

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM STRICTO SENSU**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Thaís dos Santos Pinheiro**

**Cuidados transicionais à pessoa idosa/família que vivencia uma demência na  
perspectiva de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**

Juiz de Fora

2024

**Thaís dos Santos Pinheiro**

**Cuidados transicionais à pessoa idosa/família que vivencia uma demência na perspectiva de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem. **Linha de Pesquisa:** Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Aparecida Barbosa de Castro

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pinheiro , Thaís dos Santos Pinheiro .

Cuidados transicionais à pessoa idosa/família que vivencia uma demência na perspectiva de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde / Thaís dos Santos Pinheiro Pinheiro . -- 2024.

194 p. : il.

Orientadora: Edna Aparecida Barbosa de Castro Castro

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. Pessoa idosa . 2. Demência. 3. Doença de Alzheimer. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Castro, Edna Aparecida Barbosa de Castro , orient. II. Título.

**Thaís dos Santos Pinheiro**

**Perspectivas de cuidado do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família à pessoa idosa/família  
vivenciando uma demência**

Dissertação apresentada  
ao Programa de Pós-  
Graduação em  
Enfermagem da Universidade  
Federal de Juiz de Fora  
como requisito parcial à  
obtenção do título de  
Mestre em Enfermagem.  
Área de Concentração:  
Cuidado em Saúde e  
Enfermagem.

Aprovada em 28 de março de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

**Profª Drª Edna Aparecida Barbosa de Castro** - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profª Drª Deíse Moura de Oliveira**

Universidade Federal de Viçosa

**Profª Drª. Denise Rocha Raimundo Leone**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profª Drª. Fabíola Lisboa da Silveira Fortes**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profª Drª. Patrícia Rodrigues Braz**

Centro Universitário Estácio

Juiz de Fora, 11/03/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Edna Aparecida Barbosa de Castro, Usuário Externo**, em 30/04/2024, às 15:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabiola Lisboa da Silveira Fortes, Professor(a)**, em 30/04/2024, às 16:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **PATRICIA RODRIGUES BRAZ, Usuário Externo**, em 01/05/2024, às 16:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denise Rocha Raimundo Leone, Professor(a)**, em 02/05/2024, às 10:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1745528** e o código CRC **05978E93**.



Aos meus pais, avós, irmã e amigos  
encarnados e desencarnados que me  
auxiliaram nessa jornada...

## AGRADECIMENTOS

Mudanças sempre me chamaram atenção. Novos lugares, novas pessoas, novas funções, novas relações. A sensação de movimento me impulsiona a ser uma pessoa e profissional cada vez melhor. Ao longo da minha trajetória acadêmica, passei por vários momentos de transição. Cidades, amigos e professores novos; sair do papel de estudante para o de enfermeira e voltar ao papel de estudante. Desafiador. Não é fácil passar por transições, no entanto, me fascinam.

Ao chegar em Juiz de Fora, deparei-me, primeiramente, com a UFJF. Imponente, era um sonho andar por esse campus. Logo após, conheci novas pessoas e fiz novas amizades. Devo destacar aqui a receptividade do povo mineiro (além dos pães de queijo), não por acaso é a segunda universidade mineira que tenho orgulho de frequentar.

Às minhas parceiras de mestrado Grace Kelly, Nicácia e Tayene, eu agradeço o ombro amigo. Andressa, Elaine e Victor, meus “irmãos mais velhos” e companheiros de orientações e do grupo de pesquisa: aprendi com vocês muito mais que possam imaginar. Agradeço o acolhimento e carinho (e o apoio para as publicações também)! À Jurema, por todo o incentivo, apoio e ajuda nos momentos difíceis, minha gratidão. À professora orientadora Edna, por me acolher de maneira tão calorosa e me ensinar tanto. É uma inspiração para além dos muros da universidade. Não existem palavras suficientes que expressem toda a minha gratidão e admiração. A transição foi muito mais leve e saudável com vocês!

Agradeço também aos meus pais, Glauce e Fabiano por serem meu alicerce e me apoiarem em todas as mudanças; aos meus avós, Claudete e José Luiz, motivações dos meus estudos na área do envelhecimento; à minha irmã Allana pela parceria; ao meu Chu por recarregar minhas energias; e à toda minha família espiritual por guiar meus caminhos até aqui. Vocês são minha luz!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Chego até aqui encantada pelas transições, pelo estudo das demências e do envelhecimento, esperando contribuir para uma assistência em saúde integral, impactando na qualidade de vida das pessoas idosas. Na reta final, consigo refletir

sobre todos os caminhos que me conduziram até aqui e finalmente posso falar que:  
“de repente, sou mestra!”.

## RESUMO

**Introdução:** Cuidados transicionais pela enfermagem da Estratégia de Saúde da Família a pessoas idosas e famílias que vivenciam o surgimento de uma demência têm sido recomendados, visando transições saudáveis na continuidade do cuidado domiciliar: com segurança, efetividade, menor desgaste e sobrecarga de cuidadores, prevenção de hospitalizações, idas a serviços de emergência e desfechos negativos.

**Objetivo:** Analisar as perspectivas de cuidados de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família com pessoas idosas/famílias em transição no estado de saúde doença aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico de uma demência.

**Método:** Estudo de caso único, qualitativo, desenvolvido com o método orientado por de Robert Yin, com aporte da teoria de Cuidados de Transição de Afaf Ibrahim Meleis. O fenômeno real e contemporâneo estudado foi o cuidado transicional da enfermagem da Estratégia de Saúde da Família com pessoas idosas/famílias residindo na comunidade após surgimento de uma demência. Foram utilizadas múltiplas fontes de dados: documentos de serviços de saúde; notas de observações de processos de cuidados, incluindo a Visita Domiciliária; entrevista com roteiro estruturado pelo *Google forms* e entrevistas em profundidade guiadas por roteiro contendo questões abertas. As unidades de coleta de dados foram enfermeiros que atuam em Equipes da Estratégia de saúde da Família em Serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, município de médio porte de Minas Gerais, terceiro estado com maior número de pessoas idosas no país. Os dados foram analisados por processo interpretativo dedutivo-indutivo. Obedeceu-se aos preceitos éticos previstos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Res. n. 466/2012; 510/2015 e 622/2022). A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o Parecer número 5.889.674.

**Resultados:** O processo analítico possibilitou a construção de quatro categorias analíticas: 1) Dinâmica de trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde; 2) Condicionantes inibidores e facilitadores da transição saúde-doença para uma demência; 3) Propriedades e indicadores do cuidado de enfermagem na transição para uma demência; 4) Intervenções Terapêuticas de Enfermagem nas demências. **Considerações finais:** A Teoria das Transições não era conhecida pelos enfermeiros entrevistados, não sendo, portanto, adotada na

identificação dos condicionantes inibidores e facilitadores envolvidos nas transições vividas por pessoas idosas e famílias ao surgimento da demência. As perspectivas de cuidados do enfermeiro a este grupo baseiam-se: 1) na gestão dos cuidados conforme a organização do trabalho na Unidade Básica e Saúde, segundo Políticas ou Programas ou demandas administrativas do sistema de saúde; 2) em cuidados ofertados às pessoas idosas e famílias conforme demanda, por meio de orientações para o autocuidado, uso de medicações, proteção, imunizações e apoio ao cuidador conforme avaliação e/ou demanda. A teoria das transições se mostra como uma ferramenta potente para subsidiar a elaboração e o gerenciamento de plano de cuidados individualizado com intervenções terapêuticas pertinentes para cada caso.

**Palavras-chave:** Pessoa idosa. Demência. Doença de Alzheimer. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Transitional nursing care from the Family Health Strategy for elderly people and families experiencing the emergence of dementia has been recommended, aiming for healthy transitions in the continuity of home care: with safety, effectiveness, less wear and tear on caregivers, prevention of hospitalizations, visits to emergency services and negative outcomes. **Objective:** To analyze the perspectives of care of nurses from the Family Health Strategy with elderly people/families in transition from illness to the first signs of dementia or who are diagnosed with dementia. **Method:** Single, qualitative case study, developed using the method guided by Robert Yin, with input from the Transitional Care theory of Afaf Ibrahim Meleis. The real and contemporary phenomenon studied was the transitional nursing care of the Family Health Strategy with elderly people/families living in the community after the onset of dementia. Multiple data sources were used: health service documents; observation notes of care processes, including Home Visits; interview with a structured script using Google forms and in-depth interviews guided by a script containing open questions. The data collection units were nurses who work in Family Health Strategy Teams in Primary Health Care Services in Juiz de Fora, a medium-sized municipality in Minas Gerais, the third state with the highest number of elderly people in the country. The data were analyzed using a deductive-inductive interpretative process. The ethical precepts set out in the Resolutions of the National Health Council (Res. n. 466/2012; 510/2015 and 622/2022) were followed. The research was approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Juiz de Fora, under number 5.889.674. **Results:** The analytical process enabled the construction of four analytical categories: 1) Work dynamics of nurses from the Family Health Strategy in Primary Health Care; 2) Conditions that inhibit and facilitate the health-disease transition to dementia; 3) Properties and indicators of nursing care in the transition to dementia; 4) Therapeutic Nursing Interventions in dementia. **Final considerations:** The Theory of Transitions was not known by the nurses interviewed, and was therefore not adopted in identifying the inhibiting and facilitating conditions involved in the transitions experienced by elderly people and families towards the onset of dementia. The nurse's perspectives of care for this group are based on: 1) the management of care according to the organization of work in the Basic and Health Unit, according to Policies or

Programs or administrative demands of the health system; 2) in care offered to elderly people and families according to demand, through guidance for self-care, use of medications, protection, immunizations and support for the caregiver according to assessment and/or demand. The theory of transitions appears to be a powerful tool to support the development and management of an individualized care plan with therapeutic interventions relevant to each case.

**Keywords:** Elderly. Dementia. Alzheimer's disease. Nursing care. Primary Health Care.

## APRESENTAÇÃO

Neste Estudo de Caso, o objeto pesquisado foram os cuidados de enfermagem na Atenção Primária à Saúde à pessoa idosa e família vivenciando a transição no processo saúde-doença aos sinais de demência, com enfermeiros de equipes da Estratégia Saúde da Família atuantes em Serviço de Atenção Primária da Rede de Atenção à Saúde do município de Juiz de Fora, MG.

Os motivos pessoais, os quais me trouxeram até aqui advém da minha criação pelos meus avós em que aprendi a respeitar as particularidades da pessoa idosa. Após uma queda, que ocasionou um traumatismo crânio encefálico em minha bisavó, acompanhei o processo saúde-doença para uma demência. Naquele momento, pude vivenciar e compreender o quão difícil é para a pessoa idosa e sua família, o transitar de uma condição de saúde estável ao surgimento de mudanças na vida, desde os primeiros sinais da demência passando a uma condição de adoecimento com progressivas consequências de ameaça à autonomia e independência.

A fragilidade a que se expunha possibilitou-se reflexões sobre o quanto a mente humana é complexa e em como a enfermagem, profissão que eu exercia, seria essencial nos cuidados primários ao binômio, pessoa idosa-família, para que a estabilização à nova condição ocorra de forma amena e com minimização das consequências físicas e sofrimentos mentais.

Fui enfermeira assistencial, em um Serviço de urgência/emergência no estado do Rio de Janeiro, logo após a graduação e em seguida, por, aproximadamente, dois anos, numa Unidade de Terapia Intensiva. Durante este período em contato com a prática assistencial, observei, assystematicamente, que a maior parte dos pacientes que chegavam até estes serviços, por diferentes causas e patologias, eram pessoas idosas. A reflexão sobre o potencial da Enfermagem em contribuir para a transformação desta realidade, pela atuação em ações de prevenção das idas frequentes das pessoas idosas às Unidades de Pronto Atendimento ou mesmo internações hospitalares ou em serviços complexos. Ampliaram-se as reflexões sobre a importância da enfermagem no campo da geriatria/gerontologia e, indo além, o quanto os conhecimentos desta área de atuação precisam estar difundidos nos diversos tipos de serviços, por serem transversal em quase todas as áreas/setores.

Com estas inquietações, ingressei no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, inserindo-me numa das linhas de pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Autocuidado Políticas, Envelhecimento e Tecnologias em Saúde e Enfermagem (GAPESE/CNPq), que forneceu a base a qual eu precisava para mergulhar profundamente neste estudo.

Assim, a motivação para o desenvolvimento deste estudo se deu, primeiramente, pelo meu despertar, a partir de uma vivência pessoal, sobre a importância do cuidado da enfermagem ofertado pela Atenção Primária à Saúde. Pelo entendimento do seu papel na promoção da saúde e na prevenção de agravos ou adoecimentos, ordenando e coordenando o cuidado de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

Posteriormente, com o aprofundamento das leituras a respeito do tema, constatei que havia lacunas na literatura, constituindo-se o cuidado da enfermagem em práticas voltadas apenas para a prática biomédica, com foco em orientações sobre prescrições de medicações e exames. Não identificamos subsídios suficientes para orientar os cuidados da enfermagem com pessoas idosas, residindo na comunidade, desde os primeiros sinais de uma demência, e/ou após o diagnóstico, por ser um momento tão delicado, pela elevada instabilidade que se desencadeia na vida e saúde, tanto da pessoa idosa como de seus familiares.

## SUMÁRIO

|                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                  | <b>13</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>                                                                                  | <b>21</b> |
| 2.1 OBJETIVO GERAL .....                                                                                  | 21        |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                                           | 21        |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                                                                      | <b>22</b> |
| 3.1 DEMÊNCIAS.....                                                                                        | 22        |
| 3.1.1 Rastreo e diagnóstico das demências.....                                                            | 25        |
| 3.1.2 Tratamento das demências .....                                                                      | 26        |
| 3.2.1 Estratégia Saúde da Família.....                                                                    | 29        |
| 3.2.3 Atuação do enfermeiro na ESF.....                                                                   | 30        |
| 3.2.2 Planejamento terapêutico para demências na APS .....                                                | 31        |
| 3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA.....                                            | 34        |
| <b>4 REFERENCIAL METODOLÓGICO .....</b>                                                                   | <b>36</b> |
| 4.1 ESTUDO DE CASO DE ROBERT YIN.....                                                                     | 36        |
| <b>5 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>                                                                        | <b>39</b> |
| 5.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE CUIDADO DE AFAF IBRAHIM MELEIS.....                                          | 39        |
| <b>6 CAMINHO METODOLÓGICO .....</b>                                                                       | <b>44</b> |
| 6.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....                                              | 44        |
| 6.1.1 Cenário da Pesquisa .....                                                                           | 44        |
| 6.1.2 Fases da pesquisa, fontes de informação e procedimentos para coleta de dados .....                  | 45        |
| 6.1.3 Análise dos dados.....                                                                              | 46        |
| 6.1.4 Participantes e amostragem.....                                                                     | 50        |
| 6.1.5 Aspectos éticos.....                                                                                | 51        |
| 6.1.6 Relatório de EC.....                                                                                | 52        |
| <b>7 RESULTADOS .....</b>                                                                                 | <b>53</b> |
| 7.1 EIXO I: GESTÃO DO CUIDADO EXERCIDA PELOS ENFERMEIROS DA ESF.....                                      | 53        |
| 7.1.1 Descrição do cenário: Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora, MG .....                            | 53        |
| 7.2 EIXO II: ASSISTÊNCIA OFERTADA POR ENFERMEIROS À PESSOA IDOSA/FAMÍLIA QUE VIVENCIAM UMA DEMÊNCIA ..... | 57        |
| 7.1.2 Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, MG .....                                   | 57        |
| 7.1.2.1 Perfil de formação profissional dos enfermeiros.....                                              | 57        |
| 7.1.2.2 Perfil de atuação dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.....                                | 61        |
| 7.2.1.3 Assistência de enfermagem à pessoa idosa com demência/familiares .....                            | 61        |
| 7.2.1 Dinâmica do trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde ..... | 70        |
| 7.2.1.1 Processo de trabalho do enfermeiro na UBS .....                                                   | 70        |

|                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.2.1.2 Cuidado biomédico .....                                                                    | 72  |
| 7.2.1.3 Visitas domiciliares à pessoa idosa com demência .....                                     | 74  |
| 7.2.1.4 Cuidados de enfermagem .....                                                               | 75  |
| 7.3.1 Condicionantes inibidores e facilitadores das transições vivenciadas na demência .....       | 78  |
| 7.3.1.1 Condicionantes inibidores: continuidade da assistência à pessoa idosa com demência .....   | 79  |
| 7.3.1.2 Condicionantes inibidores: significados, crenças e conhecimento acerca das demências ..... | 84  |
| 7.3.1.3 Condicionantes inibidores: recursos físicos e instrumentais .....                          | 86  |
| 7.3.1.4 Condicionantes facilitadores: recursos pessoais, da comunidade e sociedade .....           | 87  |
| 7.4.1 Propriedades do cuidado de enfermagem na transição para demência .....                       | 92  |
| 7.5.1 Intervenções terapêuticas de enfermagem nas demências .....                                  | 96  |
| 8 DISCUSSÃO .....                                                                                  | 119 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                       | 129 |
| REFERÊNCIAS .....                                                                                  | 131 |
| APÊNDICE A – Protocolo de Revisão de Escopo .....                                                  | 141 |
| APÊNDICE B – Protocolo de EC .....                                                                 | 163 |
| APÊNDICE C – Carta Convite .....                                                                   | 180 |
| ANEXO A – Termo Consentimento Livre e Esclarecido online .....                                     | 181 |
| APÊNDICE D – Entrevista estruturada <i>Google forms</i> .....                                      | 182 |
| APÊNDICE E – Roteiro de observação .....                                                           | 186 |
| APÊNDICE F– Roteiro entrevista com questões abertas .....                                          | 187 |
| ANEXO B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....                                          | 189 |

## 1 INTRODUÇÃO

O melhor acesso aos serviços de saúde e condições sanitárias está entre os fatores que aumentam a longevidade e o envelhecimento populacional impulsiona mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, no Brasil e no mundo (dos Santos *et al.*, 2019; Rajão; Martins, 2020).

Mundialmente, houve um aumento de 7,4 anos na expectativa de vida geral, e 6,3 anos na expectativa de vida saudável e este contexto de longevidade acarreta impactos no sistema de saúde demandando estudos e políticas públicas sobre como o prolongamento da vida pode ser vivenciado de forma saudável e com qualidade (WHO, 2020).

Em projeção feita em 2020, 14,26% da população de brasileiros eram pessoas idosas (IBGE, 2018). Em 2022, o censo demográfico identificou que de 32.075.676 dos brasileiros eram pessoas idosas, representando 15,79%. Esses dados revelam que o envelhecimento populacional é uma realidade a ser compreendida pelo país, sendo imprescindíveis estudos e políticas envolvendo este seguimento populacional (IBGE, 2022).

Observa-se, em países da América Latina que o envelhecimento humano tem provocado aumento e prevalência de Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) na população idosa, expondo-lhes a convivência com incapacidades e dependência em longo prazo; a situações pouco conhecidas, como as múltiplas doenças crônicas; dependência de diferentes tipos de cuidado, requerendo respostas do sistema de saúde que maximizem os anos de vida ativa e independência (PAHO, 2019). Conhecer os riscos e as incapacidades que estas transições podem gerar e construir novas alternativas de atenção à saúde mostra-se como desafios a serem superados (Silocchi;Junges, 2017; WHO,2020).

O aumento da expectativa de vida colocou em ênfase a condição de fragilidade entre pessoas idosas, prevalecendo, concomitante, com mais de uma doença crônica, independente de coexistir com uma doença de base, fazendo surgir o conceito de multimorbidade, que tem sido definido como sendo a presença de duas ou mais doenças crônicas, sem a definição de uma doença primária. Em estudo realizado na Itália, os pesquisadores encontraram que aproximadamente 90% dos idosos têm ao menos duas doenças crônicas, confirmando que a multimorbidade é um fator que

contribui para a atual complexidade dos cuidados em saúde (Zhou; Dan, 2021). A prevalência de multimorbidade ou pluripatologias na população, a modificação da maneira de adoecer, a polimedicação, principalmente entre idosos, vem tornando os pacientes mais complexos, corroborando para o redesenho do modelo de atenção (Miguélez-Chamorro *et al.*, 2019; Rajão; Martins, 2020).

Esse perfil que não é apenas brasileiro coloca os profissionais de saúde em contato com novas demandas assistenciais requerendo-lhe novas competências e habilidades para o cuidado no contexto da multimorbidade em idosos, pois esta condição associa-se à redução da qualidade de vida, aumento da mortalidade, poli farmácia e altos custos no tratamento, além de efeitos colaterais dos diversos medicamentos utilizados (Zhou; Dan, 2021).

A complexidade, vulnerabilidade e o processo de envelhecer vêm exigindo processos mais demorados e articulados de cuidado em saúde (Berry-Millett; Bodenheimer, 2009). Na última década, a atenção a um paciente crônico complexo vem sendo um desafio para os sistemas de saúde devido a sua vulnerabilidade, possibilidade de iatrogenia e alto custo. A tendência à complexidade clínica por uma população é definida pela ocorrência de múltiplas condições crônicas, hospitalizações frequentes, polimedicação e limitação nas atividades da vida diária (Coderch *et al.*, 2018).

Dentre as condições crônico-degenerativas, encontram-se as demências, associadas ao envelhecimento. Seu diagnóstico, impacta nas necessidades em saúde e são múltiplos os desafios e responsabilidades que se anunciam, requerendo reorganização da família, comunidade e sociedade à medida que a doença progride. Por gerar mudanças subjetivas e objetivas na dinâmica familiar, pode ocasionar conflitos que se agravam com a vulnerabilidade social, realidade de grande parcela da população brasileira, tornando o processo de adoecimento uma experiência difícil de suportar (Nascimento; Figueiredo, 2021).

A Doença de Alzheimer (DA) é a mais comum dentre as demências. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 55 milhões de pessoas vivem com a doença e estima-se que em 2050, esse quantitativo aumentará para 139 milhões (WHO, 2021). No Brasil, a DA constitui-se um grande desafio para o sistema de saúde. Apesar de ainda ser subnotificada, gerar demandas e custos. Somente no ano de 2021, de acordo com o Sistema de Informações sobre Morbidade Hospitalar

do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o total de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas foi de 1730, gerando custos de mais de 2 milhões de reais (Brasil, 2021).

A autonomia e a independência da pessoa idosa ficam comprometidas ao surgimento de uma demência e à sua progressão, eleva-se a probabilidade de idas à emergências e hospitalizações. Trata-se de um fenômeno discutido mundialmente e é necessário modelos de atenção à saúde que abracem essa pluralidade de maneira integral. Desse modo, é imperativa a realização de estudos que fundamentem propostas norteadoras de políticas, planejamento e gestão do cuidado às pessoas idosas e famílias acometidas, com o potencial de se reestruturar os sistemas de saúde (Placideli; Bocchi, 2021).

