. Tinha como objetivo não só a triagem de novos casos, mas também o atendimento das necessidades psicossociais do binômio idoso e cuidador. Esse estilo de abordagem é característico da formação profissional de suas idealizadoras, uma enfermeira e uma assistente social.

O serviço evoluiu com o tempo, adaptando-se às mudanças que constantemente ocorrem no cenário de saúde carioca. Inspirou o modelo de atendimento (triagem) em outros serviços do IPUB – UFRJ e, por vezes, é campo de experiência e aprendizado de alunos de graduação e pós graduação. É um cenário rico para o desenvolvimento de conhecimento e vivência prática, pois as situações clínicas e sociais apresentadas no cenário de prática são diversificadas, demandando conhecimentos clínicos, sociais, habilidades pessoais, empatia e criatividade das profissionais.

Para buscar a visão panorâmica da prática, com objetivo de realizar melhorias no atendimento ao público, este trabalho teve como objetivo geral analisar o papel da enfermagem e das suas intervenções no acolhimento, à luz da política de humanização do SUS. Como objetivos específicos, se propôs a descrever de que forma era realizada a intervenção de enfermagem no acolhimento; apontar as demandas de atenção psicossocial e de natureza psicogeriatrica dos idosos e produzir subsídios que inspirassem possibilidades de atenção psicossocial.

No tocante ao papel profissional da enfermeira, esta desempenha múltiplas funções, de acordo com a necessidade imposta pela dinâmica do atendimento com o cliente mas também na relação interprofissional, junto a assistente social. De acordo com as descrições do diário de campo, percebe-se que a enfermeira atua como:

Comunicadora e cuidadora, quando realiza o grupo de recepção do acolhimento e explica a dinâmica do serviço, enumera suas atividades e esclarece algumas dúvidas coletivas;

Assume o papel de incentivadora, quando empodera o usuário quanto a legitimidade de seus anseios e projetos pessoais;

Papel de educadora, quando fornece informações sobre saúde e instiga a reflexão do usuário, visando a mudança de postura frente ao problema;

Função de professora, quando atua na educação dos usuários e na formação dos alunos de graduação e pós graduação que vão ao acolhimento do CDA para campo de observação;

Gerente, quando mobiliza a equipe multidisciplinar e a equipe de enfermagem para algum momento de auxílio e suporte para os usuários;

Papel de empreendedora social, quando idealiza a melhoria do serviço através de inovações do mesmo;

Papel de pesquisadora, quando busca dados que apontem a real condição da qualidade do serviço, e aplica na própria prática os resultados da pesquisa, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência.

Cabe lembrar que as profissionais do acolhimento se utilizam de vários papéis de uma maneira dinâmica, equilibrando-se mutuamente nas polaridades entre ações mais acolhedoras e compreensivas e atitudes mais rígidas, com o estabelecimento de regras. Em situações de necessidade de ausência, a profissional que está presente no atendimento realiza os questionamentos e preenche o formulário de anamnese, porém em casos que demandam orientações de uma determinada área específica, é agendado consulta com a profissional que tem a formação adequada.

As demandas de atenção psicogeriatrica observadas nas descrições do diário de campo foram: Transtornos do sistema neurológico com alterações do comportamento; alterações do sistema locomotor, levando ao aumento da fragilidade e morbidade do idoso; problemas cardiovasculares; problemas do aparelho digestório; alterações do sistema endócrino; alterações tegumentares; do sistema respiratório e excretor; alterações na visão e, em menor número: doenças infecto-contagiosas, neoplasias, dor e

desidratação. Foi constatado ainda que 16% dos usuários da pesquisa não tinham acompanhamento clínico ou o faziam de maneira irregular.

Os problemas de atenção psicossocial dos idosos descritos em diário foram: Problemas sócioambientais; alterações mentais, subdivididas em: transtornos de comportamento e transtornos mentais; problemas de ordem econômica; problemas de interseção entre áreas; uso de substâncias psicoativas; escolaridade e cultura.

Com relação a melhorias no atendimento, cabe rever a estruturação do formulário de anamnese do serviço de acolhimento, inserindo itens que contemplem as questões femininas, questionamentos sobre os acompanhantes, estrutura da rede familiar e social. Será necessário também rever o tempo de duração das entrevistas e o processo de prioridade de atendimento, pois não há registro dos sinais vitais dos idosos de maneira sistematizada. O primeiro registro clínico de enfermagem só acontece no retorno do usuário, para a triagem médica. Cabe ressaltar a necessidade do aumento da equipe de enfermagem, assim como o aumento do espaço de atuação, para o atendimento adequado.

O serviço de acolhimento já ensaiou expansão de suas ações psicossociais junto ao público externo, através de um programa de palestras aberto à população geral em 2018 (cartaz em anexo), porém não houve a presença do público esperado. Tal problema pode ser explicado pela deficiência na divulgação e apoio, porém levou a uma reflexão maior, sobre as reais dificuldades que o cuidador de idoso com demência enfrenta, para conseguir comparecer a qualquer compromisso externo. Por meio dessa reflexão e do exemplo de modelo de educação em saúde oferecido por empresas, surgiram novas idéias de estratégias para educação em saúde, que sejam capazes de alcançar esse público, que é através das plataformas digitais. O vídeo piloto está em processo de elaboração para lançamento em 2020.