No Brasil, os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se pela coordenação e ordenação do cuidado dos usuários em seus percursos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A gestão de cuidados na APS envolve uma variabilidade de práticas, condições e situações que emergem da interação do binômio trabalhadores de saúde e usuários em um dado território ou região de saúde (Paes *et al.*, 2021). A principal meta é a promoção da saúde, seguida da prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, apoiando-se em política específica como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006; 2022).

Em estudo de revisão integrativa (2018) colocou-se o subdiagnóstico como fator que impacta diretamente nos cuidados ofertados à pessoa idosa com demência na APS. A usabilidade das técnicas de rastreio pode ser influenciada pelas: dificuldade da equipe em lidar com mudanças; logística de aplicação; a frequência de visitas domiciliares, questões sociais relacionadas à pessoa idosa e pelas atitudes e crenças dos profissionais acerca das demências. Como barreiras ao cuidado integral, pontuaram-se problemas na gestão de cuidados; políticas de reembolsos; falta de profissionais treinados e má distribuição geográfica de especialistas (Nascimento; Figueiredo, 2018).

Nesse âmbito, a enfermagem é uma das áreas que integra o cuidado interprofissional ofertado pela APS, com processo de cuidar sistemático próprio. Atua junto às pessoas idosas tanto no rastreio precoce para prevenção de agravos e

hospitalizações desnecessárias (Neto *et al.*, 2019) quanto na orientação e apoio a familiares e cuidadores, atuando como facilitador no processo de transição saúde-doença e, conseqüentemente, melhor manejo da demência (Thyrian *et al.*, 2017; Fernandes *et al.*, 2021).

São considerados fundamentais, pois, além de ações na gestão e coordenação do cuidado centrado no paciente e família, entrega ações educacionais acerca do tratamento e uso das medicações, com foco na prevenção de readmissão hospitalar e na manutenção do cuidado independente do cenário onde este ocorra (Menezes *et al.*, 2019).

Para a pessoa idosa com demência, a APS, visa fornecer cuidados integrais, incluindo a equipe multiprofissional com o intuito de melhorar os resultados para o usuário e seu cuidador dentro dos serviços de saúde abordando questões como: qualidade de vida, sobrecarga do cuidador, sintomas psicológicos e comportamentais, farmacoterapia e uso de medicação potencialmente inapropriada (Thyrian *et al.*, 2017).

Embora vários autores conceituem diferentemente a transição, para Afaf Meleis (2010) é uma mudança de um estado estável até que se alcance novamente a estabilidade. Nas demências, essa transição, pode ser de natureza diversa e envolve não somente à pessoa idosa mas também toda a sua estrutura familiar e/ou cuidadores. Nesse contexto, as intervenções de enfermagem surgem como suporte a essas mudanças, abraçando as necessidades individuais e familiares de maneira holística, independente do cenário de atuação dos enfermeiros (Meleis, 2010).

Em famílias que vivenciam o início de uma demência, as intervenções terapêuticas de enfermagem contribuem auxiliando numa transição menos dolorosa, por meio de visitas domiciliares, ajudando a entender o que é a doença, o contexto do cotidiano do cuidador e como deve ser o gerenciamento dispensado no cuidado à pessoa idosa, lembrando sempre que o estresse é inevitável, mas pode ser minorado. A elaboração do plano singular terapêutico é fundamental, auxiliando a entender a heterogeneidade de cada caso de demência. A criação de vínculos da equipe com a família e a inserção do paciente num circuito de cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) são essenciais para o processo de cuidar em interlocução com o cuidador no domicílio (Oliveira *et al.*, 2018).

Estudos sobre as especificidades da enfermagem no contexto do cuidado transicional têm se mostrado relevantes a fim de que se tornem bases para o processo de cuidar, para avanços no planejamento e implementação das intervenções. Dentre estas, em outras realidades mundiais, tem sido considerado relevante o preparo de cuidadores informais, especialmente familiares, visando reduzir a exaustão e as tomadas de decisão incorretas; conferir autonomia pelo acesso a um conjunto de instrumentos e fontes de informações; suprir necessidades de apoio e contribuir para a efetividade do cuidado à pessoa idosa com dependências (Dixe *et al.*, 2019).

Sabe-se, também, que o cuidado de enfermagem agrega especificidades, tornando-se complexo, sobretudo por incidir sobre situações de saúde que são cronicamente avançadas e associadas à fragilidade e perdas de funcionalidades. Na equipe é a profissão que dedica maior tempo e presença nos serviços. Urge, portanto, que se compreenda como a enfermagem se insere em modelos multiprofissionais de atenção transicional; como tem sido a formação e preparo conforme o cuidado demandado (Miguélez-Chamorro *et al.*, 2019).

O adoecimento crônico e a necessidade de cuidados complexos concorrem com as necessidades naturais do envelhecimento humano, requerendo ressignificação das práticas assistenciais da enfermagem e atuações em novos cenários assistenciais demandados por este público, como por exemplo a atenção domiciliar (Pedrosa *et al.*; Santos *et al.*, 2022). Com isto, justifica, ainda este estudo, pela necessidade de se compreender a perspectiva dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a transição vivida pelas pessoas idosas e famílias fragilizadas com o diagnóstico de uma demência e sobre a transição destas do ambiente hospitalar para o ambiente domiciliar, na comunidade em que atuam, ou seja, como esta demanda se inclui no âmbito do trabalho ou processo de enfermagem da ESF.

Apreender, frente a esta problemática, que ações tem sido desenvolvidas pela enfermagem, enquanto uma área profissional da ESF, extraíndo-se no fazer do enfermeiro em sua rotina de trabalho, atividades específicas que podem ser consideradas como de cuidado transicional. É essencial que se desvele o que o constitui, o que influencia quando o paciente é pessoa idosa, e que vivencia uma demência. O que pode ser considerado chave para a produção de tecnologias assistenciais e de alternativas pela enfermagem para a melhoria da efetividade e

resolubilidade das necessidades de saúde deste grupo populacional (Pedrosa *et al.*, 2022). Até então, sabe-se que o enfermeiro tem atuado em transições do cuidado, sendo avaliado como fundamental para a qualidade e efetividade desejada, entretanto pesquisas sobre cuidados transicionais nesta área ainda são requeridos (Acosta *et al.*, 2018).

Considerando-se as questões aspectos anteriormente citadas, justificou-se a realização desta pesquisa. Além dessas, justifica-se também, pela importância dos cuidados de transição na redução de re-hospitalizações e idas a emergência da pessoa idosa (Finlayson *et al.*, 2018; Jehloh *et al.*, 2022). Devido à sua complexidade, é pertinente a realização de pesquisas que envolvam a pessoa e seu cuidador no planejamento das intervenções de cuidados de qualidade, a fim de atender às necessidades dos idosos e de suas famílias e/ou cuidadores (Menezes *et al.*, 2019).

Pesquisas que produzam conhecimentos potentes para alavancar o Processo de Enfermagem que se expressa na transição do cuidado de idosos após o surgimento de uma demência são essenciais para se compreender porque pessoas idosas com demências evoluem com multimorbidades, se hospitalizam e/ou são institucionalizadas; para que aponte como o cuidado transicional se consubstancia em área de atuação de enfermeiros de família e comunidade, haja vista que a APS coordena o percurso de cuidados entre ambientes assistenciais/serviços de saúde; que explicitem as ações, atividades da enfermagem e profissionais de saúde expondo as fragilidades e as fortalezas existentes nas experiências estudadas.

A gestão de cuidados de transição por enfermeiros da APS à pessoa idosa/família em fase inicial de uma demência foi questão de uma revisão de escopo desenvolvida previamente a este estudo, objetivando-se mapear as evidências existentes sobre a mesma. Desde a elaboração do protocolo de revisão, ficou nítida a lacuna de conhecimentos sobre o fenômeno que se mostrou real e contemporâneo dando origem a este estudo de caso. Observou-se a escassez de conhecimentos sistematizados e divulgados cientificamente sobre cuidados transicionais do enfermeiro da APS com pessoas idosa/família que vivenciam a transição no estado de saúde doença ao surgimento dos primeiros sinais de demência.

Com o olhar sobre a realidade dos serviços de APS brasileiros, e sobre os achados da revisão pressupõe-se, por um lado, que a concepção de cuidados transicionais ainda não esteja plenamente difundida entre enfermeiros em atuação na

ESF, ou seja, ofertam-se cuidados gerais à pessoa idosa, sobretudo os de natureza biomédica, conforme as demandas, consonantes a programas específicos do Ministério da Saúde e, aos sinais de demência, são feitos encaminhamentos a serviços especializados. Por outro lado, pressupõe-se que na APS, quando inseridos em equipes da ESF, enfermeiros sejam os profissionais mais próximos das famílias e quem primeiro recebam de Agentes Comunitários ou do próprio familiar, as demandas para visitas domiciliares, ou seja, quem oferte as primeiras orientações, aos primeiros sinais ou ao diagnóstico de uma demência.

O estudo de Menezes *et al.* (2019) e o estudo sobre os custos do cuidado de pessoas idosas para Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (Silva, *et al.* 2022) fortalecem a motivação deste estudo de caso, estimulando-se uma expectativa de que cuidados transicionais pelos profissionais de saúde da ESF, principalmente da enfermagem, à pessoa idosa residente na comunidade, desde a manifestação dos primeiros sinais de demência, contribuam para evitar ou minimizar ocorrência de complicações que possam surgir na fase de transição saúde-doença. Pode, além disso, ampliar a qualidade do cuidado ofertado; favorecer a continuidade do cuidado de modo seguro na comunidade, prevenindo erros de encaminhamento, estagnação em SAD, Unidades de Cuidados Prolongados ou a institucionalização da pessoa Idosa. Os benefícios do cuidado transicional para estas pessoas, suas famílias, podem prevenir a cascata de agravos secundários, aliviando os custos tangíveis e intangíveis do cuidado para o sistema de saúde e para a família.

Desta forma, considerando-se a problematização do fenômeno real e contemporâneo que define o caso, tendo em mente as lacunas de conhecimentos identificadas à revisão da literatura e que justificam o seu estudo, a questão que se levanta é: como ocorrem os cuidados transicionais à pessoa idosa/família que vivencia uma demência na perspectiva de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde? Numa pormenorização desta questão o que se quer entender e explicar é como enfermeiros da ESF cuidam de pessoas idosas/famílias, residentes na comunidade, e que vivenciam mudanças no estado de saúde-doença, aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico médico de uma demência.

Em natural desdobramento desta questão central, considerando-se os pressupostos previamente formulados, a partir do estudo da literatura e da teoria das transições, questões subjacentes seriam: porque, na ótica de enfermeiros, cuidados

transicionais seriam relevantes de serem ofertados de modo sistematizado neste cenário às pessoas idosas/família residentes na comunidade e vivenciam o surgimento de uma demência em seu processo saúde-doença? Quais seriam os fatores condicionantes facilitadores e inibidores da oferta de cuidados transicionais neste cenário assistencial? Que ações/atividades de cuidado (intervenções terapêuticas) ofertadas/desenvolvidas com pessoas idosas/famílias que vivenciam uma demência, podem ser extraídas da prática assistencial rotineira do enfermeiro da ESF e consideradas como cuidados transicionais, segundo a perspectiva teórica de Afaf Meleis?

## **2 OBJETIVOS**

A partir do fenômeno de pesquisa têm-se como objetivo geral e específicos, dispostos a seguir.

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a ocorrência de cuidados transicionais à pessoa idosa/família que vivencia uma demência na perspectiva de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o contexto organizacional da gestão de cuidados de enfermeiros da ESF do município de Juiz de Fora com pessoas idosas/família que vivenciam os primeiros sinais de demência;
- Descrever intervenções de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família nas transições vivenciadas pela pessoa idosa/família a partir do processo de enfermagem à luz da teoria de Afaf Meleis.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para atingir o objetivo geral de analisar as perspectivas de cuidados de enfermeiros da ESF do município de Juiz de Fora com pessoas idosas/famílias em transição no estado de saúde doença aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico de uma demência, buscou-se conhecer o estado da arte sobre os cuidados primários de enfermagem com pessoas idosas vivendo a transição entre os estágios iniciais da demência por meio do mapeamento da literatura.

Desta forma, foi desenvolvida uma revisão de escopo, pela metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), intitulado Cuidados primários de enfermagem com pessoas idosas vivendo a transição entre estágios iniciais da demência: revisão de escopo, já mencionado anteriormente e com condução da revisão de escopo no momento. O protocolo da Revisão de Escopo foi registrado na *Open Science Framework* (OSF) (<https://osf.io/pgnym/>) (APÊNDICE A). Embora se tenha usufruído dos achados desta revisão para a definição da questão e nortear discussões deste EC a mesma encontra-se em fase final de análise e normalização para posterior publicação.

Com isso, neste item, expõem-se os conhecimentos até então existentes sobre os principais elementos que compõe o fenômeno em estudo. Apresenta-se a definição, etiologia, rastreio e diagnóstico, tratamento das demências e, a seguir, a gestão de cuidados à pessoa idosa/família vivenciando uma demência e a assistência de enfermagem à pessoa idosa com demência e familiares na APS.

#### 3.1 DEMÊNCIAS

As síndromes demenciais são caracterizadas pelo declínio cognitivo persistente que interferem na funcionalidade da pessoa idosa. Decorrem da perda de pelo menos duas funções cognitivas (memória, linguagem, praxias, gnóscias, orientação espacial, capacidade de abstração e funções executivas) ou de comportamento (Coutinho e Catanhede, 2022). Sua incidência aumenta constantemente até os 85 ou 90 anos; é ligeiramente superior no sexo feminino, variando de 0,1% dos 60-64 anos a 8,6% aos 95 anos (Hugo; Ganguli, 2014).

Estudo transversal realizado no sul do Brasil, analisou os fatores de risco associados à demência em pessoas idosas. A amostra de 287 indivíduos demonstrou

que aqueles com mais de 80 anos tiveram 354% de chances a mais de ter demência, em relação a faixa etária de 60-69 anos. O aumento de cada unidade de vitamina D, diminui em 8% a chance de desenvolver a doença ao passo que a depressão e hipertensão aumentam em 309% e 108%, respectivamente (Santos *et al.*, 2020).

Luchesi *et al* (2021) avaliou a prevalência de fatores de risco para demência, relacionando sexo e faixa etária na APS, no Brasil. Destacou-se a inatividade física (60,3%), depressão e hipertensão arterial (56,7% cada), unilinguismo (98%), déficit visual (84,7%), consumo irregular de frutas (60,4%) e de verduras ou legumes (53,5%). Não houve diferenças entre os sexos. A prevalência de demência em pessoas idosas com baixa escolaridade foi maior (Luchesi *et al.*, 2021).

As demências classificam-se pelo acúmulo de agregados proteicos anormais nos neurônios e na glia, no compartimento extracelular ou em regiões vulneráveis do cérebro (Elahi; Miller, 2017), podendo se manifestar na presença ou ausência de comprometimento estrutural dos sistema nervoso central. Nesse último, as causas são tóxico-metabólicas (hipotireoidismo, uso abusivo de medicamentos e drogas, insuficiências renal, hepática e cardíaca, deficiência de vitamina B12). Na presença de comprometimento estrutural do sistema nervoso central têm-se as demências primárias (DA, demência frontotemporal [DFT], demência com corpos de Lewy, Doença de Parkinson, Doença de Huntington e paralisia supranuclear progressiva) e as demências secundárias (doença cerebrovascular, tumores, hidrocefalia e infecções) (Coutinho e Catanhede, 2022).

Doença de Alzheimer: Representa mais de 50% dos casos de demência em indivíduos com mais de 65 anos. Possui três estágios: inicial (com duração de dois até três anos), o intermediário (de dois a 10 anos) e terminal (de oito a 12 anos) (Rodrigues, 2022). Os achados mais comuns na DA são intensas perdas neuronais e degeneração sináptica, com deposição de placas senis (PS) ou neuríticas e emaranhados neurofibrilares (ENF) no córtex cerebral (Coutinho e Catanhede, 2022).

As PS são constituídas de depósitos extracelulares de peptídeo beta-amilóide (A $\beta$ ), originados de vias anômalas, possuem efeitos deletérios sobre os neurônios e as sinapses. Já os ENF caracterizam-se por serem bandas anormais de elementos de citoesqueleto dentro dos neurônios, cujo componente essencial é a proteína tau hiperfosforilada, causando edema e distrofia dos microtúbulos das células, levando à morte do neurônio (Breijyeh; Karaman, 2020).

Os fatores de risco incluem idade, história familiar de DA, doença cerebrovascular e fatores de risco associados (hipertensão arterial, diabetes), inflamação crônica, apneia obstrutiva do sono, lesão cerebral traumática e baixa escolaridade (Elahi; Miller, 2017).

Os sintomas da DA são de início insidioso, marcado pela perda da memória podendo ser seguida por alterações linguísticas, distúrbios em funções executivas e habilidades visuais e espaciais. Divide-se em três estágios: inicial (duração de dois a três anos), intermediário (duração de dois a dez anos) e terminal (duração de oito a doze anos) (Rodrigues, 2022).

Demência com Corpos de Lewy: é uma síndrome clinicopatológica parte de um escopo maior de doenças que podem apresentar diversas apresentações clínicas, incluindo a doença de Parkinson, falha do sono primário e REM e transtorno comportamental (Rodrigues, 2022).

Caracteriza-se pela perda progressiva de funções cognitivas e capacidades motoras, alterações comportamentais e perda de autonomia. O declínio das funções cognitivas é insidioso e uma das primeiras manifestações da doença. Episódios de confusão mental, déficits de memória, linguagem, funções executivas, alterações visuoespaciais e flutuações (variações no estado de alerta). Seu principal achado é a agregação de anormal de sinucleína, uma proteína neurofilamentar que compõem os corpos de Lewy (Silveira, 2021; Coutinho e Catanhede).

Os corpos de Lewy são estruturas intracitoplasmática localizadas, eosinofilas, esféricas e de complexa conformação bioquímica. Podem ser classificados como clássico e cortical. O primeiro possui centro denso cercado por halo claro de filamentos irradiados, geralmente presentes em neurônios da *substantia nigra* e *locus coeruleus*. Já o cortical, possui estrutura mal definida, com forma mais arredondada ou alongada e raramente mostram filamentos irradiadores ao redor do centro (Rodrigues, 2022).

Demência Frontotemporal: grupo heterogêneo de doenças neurodegenerativas que atingem os lobos frontal e temporal do cérebro. Representa a principal causa de demência de início precoce – antes dos 65 anos. Caracteriza-se por mudanças de personalidade, comprometimento da linguagem e distúrbios do movimento extrapiramidal. É causada pelo acúmulo anormal de proteínas no tecido nervoso e classificação depende do tipo de proteína prevalente (Iragorri, 2007; Coutinho e Catanhede, Rodrigues, 2022).

Demência vascular: também chamada de demência arteriosclerótica, demência multi-infarto, comprometimento cognitivo vascular e distúrbio cognitivo vascular. É a segunda causa mais comum de demência depois da DA, podendo até mesmo associar-se a ela, chamado de demência mista (Hugo; Ganguli, 2014).

Relaciona-se aos quadros de demência causados por doenças cerebrovasculares, que atuam como fatores desencadeantes. Caracteriza-se por infartos cerebrais, lesões na substância branca, perda de mielina e frequentemente angiopatia mieloide. É definida por mudanças neuronais e dendro-sinápticas significativas, resultando em disfunção executiva e déficits cognitivos relacionados (Coutinho e Catanhede, Rodrigues, 2022).

Os fatores de risco incluem idade, baixa escolaridade, sexo feminino, fatores de risco vasculares e atrofia lobar temporal global e medial em imagens estruturais (Elahi; Miller, 2017).

### **3.1.1 Rastreio e diagnóstico das demências**

O diagnóstico das demências é clínico. A avaliação médica se torna mais fácil quando há a preocupação da própria pessoa ou familiares acerca da cognição. Salienta-se que grande parte da população aceita o declínio cognitivo como parte natural do processo de envelhecimento, dificultando o diagnóstico (Hugo; Ganguli, 2014).

Para investigação de sua etiologia utiliza-se exames laboratoriais: hemograma completo, creatinina sérica, hormônio estimulador da tireoide (TSH), albumina, enzimas hepáticas, vitamina B12, ácido fólico, cálcio, reações sorológicas de HIV e sífilis; e de neuroimagem estrutural: (tomografia computadorizada –TC ou ressonância magnética- RM de crânio). Em situações específicas pode-se realizar eletroencefalograma, exame do líquido cefalorraquidiano (LCR), exames de neuroimagem funcional como tomografia por emissão de fóton único (SPECT), tomografia por emissão de pósitrons (PET) entre outros (Caramelli *et al.*, 2011; Freitas, 2022).

Deve-se realizar anamnese (com o paciente e com o cuidador) afim de investigar declínios cognitivos ou comportamentais. O desempenho funcional também pode ser avaliado por meio de escalas específicas. De acordo com recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da

Academia Brasileira de Neurologia (2022) os instrumentos para rastreio, que permitem uma avaliação global da cognição já avaliados e estudados no Brasil são: Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste de Informação-Memória-Concentração de *Blessed*, *Cognitive Abilities Screening Instrument – Short* (CASI-S), exame cognitivo de *Addenbrooke* – versão revisada (*Addebbrooke's Cognitive Examination Revised*-ACE-R, que inclui também o MEEM), *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA). Para avaliação funcional utiliza-se o Questionário de Atividades Funcionais (QAF) de Pfeffer, Bayer-ADL, *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) e a escala de Katz (Caramelli *et al.*, 2022).

Em revisão sistemática que verificou como são realizados o diagnóstico de demência e disfunção cognitiva na atenção primária, obteve-se que MEEM foi o instrumento mais utilizado em países de renda média (Pelegri *et al.*, 2019).

A investigação sobre a capacidade de se lembrar de compromissos e datas; sobre repetição de perguntas e histórias e sobre perda constante de objetos, ajudam na identificação de falhas de memória episódicas. Se perder em locais conhecidos, dificuldade em reconhecer objetos e faces, problemas de visão em profundidade ou periférica podem evidenciar comprometimento de habilidades visuais-espaciais. Dificuldades em realizar mais de uma tarefa ao mesmo tempo, ser flexível na resolução de problemas, planejar e organizar eventos, preparar refeição sugerem disfunção executiva. Já as dificuldades em compreender conversas, ler e escrever indicam problemas de linguagem (Freitas, 2022).

Quanto às alterações comportamentais deve-se perguntar (sobretudo ao cuidador) sobre sintomas de apatia, desinibição, falta de empatia, agressividade, ansiedade e depressão, alucinações e delírios. Ainda é necessário identificar comprometimento funcional perguntando sobre a condução de veículos, atividades profissionais e sociais, capacidade de cozinhar, fazer compras, gerir suas finanças, tomar medicamentos e realizar autocuidado (tomar banho, vestir-se, usar o toalete) (Freitas, 2022).