REFERÊNCIAS

ABREU, Celia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. Políticas públicas de saúde para idosos com Alzheimer. **Revista Novos Estudos Jurídicos - Eletrônica**, v. 20, n. 2, p. 727-754, maio/ago. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.14210/nej.v20n2.p727-754> .Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/7889> Acesso em: 21 dez. 2019.

ALEM, Adriano. **Breve relato sobre a formação das divisões administrativas na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Urbanismo, 2019. Disponível em:<http://www.data.rio/datasets/colecao-estudos-cariocas-breve-relato-sobre-a-formacao-das-divisoes-administrativas-na-cidade-do-rio-de-janeiro-entre-1961-2018-maio-2010> Acesso em: 17 dez. 2019.

ALEXANDRE, Vinícius et al. O Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. **Psicologia: Ciência Profissão**, Brasília, v.39, p.1-14 , 2019. DOI:10.1590/1982-3703003188484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100148&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 dez 2019.

ALMEIDA, Alessandra Vieira et al. A Feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p.115-131, jan./ jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830> Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313> . Acesso em: 23 dez. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM - 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Trad: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.

ARAÚJO, Newton. **Médicos defendem criação de Plano Nacional de Demência**. Câmara dos Deputados, Palácio do Congresso Nacional – Praça dos Três Poderes, Brasília – DF. 2019. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/560920-medicos-defendem-criacao-de-plano-nacional-de-demencia/>. Acesso em 13 dez. 2019.

BELTRÃO, KaizôIwakami; PINHEIRO, Sonoe Sugahara. **Visão Rio 500**: desenvolvendo uma visão Rio 500 anos e o planejamento estratégico da cidade. Rio de Janeiro: Rio Prefeitura, 2016. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5943356/4155547/2016.01.21ApresentacaoExecutivaAnaliseDemografica.pdf> . Acesso em 23 dez. 2019.

BORIM, Flávia Silva Arbex; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; NERI, Anita Liberalesso. Sociodemographic and health factors associated with mortality in community-dwelling elderly. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.42, May 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006708. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006708.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BRAGA, Alessandra Felix André. **Comportamentos promotores de saúde na perspectiva de mulheres idosas: subsídios para a enfermagem gerontogeriatrica**. 2015. 126 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Decreto no. 1.948/96. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF, 3 de Julho de 1996. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1996/decreto-1948-3-julho-1996-435785-norma-pe.html>. Acesso em: 14 dez. 2019.

BRASIL. DOU. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

BRASIL. DOU. Lei n° 10.741. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 1° de Outubro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm . Acesso em 21 fev. 2020.

BRASIL. Lei n° 8842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Lei n° 13.466, de 12 de julho de 2017. **Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei n° 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113466.htm. Acesso em 8 de dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 9 de dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004. 48 p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_a_valiacao_e_classificacao_de_risco.pdf. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 9 de dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n°. 843 de 31 de Outubro de 2002. **Estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Demência por Doença de Alzheimer**. DOU 4/11/2002, n° 213, seção 1,

p. 74. Brasília, 2002. Disponível em http://www.lex.com.br/doc_5930363_PORTARIA_N_843_DE_31_DE_OUTUBRO_D E_2002.aspx . Acesso em: 14 dez. 2019.

BURLÁ, Claudia et al . Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2949-2956, Out. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 dez. 2019.

CABRERA, Lydia. **Iemanjá & Oxum: Iniciações, Ialorixás e Olorixás**. Trad. Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: EdUSP, 2004. 368p.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: Camarano AA, Organizadora. Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA; 2004: p. 261-300.

CARLOTO, Sara Isabel Silva. **Demências potencialmente reversíveis: A propósito de um estudo de caso**. 2016. 48 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Corvilhã, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/5341>. Acesso em: 09 fev. 2020.

CARRABBA, Leonardo Henrique Grigolo et al . Características psicométricas das versões completa e reduzida do IQCODE-BR em idosos de baixa renda e escolaridade. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 715-723, Dec. 2015 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400715&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14034>.

CÉSAR, Karolina Gouveia. **Estudo da Prevalência de comprometimento cognitivo leve e demência na cidade de Tremembé, Estado de São Paulo**. 2014. 137 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Neurologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília: Cofen, 2012. Disponível em http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf . Acesso em 26 dez. 2019.

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTOS, José Luís Guedes dos. Empreendedorismo na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, supl. 1, p. 289-298, fev. 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700289&lng=pt&nrm=iso. acesso em 26 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0523>.

COSTA, Bruna Guedes Lopes et al. Métodos não farmacológicos para o tratamento do Alzheimer: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, [s.l.], v. 9, p.1-11, 24 dez. 2019. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro

Oeste Mineiro). <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.2786>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2786>. Acesso em: 10 fev. 2020.

DA SILVA, Luciana R. et al. Cost-effectiveness analysis of the treatment of mild and moderate Alzheimer's disease in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatric**. 2019. May-Jun, 41(3): 218-224.

DALMAGRO, Ana Paula; CAZARIN, Camila André; ZENAIDE, Fernanda dos Santos. Atualização no estudo das bases bioquímicas e moleculares da doença de Alzheimer. **Brazilian Applied Science Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p.118-130, 22 jan. 2020. Bimestral. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BASR>. Acesso em: 30 jan. 2020.