### 3.1.2 Tratamento das demências

Atualmente, não há cura para as demências neurodegenerativas ou para a demência vascular. Mas, existem intervenções farmacológicas e não farmacológicas

que auxiliam no controle dos sintomas, retardo na progressão da doença, melhorando a qualidade de vida do indivíduo (Caramelli *et al.*, 2022).

Segundo o consenso do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e Envelhecimento, o tratamento farmacológico para a DA englobam os inibidores da colinesterase (ChEI) donepezila, galantamina e rivastigmina (aumentam a disponibilidade de acetilcolina cerebral). São indicados nos estágios de demência leve, moderada e grave da DA, sendo que nos estágios moderado a grave é recomendada a combinação de ChEI com o antagonista do receptor NMDA glutamatérgico memantina (Caramelli *et al.*, 2022). As medicações donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina são ofertados no SUS (Brasil, 2017).

Com a prescrição dessas medicações é necessário orientar o indivíduo demenciado e cuidadores/familiares quanto aos efeitos clínicos, geralmente modestos, são caracterizados por retardar a progressão da doença ou estabilização. Podem acarretar alguns eventos adversos (EAs) como: náuseas, vômitos, diarreia, cefaleia e insônia, relacionados aos ChEI. Já na memantina os EAs mais comuns são: sonolência, tontura e cefaleia (Caramelli *et al.*, 2022). A rivastigmina adesivo transdérmico facilita a administração e diminui os EAs gastrointestinais, colaborando na adesão ao tratamento (Brasil, 2017).

Os sintomas neuropsiquiátricos na DA podem preceder os sintomas cognitivos e são mais comuns na segunda metade do estágio de demência leve, diminuindo no estágio de demência grave. Para a depressão, indica-se o uso de sertralina ou mirtazapina. Para controle da agressividade, os ChEI e memantina podem ter efeitos modestos. Antipsicóticos atípicos também se inserem no tratamento de primeira linha como a risperidona, aripiprazol ou quetiapina. Caso haja falha ou ocorrência de EAs, a carbamazepina, citalopram, gabapentina e prazosina podem ser prescritos (Caramelli *et al.*, 2022).

Em relação aos transtornos do sono, pode-se considerar o uso da quetiapina, trazadona, zopiclona ou zolpidem. Delírios e alucinações também podem estar presentes, sugere-se tratamento com risperidona e olanzepina (Caramelli *et al.*, 2022). Em análise de revisões e metanálises, evidenciou-se um estudo com 69.216 participantes, os indivíduos com problema no sono tinham maior risco de DA e comprometimento cognitivo. Além disso, estimaram a magnitude média dos efeitos,

concluindo que problemas do sono poderiam causar aproximadamente, 15% dos casos de DA da população (Borges *et al.*, 2019).

O tratamento do comprometimento cognitivo vascular abrange o controle das comorbidades, incluindo sintomas neuropsiquiátricos. Nesse caso, a equipe multidisciplinar deve focar no controle dos fatores de risco associados como hipertensão, diabetes mellitus e dislipidemia. O tratamento farmacológico consiste na prescrição de ChEI e memantina (Caramelli *et al.*, 2022). Nesse tipo de demência há várias alterações fisiopatológicas como estresse oxidativo, disfunção do sistema colinérgico central, neuroinflamação, apoptose neuronal e disfunção da plasticidade sináptica, portanto, medicamentos direcionados a múltiplos fatores podem ser benéficos, além disso, têm-se demonstrado o uso de medicamentos naturais, porém é necessário mais investigações acerca das medicações (Kuang *et al.*, 2021).

A demência frontotemporal, associada a deterioração do comportamento/personalidade ou transtornos da linguagem não possui tratamento específico, portanto, os cuidados devem ser dirigidos ao controle dos sintomas comportamentais e da incapacidade e redução da sobrecarga do cuidador (Caramelli *et al.*, 2022). Estudos revelaram que os cuidadores relatam níveis mais elevados de sobrecarga e sofrimento (Bott *et al.*, 2014).

Em relação à demência com Corpos de Lewy, apresentam sintomas cognitivos, neuropsiquiátricos, do sono, motores e autonômicos. Os sintomas neuropsiquiátricos e cognitivos são tratados com rivastigmina, quetiapina e clozapina. A levodopa é a droga de escolha para tratar os sintomas motores. O tratamento de sintomas isolados não são encorajados, uma vez que pode levar a deterioração de outra função do organismo. São necessários mais estudos sobre o tratamento desta demência (Taylor *et al.*, 2020; Caramelli *et al.*, 2022).

Em uma revisão de revisões sistemáticas sobre intervenções não farmacológicas no auxílio do controle de sintomas comportamentais e psicológicos da demência em idosos, incluindo intervenções de estimulação sensorial, intervenções cognitivas/orientadas para a emoção, técnica de manejo comportamental e outras intervenções, como terapia por exercícios, terapia com animais de estimação e unidade de cuidados especiais. A musicoterapia foi responsável pela redução da ansiedade e agitação, sendo o último, controlado também com técnicas de gestão

comportamental domiciliares, intervenções com cuidadores e comunicação e mapeamento de cuidados (Abraha *et al.*, 2017).

No Brasil, os tratamentos não farmacológicos incluem: Terapia de Estimulação Cognitiva (CST), Programa de reabilitação cognitiva multicomponente/multidisciplinar (MCRP) e orientação para realidade; intervenções psicossociais/psicoeducativas, Terapia de Reminiscência (RT), Musicoterapia (MT)/dança e Intervenções físicas/relacionadas ao estilo de vida; treinamento de linguagem e mudanças no ambiente (Caramelli *et al.*, 2022).

### 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a organização das RAS como estratégia para o cuidado integral e mecanismo de superação da fragmentação do sistema de saúde, tendo a APS como ordenadora, assumindo o papel de coordenação do cuidado e ordenação de fluxos e percursos no âmbito da RAS. É considerada como primeiro ponto de contato para o usuário e oferta atendimento abrangente e acessível para a comunidade, enfatizando o cuidado centrado em pessoas e não apenas no tratamento de doenças ou condições específicas. Para tanto, é necessário a alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado, além da incorporação de tecnologias leves, leves duras e duras e articulação com outros pontos da rede (Brasil, 2017; OPAS/OMS, 2022).

#### 3.2.1 Estratégia Saúde da Família

No Brasil, a ESF foi criada a fim de se avançar para além do extinto Programa de Saúde da Família, enquanto política de governo, no sentido de uma política de Estado, por meio de estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS, favorecendo a sua reorganização e, também, capaz de apoiar a consolidação do SUS. A ESF reorienta os processos de trabalho e aprofunda seus princípios, diretrizes e fundamentos, ampliando a resolutividade e impacto na saúde de pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade (Brasil, 2017).

Dentre as especificidades da ESF têm-se a existência de uma equipe multiprofissional mínima composta por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou

especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescidos, os profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2017).

O número de agentes comunitários deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com máximo de 750 pessoas por ACS e até 12 por equipe. Cada equipe de ESF é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas (Brasil, 2017).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência, resolubilidade e o escopo das ações da atenção básica. São serviços regulados pela equipe de atenção básica e devem atuar de forma integrada à RAS (CAPS, Ambulatórios Especializados...) a partir das demandas identificadas pelas equipes e/ou Academia da Saúde (Brasil, 2017).

Contribui para integralidade do cuidado por meio de ampliação da clínica, auxiliando a capacidade de análise e intervenções em problemas de saúde, desenvolvendo ações como: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho das equipes (Brasil, 2017).

Podem compor as equipes do NASF, as seguintes profissões: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatria; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatria; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitaria. A composição de cada núcleo deverá ser definida pelos gestores municipais (Brasil, 2017).

### **3.2.3 Atuação do enfermeiro na ESF**

Existem duas vertentes de atuação do enfermeiro na APS complementares entre si: a primeira em atividades administrativas e a segunda em práticas assistenciais aos usuários, intensificados e ampliados na ESF no que tange a área da assistência e da educação em saúde como também o gerenciamento dos serviços de

saúde, sendo delegado o papel de autoridade sobre os processos de organização de trabalho, estando a unidade de saúde, de forma geral, sob a responsabilidade deste profissional (Galavote *et al.*, 2016).

Desse modo, o trabalho do enfermeiro na APS pauta-se em produzir cuidado e gerir o processo terapêutico, além de conduzir as atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem, predominando ações gerenciais com resolução de conflitos entre a equipe, determinadas por normas e protocolos de exercício profissional e da própria organização (Galavote *et al.*, 2016).

Portanto, a gestão faz parte do cuidado e deve ser desenvolvida de acordo com as necessidades de saúde, efetivando as práticas de cuidado como focos de atenção, devendo ser praticadas juntamente à família objetivando a melhoria da qualidade da assistência (Galavote *et al.*, 2016).

Em estudo de revisão integrativa (2020), com o objetivo de descrever as dimensões do cuidado em saúde praticadas por enfermeiros na APS, evidenciou-se que o assistir/cuidar praticado possui como meio a consulta de enfermagem, realizada de forma assistematizada e deficiente. Reconhece-se como fundamental para a padronização das etapas do processo de enfermagem, o qual contribui para o conhecimento das reais necessidades do usuário (Ferreira *et al.*, 2020).

### **3.2.2 Planejamento terapêutico para demências na APS**

O MS recomenda, através do Planejamento Terapêutico- Pessoas com Demência, que a equipe de APS tem como função a coordenação dos cuidados, devendo estes serem compartilhados com a Atenção Especializada, visando melhorias à qualidade de vida do indivíduo e cuidadores/famíliares (Brasil, 2023).

Os cuidados paliativos são uma abordagem interdisciplinar cujo centro do cuidado é a família visando a qualidade de vida por meio de medidas que envolvam o gerenciamento dos sintomas, comunicação, aconselhamento durante a progressão da doença para melhor adesão ao tratamento e adaptação (Weisbrod, 2022). Segundo o MS, os cuidados paliativos à pessoa idosa com demência deve ser iniciado logo após o diagnóstico e considerar o ambiente familiar, aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A equipe da APS é responsável pelo acompanhamento dos pacientes em cuidados paliativos prestando cuidados longitudinais com retaguarda dos demais pontos de atenção da RAS. As ações podem ser realizadas nas unidades ou no

próprio domicílio do paciente, de acordo com as necessidades do mesmo (Brasil, 2022).

O preenchimento, em todas as consultas, da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) constitui-se importante instrumento de auxílio na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização, possibilitando aos profissionais de saúde o planejamento, a organização das ações e o acompanhamento das condições de saúde da população (Brasil, 2007;2023).

A aplicação da Escala CDR (*Clinical Dementia Rating Scale*) para acompanhamento referentes ao grau de dependência cognitivo-funcional e diagnóstico evolutivo do declínio cognitivo nas fases inicial, intermediária e avançada (Brasil, 2023). Em um estudo de metanálise que analisou a acurácia clínica da escala CDR para demência em pessoas idosas, constatou que seu uso é relevante na detecção da demência (Huang *et al.*, 2021).

A vivência com a demência inclui diversos obstáculos para os cuidadores que além de cuidados prestados à pessoa idosa, gerencia concomitantemente a criação dos filhos, os relacionamentos, carreiras. Portanto, têm risco elevado de estresse, depressão e diversos comprometimentos à saúde. Diante disso, demonstrou-se que intervenções psicossociais reduzem a sobrecarga do cuidador, retardando a institucionalização da pessoa idosa (Brodsky; Donkin, 2022).

A APS deve realizar a identificação de quem são os cuidadores e/ou familiares das pessoas idosas com demência, abordando suas principais dificuldades no manejo da doença. Deve-se orientar quanto às intervenções psicossociais relacionadas com cuidados temporários, quanto ao revezamento e períodos de descanso do cuidador principal, ativar a rede de apoio da comunidade e terapia individual ou familiar, realizar busca ativa de sinais de esgotamento e depressão dos cuidadores. Além disso, deve ser informado quanto aos direitos e locais de apoio financeiro (Brasil, 2023).

A maioria dos fatores de risco cardiovasculares como hipertensão, diabetes (Cooper *et al.*, 2015), hipercolesterolemia, fibrilação atrial, tabagismo são modificáveis e também representam risco para o desenvolvimento de demências. O controle desses fatores adiar o início da doença ou reverter sua progressão, devendo a APS realizar promoção da saúde e prevenção de agravos tanto de doenças cardiovasculares quanto cerebrovasculares, incluindo: baixa escolaridade, hipertensão, diabetes, tabagismo, obesidade, inatividade física, uso abusivo de álcool,

traumatismo craniano, perda auditiva, depressão, poluição, isolamento social e sono regular (Morovic et al., 2019; Brasil, 2023).

O MS dispõe de orientações que auxiliam no controle dos fatores de risco modificáveis envolvendo orientações sobre ações que auxiliam na manutenção de uma melhor qualidade de vida, como: Alimentação saudável, controle de peso, atividade física (Programa Academia da Saúde), práticas Integrativas e Complementares em saúde (para pessoa idosa com demência: yoga, musicoterapia e práticas corporais da Medicina Chinesa, como *Tai Chi Chuan*). Para os cuidadores, recomenda-se a meditação (*Mindfulness*) para redução do estresse, cessação do tabagismo e imunização (Brasil, 2023).

Os sintomas comportamentais e psicológicos da demência envolvem agitação, depressão, apatia, questionamentos repetitivos, psicose, agressão, problemas do sono, perambulação e comportamentos inadequados. Para o manejo adequado, pode-se combinar o tratamento farmacológico com o não farmacológico e individualizados para cuidadores e/ou familiares que vivem na comunidade (Kales et al., 2015).

As medidas comportamentais melhoram a qualidade de vida das pessoas idosas com demência e seus cuidadores e/ou familiares como: manutenção da rotina diária, não modificação brusca do ambiente que a pessoa idosa vive, evitar luminosidade e barulho à noite, exposição à luz solar por 60 minutos pela manhã, prática de atividades físicas, estimulação cognitiva por meio da comunicação verbal e não verbal, participação em musicoterapia, exercícios de reabilitação cognitiva, orientação aos cuidadores sobre medidas de intervenção comportamental e organização e compartilhamento do cuidado para evitar o estresse do cuidador (Brasil, 2023).

O comprometimento cognitivo, anomalias e comorbidades podem se relacionar a alta prevalência de quedas em pessoas idosas com demência. Deve-se utilizar uma abordagem multidisciplinar e estratégias específicas para o treino de marcha e modulação comportamental (Zhang et al., 2019). O MS recomenda a indicação de bengalas objetivando o retardo da restrição funcional da pessoa idosa com demência e a restrição ao leito (Brasil, 2023).

Pessoa idosas com declínio cognitivo sem evidência objetiva em teste simples e sem impacto funcional (DA e demência vascular leves), devem ser acompanhados

pela APS com a investigação de condições associadas ao esquecimento e rastreio de sintomas depressivos (Brasil, 2023), comuns na demência. Terapia cognitiva adicionada a cuidados habituais podem reduzir ligeiramente os sintomas de depressão, tendo pequeno efeito positivo na qualidade de vida e atividades de vida diária (Orgeta *et al.*, 2022).

O encaminhamento para unidades especializadas deve ocorrer de forma integral, concomitante de equipes multiprofissionais e dos serviços. Deve-se encaminhar aos serviços especializados em neurologia, as seguintes condições clínicas:

- Declínio cognitivo rapidamente progressivo: limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativos com evolução menor que dois anos
- Dificuldade ou dúvida diagnóstica, casos de difícil manejo comportamental (Brasil, 2023).

Aos serviços especializados de geriatria encaminha-se como alternativa nas regiões que não possuem neurologia:

- Pacientes com quadros demenciais e mais de 80 anos, com múltiplas comorbidades e/ou síndromes geriátricas associadas
- Aos serviços de psiquiatria/ saúde mental os casos de:
- Depressão não respondentes à terapia ou outros quadros de natureza psiquiátrica como transtornos dissociativos amnésicos
- Emergência psiquiátrica nos casos de depressão grave, ou demência e depressão comórbida grave e risco de suicídio (Brasil, 2023).

### 3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA

O Processo de Enfermagem (PE) baseia-se em aporte teórico, com integração de Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de riscos validados, Protocolos baseados em evidências científicas entre outras ferramentas, compondo as bases teóricas, conceituais e operacionais, de modo descritivo, explicativo, preditivo e prescritivo que apoiam a prática de enfermagem. A Resolução nº 736/2024 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe sobre a implementação do PE em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem (COFEN, 2024).

A utilização das taxonomias NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) NIC (*Nursing Interventions Classification*) e NOC (*Nursing Outcomes Classification*) auxiliam na elaboração de diagnósticos, intervenções e avaliação de enfermagem. O PE auxilia na identificação de pontos críticos e melhoras, corroborando para cuidado, orientações, encaminhamentos, prevenção de doenças e promoção da saúde tanto da pessoa idosa quanto de seus cuidadores/familiares (Silva *et al.*, 2021).

O enfermeiro, através do exame físico, coleta de dados e aplicação de instrumentos de avaliação cognitiva e funcional, identificação do cuidador principal e toda a estrutura familiar, e avaliação do suporte social e econômico, dispõe de recursos para elaboração de um plano de cuidados individualizado (Pestana; Caldas, 2009). Sendo assim, possui o papel de direcionar os cuidados no âmbito domiciliar, conduzindo ações juntamente com os cuidadores e/ou familiares e outros profissionais da equipe multidisciplinar, conforme progressão da doença (Farfan *et al.*, 2017).

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência abrangem os cuidados com a pele, prevenção de lesões por pressão, higiene corporal e oral, vestimenta, nutrição, hidratação e administração de medicamentos. Ademais, a orientação quanto as estratégias de manejo dos sintomas comportamentais e psicológicos construídas juntamente com o cuidador e/ou familiar também são cabíveis ao enfermeiro (Pestana; Caldas, 2009).

A formação de grupos de apoio como espaço de troca de experiências, aprendizagem, palestras oferecidas para cuidadores e/ou familiares oportunizam a reflexão sobre os novos papéis, ajudam a superar dificuldades e descobrir novas formas de enfrentamento à doença, constituindo-se de importante ação educativa que podendo ser utilizada pelo enfermeiro para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa com demência e seus cuidadores e/ou familiares (Lima;Maia, 2022).

## 4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Este item apresenta uma síntese sobre o método de Estudo de Caso, de Robert Yin referencial metodológico utilizado nesta pesquisa para a exploração e entendimento do fenômeno estudado.

### 4.1 ESTUDO DE CASO DE ROBERT YIN

O Estudo de Caso (EC) é definido por Robert Yin (2015) como um método de pesquisa aplicável em situações do cotidiano trazendo contribuições para fenômenos reais, sejam eles individuais e/ou grupais, organizacionais, políticos e relacionados, ampliando os conhecimentos a respeito destes, sendo comumente utilizado nas áreas de ciências humanas/sociais e também na enfermagem.

É necessário que o pesquisador atente-se ao método a ser utilizado para que melhor se adeque aos objetivos do estudo. O EC é elegível quando há inquietude acerca dos fenômenos reais da contemporaneidade em que o pesquisador não tem controle sobre os eventos, conduzindo as investigações preservando suas características e seus significados. A questão de pesquisa, ou seja, o ponto de partida para condução do estudo deve iniciar com “como” e “por que” (Yin, 2015), sendo a deste estudo a seguinte: como enfermeiros da ESF cuidam de pessoas idosas/famílias residentes na comunidade que vivenciam mudança no estado de saúde-doença, aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico médico de uma demência?

Os EC podem ser: quantitativo ou qualitativo; caso único ou caso múltiplo; holístico ou integrado. Os estudos de caso único conduzem uma investigação cuidadosa de algum caso em potencial, podendo especificar circunstâncias nas quais as proposições são verdadeiras (críticos), auxílio de descobertas (extremo), captação de particularidades do cotidiano (comum), análise de fenômeno previamente inacessível (revelador), acompanhamento de casos com o passar do tempo (longitudinal). Já os de caso múltiplo são indicados quando têm-se mais de um caso único seguindo a lógica da replicação, literal ou teórica (Yin, 2015).

Os estudos integrados constituem-se em agrupamentos os quais cada unidade de análise compõe todo o caso. Diferentemente dos estudos holísticos em que as subunidades não são identificadas e a análise leva ao entendimento do fenômeno em

sua totalidade. As unidades de análise, ou o “caso”, são os objetos de estudo, determinados pelas questões (Yin, 2015). Por exemplo, a unidade de análise deste estudo será a gestão de cuidados de enfermagem na transição do processo saúde-doença da pessoa idosa com demência, cujas unidades de coleta serão os enfermeiros que atuam na gestão de cuidados de transição na APS.

Para a construção de um projeto de pesquisa de EC devem-se levar em consideração alguns componentes fundamentais tais como: as questões de pesquisa; as proposições; as unidades de análise; a análise dos dados e os critérios de interpretação das constatações (análises estatísticas e explicações rivais). Ao se avaliar a qualidade desses projetos leva-se em consideração os seguintes pontos, segundo Yin (2015).

- 1) validade do constructo, com uso de múltiplas evidências, encadeamento de evidências, informações relevantes para elaboração do relatório final;
- 2) validade interna, com a realização de combinação de padrão, construção da explicação, abordagem de explicações rivais e uso de modelos lógicos;
- 3) validade externa, usando as teorias nos estudos de caso único e a lógica da replicação em estudos de caso múltiplos e
- 4) confiabilidade, uso do protocolo de EC como desenvolvedor de uma base de dados

A generalização analítica constitui-se de uma declaração, proposição teórica ou teoria elaborada de forma cuidadosa, podendo ser aplicável a outras situações, não somente a casos semelhantes. É fundamental para corroborar, modificar, rejeitar, avançar conceitos teóricos ou novos conceitos a partir das conclusões obtidas no estudo (Yin, 2015).

A coleta de dados envolve as habilidades e valores do pesquisador, treinamento da equipe de pesquisa, desenvolvimento do protocolo de EC, triagem dos possíveis casos com definições e delimitação do contexto e condução do estudo de caso piloto. Para a manutenção da qualidade do EC deve-se considerar os seguintes aspectos: uso de múltiplas fontes de evidência; criação de banco de dados para o EC; manutenção de um encadeamento de evidências e cuidado no uso de fontes eletrônicas de evidência (Yin, 2015).

Destaca-se a importância do uso de múltiplas evidências, ou triangulação dos dados, em que variadas fontes de informação desencadeiam o produto da pesquisa,

ou seja, as descobertas. As fontes podem ser: documentos, observações (direta e participante), registros em arquivos, entrevistas e artefatos físicos (Yin, 2015).