Dementia in the Americas set to increase from 9.4 million to almost 30 million people by 2050. **Alzheimer's Disease International**. 2015. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/media/151002> Acesso em 15 Dez. 2019.

DUARTE, Evelise Saia Rodolpho et al . Common mental disorder among family carers of demented older people in Brazil. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo , v. 12, n. 4, p. 402-407, dez. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642018000400402&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040010>.

ENGEDAL, Knut; LAKS, Jerson. Towards a Brazilian dementia plan? Lessons to be learned from Europe. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo, v.10, n.2, p.74-78, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642016000200074&lng=en&nrm=iso Acesso em 09 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-5764-2016DN1002002>.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatry Res**. 12:189, 1975.

FREIRE, Mary Ann Menezes; AMORIM, Wellington Mendonça de. A Enfermagem de saúde pública no Distrito Federal: a influência do relatório Goldmark (1923 a 1927). **Esc. Anna Nery**. 2008; 12(1): 115-124. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=296. Acesso em 28 dez. 2019.

GAMBOGI, Leandro Boson. **Perfil sociodemográfico e clínico de uma amostra ambulatorial de pacientes com demência frontotemporal variante comportamental: ênfase no diagnóstico de transtorno mental grave progresso**. 2016. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Neurociências, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-AJ5MR9>. Acesso em: 9 fev. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GIL, Isabel Maria de Assunção et al . Eficacia de la reminiscencia en la cognición, síntomas depresivos y calidad de vida en ancianos en la comunidad: revisión sistemática. **Rev. Enf. Ref., Coimbra** , v. serIV, n. 19, p. 147-157, dez. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000400016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV18032>.

HACHINSKI, Vladimir. The convergence of stroke and dementia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 76, n. 12, p. 849-852, dez. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2018001200849&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20180148>.

HINKLE, Janice L; CHEEVER, Kerry H. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 1v.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf. Acesso em 21 dez. 2019.

JOSVIK, Nalini Drieli et al . Revisão dos principais genes e proteínas associadas à demência frontotemporal tau-positiva. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 201-211, mar. 2015 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100201&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 26 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13113>.

LIMA, Cristiane do Carmo Silva. Lei no. 13466/2017 e a alteração do estatuto do idoso: uma contradição ao rol de prioridade especial para pessoas com mais de 80 anos. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 7(1): 147 – 162, jan./ mar, 2018. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v7i1.462>. Acesso em 4 fev. 2020.

LUTZ, Bárbara Heather; MIRANDA, Vanessa Iribarem Avena; BERTOLDI, Andréa Dâmaso. Potentially inappropriate medications among older adults in Pelotas, Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, 52, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100245&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006556>.

MAGALHAES, Carolina A. et al . Cerebrospinal fluid biomarkers for the differential diagnosis of Alzheimer's disease. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro , v. 51, n. 6, p. 376-382, dez. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442015000600376&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20150059>.

MARTINS, Leonardo Tafarello et al . Recognizing Late Onset Frontotemporal Dementia with the DAPHNE scale: A case report. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 75-79, Mar. 2018 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642018000100075&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-010011>.

MATHIAS, Cátia. **O Pavilhão de Observação na psiquiatria do Distrito Federal: a gestão de Henrique Roxo (1921-1945)**. 2017. 205 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MIYAMURA, Karen et al. Síndrome da fragilidade e comprometimento cognitivo em idosos: revisão sistemática da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3202, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100608&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3189.3202>.

MOLL, Marciana Fernandes et al. Os cuidados de enfermagem e o exercício dos direitos humanos: Uma análise a partir de realidade em Portugal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 236-242, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200236&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 Dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160031>.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING (NIA) / NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). **Alzheimer's Disease**. Fact Sheet n. 16-AG-6423, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/ad_fact_sheet-2016_reprint-final.pdf

OGUISSO, Taka; CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; MOREIRA, Almerinda. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 2, p. 68-72, maio 2011. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>. Acesso em: 21 fev. 2020. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.nSUP.85>.

OLIVEIRA, Ione Ayala Gualandi de et al. Revisão sistemática de avaliações econômicas acerca do uso da memantina isolada ou combinada com o donepezil para a doença de Alzheimer moderada a grave. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e190002, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000400303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 Fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190002>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – BRASIL. **Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos**. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839
Acesso em 04 Fev. 2020.

PARMERA, Jacy Bezerra; NITRINI, Ricardo. Demências: da investigação ao diagnóstico. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 179-184, 21 dez. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108748>. Acesso em 05 fev. 2020.
DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p179-184>.

PELEGRINI, Lucas N.C. et al . Diagnosing dementia and cognitive dysfunction in the elderly in primary health care: A systematic review. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 144-153, Jun. 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642019000200144&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-020002>.

PIMENTA, Adriana de Lima; SOUZA, Maria de Lourdes de. Identidade profissional da enfermagem nos textos publicados na REBEn. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 1, e4370015, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100304&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004370015>.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 1479 p.

PRANDI, Reginaldo. **Mitologia dos Orixás**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. 591 p.

REIS, Carla; BARBOSA, Larissa Maria de Lima Horta; PIMENTEL, Vitor Paiva. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 44 , p. [87]-124, set. 2016. Disponível em: <http://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/9955>. Acesso em: 21 dez. 2019.

REIS, Edison dos; NOVELLI, Marcia Maria Pires Camargo; GUERRA, Ricardo Luís Fernandes. Intervenções realizadas com grupos de cuidadores de idosos com síndrome demencial: revisão sistemática. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos , v. 26, n. 3, p. 646-657, Jul. 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000300646&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar0981>.

RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida et al . A escolha profissional no imaginário social - enfermeiras brasileiras e peruanas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, p. 241-250, Ago. 2006 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000200011>.

RIO DE JANEIRO. Emergência Presente. Coordenação Operacional de Atendimento em Emergências (emergência Presente). **ANEXO Técnico I: Informações Sobre Todas as Áreas de Planejamento**. 2011. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0>. Acesso em: 28 dez. 2019.

RIO DE JANEIRO. Lei Complementar nº 111, de 1 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre a Política Urbana e Ambiental do Município, institui o Plano Diretor no Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro: Câmara Municipal [2011]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4600307/4117400/lei_compl_111.pdf. Acesso em 28 dez. 2019.

SADIGURSKY, Dora. A enfermeira na equipe transdisciplinar de saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 17, n. 3, p.45-53, set.-dez. 2002. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3860/2826>. Acesso em: 29 dez. 2019. ISSN 2178-8650

SANT'ANA, Natalia Jordy et al. Terapia anti-amiloide: Uma nova estratégia para o tratamento da Doença de Alzheimer. **Rev Soc Bras Clin Med**. São Paulo, v16, no.2 (2018). Publicação trimestral. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/issue/view/21>. Acesso em 26 dez. 2019.

SANTOS, Ana Karina. **O comportamento de cuidado entre crianças analisado à luz do contexto sociocultural, das ideias infantis sobre cuidado, das metas de socialização maternas e de comparações interculturais**. 2011. 164 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

SANTOS, Anna Luiza Morais et al. Doença de Alzheimer e Diabetes Mellitus tipo 2: Qual a relação? **Rev Bras Neurol.**, Rio de Janeiro, 53(4):17-26, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876889/rbn-534-3-doenca-de-alzheimer-e-diabetes.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

SANTOS, Camila de Souza dos, BESSA, Thaíssa Araujo de e XAVIER, André Junqueira. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 2. 2018, pp. 603-611. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>. Acesso em: 9 fev. 2020 ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.02042018>.

SANTOS, José Ivany dos et al. Avaliação de parâmetros hemodinâmicos e vasculares na doença de Alzheimer, demência vascular e alterações cognitivas leves: um estudo piloto. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 670-678, Out. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000500670&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160211>.

SCHUCK, Lara Monteiro; ANTONI, Clarissa De. Resiliência e Vulnerabilidade nos sistemas ecológicos: Envelhecimento e políticas públicas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília

, v. 34, e3442, 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2020.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3442>.

SILVA, Amanda Ramalho et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 45-51, Mar. 2017. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000100045&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000149>.

SILVA, Kelly da et al. Rastreamento cognitivo em ambiente hospitalar de pacientes sem queixas relacionadas. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 443-449, Ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000400443&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 fev. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620171941717>.

SILVA, Larissa Ádna Neves et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 122. 2019, pp. 742-754. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912207>. Acesso em: 4 fev.2020. ISSN 2358-2898.

SILVA, Luiz Jacintho da. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 44-47, Jan. 2003. Disponível em:
http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252003000100026&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 Dez. 2019.

SILVA, Magnolia Moreira da. **Associação entre fatores de risco cardiovasculares e demência vascular definitiva**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Acesso em: 11 fev. 2020. Doi:10.11606/D.7.2018.tde-05112018-151715.

SOUZA, Ricardo Krause Martinez de et al. Prevalência de demência em pacientes atendidos em um hospital privado no sul do Brasil. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eAO4752, 2019. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082020000100206&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Dez. 2019. Epub Out 24, 2019. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao4752.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1 v.

STEELE, Cynthia D. **Cuidados na demência em enfermagem**. Porto Alegre: AMGH, 2011. 205 p. (Nurse to Nurse). Tradução: Maiza Ritomy Ide.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa; ROSENBERG, Cornélio Pedroso; JUNQUEIRA, Claudette Barriguela. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, Out. 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89101987000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000500009>.

VALLADO, Armando. **Iemanjá, a grande mãe africana do Brasil**. Rio de Janeiro: Pallas, 2001. 260p.

VERAS, Renato Peixoto; GOMES, João André Cruz; MACEDO, Sandro Tadeu. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e190073, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200208&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190073>.

YIN, Robert K.. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 160 p.

Anexos

ANEXO A

Plano de disseminação e contrapartida Social

O plano de disseminação do projeto e seus resultados teve início durante o curso de mestrado e deverá continuar por pelo menos dois anos após sua conclusão.