O protocolo de EC único (Apêndice B) contém instrumentos, procedimentos e regras gerais a serem seguidas no desenvolver da pesquisa, orientando o pesquisador e aumentando a confiabilidade. Para tanto, Yin (2015) coloca que o mesmo deve conter as quatro seções:

- 1) **Visão geral do EC** (objetivos e circunstâncias favoráveis ao caso investigado);
- 2) **Procedimento de coleta de dados** (procedimentos para proteção dos sujeitos humanos, identificação das fontes de dados);
- 3) **Questões de coleta de dados** (questões que o pesquisador deve utilizar para coletar os dados);
- 4) **Guia para relatório de EC;**

Ao analisar os dados, primeiramente, Yin (2015) propõe quatro estratégias: seguir as proposições teóricas; tratar os dados de forma indutiva (“tratar do zero”); organizar o EC com um quadro descritivo e examinar as explicações rivais plausíveis. Para tanto, é necessário a utilização de técnicas analíticas, a saber:

- 1) **Combinação de padrão:** comparação entre os dados empíricos achados com um padrão previsto antes da coleta de dados;
- 2) **Construção de explicação:** analisar os dados do EC e construir uma explicação para o caso;
- 3) **Análise de séries temporais:** permite o rastreio dos dados ao longo do tempo para identificar os eventos causais e desse modo, explica-los;
- 4) **Modelos lógicos:** combinação de eventos empíricos com eventos teoricamente previstos através de estágios sequenciais, prevendo uma relação de causa-efeito;
- 5) **Síntese cruzada dos casos:** aplicável somente para análise de Estudo de Casos Múltiplos. Analisa-se pela comparação se os casos se replicam ou divergem.

Sendo assim, o EC permite a construção de uma explicação do fenômeno abordado neste estudo cujo objeto é o cuidado da enfermagem ofertado na Atenção Primária à Saúde à pessoa idosa e família que vivencia transição no estado de saúde doença ao surgimento dos primeiros sinais de demência.

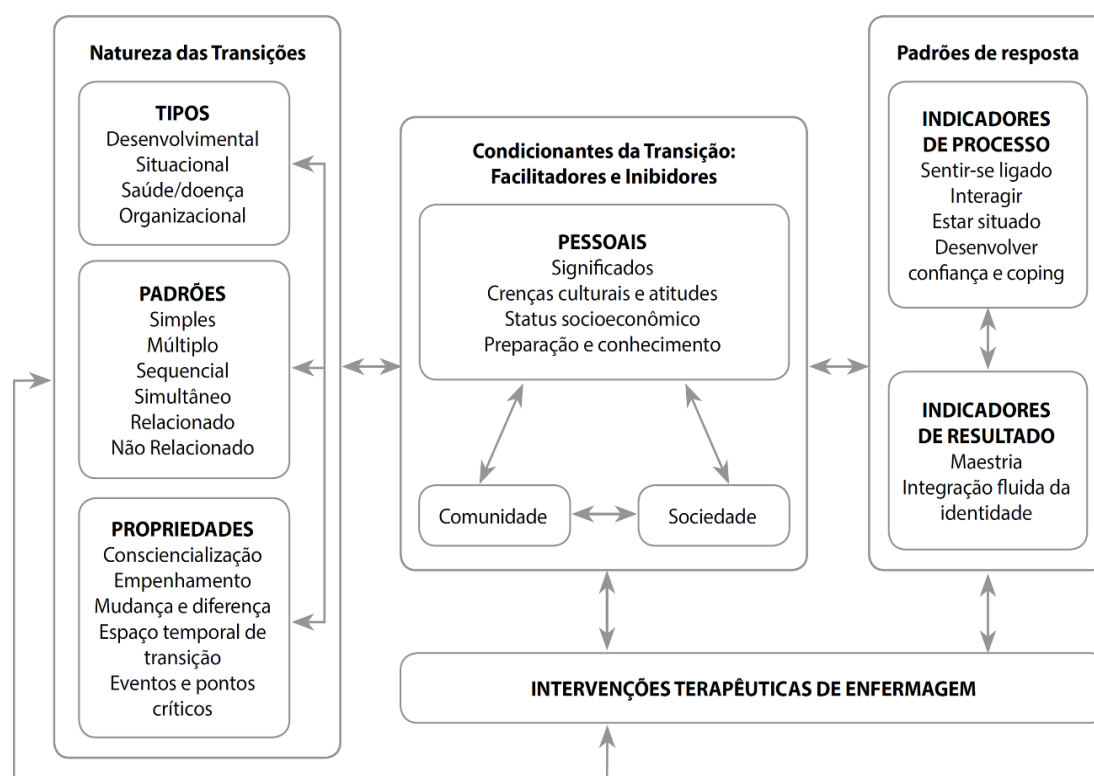
## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

Refere-se à teoria intitulada Teoria das Transições de Cuidado, de autoria da enfermeira Afaf Ibrahim Meleis, a qual subsidiará o arcabouço teórico para análise dos dados.

### 5.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE CUIDADO DE AFAF IBRAHIM MELEIS

A teoria das transições, proposta pela enfermeira Afaf Ibrahim Meleis, considerada de médio alcance aborda as diferentes transições vividas pelo ser humano ao longo da vida. No contexto do cuidado em saúde, existem diversas definições sobre o termo “transição”. Meleis (2010) o define como sendo: “uma passagem de um estado bastante estável para outro estado bastante estável, sendo um processo iniciado com uma mudança.” Na figura 1 abaixo, encontra-se o diagrama da teoria.

Figura 1- Diagrama da Teoria das Transições de Cuidado de Afaf Meleis



Fonte: Teoria das Transições de Cuidado 5ªed (2010) traduzido.

Tais mudanças, podem ser no indivíduo ou no ambiente, surgirão diversos estágios a serem enfrentados, os quais são imersos em dinamicidade, marcos e

pontos de virada, podendo estes serem definidos através de processos e/ou resultados finais (Meleis, 2010).

A teoria abrange a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultados) e terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

Quanto aos tipos de transições, que podem ou não ocorrer concomitantemente, Meleis (2010) descreve: Transições de desenvolvimento (relacionam-se às mudanças no ciclo de vida); Transições situacionais (onde há situações relacionadas a redefinição de papéis); Transições de saúde-doença (envolve a resposta do indivíduo/família diante do adoecimento); Transições organizacionais (relacionam-se a mudanças sociais, políticas e/ou econômicas) (Meleis, 2010).

Os padrões podem ser simples (quando ocorre somente uma transição) ou múltiplas; sequenciais (quando ocorrem em tempos distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. As transições são complexas, multidimensionais e envolvem as seguintes propriedades: conscientização, engajamento, mudança e diferença, intervalo de tempo, pontos e eventos críticos. Sua conclusão significa que alcançou-se um período com menos rupturas, alcançando maior estabilidade, com crescimento em detrimento à fase anterior (Meleis, 2010).

A consciência é desenvolvida quando há a percepção, o conhecimento e o reconhecimento da vivência de uma transição. Sua ausência significa que o indivíduo não iniciou, de fato, a transição. Esta, só é iniciada com a consciencialização das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais e o empenhamento através da procura de informações e engajamento com o processo (Meleis, 2010).

As transições são desencadeadas por mudanças. E estas, relacionam-se a eventos/ pontos críticos que influenciam na percepção, identidade do indivíduo, em suas relações, rotinas e dinâmicas com o ambiente externo. A diferença é percebida quando as expectativas geradas não são atendidas ou divergem, podem ser tidas como sentir-se diferente ou ver os outros de maneira diferente (Meleis, 2010).

A percepção de tempo é outra propriedade das transições. Aborda-se os sinais de antecipação, percepção ou mudança. Esse período pode ser marcado por instabilidades, estresse até que se atinja o período de estabilidade novamente. A

compreensão no desenvolvimento, o fluxo ou o movimento de um estado para o outro ocorrem com o tempo (Meleis, 2010).

Os eventos críticos funcionam como “viradas de chave” e relacionam-se a um maior estado de consciência e vivência da transição. Podem ocorrer, por exemplo, diante do diagnóstico de doenças crônicas, exigindo do enfermeiro maior empenho no caso, uma vez que tal evento significa também, maior vulnerabilidade do paciente (Meleis, 2010).

Os condicionantes da transição podem atuar como facilitadores ou inibidores e podem sofrer influências de natureza pessoal, da comunidade e da sociedade, determinando se as transições serão saudáveis ou não saudáveis. Envolvem significados (neutros, positivos ou negativos) e expectativas atribuídos as mudanças, crenças e atitudes culturais, *status* socioeconômico (quanto mais baixo, maior a vulnerabilidade do indivíduo, dificultando a transição saudável), preparação e conhecimento (facilitam a transição e podem atuar na gestão das mudanças sofridas), apoio familiar, social, recursos instrumentais, representações sociais e estereótipos também influenciam na adaptação (Meleis, 2010).

Como consequência da adaptação a esses processos, as transições podem ser classificadas em: saudáveis e não saudáveis. A primeira, é marcada pelo domínio de tudo que se associa as mudanças, ocasionando um desfecho relativamente positivo. Já a segunda, acarreta na insuficiência de papel, quando há a dificuldade no reconhecimento daquele novo papel imposto seja pela falta de conhecimento, má definição ou pelas interações prejudicadas (Meleis, 2010).

O desfecho de uma transição é determinado pelos padrões de respostas, podendo ser mensurados através dos indicadores de processo e de resultados, identificando se há uma condução para o bem estar ou vulnerabilidade do indivíduo em transição (Meleis, 2010).

Os indicadores de processo são: sentir-se ligado (referem-se às redes de apoio familiar, amigos, profissionais de saúde); interagir (pessoas com casos semelhantes, familiares, cuidadores, profissionais de saúde ajudando na identificação e ajustes aos padrões de resposta); o estar situado (tempo, espaço, relações); desenvolvimento de confiança e *coping* (utilização de recursos e estratégias que ajudem no enfrentamento das mudanças e estimulem a confiança). Os indicadores de resultados são: maestria

(domínio de novas competências e habilidades); integração fluida de identidade (reformulação da identidade) (Meleis, 2010).

Além desses, quando se trata sobre questões do envelhecimento, outros indicadores de processo são considerados por Meleis (2010), como: experiência dos sintomas no idoso (o não controle de sintomas físicos e/ou comportamentais indica uma transição insalubre); status funcional (alcançar o nível mais alto possível de funcionamento físico e cognitivo acontece em uma transição saudável); senso de conexão com rede interpessoal significativa (sentimentos de desconexão ou isolamento pode indicar transição não saudável); sentimento de empoderamento (o idoso é capaz de tomar decisões. Nos casos de comprometimento cognitivo, há transferência para algum familiar); integridade (plenitude e coerência que levam ao crescimento pessoal) (Meleis, 2010).

As transições são parte integrante do ciclo vital e por isso, o enfermeiro destaca-se como o profissional adequado para o diagnóstico de entraves e facilitadores dessa jornada, permitindo o reconhecimento de vulnerabilidades e a realização de intervenções pertinentes, subsidiando uma transição saudável, através das intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

As intervenções terapêuticas de enfermagem, relevantes para a assistência à pessoa idosa, segundo Meleis (2010) dividem-se em: avaliação de enfermagem (considera-se os padrões de transições e o uso de ferramentas para medição dos indicadores de processo); reminiscência (facilita a integração da transição); suplementação de função (desenvolve novos conhecimentos e habilidades); criação de ambiente saudável (inclui ambiente físico, social, político e cultural); mobilização de recursos (pessoais, familiares e comunitários). Para o desenvolvimento do conhecimento relacionado às terapêuticas de enfermagem, considera-se as dimensões: tempo, padrão, tipo de transição e momento da intervenção (Meleis, 2010).

O envelhecimento, muitas vezes, é marcado por diversas mudanças como a aposentadoria, a perda do cônjuge e dos amigos, o possível surgimento de doenças crônicas ou fragilidades, sugerindo múltiplas transições e requerendo novas estratégias e rearranjo familiar. As intervenções terapêuticas de enfermagem se fazem necessárias não somente para a pessoa idosa, estende-se também a seus familiares, que podem assumir o papel de cuidador, quando o curso da demência

progredir ao ponto que impeça o idoso de realizar suas atividades diárias, necessitando de auxílio de terceiros (Meleis, 2010).

Os cuidados transicionais, se fazem necessários, principalmente às pessoas idosas frágeis, com múltiplas e complexas condições crônicas, dado ao frequente deslocamento na RAS realizado por eles. Nesse contexto, o foco da enfermagem não se fundamenta apenas no paradigma curativista, pois no caso das demências este desfecho não seria possível, mas sim, como subsídios para promoção de qualidade de vida à pessoa idosa que vive a transição saúde-doença e para seus familiares, convergindo para o que Meleis (2010) conceitua como “saúde holística”.

## 6 CAMINHO METODOLÓGICO

Este item abordará o tipo de estudo e referenciais teórico-metodológicos, a descrição e justificativa do cenário do estudo, as fases da pesquisa; fontes de informação; amostragem/participantes e procedimentos para a coleta e análise e dos dados, e os aspectos éticos desta pesquisa.

### 6.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Estudo com abordagem qualitativa explicativa, método de Estudo de Casos (Yin, 2015) com o aporte teórico da Teoria das Transições de Cuidado de Afaf Ibrahim Meleis (Meleis, 2010). Encontra-se em desenvolvimento o estudo de caso único com este método e referencial teórico, pois permitirão o alcance de explicações sobre o fenômeno que se constitui de um problema real e contemporâneo a ser compreendido no caso do processo de cuidados do enfermeiro da ESF no Sistema Único de Saúde com pessoas idosas que vivenciam uma demência. Assim o Caso único em estudo é:

Caso: Perspectivas dos enfermeiros da ESF de cuidados transicionais à pessoa idosa/família vivenciando uma demência.

Unidade de análise: Gerenciamento e oferta de cuidados feita pelo enfermeiro da ESF frente à demanda de pessoas idosas/famílias que no processo saúde-doença vivenciam a transição para uma demência.

Unidade de coleta de dados: Enfermeiros da ESF que assistem/ gerenciam cuidados a pessoas idosas/famílias vivendo transição no processo saúde doença para uma demência.

#### 6.1.1 Cenário da Pesquisa

O cenário desta pesquisa foi a APS do município de Juiz de Fora, localizada na zona da mata mineira, cuja população é de 540.756 habitantes Justifica-se a escolha deste cenário considerando-se que pelo censo do IBGE de 2010 o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 70.065 (13,61%) aumentando para 109.293 (20,21%) no censo de 2022. De acordo com as faixas etárias, tem-se que a faixa de 60 a 64 anos possui 32.766 pessoas idosas, de 65 a 69 anos 26.765, de 70 a 74 anos 20.326, de 75 a 79 anos 13.149, de 80 anos e mais 16.330, evidenciando-se o caráter de envelhecimento populacional. Além disso, Minas Gerais, estado em que a cidade de

Juiz de Fora está inserida, conta com, aproximadamente, 20 milhões de habitantes e é o terceiro estado brasileiro com maior número de pessoas idosas, registrando 12,4% de sua população em 2022, atrás do Rio Grande do Sul com 14,1% e do Rio de Janeiro com 13,1% (IBGE, 2022).

### **6.1.2 Fases da pesquisa, fontes de informação e procedimentos para coleta de dados**

Para compreensão dos objetivos deste estudo, foram realizados os seguintes procedimentos concomitantes:

- 1) **Levantamento Documental:** Objetivo: descrever cenário assistencial e contexto organizacional que o fenômeno da pesquisa se expressa; obter acesso aos enfermeiros da ESF, potenciais participantes, conforme as áreas de atuação. Esta fase ocorreu através de pesquisas em Sistema de Informação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); planilhas fornecidas pela Gerencia da APS da Secretaria de Saúde do município sede da pesquisa.
- 2) **Levantamento de dados por meio de questionário estruturado.** Objetivo: descrição do perfil sociodemográfico, de formação do enfermeiro da ESF, características da atuação profissional na UBS e com pessoas idosas em geral e com demências. Nesta fase, a abordagem inicial aos potenciais participantes (enfermeiros da ESF) foi feita por meio de uma carta convite (Apêndice C) contendo um *Quick Response Code* (QR CODE), que o direcionava a um formulário do Google (*Google forms*), contendo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), explanando sobre o levantamento de dados prévios à visita de observação e entrevista. O participante, caso aceite participar, lê e assinala concordância com TCLE. Caso haja recusa, o questionário não será enviado. Em caso de aceite, o participante prosseguirá para um questionário estruturado (APÊNDICE D).
- 3) **Observação direta:** Objetivo: elucidar aspectos específicos (culturais e organizacionais) relacionados ao contexto em que o fenômeno se expressa; complementar as informações fornecidas em entrevistas. Concomitantemente foram feitas visitas às UBS em que atuam os enfermeiros que aceitaram

participar da pesquisa, onde se realizou a observação direta. Observou-se a dinâmica assistencial do enfermeiro, em específico às pessoas idosas/famílias com demência, na UBS ou contexto de visita domiciliar, quando possível, guiada por um roteiro de observação (APÊNDICE E). As notas de campo da pesquisadora foram expandidas imediatamente após as sessões de observação assim como cada entrevista gravada é transcrita na íntegra e pré-analisada antes da realização da entrevista seguinte.

- 4) **Entrevistas em profundidade:** Objetivo: compreender os cuidados transicionais ofertados pelos enfermeiros da ESF. Concomitantemente às observações foram desenvolvidas pela pesquisadora principal, com formação de mestrado em andamento. Estas foram guiadas por um roteiro (APÊNDICE F), contendo perguntas abertas sobre a questão de pesquisa. As mesmas foram realizadas na UBS conforme previamente definido junto com o participante, em melhor dia e horário, após explanação sobre o TCLE (ANEXO B). Após a concordância, foram gravadas utilizando um aplicativo de gravador de voz de um *smartphone* em modo *off-line* (modo avião).
- 5) **Transcrição, edição e organização dos dados:** Os dados obtidos pelo formulário do *Google Forms* foram baixados para uma planilha do Excel, do pacote da *Microsoft*®. Notas de observação e entrevistas transcritas foram editadas em arquivo do *Word* pacote *Microsoft*® e exportadas para o *software* livre *OpenLogos*, versão 2.0, que apoia a interpretação e análise dos dados empíricos e organização do banco de dados em pesquisas qualitativas.

### 6.1.3 Análise dos dados

O modelo analítico deste EC único teve como base dois eixos de análise, conforme estabelecido em protocolo:

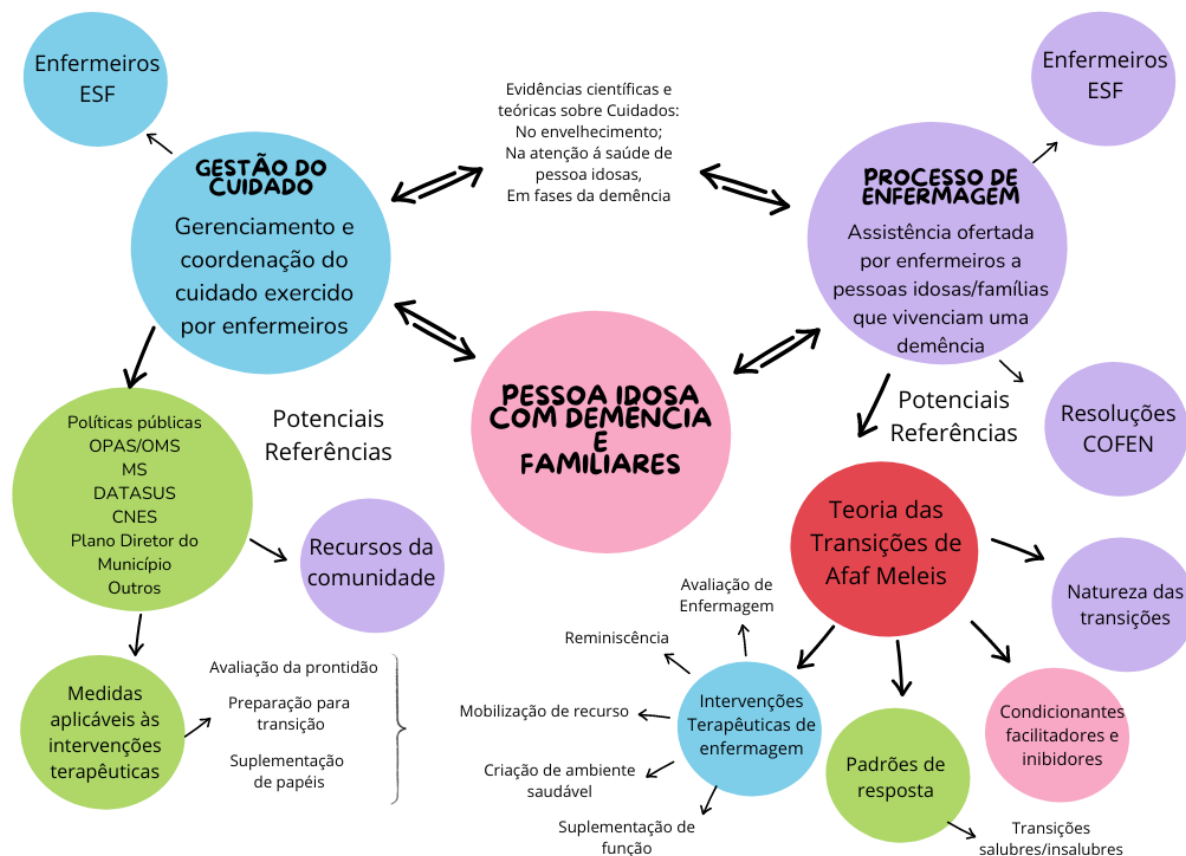
**Eixo I-** A análise girou em torno da gestão do cuidado exercida por enfermeiros da ESF a pessoas idosas/famílias que vivenciam uma demência. Destacou-se neste eixo analítico o potencial de gerenciamento e de coordenação do cuidado exercido por enfermeiros na liderança de equipes, de serviços de enfermagem e/ou de saúde. Adota como referencias: Diretrizes da OMS/OPAS (PAHO, 2019; WHO, 2021), Ministério da Saúde (Brasil, 2017) que abordam a temática do envelhecimento e das

demências, Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), Política Nacional da Pessoa Idosa (Brasil, 1994; 2006), Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), Política Nacional de Humanização (Brasil, 2007), Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006), Vigilância em Saúde, Plano Diretor do Município de Juiz de Fora (Juiz de Fora, 2014), CNES (Brasil, 2023), IBGE (IBGE, 2022) e DATASUS (Brasil, 2010). Refere-se as seguintes fases da coleta de dados: levantamento documental e formulário do *Google*. Espera-se mostrar um panorama organizacional da APS no cenário pesquisado considerando-se o modelo assistencial da ESF.

**Eixo II** – A análise girou em torno da assistência ofertada por enfermeiros a pessoas idosas/famílias que vivenciam uma demência com ênfase para o processo de Enfermagem. Adota como referencial analítico os componentes da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010) e a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009). Refere-se as seguintes fases da coleta de dados: Observação direta, entrevista em profundidade.

O modelo analítico está representado na figura 2:

Figura 2- Modelo analítico EC único



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Legenda: ⇔ Fluxo bidirecional  
 → Fluxo unidirecional

Utilizou-se de uma combinação de técnicas indutiva e dedutiva para a análise dos dados. Apoiou-se em modelo analítico lógico, contendo proposições/pressupostos acerca da temática e da Teoria das Transições de Afaf Meleis, convergindo com os objetivos deste estudo.