Título / Atividade / Apresentação	Local / Oportunidade / Publicação	PERÍODO
Trabalho de Extensão vinculado / sobre o Projeto / Pesquisa (1):	Evento local: Apresentação na Semana de Integração Acadêmica (SIAC 2017) da UFRJ Apresentação oral # 5719	2017.2
Trabalho sobre o Projeto / Pesquisa (2): Resultados Parciais	Eventos regionais e nacionais: a depender de oportunidades / calendário	2018.1
Exame de Qualificação	Evento / Seminário de Qualificação do Mestrado	2018.2
Trabalho sobre o Projeto / Pesquisa (3): Resultado Final	Eventos locais (SIAC 2018), regionais e nacionais: a depender de oportunidades / calendário.	2019.2
Defesa Pública da Dissertação	Equipes Mestrado Profissional / CDA / IPUB / UFRJ	2020.1

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA – IPUB

Programa de Pós Graduação - Curso de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial

Projeto: Idosos, seus Cuidadores e a Enfermeira: Serviço de Acolhimento do Centro para Pessoas com Alzheimer – CDA/IPUB-UFRJ

Mestranda: **Priscila A. Muniz** Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

APÊNDICE A: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Projeto de pesquisa: Idosos, seus Cuidadores e a Enfermeira: Serviço de Acolhimento do Centro para Pessoas com Alzheimer – CDA/IPUB-UFRJ.

Instituições responsáveis pela pesquisa: Universidade Federal do Rio de Janeiro IPUB/UFRJ e Centro para Pessoas com Alzheimer do IPUB/UFRJ.

Pesquisadora: Priscila Azeredo Muniz – Enfermeira do CDA / IPUB / UFRJ e aluna do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ.

Tel: (21) 3938-5738

Endereço: Av. Venceslau Brás, 71 – fundos – CDA. Horários: terça à sexta-feira, de 8:00h às 17:00h.

E-mail: prisenfe@yahoo.com.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ – Av. Venceslau Brás, 71 - fundos - Botafogo, Rio de Janeiro, RJ. Tel.: (21) **3938-5510**

Termo de Confidencialidade

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se compromete a privacidade dos pacientes. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos elencados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será incinerado.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade da pesquisadora. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP- IPUB - UFRJ, em reunião prevista para 29 de maio de 2018

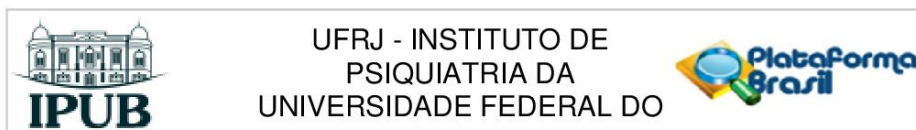
Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2018

Equipe de Pesquisa:

Priscila Muniz _____

Jaqueline Da Silva _____

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Idosos, seus cuidadores e a enfermeira: Serviço de Acolhimento do Centro para Pessoas com Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice do RJ

Pesquisador: PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82541218.8.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.686.383

Apresentação do Projeto:

O Centro de Doença de Alzheimer e outros transtornos mentais da velhice (CDA), do IPUB/UFRJ emerge no sentido de atender a esta clientela específica.

Apesar de ser um dos poucos centros de referência com equipe multidisciplinar especializada, paradiagnóstico e tratamento das demências no Estado do Rio de Janeiro, há registro de evasão. Como atividade de extensão concomitante à pesquisa, foi realizada dinâmica-entre a enfermeira do serviço e docente do Mestrado em Atenção Psicossocial, de forma a elaborar proposta de viabilidade de atividades complementares para realinhar o serviço, norteadas por demandas sociais

Hipótese:

O acolhimento diminui a ansiedade e o estresse do binômio paciente-cuidador, o que contribui para adesão ao tratamento

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar intervenções de enfermagem no acolhimento à luz da política de humanização do SUS

Objetivo Secundário:

Descrever de que modo a intervenção de enfermagem no acolhimento de um centro para pessoas com Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice, acontece

Apontar demandas de atenção psicossocial de natureza psicogeriatrica a partir dos atendimentos

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br



UFRJ - INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.686.383

de acolhimento no CDA/IPUB;

Produzir subsídios que inspirem possibilidades de atenção psicossocial a familiares e idosos com comprometimentos psicogerítricos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já descritos em primeira versão de protocolo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Abordagem qualitativa. Serão realizadas entrevistas com os participantes idosos e seus cuidadores que concordarem em participar. Técnicas de coleta de dado: entrevista etnográfica, com suas seções, observação e diário de campo

Participantes acima de 50 anos, residentes no Brasil, frequentadores do CDA/IPUB. A coleta de dados terá continuidade até que seja alcançada saturação

O tratamento, análise e discussão de dados qualitativos quantitativos complementares contarão com o auxílio do software SPSS

Haverá uso de fontes secundárias de dados (dados clínicos em prontuários dados demográficos)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Abaixo apresenta-se

Recomendações:

Abaixo apresenta-se e refere-se ao atendimento dado pelo pesquisador

Financiamento Próprio - R\$ 12.500,00, atualizado e detalhado

Cronograma atualizado

TCLE- corrigido, adequado

Amostra de estudo por saturação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Cabe ao pesquisador, a emissão e postagem, via PB, de relatório final de pesquisa

O não cumprimento desta prerrogativa, será considerado MÁ PRÁTICA DE PESQUISA, tornando o pesquisador, INADIMPLENTE à resolução 466-12, suscetível à sanções previstas por esta

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.686.383

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1041599.pdf	29/05/2018 00:19:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Priscila_Projeto.pdf	29/05/2018 00:17:09	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2542131.pdf	29/05/2018 00:14:01	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito
Outros	roteiro.pdf	29/05/2018 00:13:32	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito
Outros	escalas_rastreio.pdf	29/05/2018 00:11:51	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/05/2018 00:09:44	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/05/2018 00:09:08	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	29/05/2018 00:07:28	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/01/2018 10:51:17	PRISCILA DE AZEREDO MUNIZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 31 de Maio de 2018

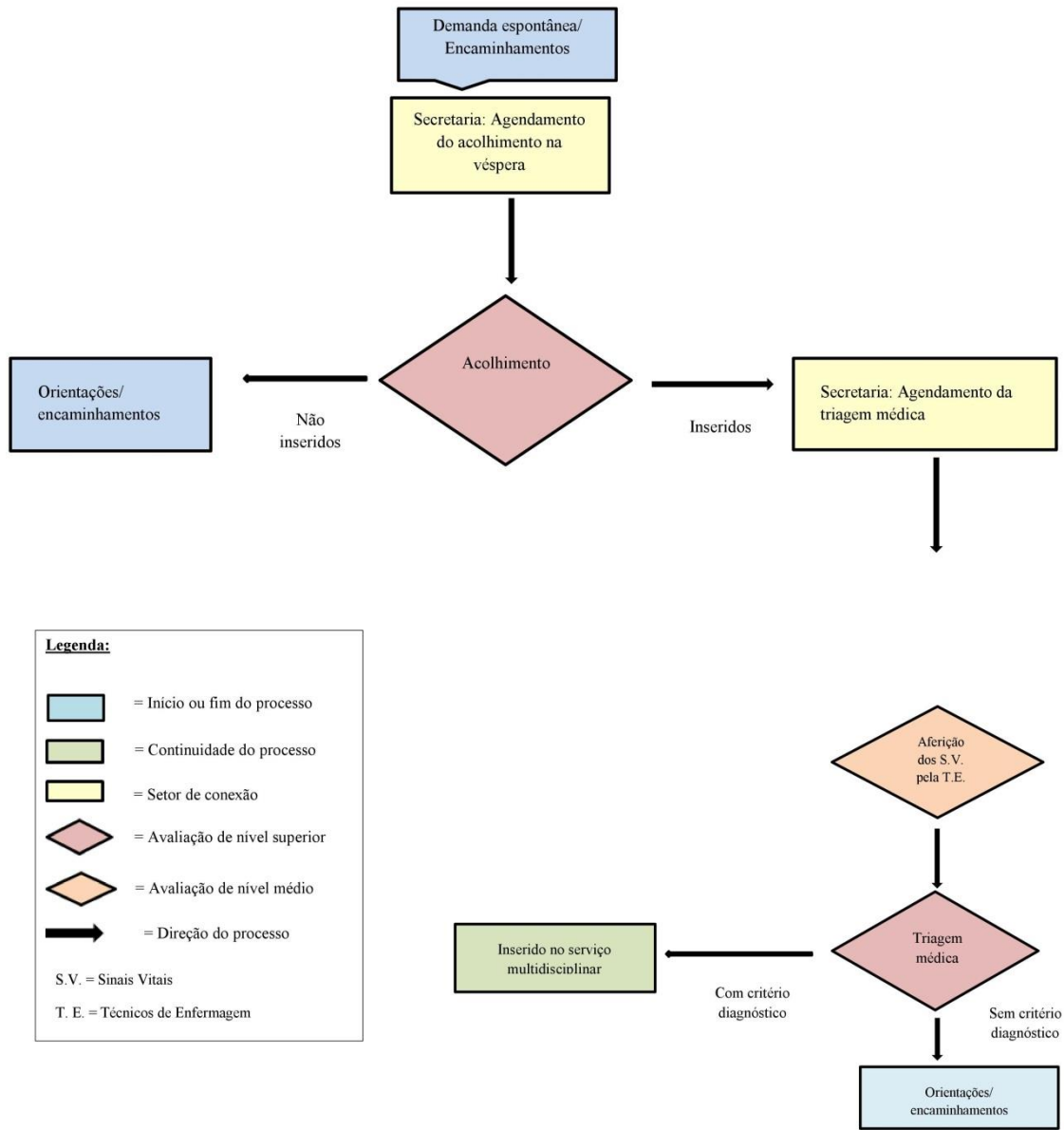
Assinado por:

Rosa Gomes dos Santos Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS
Bairro: Botafogo **CEP:** 22.290-140
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-5510 **Fax:** (21)2543-3101 **E-mail:** comite.etica@ipub.ufrj.br