Primeiramente, são realizadas leituras incessantes dos textos das entrevistas e das notas de campo da pesquisadora sucedidas de interpretação linha a linha mediada pelo modelo teórico e definição de códigos analíticos, considerando-se o conteúdo extraído das falas das entrevistas, armazenando-os em Livro de Códigos do *OpenLogos*. Ao final do processo interpretativo e codificação de todas as entrevistas, o livro de códigos foi baixado para planilha do *Excel do pacote Microsoft®*, a fim de

possibilitar as aproximação dos códigos conforme a semelhança ou similaridade conceitual e nesta pesquisa, utilizou-se de cores para a tal aproximação.

Após análise, em profundidade, obteve-se 256 códigos, com a formação de quatro categorias analíticas, explicativas do caso, apresentadas abaixo, contendo os trechos textuais que possibilitaram a interpretação, codificação e aproximação, podendo ser representativos e fontes de evidência, conforme exemplificado pelo quadro 1. O conjunto de códigos passou por ressignificação analítica, em que subcategorias sustentam as categorias.

Quadro 1 - Processo analítico com aproximação dos códigos categorizados com uso de cores

| EXEMPLO DE CÓDIGOS GERADOS APÓS INTERPRETAÇÃO LINHA A LINHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Categoria/Subcategoria                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avaliação de enfermagem: visita domiciliar<br>Cadastro na UBS<br>Realização de VD<br>Rotina de visitas na UBS<br>Triagem nas visitas domiciliares<br>VD<br>Visitas domiciliares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Subcategoria:<br><br>Visitas domiciliares à pessoa idosa com demência                                     |
| Conscientização familiar no processo saúde doença<br>Crenças e atitudes culturais na demência<br>Cuidados de enfermagem a pessoa idosa com demência<br>Enfrentamento da demência pelos familiares<br>Enfrentamento da família<br>Expectativas atribuídas pelo usuário: angustia e tristeza<br>Falta de informação e crença de finitude<br>Negação da vivência do processo saúde doença<br>Negação do reconhecimento da transição<br>Preparação e conhecimento dos familiares<br>Preparação e conhecimento dos familiares e usuários<br>Sentimento dos familiares com o diagnóstico de demência<br>Sentimentos do usuário e familiares ao diagnóstico<br>Significado da demência | Subcategoria:<br><br>Condicionantes inibidores: significados, crenças e conhecimento acerca das demências |
| Avaliação da prontidão<br>Avaliação da prontidão: SAMU<br>Avaliação da prontidão com foco no médico<br>Avaliação da prontidão: assistência social<br>Avaliação da prontidão: encaminhamento para a equipe<br>Avaliação da prontidão: encaminhamento para o médico<br>Avaliação da prontidão: início da transição<br>Avaliação da prontidão: médico e ACISPES<br>Avaliação da prontidão: SISREG e assistência social<br>Avaliação médica e encaminhamento<br>Encaminhamento para ACISPES                                                                                                                                                                                         | Categoria:<br><br>Intervenções Terapêuticas de Enfermagem nas demências                                   |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

#### 6.1.4 Participantes e amostragem

A amostragem foi construída de modo gradual e intencional, sendo composta por enfermeiros que atuam em serviços de Atenção Primária à Saúde no modelo assistencial da ESF, independente de sua raça, crença, gênero, ideologia e/ou concepção política, há mais de três meses. O acesso inicial aos participantes ocorreu por meio de envio de mensagem para endereço de e-mail das UBS fornecidos pela

Secretaria de Saúde, quando se enviou um formulário estruturado pelo *Google Forms* contendo questões relativas a perfil sócio-demográfico, de formação e sobre gestão e assistência de enfermagem à pessoa idosa na APS.

Mediante a planilha de respondentes, seguiu-se com entrevistas abertas considerando-se o perfil de formação, de atuação, as experiências dos participantes com o fenômeno e a localização das UBS, visando abranger a diversidade conforme territórios. Estas, foram pré-agendadas conforme a disponibilidade dos participantes em dia, horário e local de preferência.

Nesta fase houve tentativa de inclusão aleatória, considerando-se o universo de enfermeiros e de UBS existentes, modo de distribuição dos mesmos conforme os territórios e a extensão do município. À baixa adesão, todavia, ao convite para participar da pesquisa feito, inicialmente em visitas presenciais às UBS, definiu-se o acesso aos participantes por meio de contato pessoal, via aplicativo de mensagem, segundo a perspectiva de bola de neve, sendo a primeira participante, informante chave, indicada pela orientadora da pesquisa.

Solicitou-se a esta primeira participante, após a entrevista, indicações e número de telefones de colegas de seu círculo de relações no trabalho, potenciais participantes a serem convidados e assim sucessivamente a outros que aceitavam espontaneamente participar da pesquisa.

Encerrou-se a realização de entrevistas mediante pré-análises, concomitantes ao trabalho de campo, as quais sinalizaram a saturação dos dados, que se mostraram suficientes à exploração e análise do fenômeno em todas as suas dimensões.

#### **6.1.5 Aspectos éticos**

A pesquisa foi desenvolvida respeitando-se todos os preceitos éticos previstos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Res. n. 466/2012; 510/2015 e 622/2022). O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob parecer nº 5.889.674.

Os riscos deste EC foram considerados mínimos, de acordo com o item V da Resolução CNS 466/12, como a exposição dos dados e identificação. Para garantia do sigilo, foram adotados códigos alfanuméricos para os participantes (exemplo: ENF01, ENF02, ENF03...). Os benefícios desta pesquisa foram o de promover

reflexão sobre a própria prática, fomentando a formação profissional e atuação na assistência à saúde à pessoas idosas/familiares com demência.

#### **6.1.6 Relatório de EC**

Foi guiado pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza *et al.*, 2021). Após conclusão, será apresentada em forma de artigo científico em periódico com fator de impacto e indexação em bases internacionais, além de apresentações em eventos científicos e encontros com as autoridades do município e participantes.

## 7 RESULTADOS

A seguir, apresentam-se os achados do Estudo de Caso único. A análise baseou-se em dois eixos explicitados anteriormente:

**Eixo I-** sobre a gestão do cuidado exercida pelos enfermeiros da ESF a pessoas idosas/família que vivenciam uma demência;

**Eixo II-** sobre a assistência ofertada pelos enfermeiros da ESF à pessoas idosas/famílias que vivenciam uma demência, com ênfase no processo de enfermagem;

### 7.1 EIXO I: GESTÃO DO CUIDADO EXERCIDA PELOS ENFERMEIROS DA ESF

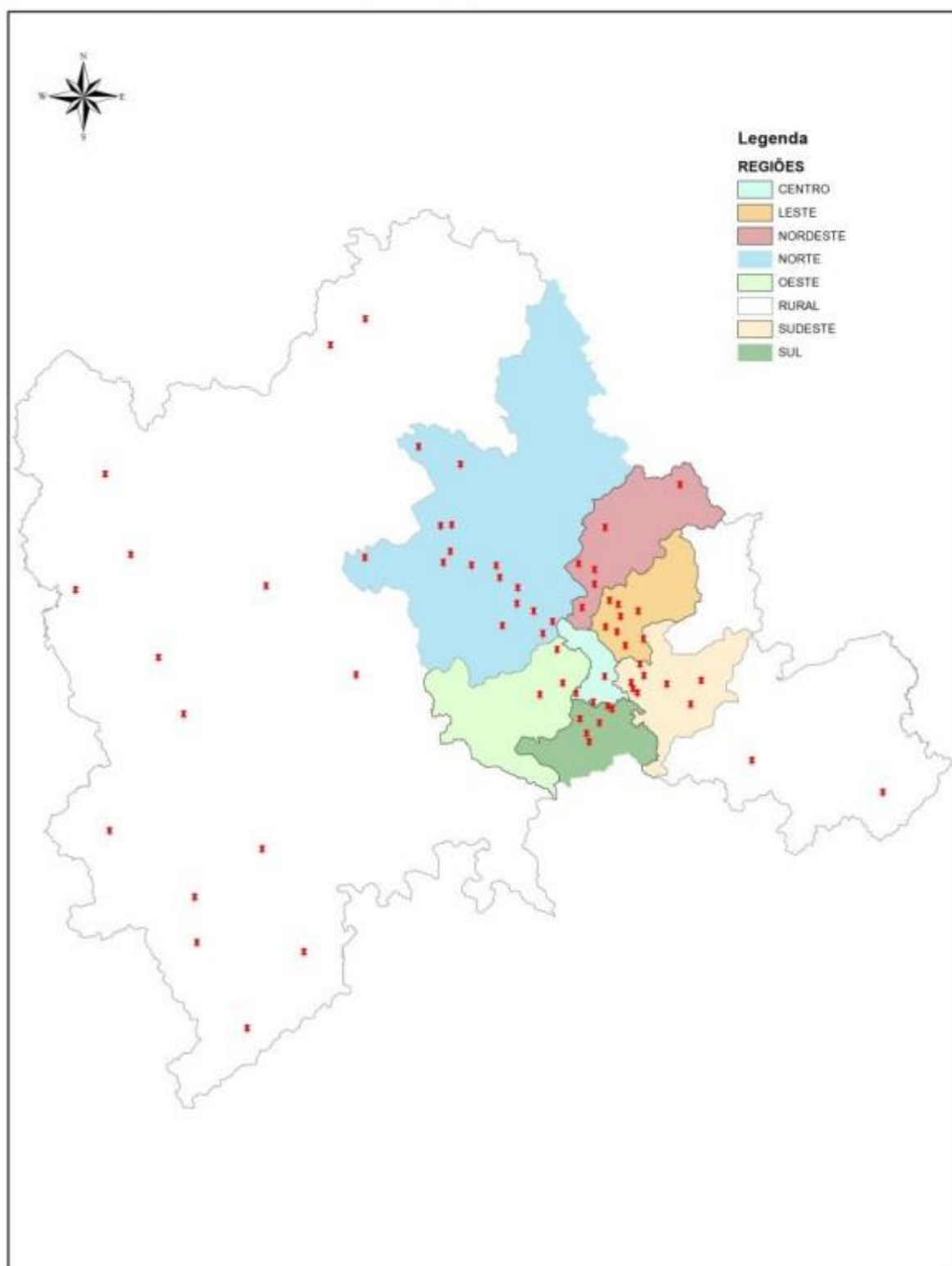
Neste eixo analítico obteve-se o contexto de ocorrência do fenômeno, que envolve o cenário da APS em Juiz de Fora. Envolve, além disso, a caracterização, social, demográfica e de formação, dos enfermeiros da ESF participantes da pesquisa em atuação na APS.

#### 7.1.1 Descrição do cenário: Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora, MG

A rede de serviços de saúde da APS de Juiz de Fora é composta por 63 UBS sendo que um percentual destas é composto por 61,9% de equipes ESF e 34,9% de equipes do modelo assistencial tradicional.

As UBS estão distribuídas em sete regiões administrativas e 12 regiões sanitárias, conforme o Mapa 1. Assim, 89 equipes de ESF estão designadas em 39 UBS, 22 equipes do modelo tradicional de assistência e 2 do modelo misto (sendo uma tradicional e outra pelo Programa de Agentes Comunitários –PACS). Destas, 12 estão em área urbana e 4 na zona rural (Juiz de Fora, 2014).

Mapa 1 – Distribuição das UBS por região administrativa do município de Juiz de Fora, MG



Fonte: Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, MG (2014).

O quantitativo de UBS com ESF, modelo tradicional e mista/PACS no município, de acordo com as regiões administrativas distribui-se, respectivamente, da seguinte forma: região norte (11- 3 - 0); região nordeste (4- 2- 0); região leste (8- 0- 0); centro (1- 2- 0); região oeste (0- 1- 2); região sul (4- 2- 0); região sudeste (7- 1- 0), região rural (4- 11- 0). Destas, a região norte é a que possui a maior cobertura com 21% da população, seguida das regiões leste (13%) e sul (11%) (Juiz de Fora, 2014), como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das UBS e cobertura da APS por região administrativa em Juiz de Fora, MG, Brasil, 2023.

| Região       | Tipologia das UBS |           |            | Total de UBS | População atendida (valor absoluto) | População atendida (%) |
|--------------|-------------------|-----------|------------|--------------|-------------------------------------|------------------------|
|              | ESF               | Trad.     | Mista/PACS |              |                                     |                        |
| Norte        | 11                | 3         | 0          | 14           | 110.851                             | 21%                    |
| Nordeste     | 4                 | 2         | 0          | 6            | 45.895                              | 9%                     |
| Leste        | 8                 | 0         | 0          | 8            | 67.351                              | 13%                    |
| Centro       | 1                 | 2         | 0          | 3            | 45.639                              | 9%                     |
| Oeste        | 0                 | 1         | 2          | 3            | 37.614                              | 7%                     |
| Sul          | 4                 | 2         | 0          | 6            | 57.383                              | 11%                    |
| Sudeste      | 7                 | 1         | 0          | 8            | 47.480                              | 9%                     |
| Rural        | 4                 | 11        | 0          | 15           | 16.220                              | 3%                     |
| <b>TOTAL</b> | <b>39</b>         | <b>22</b> | <b>2</b>   | <b>63</b>    | <b>428.433</b>                      | <b>81%</b>             |

Fonte: Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, MG (2014).

A cobertura com serviços de APS, incluindo a ESF e o modelo tradicional é de aproximadamente, 81% sendo cerca de 19% descoberta da APS. De acordo com censo do IBGE (2010), Juiz de Fora tinha 526.709 habitantes e destes, 98.276 faziam parte da população descoberta. Somente a ESF possui cobertura de 51% e 49% constituem a área não atingida pelos serviços (Juiz de Fora, 2014).

A população de Juiz de Fora vem passando por um intenso processo de envelhecimento. No ano de 2010, segundo o IBGE, o número de pessoas com 60 anos ou mais, era de 70.288 (13,61%) superando o percentual nacional de 20.566.363 brasileiros, (11%) da população à época (IBGE, 2010). Em 2022, a população juiz forana chegou a 540.756, sendo 109.293 de pessoas idosas (IBGE, 2022).

A APS do município tem como característica a resolução das agudizações de doenças crônicas gerando reflexos nos custos dos serviços de saúde e redução da resolutividade deste nível de atenção (Juiz de Fora, 2014). Segundo o DATASUS, o período de junho de 2022 a junho de 2023, houve 19.152 internações nas faixas

etárias de 60 a 80 anos ou mais. Destas internações, as causas mais frequentes foram: doenças do aparelho circulatório (5.039); neoplasias e tumores (2.933); lesões eventuais e consequência de causas externas (1.822) (Brasil, 2023).

Com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas, os casos de demências também se elevam. No ano de 2020, houve 23 internações por demência, em 2021 foram 59 e 2022, 61 internações de pessoas idosas com demência (Brasil, 2022). Segundo dados da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, no período de abril de 2022 a março de 2023, a APS atendeu, aproximadamente, 120.177 pessoas idosas.

A tabela 2 mostra o número de atendimentos da ESF à pessoa idosa e àquelas com diagnóstico de Demência na Doença de Alzheimer (CID-10 F00), no mesmo período.

Tabela 2- Número de atendimento de pessoas idosas e com diagnóstico de Demência na Doença de Alzheimer em Juiz de Fora, MG

| <b>Regiões do Município</b> | <b>Número de atendimentos a pessoas idosas</b> | <b>Número de atendimentos a pessoas idosas com CID-10 F00</b> |
|-----------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Região Norte                | 32.603                                         | 60                                                            |
| Região Sul                  | 13.947                                         | 58                                                            |
| Região Leste                | 15.537                                         | 39                                                            |
| Centro                      | 6.026                                          | 13                                                            |
| Região Nordeste             | 10.693                                         | 25                                                            |
| Região Sudeste              | 12.195                                         | 38                                                            |
| Região Oeste (mista)        | 2.686                                          | 7                                                             |
| <b>Total</b>                | <b>93.687</b>                                  | <b>240</b>                                                    |

Fonte: Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (2023).

Em 2024, a APS do município ampliou o horário de funcionamento de 34 UBS, que passam a funcionar das 7h às 19h, de segunda a sexta feira e aos sábados até as 12h. Além disso, outras 4 UBS passam a funcionar de 7h as 17h sem pausa ininterruptamente, exceto finais de semana. Com isso, haverá aumento de 67 equipes ESF (Juiz de Fora, 2024).

## 7.2 EIXO II: ASSISTÊNCIA OFERTADA POR ENFERMEIROS À PESSOA IDOSA/FAMÍLIA QUE VIVENCIAM UMA DEMÊNCIA

De acordo com o CNES e dados fornecidos pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, existem cerca de 118 enfermeiros atuando na ESF da APS, distribuídos nas 39 UBS. Neste item será abordado três subcategorias: 1) Perfil de formação profissional dos enfermeiros; 2) Perfil de atuação dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde; 3) Assistência de enfermagem à pessoa idosa com demência/familiares. Refere-se à entrevista estruturada do formulário *Google*.

### 7.2.2 Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, MG

#### 7.2.2.1 Perfil de formação profissional dos enfermeiros

Dos 12 participantes desta pesquisa, 100% se identificam com o gênero feminino, 80% possuem faixa salarial de 04 ou mais salários mínimos e 20% até 03 salários mínimos. Quanto a faixa etária, 9,1% afirmam ter entre 31-40 anos; 54,5% entre 41 e 50 anos; 36,4% 51 anos ou mais. Uma participante se recusou a responder o formulário *Google* e foi excluída da amostra. As entrevistas tiveram duração média de 27,2 minutos.

O tempo de formação das enfermeiras foi de mais de 10 anos para todas as participantes. Quanto a realização de pós-graduação *Lato Sensu* ou *Stricto Sensu* todas afirmaram possuir, uma participante não especificou qual e apenas uma possui Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. As demais variam entre especializações em ESF, políticas públicas em saúde, gestão e planejamento dos sistemas e serviços de saúde, preceptoria do SUS, estomaterapia, UTI adulto, UTI neonatal e urgência e emergência. Houve uma citação de se possuir título de mestre em saúde coletiva e duas, em mestrado em enfermagem.

Quando questionadas sobre a realização de cursos na área de saúde do idoso/gerontologia, apenas 27,3% afirmaram ter realizado pelo menos um, 72,7% nunca realizaram. Dentre os cursos realizados encontram-se: Minicurso em gerontologia/saúde do idoso com carga horária mínima de 4 horas (18,2%); Curso de atualização em gerontologia/saúde do idoso com carga horária mínima de 30 horas (27,3%) e Curso de aperfeiçoamento em gerontologia/saúde do idoso com carga

horária mínima de 180 horas (9,1%). O quadro 2 descreve o perfil de formação profissional e atuação na UBS das participantes.

Quadro 2- Perfil de formação profissional dos enfermeiros da APS de Juiz de Fora, MG

| <b>Participantes</b><br><b>Formação</b>                       | <b>ENF01</b>                                                                                                                                                                         | <b>ENF02</b>                                                                                                      | <b>ENF03</b>                                              | <b>ENF05</b>                            | <b>ENF06</b>                                                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Tempo de formação                                             | Mais de 10 anos                                                                                                                                                                      | Mais de 10 anos                                                                                                   | Mais de 10 anos                                           | Mais de 10 anos                         | Mais de 10 anos                                                      |
| Pós graduações                                                | Especialização em ESF e estomaterapia                                                                                                                                                | Especialização em ESF                                                                                             | Não informado                                             | Especialização em UTI adulto e neonatal | Mestrado em saúde coletiva e Especialização em urgência e emergência |
| Quantitativo de cursos na área de saúde do idoso/gerontologia | 2 a 3 cursos                                                                                                                                                                         | 2 a 3 cursos                                                                                                      | 1 curso                                                   | Nenhum                                  | Nenhum                                                               |
| Cursos na área de saúde do idoso/gerontologia realizados      | Minicurso com carga horária mínima de 4 horas<br><br>Curso de atualização com carga horária mínima de 30 horas<br><br>Curso de aperfeiçoamento com carga horária mínima de 180 horas | Minicurso em com carga horária mínima de 4 horas<br><br>Curso de atualização com carga horária mínima de 30 horas | Curso de atualização com carga horária mínima de 30 horas | Nenhum                                  | Nenhum                                                               |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quadro 2- Perfil de formação profissional dos enfermeiros da APS de Juiz de Fora, MG

| <b>Participantes</b><br><b>Formação</b>                       | <b>ENF07</b>          | <b>ENF08</b>                                                                                                            | <b>ENF09</b>           | <b>ENF10</b>                                                          | <b>ENF11</b>                       | <b>ENF12</b>                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tempo de formação                                             | Mais de 10 anos       | Mais de 10 anos                                                                                                         | Mais de 10 anos        | Mais de 10 anos                                                       | Mais de 10 anos                    | Mais de 10 anos                                                                                                                          |
| Pós graduações                                                | Especialização em ESF | Especialização em ESF, planejamento dos sistemas e serviços de saúde e capacitação pedagógica<br>Mestrado em Enfermagem | Mestrado em Enfermagem | Especialização em ESF, estomaterapia, UTI adulto e preceptoria do SUS | Especialização em ESF e UTI adulto | Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade<br>Especialização em Políticas Públicas em Saúde<br>Mestrado em Enfermagem |
| Quantitativo de cursos na área de saúde do idoso/gerontologia | Nenhum                | Nenhum                                                                                                                  | Nenhum                 | Nenhum                                                                | Nenhum                             | Nenhum                                                                                                                                   |
| Cursos na área de saúde do idoso/gerontologia realizados.     | Nenhum                | Nenhum                                                                                                                  | Nenhum                 | Nenhum                                                                | Nenhum                             | Nenhum                                                                                                                                   |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

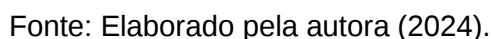
### *7.2.2.2 Perfil de atuação dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde*

Quanto ao tempo de trabalho em APS, 63,7% ENF01, ENF02, ENF03, ENF06, ENF08, ENF10 e ENF11 responderam possuir mais de 10 anos (63,7%); ENF07 entre 05 a 10 anos (9,1%); ENF05 e ENF12 entre 1 a 5 anos (18,2%) e ENF09 entre 03 meses a 01 ano (9,1%). A carga horária de trabalho na UBS é de 40h semanais para todas as participantes. Para função exercida, todas afirmaram serem enfermeiras assistenciais, sendo função gerencial desempenhada concomitante pelas ENF02, ENF08, ENF11 e ENF12. A localização das UBS das participantes distribuiu-se nas regiões norte, sul, sudeste, nordeste e leste do município.