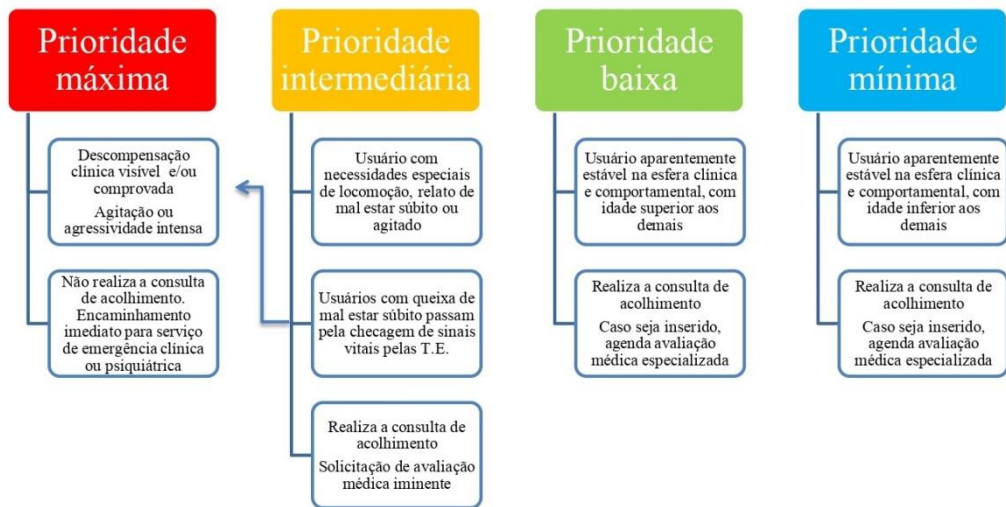
ANEXO D

Fluxograma do Serviço de Acolhimento do CDA – IPUB/ UFRJ 2019



ANEXO E

Sistema de prioridade na consulta de acolhimento do CDA – IPUB/ UFRJ (baseado no Sistema Manchester de Classificação de Risco)



ANEXO F

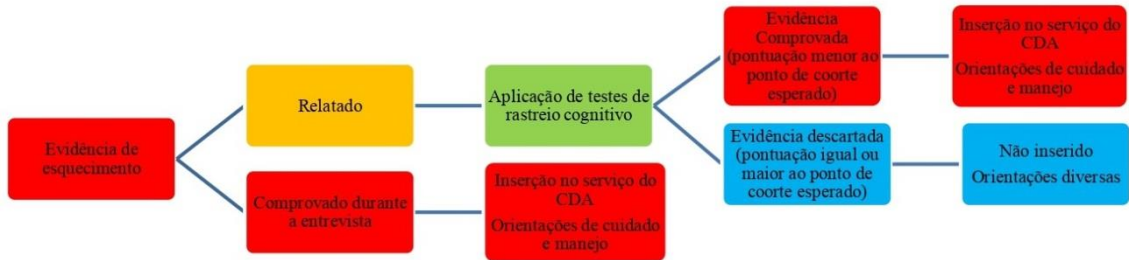
Etapas de investigação no acolhimento do CDA – IPUB/ UFRJ (em níveis crescentes de complexidade técnica)



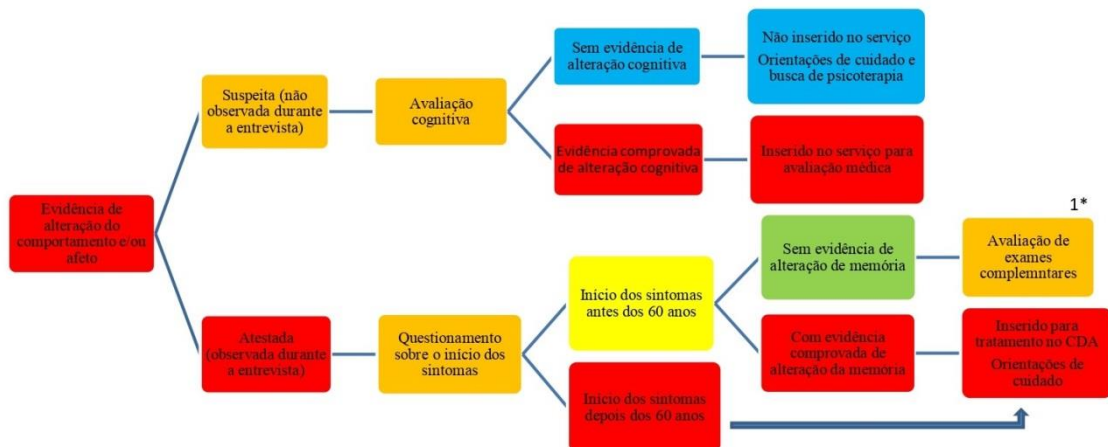
ANEXO G

Manejo durante a consulta de acolhimento e tomada de decisões

Problema: Alteração da memória



Problema: Alteração de comportamento e/ou afeto



ANEXO H

Centro de Doença de Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice

CDA

Ficha de Acolhimento Individual

Data: ____ - ____ - ____

Dados Pessoais do Idoso

Nome: _____

Idade: _____ **Data de Nascimento:** _____

CNS: _____

Profissão: _____

Escolaridade:

- analfabeto 4 a 7 anos de escolaridade
 alfabetizado + 7 anos de escolaridade
 1 a 3 anos de escolaridade

Endereço: _____

Bairro: _____ **Município:** _____

Nome do acompanhante: _____

Relação de parentesco com o idoso: _____

Idade do acompanhante: _____

SEM ACOMPANHANTE

Telefones de contato: _____

Questões de ordem clínica

- 1 Por qual motivo procurou nosso serviço?
- Perda de memória
 - Depressão
 - Ansiedade
 - Mudança de comportamento
- 2 Em que época (aproximadamente) começou o problema acima referido?
- menos de 1 ano
 - 1 ano
 - 2 anos
 - 3 anos
 - 4 anos
 - 5 a 10 anos
 - mais de 10 anos
- 3 Histórico familiar de (considerar familiares como: pais, tios, irmãos):
- Demência
 - Parkinson
 - Outro problema neurológico: _____
 - Problemas psiquiátricos
 - Câncer

Histórico de saúde do idoso:

- déficit visual : _____
- déficit auditivo : _____
- dificuldade para andar (em uso de: _____)
- dificuldade para dormir
- quedas frequentes
- engasgos frequentes com alimentos ou líquidos
- uso de fralda geriátrica
- pressão alta
- diabetes
- problemas do coração: _____
- colesterol alto
- infarto agudo do miocárdio - data: _____
- acidente vascular encefálico (AVC) – data: _____
- traumatismo craniano – data: _____
- câncer – especificar: _____
- internação clínica de emergência – data: _____
motivo: _____
- hipotireoidismo
- pneumonia
- transtornos psiquiátricos: _____
- internação psiquiátrica. Onde e data? _____
- outros: _____

Hábitos de vida:

() fumante (no. de maços/dia: _____)

() ex fumante (parou há _____)

() consumo de bebida alcoólica - Tipo: destilado/ fermentado

No. de doses/dia: ____ ou consumo "social".

() Uso de drogas ilícitas - qual? _____ Frequência de uso:

() Uso de medicações calmantes – Qual? _____

Frequência de uso: _____

Medicações utilizadas pelo idoso:

Medicações administradas por:

() Próprio idoso(a)

() Familiar

() Vizinhos

() Cuidadores

Possui acompanhamento médico (de qualquer especialidade) em outra unidade de saúde?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo:

particular - especialidades médicas: _____

público - especialidades médicas: _____

plano de saúde - especialidades médicas: _____

Data da última consulta médica: _____

Questões de ordem social

1 O idoso(a) reside:

sozinho

amigos

instituição para idosos

com familiares

Em caso de residir com familiares, especifique:

esposo(a)/ companheiro(a)

pais

filhos/enteados

netos

sobrinhos

outros: _____

Suporte familiar: Adequado Deficiente

Suporte social: Adequado Deficiente

OBS.: _____

2 O idoso recebe aposentadoria/pensão/benefício?
() SIM () NÃO

Valor do provento do idoso: _____

Valor da renda familiar: _____

3 O idoso recebe e /ou administra o salário recebido?
() SIM () NÃO

Em caso negativo, quem recebe e administra o provento?

4 O idoso possui uma pessoa para realizar os cuidados básicos?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo:

() cuidador formal

() empregada doméstica

() amigo (a)

() familiar (especifique: _____)

5 Alguma pessoa possui a procuração (documento registrado em cartório) do idoso?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, quem? _____

6 Alguma pessoa possui a curatela (interdição judicial) do idoso?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, quem? _____

Observações (RESTRITO A EQUIPE DO S. social do CDA):

Questões sobre cuidados (preenchimento obrigatório pela enfermeira) :

Nome: _____ Data: _____

1. Cuidador principal: _____

2. Cuidador secundário: _____

3. O paciente possui uma rotina diária de cuidados?

()sim ()não

Descreva sucintamente a rotina do paciente:

4. O idoso possui alguma limitação de sua mobilidade?

()Sim ()Não

Em caso positivo, quais são as limitações de mobilidade do idoso?

5. O idoso possui dificuldade para se expressar verbalmente?

()Sim ()Não

Em caso positivo, como se dá a comunicação com o idoso?

6. O cuidador possui alguma dificuldade em levar o paciente ao banho ou realizar a higiene oral?

Sim Não

Em caso positivo, qual é a dificuldade vivenciada?

7. O idoso possui alguma dificuldade durante a alimentação e hidratação?

Sim Não

Em caso positivo, qual é a dificuldade vivenciada?

8. O idoso possui o hábito de dormir após o almoço?

Sim Não

Em caso positivo, quanto tempo o idoso dorme após o almoço?

9. O idoso pratica atividade física ao ar livre, regularmente?

Sim

Não

Em caso positivo, descreva sucintamente a rotina de atividade:

10. O idoso possui alguma prática religiosa?

Sim

Não

Em caso positivo, descreva sucintamente a atividade religiosa:

Observações de enfermagem:

Plano de cuidados:

ANEXO I

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Data: _____

Nome: _____

Grau de escolaridade: _____

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Que dia do mês é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada?		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos?		1
. Qual é o bairro em que estamos ?		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (número máximo de repetições:6) Cadeira \ Sapato \ Bicicleta		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autoconrigir). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		

Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá.		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto).		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHÉ OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado.		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase.		1
CÓPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.		1
		
TOTAL		

Fonte: Folstein FF et al. Mini-mental state. J Psychiatr. Res. 12:189, 1975.

ANEXO J



EDUCAÇÃO EM CUIDADOS NA TERCEIRA IDADE PROGRAMA DE PALESTRAS

PÚBLICO ALVO: CUIDADORES E FAMILIARES DE IDOSOS

04 DE JUNHO DE 2018

Toda primeira Segunda-Feira do mês - (13h às 14:30h)

PERIODICIDADE

Priscila Muniz (CDA IPUB/UFRJ)

COORDENAÇÃO

Amanda Mota (EP - IPUB/UFRJ)

Jaqueline da Silva

(Enfermeira PHD em enfermagem gerontológica)

COLABORADORES

LOCAL

Auditório Willian Asmar - IPUB/UFRJ