As enfermeiras assinalaram nesta etapa, que as ações desenvolvidas na UBS por elas consiste em: Ações assistenciais; educativas; gerenciais/administrativas; atuação política (Conselho local e outras) e de preceptoria de estágio em curso de graduação. Todas afirmaram realizar visitas domiciliares ao menos uma vez por semana, sendo os usuários que mais recebem visitas: pessoas idosas acamadas (100%); pessoas com lesões de pele (91%); recém-nascidos e puérperas (72,8%); usuários de qualquer idade em situação de vulnerabilidade (63,7%); adultos com doenças crônicas (45,5%); usuários de qualquer idade em pós operatório (45,5%); pessoas idosas com demência (27,3%); pessoas com agravos na saúde mental (40%); pessoas de todas as idades após alta hospitalar (18,2%) e usuários de qualquer idade com necessidade de cuidados agudos (18,2%).

### *7.2.2.3 Assistência de enfermagem à pessoa idosa com demência/famíliares*

Quando questionados sobre quais cuidados de enfermagem orientam à pessoa idosa com demência/famíliares, a prevenção de lesões foi a mais citada, seguida de cuidados para prevenção de acidentes e orientações quanto à medicações. Cuidados básicos de higiene, cuidados para manter a integridade do indivíduo, observação de mudanças comportamentais, dieta, sono e repouso, hidratação, mudanças no ambiente: evitar tapetes e colocação de barras de segurança, funções fisiológicas, importância do cuidador, prevenção de quedas, oscilações de humor e encaminhamento na RAS, também são mencionadas. A figura 3, ilustra as citações das enfermeiras.



Todas as participantes afirmaram que há pessoas idosas com demência em sua área de abrangência, sendo o diagnóstico de Doença de Alzheimer mencionado em 100% dos casos, distúrbios comportamentais ou psicológicos da demência (45,5%) demência por doença cerebrovascular (36,4%); demência devido à substâncias psicoativas, incluindo medicamentos (27,3%); demência de causa desconhecida ou não especificada (27,3%); demência com outra causa especificada (18,2%). As visitas domiciliares são realizadas pelas ENF01, ENF02, ENF03, ENF07,

ENF08 e ENF10 mensalmente. A ENF09 a cada 03 meses. Já a ENF05 mencionou que realiza as visitas domiciliares de acordo com a Escala de Risco e Vulnerabilidade de APS para VD, e as ENF06, ENF11 e ENF12 afirmaram realizar quando necessário, conforme demanda.

Quanto à classificação do grau de dependência das pessoas idosas com demência, as ENF 01, ENF02, ENF05 e ENF07 (36,4%) classificaram como dependentes (não realizam as AVD e as AIVD, sozinhos, e necessitam de ajuda); as ENF02, ENF03, ENF05, ENF06, ENF08 e ENF10 (54,6%) como parcialmente dependentes (realizam as AVD sozinhos, mas necessitam de ajuda nas AIVD) e ENF02 como independentes (realizam as AVD e a AIVD sozinhos sem necessitar de ajuda). Não haviam pessoas idosas com demência cadastradas no momento da coleta com as ENF09, ENF11 e ENF12.

As escalas citadas para Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) são: Mini Exame Estado Mental (MEEM); Escala de Atividade de Vida Diária e a Escala de Braden No gráfico 1 são demonstrados os cuidados de enfermagem assinalados pelas participantes.

Gráfico 1 - Cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência/ familiares e/ou declínio funcional na APS de Juiz de Fora, MG, Brasil, 2023



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Observa-se que os cuidados de enfermagem na APS têm como principal foco as imunizações. Seguida de curativo em feridas, orientações sobre exames e encaminhamentos da RAS, administração de medicações, orientações sobre cuidados, cuidados com sondas e ostomias (SVD, SVA, SNE, GTT, TQT, Colostomia, Ileostomia...) e plano de cuidados baseados nos diagnósticos de enfermagem.

Analisou-se a perspectiva relativa ao processo de enfermagem desenvolvido pelos participantes deste EC. Apresenta-se a análise do fenômeno pesquisado, por meio de quatro categorias e oito subcategorias que se evidenciaram na pesquisa, utilizando-se o aporte teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), apresentadas, sinteticamente no Quadro 3.

A análise das categorias construídas caracteriza a estrutura conceitual inerente ao EC, conforme as evidências extraídas dos dados empíricos e as subcategorias que lhes sustentam.

Quadro 3 – Categoria e subcategorias referentes ao Eixo II: Assistência ofertada por enfermeiros a pessoa idosa/famílias que vivenciam uma demência

| CATEGORIA                                                                                        | SUBCATEGORIAS                                    | EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS<br>(Trechos das entrevistas/notas)                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Dinâmica de trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde | Processo de trabalho do enfermeiro na UBS        | Então, a gente tem uma agenda bem apertada, onde a gente procura dividir os horários, né? Um período pra parte administrativa, outro pra assistencial. É bastante movimentado. O meu trabalho é bem movimentado. (ENF02)                                                                                    |
|                                                                                                  | Cuidado biomédico                                | Então, assim, você vê que na minha apresentação, no meu trabalho, o idoso entra nessa clientela. Muitas vezes, ele não vai chegar para mim na demência, ele vai chegar para mim como hipertenso, como diabético descompensado. E é ali que a gente vai estar investigando e vai estar detectando. (ENF01)   |
|                                                                                                  | Visitas domiciliares à pessoa idosa com demência | Eu uso essa classificação aqui (...) pelo menos pra gente ter noção de quanto tempo a gente vai fazer visita, né? Aí entra aqui, ó “Síndrome demencial”. Para cada um desses itens, a gente tem uma pontuação. Depois a gente soma e joga aqui na escala. Tá vendo? E aí a gente vai fazendo. (ENF05)       |
|                                                                                                  | Cuidados de enfermagem                           | A gente faz algumas orientações do dia a dia, como evitar a queda, se uma medicação tem efeito colateral, como está funcionando. É esse protocolo mais ou menos da enfermagem, dose, o que é certo, qual o melhor horário adequado, qual o melhor horário para a medicação dar um resultado melhor. (ENF03) |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

*Continua na página seguinte*

Quadro 3 – Categoria e subcategorias referentes ao Eixo II: Assistência ofertada por enfermeiros a pessoa idosa/famílias que vivenciam uma demência

*Continuação*

| CATEGORIA                                                                                | SUBCATEGORIAS                                                                        | EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2) Condicionantes inibidores e facilitadores da transição saúde-doença para uma demência | Condicionantes inibidores: recursos físicos e instrumentais                          | (...) A gente não tem espaço físico para todos os enfermeiros, não tem sala. Então, a gente divide internamente entre os enfermeiros as salas, as duas salas que a gente tem. E, no caso, quando o médico sai para a visita domiciliar, a gente usa a sala daquele médico da nossa equipe, mas a gente não tem sala de enfermagem exclusiva. Também dificulta para fazer processo de consulta de enfermagem. (ENF01) |
|                                                                                          | Condicionantes inibidores: continuidade da assistência à pessoa idosa com demência   | A questão dos familiares, às vezes, implica um pouco, né? Na nossa atenção e no nosso cuidado. Porque, muitas vezes, eles não aceitam o que a gente tem a propor, que seria o mais correto, que seria o ideal pro tratamento do paciente. E eles começam a fazer as coisas do jeito deles, né? Então, cria um certo conflito nessa questão aí do cuidado. (ENF02)                                                    |
|                                                                                          | Condicionantes inibidores: significados, crenças e conhecimento acerca das demências | Mas, na maioria das vezes, a família não tem muita noção, principalmente em relação ao Alzheimer, porque eles acham que o idoso tá fazendo de bobo, né? E que aquilo não é aquilo, que não é doença e que tem que corrigir. Então, assim, às vezes é bem complicado.” (ENF02)                                                                                                                                        |
|                                                                                          | Condicionantes facilitadores: recursos pessoais, da comunidade e sociedade           | Olha, a gente tem um atendimento que é da Associação dos Moradores. Então, assim, não somos nós que encaminhamos, a gente referencia. Fala, olha, se você precisar, você pode ir lá. Lá eles tem fisioterapeuta, eles tem psicólogo, eles tem nutricionista. (ENF06)                                                                                                                                                 |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

*Continua na página seguinte*

Quadro 3 – Categoria e subcategorias referentes ao Eixo II: Assistência ofertada por enfermeiros a pessoa idosa/famílias que vivenciam uma demência

*Continuação*

| CATEGORIA                                                                             | SUBCATEGORIAS | EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3) Propriedades e indicadores do cuidado de enfermagem na transição para uma demência | —             | Falam assim[familiares]: “A mamãe tá esquecendo a torneira aberta. Ela começa a cozinhar, esquece a torneira aberta, inunda a cozinha. A mamãe deixou queimar já duas vezes o feijão e fala que tá tudo bem. A mamãe começou a falar uma coisa e tá repetindo três vezes a mesma coisa. Então, assim, geralmente vem com essas alterações. Eles detectam alguma alteração que saiu da rotina deles e trazem essa demanda pra gente. (ENF02) |
| 4) Intervenções Terapêuticas de Enfermagem nas demências                              | —             | (...) a gente sabe que a demência ela só vai progredindo. Essa estabilização, acho que alguns quadros de demência, precisam de medicações. Alguns idosos têm oportunidade de fazer algumas atividades para poder ajudar na questão da memória, pra evitar essa progressão assim tão rápida. (ENF05)                                                                                                                                         |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

### 7.2.3 Dinâmica do trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde

Esta categoria se formou em torno de como ocorre a dinâmica do trabalho do enfermeiro da ESF na APS. Foi construída a partir de quatro subcategorias: 1) Processo de trabalho do enfermeiro na UBS; 2) Cuidado biomédico; 3) Visitas domiciliares à pessoa idosa com demência; 4) Cuidados de enfermagem.

#### 7.2.3.1 Processo de trabalho do enfermeiro na UBS

Enfermeiras da ESF relatam como sendo sobrecarregado e movimentado o trabalho que desenvolvem na UBS ao conjugarem a assistência aos usuários das áreas de abrangência ou não, com o gerenciamento da unidade, com as demandas advindas da Secretaria de Saúde. Além disso, coloca-se que há resolução de atividades que poderiam ser desenvolvidas por outros profissionais como nutricionistas e assistentes sociais:

Então, a gente tem uma agenda bem apertada, onde a gente procura dividir os horários, né? Um período para a parte administrativa, outro para a assistencial. É bastante movimentado. O meu trabalho é bem movimentado! (ENF02)

Então, assim, é um trabalho BEM sobrecarregado. Fora outras demandas que vêm da secretaria de investigar alguma morte, por exemplo. A gente tem muita história de doenças venéreas, tuberculose, hanseníase são poucos casos. Eu sou enfermeira do YYY [nome do bairro], responsável técnica, mas quando aparece alguma demanda de outra área, como do YYY [bairro da vizinhança], também a gente atende. E tem, também, uma área de influência, que é uma área de menos risco social, que a gente atende também. Não tem Agente Comunitário, mas tem demanda pra gente também. (ENF03)

A sobrecarga de serviço, porque é muita coisa para se fazer, a equipe é muito pequena, só tem os enfermeiros e médicos, então, assim, a gente acaba se prendendo às vezes em coisas de serviço social, em coisas que são de nutrição, em coisas de outro serviço, porque acaba se sobrecarregando um pouco a enfermagem. (ENF10)

A agenda da enfermeira é distribuída em ações conforme Programas do MS com ênfase no de Saúde da Mulher; da Criança e do Adolescente; de Doenças Crônicas prevalentes com foco em hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e no Plano Nacional de Imunizações. As ações educativas são as mais citadas e as específicas à saúde da pessoa idosa não são reconhecidas na prática mencionada.

O atendimento à pessoa idosa é feito no âmbito dos Programas gerais, conforme planejamento global da oferta para a população adstrita ou conforme demanda espontânea à UBS pelos usuários ou familiar.

O processo de trabalho, a gente atende todos os ciclos de vida do indivíduo, desde a gestação, o nascimento, o adulto e até o idoso. Então, não é atendimento, exclusivamente, com o idoso. A gente atende todas as faixas etárias, saúde do adulto, saúde do jovem, do adulto, as doenças crônicas não transmissíveis, diabéticos, hipertensão (...) Então, o idoso ele entra no pacote junto com os outros nossos atendimentos, né? (ENF01)

Dentro da agenda a gente procura dividir e separar por essas classificações. E tem a parte, também, que a gente, às vezes, uma vez por mês, não é sempre, né, faz alguma atividade educativa, como planejamento familiar, grupo de direitos reprodutivos ou um grupo de gestante ou um grupo de hipertensos diabéticos. Em geral, tem isso. Além das salas de espera [prática educativa breve] que a gente faz, né? Que é mais rotineiramente. (ENF02)

A gente atende criança, adolescente, hipertenso, idoso, alto risco e risco habitual, gestante, mesma coisa. Doenças não transmissíveis, doenças transmissíveis, preventivo, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde da criança e do adolescente. Na verdade, assim, é um trabalho bem sobrecarregado, porque tem outros atendimentos, como a campanha de vacina, a gente tem grupo de caminhada, grupo de hipertenso, grupo de gestante, direitos reprodutivos, climatério. (ENF03)

Eu preciso estudar, tá, infelizmente... Porque eu acho que a rotina, ela te suga tanto. Você tende a aprimorar mais na questão de outras coisas que a demanda surge de forma maior, por exemplo: mais gestante, mais criança... E o idoso, tadinho, às vezes, é meio deixado de lado nesse sentido. (ENF08)

Específico pra demência, a gente não tem. A gente não acha muito espaço na agenda. Olha que triste. (ENF11)

(...) minhas consultas eram direcionadas para gestantes, período puerperal, nascimento do RN e acompanhamento dessa criança até 2 anos de idade (...). A gente tinha as consultas dos hipertensos, que são aquelas pacientes que já conseguem se auto cuidar, porque vinham até nós na consulta, tinham idosos, aquele idoso que era mais limitado sempre vinha com a família, mas quando chegava até a mim, não tive nenhum caso que eu percebesse algo que o médico já não sabia (...). Temos as consultas de gestante, puerpério, puericultura, o hipertenso e os preventivos, que já nessa parte de demência não é mais nosso público-alvo. (ENF12)

### 7.2.3.2 Cuidado biomédico

O atendimento inicial à pessoa idosa com demência advém, principalmente, de demandas espontâneas, ou seja, a própria pessoa idosa ou um familiar vai até à UBS e solicita atendimento mediante queixas pontuais, muitas vezes, associadas à renovação de receitas; quando há agudização de doenças crônicas como hipertensão e diabetes ou se há necessidade de curativos em feridas.

Então, assim, você vê que na minha apresentação, no meu trabalho, o idoso entra nessa clientela. Muitas vezes, ele não vai chegar para mim na demência, ele vai chegar para mim como hipertenso, como diabético descompensado. E é ali que a gente vai estar investigando e vai estar detectando. (ENF01)

A gente não faz o atendimento, aqui na Unidade, específico da pessoa idosa. Ela vem, às vezes, com alguma demanda e, geralmente, quando o idoso chega, ele não chega com essa demanda tipo assim: “Ah, minha memória não está boa. Ah, eu estou esquecendo disso.” Eles sempre chegam com: ou o remédio dela acabou, ou eu preciso renovar a receita, ou ela está com uma ferida, ou ela está sentindo dor em alguma parte do corpo. Mas assim, uma queixa pontual. E ali durante a consulta médica, vai destrinchando aquilo ali e percebendo. Se tiver necessidade, ele [médico] encaminha. (ENF06)

O acompanhamento às demências da pessoa idosa é centralizado na figura do profissional médico, acionando outros profissionais a partir de demandas pontuais, sem que haja a discussão do caso com outros membros da equipe. O enfermeiro toma conhecimento pelos relatos espontâneos de familiares que procuram a consulta de enfermagem para realização de outros atendimentos, como pré-natal:

Não. Para idoso já não tem! [atendimento]. E especificamente pro idoso com demência é que não tem MESMO! Então, assim: é o controle do médico e só o médico. Às vezes, a gente toma ciência, igual eu te falei, porque é um familiar de alguém que você está aqui atendendo. Às vezes, ele é avô de uma gestante que eu estou atendendo. Então, você toma ciência por aí. Mas, o que não deveria ser, tá? O que eu estou te falando é o que acontece na nossa realidade. Agora, o que é colocado pelo Ministério e pelas Políticas Públicas voltadas pra essa população, a gente sabe que é totalmente diferente disso. (ENF06)

Mas os recursos formais mesmo, começam muito na parte médica, muita ajuda médica, inicialmente é médico, médico, médico, até chegando a um ponto que, sei lá, preciso de uma cama. Já não é só com o médico, já é com outro serviço. Ah, a gente tá vendo agora que ela precisa, sei lá, de uma fralda. Então, à medida que as demandas vão chegando, a gente vai pegando os apoios. (ENF10)

As enfermeiras pontuam que os familiares não buscam informações sobre alterações de memória na UBS, fazendo-o somente quando há instalação da demência, distanciando da prática de promoção à saúde e enfatizando que não é um tema abordado na equipe:

Não me lembro de o familiar perguntar como é que são as alterações de memória, a gente percebe realmente quando já aconteceu, por exemplo, ele [pessoa idosa] está esquecido, ele [pessoa idosa] está assim....e aí surge realmente, essa investigação e essa necessidade de dar uma consulta agendada com os médicos. (ENF12)

Às vezes o problema já está instalado numa situação crítica, aí eles trazem o problema, mas no sentido de buscar informações pra prevenção, pra tentar [prevenir] alguma coisa, isso não, é muito difícil. (ENF07)

Os familiares ao suspeitarem da vivência da transição para uma demência chegam à unidade procurando o profissional médico ou a assistência social, já previamente informados do encaminhamento para a Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), serviço da RAS que tem o atendimento especializado à pessoa idosa:

Eles buscam atendimento médico, passaram por uma consulta com um médico, e alguns até vêm, tentam falar no serviço social, eles até buscam nesse sentido. (ENF07).

(...) Vem [familiares e pessoa idosa] mesmo à procura do atendimento médico. A maioria vem informado que quer encaminhamento pra ACISPES pro idoso (...) (ENF11).

Pontua-se que a assistência em saúde na APS, apoia-se em especialidades médicas, ressaltando o desejo de realizar mais ações voltadas à pessoa idosa com demência/ família:

A gente quase sempre se apoia mesmo no especialista [médico]. A gente pode fazer mais enquanto profissional de saúde, enquanto enfermeira. (ENF11)

Relata-se que usuários idosos que iniciam uma demência e familiares não são aderidos às consultas de enfermagem para acompanhamento do processo saúde-doença na demência e orientações. Além disso, observa-se existência de dificuldade na captação desses usuários quando não há prescrição medicamentosa, pedidos de exames laboratoriais ou encaminhamento para outros pontos da RAS, enfatizando-se a falta de compreensão desta atuação assistencial do enfermeiro pelos usuários.

Se você marca uma consulta [de enfermagem] com o paciente idoso iniciando o processo de demência para o familiar trazer aqui, para você enquanto enfermeiro, orientar, eles não vêm na consulta. "É muito difícil tirar o papai de casa". "O papai tem que subir um monte de escada para chegar aqui e você ficar só falando". Então eles não entendem muito isso. (ENF06)

Aí, se saem daqui sem uma receita, sem um encaminhamento, sem um pedido de exame de sangue, porque ele já fez há menos de 4 meses... [queixam] (...) "não, aquela não é boa. Porque ela não pediu exame de sangue do papai". Mas o "papai" acabou de fazer há três meses atrás; não teria necessidade. Então, infelizmente, a gente esbarra em questões do serviço, mas a gente também esbarra em questões dos próprios pacientes, familiares, do próprio usuário em não compreender a importância da enfermagem nesse processo. (ENF06)

Menciona-se o cuidar como objeto da prática do enfermeiro e o entendimento de que a pessoa idosa com demência necessita de cuidados específicos por meio de um olhar diferenciado, entretanto, a prática assistencial na ESF tem enfoque nas demandas relacionadas às doenças como hipertensão e diabetes.

(...) o que mais cabe ao enfermeiro, que resume o enfermeiro, é cuidar. E esse paciente [com demência] precisa de cuidados. Então, assim, não tem como atender um paciente demente sem ter um cuidado, sem uma visão, um olhar diferenciado. Quem tem esse é o profissional enfermeiro, que ele é habilitado, formado para isso. Mas esse cuidar, ele é muito mais amplo do que eu faço hoje. Hoje, a minha visão, como eu não trabalho só com idoso, nem demente, a minha visão acaba que, não é uma visão focada, acaba sendo uma coisa muito, assim, esparsa. Mas, às vezes, eu me detenho mais com a hipertensão, com o diabetes descompensado. (ENF01)

#### 7.2.3.3 *Visitas domiciliares à pessoa idosa com demência*

As visitas domiciliares (VD) são intercaladas com o profissional médico a depender das demandas dos usuários, sendo realizadas, mais frequentemente, no início do quadro demencial e espaçadas com o tempo, ou a pedido do ACS e/ou familiares:

Vai ficar mais ou menos de acordo com a demanda. De início, a gente vai fazer mais, mais vezes, mais visitas, dando atenção, suporte, aquela família, orientando mais. E à medida que 'a coisa vai ficando tranquila', a gente já vai espaçando o tempo. (ENF02)

Em cima disso, do quadro, ou a gente faz visita de dois em dois meses, de mês em mês, uns a gente vai mais vezes conforme as demandas deles. (ENF03)

A enfermagem também vai por demanda espontânea (...). A Atenção Primária não trabalha com urgência (...). A gente trabalha com visitas agendadas, daquele paciente que precisa de uma orientação, de um cuidado, que consiga esperar o agendamento. (ENF12)

Mas as visitas, (...) elas acontecem de acordo com a demanda dos agentes (ACS). (ENF09)

A visita a gente tem um dia pra fazer, na semana. Só que esse dia a gente divide com as seis micro áreas. Então são assim, demandas diferentes. Visita recém-nascida, visita com curativo mais complexo. Então as demandas vêm normalmente pelo agente comunitário mesmo. (ENF10)

Uma participante citou a utilização da Escala para Classificação de Risco e Vulnerabilidade Clínica para pacientes em visita domiciliar na APS, um instrumento de avaliação de frequência de VD aos usuários, destacando que as síndromes demenciais são elencadas como um dos critérios de elegibilidade, como explicitado abaixo:

Eu uso essa classificação aqui (...) pelo menos pra gente ter noção de quanto tempo a gente vai fazer visita, né? Aí entra aqui, ó “Síndrome demencial”. Para cada um desses itens, a gente tem uma pontuação. Depois a gente soma e joga aqui na escala. Tá vendo? E aí a gente vai fazendo. (ENF05)

Menciona-se que desempenhar função assistencial concomitante à supervisão da unidade reduz o tempo disponível da enfermeira para realização de VD:

A gente visita uma vez por semana. O médico visita até mais do que a enfermagem. O médico é sistematicamente uma vez por semana. Ele tem o dia da visita dele. A gente visita e volta. Eles têm uma tarde para fazer a visita. A gente visita quando solicita. O agente comunitário visita, tem o tempo dele. O técnico visita menos que a gente ainda. Eu acho que se eu estivesse... É muito grande aqui. Então, quer dizer, não posso me dar de pegar uma tarde para visitar. Tem a parte... Eu sou supervisora também. Tem a parte da supervisão e tem a parte assistencial. Então, a gente peca. (ENF11)

#### *7.2.3.4 Cuidados de enfermagem*

No âmbito do cuidado os procedimentos de enfermagem são realizados de forma geral, sem que haja nenhum diferencial para as pessoas idosas com demência. Compreendem aferição de pressão arterial, avaliação da pele, nutrição, prevenção de queda e administração de medicações, muitas vezes durante a VD.

No caso da atenção primária, eu não faço nenhum acompanhamento exclusivo para doença de Alzheimer, de enfermagem específico, não. Eu vou fazer aquele acompanhamento na minha visita, na maioria das vezes que a gente faz a visita domiciliar, é mais aferição de pressão, ver a questão da pele, se tem uma ferida, ver a questão da alimentação, ganho de peso, aferição da parte antropométrica. Mas, assim, especificamente, algo que pudesse estar orientando alguma coisa, a gente não faz, não, porque a gente também sente falta desse profissional, da equipe multiprofissional por trás de toda a gente. (ENF01)

A gente faz algumas orientações do dia a dia, como evitar a queda, se uma medicação tem efeito colateral, como está funcionando. É esse protocolo mais ou menos da enfermagem, dose, o que é certo, qual o melhor horário adequado, qual o melhor horário para a medicação dar um resultado melhor. (ENF03)

Eu reforço muito, por exemplo, o horário de administração, a questão da dosagem, porque muitas vezes a gente vai fazer visita e está errado. Às vezes faz no horário errado, às vezes está fazendo a quantidade errada. Às vezes você chega lá com um monte de receitas, sabe? Às vezes mudou as dosagens, está usando uma receita antiga, você vê que tem uma receita nova. (ENF05)

Mas, assim, eu me preocupo como que esse idoso vai estar no ambiente dele, do domicílio, na questão da alimentação, questão dos cuidados básicos da vida diária, banho, prevenção de acidentes, uso dos medicamentos diário. Então, eu me preocupo com essa parte, entendeu? (ENF08)

A gente acompanhava a medicação dele, entendeu? Se tinha, se não tinha. Lá de vez em quando olhava como é que estava ficando a caixa, a receita era aquela, via a pressão, via como é que estava e ia tentando controlar. Com certeza não ficava 100%, porque é muito complexo isso para a gente mexer. (ENF10)

Eu acho que o que a gente faz é no geral, encontrar alimentação, olhar a parte de nutrição. A gente não pode olhar só a cabeça, tem que olhar ele como um todo. E participar de repente de um grupinho de convivência. De repente ele tem capacidade para isso. Dependendo do grau de demência, ele pode estar participando de um grupinho de convivência. Eu acho que é por aí. Inserir no grupo de artesanato, talvez de repente ele tenha alguma habilidade que a gente possa estar ajudando. (ENF11)

Questões de cuidados no geral mesmo, uma sondagem de urina pra coletar pra mandar pra laboratório, a imunização, o curativo do paciente acamado, a orientação de mudança de decúbito se ele tá acamado, cuidado com a gastrostomia (...). (ENF12)

Então, primeiramente, o acolhimento, direcionamento pra consulta médica, equipar toda a avaliação, imunização, as medicações de comorbidades associadas, que às vezes não é só a medicação pra demência que esse paciente toma, tem outra medicação tomada, que às vezes quem cuida desse paciente é o outro idoso, acontece muito isso. (ENF12)

O cuidado da enfermagem é colocado como essencial e importante na assistência à pessoa idosa com demência, abarcando atividades que vão além da prescrição medicamentosa como orientações, curativos, imunizações, atuando em todos os ciclos de vida:

A demência leva à um prejuízo importante nessa área [autocuidado]. E acho que isso é muito da enfermagem, de orientação, de cuidados, autocuidado, acho que isso é muito da enfermagem. Então, acho que a enfermagem tem um papel importante na demência, porque não é só remédio. Então, eu acho que o autocuidado é importante e é uma coisa da enfermagem. Mas que a enfermagem consegue fazer com mais qualidade do que um outro profissional, sem querer desfazer dos outros, é óbvio. Mas eu acho que isso é muito da enfermagem, essa situação de autocuidado. E é uma coisa que é muito justificada na demência. Então, acho que nesse momento, a assistência de enfermagem é fundamental na demência. Quando você volta para esse lado, pelo menos é o que a gente tenta fazer. (ENF10)

Eu entendo como sendo essencial, porque sem esse nosso cuidado, eu acho que tudo dificultaria. Porque a gente não só... A gente não prescreve o medicamento. Mas a gente tem um cuidado que vai além, muito além disso. Que é o apoio. Assistência mesmo, né? Um paciente que precisa de um curativo. Um paciente que precisa de uma vacina. Um paciente que precisa de uma orientação. Então eu acho que é essencial. Entendeu? Eu não consigo separar...o idoso com demência, da criança...Porque a gente vê como um todo. Mas que são [cuidados de enfermagem] essenciais e fundamentais pra tudo da vida do ser humano (ENF08).

Porque a gente não tem aquele poder de prescrever de tudo, mas eu acho que essa parte, a gente já faz muito, que é uma coisa que demanda tempo, o cuidado que você vai prestar para ele evitar uma queda mesmo, uma fratura de fêmur, tudo isso. E a família, o amparo para a família, o apoio, se colocar à disposição para esclarecer dúvidas, dificuldades, essas coisas que eu me preocupo. (ENF08)

O papel, realmente do enfermeiro é do cuidado e a gente passa por todas as questões desse cuidado, tanto do corpo, do paciente que é demenciado, que está acamado, que precisa do curativo, uma orientação de curativo, ou orientar esse familiar, como cuidar, não sabe tomar banho, não sabe comer, como gerenciar esse cuidado com esse paciente. Então, assim, o nosso papel vem muito da orientação e da orientação no geral da doença e também das comorbidades associadas que esse paciente possa vir a ter. (ENF12)

Na concepção das enfermeiras, os cuidados realizados nas transições que envolvem o processo saúde-doença para uma demência na APS, objetivam evitar agravamentos e consequente encaminhamento para os setores secundário e terciário, interferindo nos custos para o sistema de saúde. Intervenções precoces, como

prevenção de quedas e orientações no domicílio, enfatizando a necessidade de reforçar orientações aos familiares.

Eu acho que, no caso, o cuidado da enfermagem, ele impacta nessa questão de demência, como eu te falei, dependendo da situação mesmo do paciente. Prevenção de lesão, de piora ali do estado mesmo. Prevenção de queda, são orientações que a gente dá. A gente reforça, e às vezes a gente reforça a mesma coisa várias vezes. É aquele negócio, aí a gente fala uma vez, mas quando a gente volta no domicílio a gente fala de novo, aí quando a gente volta de novo a gente fala de novo. A gente sempre tem que estar reforçando. (ENF05)

No caso da Atenção Primária, a gente foca a prevenção. Então, quando você consegue fazer esse trabalho bem feito, você acaba evitando que esse paciente chegue no setor secundário, no terciário. Você consegue impedir isso, ou pelo menos, retardar, porque, às vezes, tem algumas situações que ele precisa [ser encaminhado para outros pontos da RAS] e não tem como, mas a gente consegue, de certa forma, retardar ou tentar diminuir ao máximo e aí isso vai impactar financeiramente, vai impactar na vida do paciente, financeiro, que eu digo, do sistema como um todo (...). (ENF07)

Evita internações. Os gastos. Aí eu acho que nós aqui como sendo o primeiro nível, eu acho fundamental a gente fazer o máximo por eles e pro familiar. (ENF08)

As participantes relatam que o atendimento à pessoa idosa com demência demandaria atenção outros profissionais como nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo e Assistente Social:

Eu acho que é pra evitar agravamentos da doença. Como é uma doença degenerativa, uma perspectiva de cronificação, de o paciente acabar ficando muito dependente. É tentar trabalhar, quanto mais precocemente e evitar essas complicações. No caso de evitar perda de peso tão grande, com uma orientação nutricional, desde o início do diagnóstico, uma fisioterapia. Nem que seja uma orientação, a T.O [Terapeuta Ocupacional], um acompanhamento com essa família, um suporte psicológico com essa família, e até mesmo orientar no serviço social o que essa família tem de direitos, pra conseguir conhecer o paciente. (ENF01)

### **7.3.1 Condicionantes inibidores e facilitadores das transições vivenciadas na demência**

Serão abordados, nesta categoria, quais são os condicionantes da transição do processo saúde-doença para uma demência na visão do enfermeiro. Subdividiu-se em quatro subcategorias: 1) Condicionantes inibidores: continuidade da assistência à pessoa idosa com demência; 2) Condicionantes inibidores: significados, crenças e

conhecimento acerca das demências; 3) Condicionantes inibidores: recursos físicos e instrumentais e 4) Condicionantes facilitadores: recursos pessoais, da comunidade e sociedade.

#### *7.3.1.1 Condicionantes inibidores: continuidade da assistência à pessoa idosa com demência*

A pandemia de COVID-19 provocou rearranjo do sistema de saúde e nos atendimentos prestados. As portas das UBS não se fecharam, mas foram adaptadas para o momento vivido, priorizando os casos de sintomáticos respiratórios e demandas pontuais. Com a vacinação e diminuição do número de casos graves, os serviços se reestruturaram novamente. Porém, a continuidade da assistência a alguns usuários e a realização de alguns grupos nas unidades foram perdidas:

(...) Mas, assim, a pandemia veio arrastando tudo o que a gente veio construindo durante todos esses anos. A gente perdeu muito a continuidade de acompanhamento dos pacientes. Durante a pandemia, a gente era tão restrito ao atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios(...). Então, a gente ainda tá juntando os caquinhos que ficaram, né? Da pandemia. E tentando vir reestruturar o nosso serviço. (ENF06)

A gente até tinha uma atividade bem legal aqui na Unidade, que era viver com a arte, que era um momento que se reuniam as pessoas idosas, independentemente de ter algum diagnóstico [de demência] ou não, mas era aberto pra todo mundo, e era um momento em que faziam artesanato, e ali a conversavam, então de certa forma isso ajudava, e aí depois da pandemia, a gente ainda não conseguiu voltar, a pandemia teve que parar, a gente ainda não conseguiu retornar ainda com essa atividade, mas eu acho que isso ajudava de certa forma. (ENF07)

O que a gente agora, depois da pandemia, agora a gente tá querendo, na nossa UBS, a gente quer voltar o nosso grupo de artesanato. (ENF08)

Tem, tem atividade física, tem atividade só para as mulheres. A gente foi trocada a supervisão, porque tudo desde a pandemia estava muito perdido. Então, a gente está retomando os grupos, a gente quer trazer a população de volta para a UBS, para recriar o vínculo que muitas vezes ficou perdido depois da pandemia. (ENF09)

A mudança de paradigma no período pós-pandemia, com foco no tratamento de doenças, diverge do que é priorizado pela APS, onde se tem como foco a

prevenção. O acolhimento e o vínculo são colocados como instrumentos utilizados para o apoio à pessoa idosa e familiares durante as transições ocorridas na demência:

Eu acho muito importante que a priorização de mais saúde, que isso não se perca, que as políticas consigam fortalecer cada vez mais isso, para tentar essa reversão do modelo assistencial, que a gente consiga realmente focar na prevenção, que depois com o Covid a gente teve um pouco, ou se é mudando um pouco de paradigma, as pessoas vêm buscar muita doença. A gente parou a prevenção, a UBS parou. Então assim, a gente está tentando retornar isso de novo. Então assim, atenção primária à saúde é, em todos os casos, é o princípio da demência, que é onde a gente começa, vem trazer, que se descobre, que a família vem buscar apoio, então assim, a gente, o nosso acolhimento, o nosso vínculo, eu acho que são os instrumentos principais e importantes para transcorrer do tratamento. (ENF12)

O quantitativo insuficiente de ACS, dificulta a continuidade da assistência em saúde, devido ao déficit na cobertura em algumas áreas, perdendo o elo que estes profissionais exercem entre a comunidade e a equipe:

A gente tenta fazer o melhor possível, porque a gente tem uma demanda grande, o número de idosos na área é muito grande e a área descoberta é muito grande e isso dificulta porque a presença do agente de saúde, ele que vai buscar as informações, trazer pra gente, fazer esse elo e a gente deveria, no [área de abrangência da UBS], que é a minha área, eu só tenho duas agentes de saúde, então deveria ter seis. Então, a área descoberta é muito grande e isso dificulta, mas a gente tenta, dentro do possível, estar atendendo esses pacientes. (ENF07)

Infelizmente, a agente [ACS], lá onde eu estou, tem duas micro áreas descobertas por aposentadoria de uma ACS, a outra é uma ACS que está de licença médica há mais de 10 anos e não anda um contrato. Então é uma área totalmente descoberta. E aí, quando a gente tem o trabalho funcionando, o nosso elo são as ACS. (ENF09)

Na visão das participantes o acompanhamento das demandas específicas da pessoa idosa com demência é descontinuado por não ter disponíveis profissionais especializados de referência que deem suporte às equipes da ESF nas áreas das UBS, como nutricionistas fisioterapeutas e fonoaudiólogos:

Muitas vezes a gente detecta até essa perda de peso, perda de massa magra, vê que o paciente está precisando de um acompanhamento nutricional, mas a gente não tem esse profissional. A gente não tem um fisioterapeuta para fazer esse trabalho. Ele teria que ir para a clínica, e muitas vezes essa família não leva, por dificuldade de deambular, questões familiares. Então, nem esse fisioterapeuta para ir em casa, fazer essa orientação, a gente não tem. O fonoaudiólogo, às vezes a gente percebe um paciente que está tossindo,

engasgando, mas a gente não tem onde referenciar, nem na rede. (ENF01)

Ressalta-se que no município de Juiz de Fora não há Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dos quais poderiam se beneficiar as pessoas idosas com demência:

Após a entrevista, a ENF02 citou a importância do NASF e a falta que ele faz no município, pois fortaleceria a assistência e possibilitaria resolver questões pontuais relativas a nutrição e demandas psicológicas de pessoas idosas com demências. (NC02)

A fragilidade no funcionamento do Sistema de Referência e Contra referência ao longo do percurso assistencial na RAS foi relatada como um fator dificultador no acompanhamento de pessoas idosas residentes na área de abrangência da UBS:

Se eu encaminho para o YYY [unidade de referência], por exemplo, que tem o Ambulatório de Geriatria, eu não recebo essa contrarreferência. Ela não chega até mim, não estou dizendo que não é feita, mas na Atenção Primária ela não vem de volta para a gente. Então, eu não sei o que foi falado lá. Eu não sei o que foi prescrito. Eu fico sabendo que foi prescrito uma hora em que o familiar traz a receita para mim e ele quer que a gente renove a receita porque já passou seis meses, ou se for de saúde mental dois meses. Então, assim, a gente não fica sabendo o que foi feito, o que foi falado, por quais profissionais ele passou lá. (ENF06)

A gente é a porta de entrada e acho que um atendimento bem feito, bem acolhido, detectado o problema aqui, tem todo um caminho pra seguir pra rede bem. A gente tem essa dificuldade que na rede volta pra gente sem um esclarecimento que o médico precise (...) esse matriciamento é muito importante (...). (ENF12)

Menciona-se que apesar de haver resolutividade da assistência, com retorno para a comunidade, existem recursos na RAS que independem da equipe de saúde para a continuidade do atendimento, podendo ser demorado até que o usuário tenha retorno:

Todas as demandas, eu sempre falo isso pra equipe, eu percebo isso nas ações, e eu falo isso para a população, que o paciente nunca sai daqui sem uma resposta. Pode ser que essa resposta não seja no momento que ele chegue, mas (...) a gente pede um telefone, a gente pede um endereço pro ACS levar esse retorno. Então, o paciente sempre tem uma resposta. E a gente consegue dar os encaminhamentos sim (...) as questões são resolvidas, às vezes, são mais morosas, que o paciente queixa um pouco, mas, foge do nosso gerenciamento, que é questão de marcação de SISREG. Não depende de nós, mas a gente lança, mas demora, via ouvidoria, e a

gente responde, as coisas são resolvidas, então, de um modo geral, acho que a resposta é boa. A demanda chega, a consulta tem vaga, ele é avaliado, e às vezes depende da rede como um todo pra poder a gente conseguir dar seguimento ao cuidado (ENF12).

Citou-se, também, como fator inibidor, a necessidade de se capacitar profissionais que atuam em serviços da RAS para o atendimento à pessoa idosa com demência durante a transição no processo saúde-doença como forma de evitar complicações:

A gente percebe que nesse período de transição é preciso capacitar a Rede inteira, não é só o enfermeiro. Porque existem, sim, situações que podem ser ofertadas pra esse cliente que está no período de diagnóstico de Alzheimer, pra gente não deixar, e vir atendê-lo lá no finalzinho, quando já está acamado, atrofiado, cheio de úlceras (...) Mas aí, na verdade, não falhou só a Enfermagem, falhou toda uma equipe, né? E falhou também todo um Sistema que não disponibilizou uma outra equipe pra ajudar. Então, não dá pra você assumir um paciente de tamanha complexidade, só o médico e o enfermeiro. (ENF01)

Eu acho que deveria ter um olhar específico pra Atenção Primária, capacitar melhor os enfermeiros, a equipe como um todo, não só o enfermeiro, mas toda a equipe, e pra que a gente pudesse fazer o nosso trabalho pra isso repercutir no paciente, na vida dele, e não só com relação à demência, mas eu acho que a Atenção Primária, ela é fundamental e isso pode impactar e muito, mas infelizmente a gestão, e não digo nem só a municipal, mas assim, acho que é uma visão mesmo que precisa ser mudada e fala-se muito: “Ah, a gente vai valorizar a Atenção Básica”, mas na prática ainda a gente está muito longe. (ENF07)

Se você é efetivado, eles [gestão] te jogam na atenção primária sem nenhum treinamento. Sem te falar: “Olha, está aqui o protocolo. Pelo menos lê se você tiver alguma dúvida”. Atualiza protocolo? A gente é que tem que buscar ouvir dizer que atualizou. Mas são muitos [gargalos]. O principal deles é a gente não saber usar o sistema. Saber o que a gente tem no sistema. (ENF09)

Além de citar-se existência de despreparo do sistema de saúde no acompanhamento da pessoa idosa com demência, o apoio familiar também foi relatado como um condicionante inibidor pelas enfermeiras. A resolução de demandas pertinentes aos familiares, sem indicação da enfermagem e a fragilidade no vínculo com a UBS são mencionados nas falas a seguir:

E assim, a gente não vai conseguir fazer um processo de atendimento. Vai ser tudo muito pontual, pontual vírgula, conforme a necessidade da família, que nem sempre é necessidade para o paciente. O que ele precisa. Então, eu sinto uma enorme dificuldade (...) você não

consegue acompanhá-lo, você só atende ele quando é pontual ou familiar. É difícil demais, porque é como se quem mandasse no tratamento fosse a família. (ENF01)

A questão dos familiares, às vezes, implica um pouco, né? Na nossa atenção e no nosso cuidado. Porque, muitas vezes, eles não aceitam o que a gente tem a propor, que seria o mais correto, que seria o ideal pro tratamento do paciente. E eles começam a fazer as coisas do jeito deles, né? Então, cria um certo conflito nessa questão aí do cuidado. (ENF02)

Questões sociais e econômicas envolvendo o usuário e seus familiares também são percebidos como condicionantes inibidores que interferem na compreensão do quadro demencial, na reestruturação familiar após diagnóstico e na realização do plano de cuidados:

Eu acho que ela é um pouco deficiente, igual a gente envia para o secundário. E às vezes eles fazem um plano de cuidado que às vezes a própria família não tem condição de fazer. (ENF03)

Ela [pessoa idosa com demência] andava. Aí teve essa fratura no pé que o médico recomendou não fazer cirurgia. Não fez cirurgia. Só que precisava de fisioterapia. E a fisioterapia é meio cara. E aí eles não fizeram fisioterapia. (ENF05)

Na comunidade onde eu atuo, são pessoas em situação, e principalmente a minha micro área, muita situação de vulnerabilidade, assim, extrema. Então, muitas vezes, eles não têm essa concepção de que pode ser uma demência. (ENF09)

Então, vem uma parte social também que é importante e que dificulta. Não é só a questão da saúde clínica do paciente. Então, tem a questão social também que tem um peso importante nisso. Eu não posso parar de trabalhar pra tomar conta do meu familiar, mas também, por outro lado, ele não pode ficar sozinho. Então, tem situações que a gente fica meio que enrolada como resolver, entendeu? Porque precisaria de um outro suporte que a gente não tem como fornecer. (ENF10)

A ausência familiar, em tempo integral, no acompanhamento da pessoa idosa com demência e auxílio na execução das atividades de vida diária é visto com preocupação para enfermeira como explicitado na fala abaixo:

Ele [pessoa idosa com demência] mora sozinho, 96 anos. A gente já falou com a família que existe um risco para ele estar morando sozinho, ele não pode morar sozinho, embora a filha mora na casa de cima, ele permanece um longo período, principalmente à noite, ele dorme sozinho e ela já falou que ele tem esses esquecimentos. É perigoso. Na casa tem fogão, tem tapetes, embora tenha a barra de segurança no banheiro, ele tem toda a assistência familiar mas não tem a presença familiar ali em tempo integral. Então, isso é um dos casos que a gente tem dado um pouco mais de cuidado. (ENF06)

### 7.3.1.2 Condicionantes inibidores: significados, crenças e conhecimento acerca das demências

Um ponto de concordância entre os enfermeiros entrevistados é a dificuldade na conscientização e aceitação, por parte dos familiares, sobre as demências podendo estar associado aos significados e crenças que as envolvem, como preconceito, aflorando-se sentimentos como o de vergonha, medo e angústia:

Também é bem complexo mesmo. Porque é uma doença que as pessoas ainda não aceitam bem. Tem um certo preconceito. As famílias não gostam de falar sobre isso. O casal principalmente, o esposo, a esposa que tá já começando com essa demência. Eles ficam um pouco com vergonha de falar. (ENF02)

E uma questão que a gente percebe também é a dificuldade do familiar em aceitar. Principalmente quando esse familiar, ele é mais próximo, ele é um filho, ele é, às vezes, um sobrinho, mas que convive ali com ele. Então, muitas das vezes, o familiar não entende esse processo de envelhecimento mesmo, sabe? (ENF06)

Eu acho que eles sabem, assim, de forma mais superficial, eles sabem. O familiar sempre relata pra gente. Esse medo de tá achando que tá começando a entrar na demência, num quadro de demência. (ENF08)

Porque pra família é muito difícil aceitar essa situação (...) a família que às vezes chega chorando, de familiares que não conseguem estar lidando com aquela situação, de realmente, o paciente nem querer vir até a consulta, eu não consigo tirar meu pai pra vir na consulta, ele não quer sair de casa, a família perde um pouco desse controle, a família fica um pouco refém daquela situação. (ENF12)

O paciente, na maioria das vezes, pelo menos o que eu acompanhei lá, era uma senhora. Até ela não deu conta. Então, ela foi levando aquilo tranquila. A família ficava muito angustiada. Às vezes, não dorme direito, fica gritando à noite. A paciente estava tranquila. E ela tinha consciência do diagnóstico? Sim, mas ela no início ainda dava conta, mais ou menos. Depois não dava nem conta do diagnóstico mais. E parece que incomoda menos a paciente do que a própria família, entendeu? O diagnóstico parece que incomoda mais a família do que o próprio paciente. (ENF10)

A associação da demência com a finitude da vida ou a negação dos sintomas relacionando-os a teimosia, falta de conhecimento ou com o próprio envelhecimento, evidencia a necessidade de orientações por parte do enfermeiro sobre a transição:

Então, o familiar traz essa demanda. E, muitas das vezes, a gente tem que trabalhar o familiar. Porque o familiar não aceita a condição real daquele paciente idoso. Então, a gente, às vezes, acaba que a demanda não é só do idoso que tem a demência, mas do familiar que não aceita a condição que aquele idoso tá vivenciando. Eu acho que ele começa a perceber uma questão, assim, não sei se a palavra certa seria finitude, mas... Ele tá ficando velhinho, ele tá chegando nos últimos anos de vida, ele vai depender de mim (...) E aí, então, a gente orienta, fala com a família que tem que ter paciência, que tem que compreender a necessidade daquele paciente, que muitas das vezes ele não faz aquilo porque quer, por teimosia. (ENF06)

Mas, na maioria das vezes, a família não tem muita noção, principalmente em relação ao Alzheimer, porque eles acham que o idoso tá fazendo de bobo, né? E que aquilo não é aquilo, que não é doença e que tem que corrigir. Então, assim, às vezes é bem complicado. (ENF02)

No idoso, principalmente a que eu presenciei, essa do Parkinson. Aumento da depressão, aumento da sensação de morte. No familiar, talvez a sensação de estar perdido, sem saber o que fazer. (ENF09)

Alguns eu acho que até pode ter essa percepção de que está chegando uma demência, acontecendo alguma coisa, mas a maioria eu acho que deixa passar despercebido, não dá muita importância. Ah, está esquecendo é coisa da idade mesmo e pronto, não busca algumas alternativas. (ENF07)

Eu estou achando que eles precisam de cuidado, porque a demência não é o final. Tem muita coisa para a gente fazer com pacientes de demência. Eu acho que a gente pode ajudar mais. (ENF11)

Eu acho que a família dá uma desanimada. Eu acho que ela fica conformada com a demência. Não sei se por falta de informação, mas ela [família] não vê uma saída. Ela acha que a demência já é quase que um... Um diagnóstico de fim da vida, fim de linha. É isso que a gente observa. Talvez seja falta de informação. (ENF11)

Porque às vezes o paciente está demenciado e as famílias também não sabem e a gente fica assim: "Chato, tá esquecido" e, às vezes, a família não consegue realmente entender o que está se acontecendo com esse idoso, a gente trabalha com uma população mais carente, que às vezes o esquecimento é menor, então quanto mais informação, melhor, as coisas conseguem se transcorrer melhor. (ENF12)

Mas eu percebo e eu acredito que seja uma situação muito difícil pra família, por perceber que tá perdendo aquele ente no sentido do afeto, aquele corpo físico tá ali, mas o afeto, o reconhecimento, que é tão importante pra nós, enquanto seres humanos, a gente precisa disso, a gente precisa do reconhecimento, a gente precisa se sentir amado, isso acaba saindo um pouco, a gente precisa do reconhecimento do amor que a gente transfere também, isso se perde. (ENF12)

A vivência da enfermeira em lidar com um familiar que manifesta esquecimentos lhe possibilita entender mais facilmente a dificuldade de conscientização da pessoa idosa na transição para uma demência, expondo um estado de negação e de atraso no diagnóstico:

Eu acho que pra pessoa que tá vivenciando Alzheimer, eu acho muito difícil ela começar a aceitar isso. Eu falo pela minha avó. Minha avó, às vezes, falava alguma coisa e perguntava alguma coisa. A gente virava pra ela: “Você não lembra disso? Você fez isso?” E aí ela virava e falava:” Ah, eu sei. Eu estou brincando”. Ela não admitia. E aí, eu jogava, fazia essa piadinha assim. Tanto que demorou mesmo pra gente ter o diagnóstico. A gente achava que ela estava brincando. Que ela estava zoando com a gente. Mas já era. Porque eu acho que eles não aceitam bem. (ENF05)

Observam que o reconhecimento de um evento crítico, pelo usuário idoso, sinalizando lhe a ocorrência de uma mudança no estado de saúde é o que lhe estimula a buscar por atendimento na UBS para o desenvolvimento do autocuidado:

O paciente, geralmente, quando está no início, ele nega um pouco, a gente percebe isso, não, foi só aquele dia, não é isso tudo. Agora, quando o paciente reconhece que ele está tendo, quando ele vem procurar o atendimento e entende isso, que isso é muito importante pro próprio cuidado dele, identificar que ele, de fato, tem essa limitação, acontece, mas é menos frequente... (ENF06)

#### *7.3.1.3 Condicionantes inibidores: recursos físicos e instrumentais*

Um fator condicionante é a insuficiência de recursos físicos e instrumentais como a falta de carro para o deslocamento foi colocada como um fator que influencia nos critérios de atendimento aos usuários por meio de VDs:

A gente não tem carro da prefeitura pra fazer visita. A gente tem que ir com carro próprio, com condução própria. A prefeitura não disponibiliza isso. Um carro pra visita. Aí você tem que ir com o seu carro, tem que organizar, de preferência. O critério que eu faço, a minha agenda de visitas é por proximidade de pacientes, pra eu aproveitar a minha ida e minha gasolina. (ENF01)

Outro fator condicionante citado foi o número de salas na UBS, insuficiente para todos os atendimentos, prejudicando a realização da consulta de enfermagem. Além destes, destacou-se, também, a não informatização da UBS, dificultando o processo de enfermagem, distanciando o enfermeiro da assistência aos usuários, que, por vezes, se ocupa com procedimentos administrativos como a marcação de exames pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG):

(...) A gente não tem espaço físico para todos os enfermeiros, não tem sala. Então, a gente divide internamente entre os enfermeiros as salas, as duas salas que a gente tem. E, no caso, quando o médico sai para a visita domiciliar, a gente usa a sala daquele médico da nossa equipe, mas a gente não tem sala de enfermagem exclusiva. Também dificulta para fazer processo de consulta de enfermagem. (ENF01)

(...) Então...é um dificultador, porque a gente perde muito tempo com a parte escrita, né? Fazendo duas vezes o mesmo processo. E tem o fato também de não ser informatizado, dificulta com a questão de exames, com a questão de marcação de SISREG, que poderia ser feito, por exemplo, por especialista no próprio consultório com o médico. Isso acaba centralizando com o profissional enfermeiro, que a gente acaba dividindo essas atividades internamente (...). (ENF01)

#### *7.3.1.4 Condicionantes facilitadores: recursos pessoais, da comunidade e sociedade*

O apoio familiar é o primeiro recurso citado para superação dos primeiros desafios das transições para uma demência, enfatizando-se que a resolução de demandas pela UBS são pontuais.

Eu acho que é a Rede de Apoio familiar mesmo (...) o primeiro recurso. Porquê da comunidade, da UBS, seria só mesmo para os atendimentos, tá? Mais para os desafios aí... do dia a dia mesmo é isso [Apoio familiar]. (ENF05)

Na comunidade, eles [pessoa idosa e familiar] buscam a UBS. Quando tem Agente [ACS], como eu falei, retomando, quando tem Agente, isso é facilitado. Se não tem, e a gente não consegue fazer uma busca ativa, esse paciente, esse idoso, ele fica perdido na assistência. (ENF09)

A Rede de Apoio mesmo é a UBS e a gente se apoia bem nos serviços mesmo, tá? A gente não tem muito caminho, não. (ENF11)

Então, assim, primeiro seria a busca de ajuda pela UBS, que é a porta de entrada, o acolhimento dessa família, tentar entender as questões, o que se passa, realmente entender que esse paciente tá entrando em demência e ser atendido, ser medicado ou ser encaminhado. (ENF12)

Porque as pessoas vêm direto aqui, primeiro. Mas assim, da Rede [RAS], eu acho que o apoio é pouco. E perto da complexidade do quadro, né. Então, eu acho que é bem pouco esse apoio aí. (ENF08)

Reconhece-se que a interação entre os enfermeiros e os familiares e a participação destes no processo saúde-doença, auxilia no tratamento da pessoa idosa, sendo fundamentais na dispensação das medicações para demência.

Tinha essa restrição um pouco com o [pessoa idosa com demência]. A família, a gente batia lá [no domicílio] não conseguia nem entrar. Mas agora com as últimas vacinas, depois, o filho veio até aqui pedir

visita, sabe? Aí a gente começou. Mas geralmente não tem dificuldade não. (ENF05)

Tem que vir um acompanhante, um familiar, alguém que se responsabilize por esse idoso, essa pessoa, esse paciente, e aí, então, ela [pessoa responsável pela pessoa idosa] repassa essas informações para o cuidador, né, a gente fala familiar porque, geralmente, é o mais próximo, mas, às vezes, é que a pessoa, ela tem uma cuidadora que não é o familiar e a gente prefere que o cuidador venha, mesmo não tendo vínculo, né, familiar com o idoso, quem vai ficar com ele, quem vai fazer esse acompanhamento. (ENF06)

Geralmente o familiar que fica por conta de pegar essa medicação, né? (ENF02)

Normalmente a medicação é dispensada mensalmente. Então, assim, a família... O paciente que tem a família que cuida vem aqui, busca a medicação, o paciente toma e o médico vai reavaliando se mantém aquele remédio. (ENF10)

A gente sempre orienta o acompanhante. Quanto aos horários. Se tiver alguma normalidade, alguma indicação para comunicar. Mais isso. Se a pessoa é muito idosa, muito confusa sozinha, a gente acaba tendo que identificar o que vai tomar no almoço, um pratinho, de manhã, à noite. Tem isso aí também. (ENF11)

O vínculo entre enfermeiro paciente e famílias foi citado como um fator facilitador da assistência em saúde, pautado na confiança que se estabelece entre família e profissionais de saúde, consonante a especificidade do trabalho da ESF:

Então, aqui é onde esse paciente tem o apoio, né, onde ele consegue realmente buscar o apoio, esse acolhimento, e o principal disso tudo, que se não tiver, não acontece, é o vínculo. Se a gente não tiver o vínculo com esse paciente, com essa família, nada se resolve. Essa família tem que confiar no profissional que ela atende, tem que ter a confiança e a certeza de que nós estamos aqui querendo o melhor, né, por mais às vezes que a gente seja um pouco mais, que a família, a gente precisa ser um pouco mais incisiva, né, mas a família escuta e atende, mas isso só é possível quando a gente se unir, por isso que é extremamente importante. (ENF12)

Outros recursos disponíveis na comunidade, não específicos para casos de demência, mas que podem atuar como facilitadores da transição são os atendimentos com serviços de profissionais específicos ofertados por algumas das Associações de Moradores dos bairros e igrejas:

Olha, a gente tem um atendimento que é da Associação dos Moradores. Então, assim, não somos nós que encaminhamos, a gente

referência. Fala, olha, se você precisar, você pode ir lá. Lá eles tem fisioterapeuta, eles tem psicólogo, eles tem nutricionista. (ENF06)

A comunidade tem alguns recursos, sim, a igreja sempre tem psicólogas, tem fonoaudiólogo, tem psicoterapia, com um valor simbólico, esses profissionais atendem na igreja (..) porque a gente não tem psicologia na rede (...). Então, eles são os recursos pra comunidade, sim, que ajudam, não é o ideal, mas que ajudam. (ENF12)

Além deste, é mencionado um atendimento psicológico, a preço popular, em faculdades particulares do município, para apoio aos usuários e familiares que vivenciam o processo saúde-doença na demência:

A gente não tem nem rede de apoio para os pacientes que precisam de atendimento psicológico. A gente tem alguns endereços, algumas clínicas que oferecem atendimento a preço popular. Aí a gente encaminha. Consulta de R\$15,00; R\$20,00 reais, que geralmente são vinculadas a essas universidades [Faculdade particulares]. Aí tem os estagiários de psicologia, entendeu? Mas o atendimento aqui pelo SUS [serviço público] de psicologia, a gente não tem. A gente não tem. E a demanda é grande. (ENF05)

Tem também, quando necessário, alguns locais da cidade que fazem atendimento com valores simbólicos, principalmente dos psicólogos para essa finalidade, pacientes do SUS e tudo mais. (ENF06)

Psicólogo é serviço particular ou serviços oferecidos por escolas, igrejas, etc. A gente tem uma listinha. Não sei se aqui tem alguma igreja que faz, mas é assim, a [Faculdade particular] eu sei que tem. Alguns serviços assim. A gente passa esse contato para o paciente e o paciente entra em contato, mas aí depende de aguardar a vaga. Psicólogo é muito difícil em relação a isso. Nutricionista também é muito difícil como fonoaudiólogo. Aí, nesse caso, é o DID. (ENF10)

Orientações fornecidas por enfermeiros da ESF foram citadas como facilitador na transição. Em especial, àquelas relacionadas às condições que envolvem o surgimento de uma demência; dos direitos da pessoa idosa e a parceria entre a unidade e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS):

A gente orientou sobre a questão do direito do idoso, que ele não pode permanecer sozinho, ele precisa de alguém o tempo todo, ou que ela [filha da pessoa idosa com demência] pudesse para morar com ele, ou ter alguém [um dos filhos], algum cuidador com ele (ENF06).

E assistente social. Quando é um caso, assim, mais complexo, que a gente vê que, igual essa idosa, por exemplo, que vinha aqui sempre, sozinha, a gente chama a família. (ENF08)

Nós fomos junto ao CRAS, já era uma família conhecida, a gente não detectou nada, a própria vizinhança, não consegue entender a situação, às vezes, também, de que tá acontecendo, né, ela tá muito emagrecida, mas todo aquele processo tem uma, uma comorbidade, um diabetes associada, o emagrecimento estava associado à doença, né, e no momento da visita do CRAS, eu acho muito importante a gente ir junto com o CRAS, porque são percepções diferentes, né, ela tem uma percepção social, é uma percepção mais de ambiente, né, e a gente não percebeu maus-tratos, né, era uma relação familiar um pouco difícil, de mãe e filha, né, que talvez não se deram bem uma vida inteira, e agora tem que estar junto, né, morava com outro filho e agora veio morar com ela, mas era uma...não tinha negligência, ela faz as consultas, ela faz os exames, estava tudo em dia, tem a medicação, nós chegamos, estava a comida toda posta no fogão, tudo limpinho, nós não comunicamos que iríamos, foi uma visita surpresa, então a gente não detectou maus-tratos, a gente tem esse trabalho em conjunto com o CRAS (ENF12)

O Quadro 4 sintetiza a categoria de Condicionantes inibidores e facilitadores das transições vivenciadas na demência.

Quadro 4- Condicionantes inibidores e facilitadores das transições vivenciadas na demência

| Condicionantes inibidores das transições vivenciadas na demência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Condicionantes facilitadores das transições vivenciadas na demência                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de carros para realização de VDs</li> <li>• Número de salas da unidade insuficientes</li> <li>• Falta de informatização na unidade</li> <li>• Pandemia COVID-19</li> <li>• Falta de profissionais para suporte às equipes ESF</li> <li>• Fragilidade do Sistema de Referência e Contrarreferência</li> <li>• Falta de capacitação dos profissionais que atuam na RAS</li> <li>• Apoio familiar</li> <li>• Conscientização e aceitação dos familiares frente ao diagnóstico de demência</li> <li>• Associação da demência à finitude e negação dos sintomas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio familiar</li> <li>• Interação entre equipe de saúde e familiares</li> <li>• Recursos disponíveis na comunidade: Associação de moradores; instituições particulares a preço popular; igreja</li> <li>• Orientações sobre direito do idoso</li> <li>• Parceria com assistência social</li> <li>• Apoio da UBS</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

#### 7.4.1 Propriedades do cuidado de enfermagem na transição para demência

Nesta categoria serão abordadas as propriedades da transição saúde-doença para uma demência segundo enfermeiros da ESF entrevistados.

Destacam-se eventos críticos que se manifestam na vida da pessoa idosa, demarcando o início da transição, em função de mudanças na saúde para uma condição de adoecimento (abruptas ou não). Na experiência das enfermeiras pesquisadas, são eventos críticos identificados: as fraturas, advindas de quedas; prejuízos na deglutição, que exigirão a alimentação por gastrostomias; agitação; esquecimentos, frases desconexas, insônia e mudanças de comportamento.

Falam assim [familiares]: “A mamãe tá esquecendo a torneira aberta. Ela começa a cozinhar, esquece a torneira aberta, inunda a cozinha. A mamãe deixou queimar já duas vezes o feijão e fala que tá tudo bem. A mamãe começou a falar uma coisa e tá repetindo três vezes a mesma coisa. Então, assim, geralmente vem com essas alterações. Eles detectam alguma alteração que saiu da rotina deles e trazem essa demanda pra gente. (ENF02)

Ela [pessoa idosa com demência] teve uma fratura no pé que não foi tratada. Não quiseram. Na época eu acho que o médico não quis operar por conta da idade. Só que não fez fisioterapia. E por conta dessa fratura ela não anda mais. (ENF05)

Ela tem um quadro de Alzheimer, já avançado. Ela já não conversa, está acamada. Ela teve uma piora, precisou ficar um tempo hospitalizada e voltou agora. Está com gastrostomia. (ENF05)

Eu perguntei umas coisas pra ele [pessoa idosa] uma semana, aí na semana seguinte ele [pessoa idosa] falou comigo assim: “Ah, eu fui chutar um gato.” Aí eu não entendi bem o que ele tinha falado, como que foi isso? Conta pra mim. Estou desconfiada que ele esteja entrando num quadro de demência (...) (ENF08)

Ah, vêm falando que às vezes a pessoa repete coisas antigas, né, que esquece, tá com a cabeça ruim, entendeu? Essas coisas. Tem alguns outros que a gente observa, mas pouca coisa. Esquece tomar remédio, esquece o fogo aceso. Quanto a família, quase sempre a família observa e traz pra gente. (ENF08)

Fala, o paciente não tá tomando remédio direito. Tá ficando remédio sobrando, esquece de tomar. A gente é mais informado mesmo, eu mesmo ainda não percebi. (ENF10)

Ela [pessoa idosa] não sabe informar muita coisa. Datás, data de aniversário. Número de telefone. Ela não consegue... “Acho que eu tive um AVC”. Lembrando agora, pode ser uma demência. Pessoa nova.

De 66 anos, me parece (...) Na hora de responder a um questionário, ela não sabia responder quase nada. Telefone, nenhum número, nada. (ENF11)

Tá esquecido. Falando que tá esquecido ou tá com insônia. Acordam muito à noite, começam a andar à noite. A maioria é o relato deles. Nesses casos, a gente encaminha pra ACISPES. Marca uma consulta com a doutora. E a ACISPES tem o critério de atendimento desse tipo de pessoa idosa. A gente conta com a ajuda deles, sabe? (ENF11)

Se perdia [pessoa idosa]. Chegava aqui e não conseguia voltar pra casa. Não sabia como voltar. Aí a gente percebeu que ele não estava bem. A gente acompanhava ele muito. Ele era nosso usuário, assim, bem frequente. Mas aí, no final, ele começou a chegar e alguém teve que levar ele. Aí vai incontinência urinária. Aí complica outras partes. É um caso bem triste de acompanhar, né? (ENF11)

O quadro 5 sintetiza os eventos críticos na transição saúde doença de pessoas idosas que iniciam uma demência, extraídos da experiência das enfermeiras participantes deste EC.

Quadro 5 – Eventos críticos à transição para uma demência

| Eventos críticos nas transições para uma demência |                           |
|---------------------------------------------------|---------------------------|
| •                                                 | Fraturas (quedas)         |
| •                                                 | Disfagias (gastrostomia)  |
| •                                                 | Agitação                  |
| •                                                 | Esquecimentos             |
| •                                                 | Frases desconexas         |
| •                                                 | Insônia                   |
| •                                                 | Mudanças de comportamento |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

As mudanças na rotina familiar também são percebidas e relacionadas às questões de dependência e autocuidado pelas falas abaixo e durante as observações da pesquisadora, registrado em notas de campo:

Ao observar a assistência da ENF03 a uma pessoa idosa/familiar com demência, a mesma identificou a existência de Risco de Quedas e de tensão do papel do cuidador relacionados ao tipo ao procedimento de banho. A intervenção da enfermeira pautou-se em orientações sobre cuidados com banho, uma vez que a cuidadora informou dar o banho sozinha; que se constatou que também se tratava de uma pessoa idosa, não apresentando força suficiente para segurar o familiar. Seria necessário um suporte e a enfermeira a orientou aguardar a filha chegar do trabalho e/ou dar banho do familiar na cama. (NC03)

Extremamente agitado. A família tem que trancar o portão porque ele quer ir pra rua, pra poder sair. Não quer ficar em casa. Não quer tomar as medicações. É bem rebelde também. É um quadro de demência. O

[pessoa idosa com demência] está com 79 anos. Anda, tá tudo controlado. Mas tem um quadro de demência. (ENF05)

E tem a questão da dependência. Quem é independente, né? Quem resolve tudo na vida e, de repente, se vê refém. Não consegue mais tomar conta do seu dinheiro. Receber a sua pensão, ir no mercado, comprar suas coisas. Não lembra onde mora, sai, não sabe como que vai voltar. E a família também, para a família também complicado. Porque você tinha uma pessoa, às vezes, independente e tem uma pessoa ali que você precisa cuidar. E, às vezes, você trabalha o dia inteiro. Você não tem ajuda. (ENF05)

A pessoa [cuidador familiar] ela se priva de tudo. Do cuidado com a saúde, do lazer, de frequentar uma igreja. A pessoa acho que fica muito privada. A pessoa com demência? A pessoa que cuida, eu acho que ela fica numa vida muito restrita. E a pessoa com demência, eu assim, não saberia te explicar. Porque fica muito dependente do outro. Então também tem que privar de tudo. A pessoa vai no mercado se o filho levar. Então acho que eles também ficam muito só. Dentro de casa, eu acho, a maioria. (ENF08)

O que a gente percebe é o autocuidado mesmo, que vai ficando prejudicado, não sabe se tomou banho, não sabe se comeu. Então, a gente vai percebendo que a vida cotidiana vai mudando, precisa de mais atenção de alguém. (ENF10)

A rotina dela [cuidador familiar] é que ela tem que arrumar alguém pra olhar essa pessoa, né? Se ela quer continuar a trabalhar, ela precisa de um cuidador. (ENF11)

O engajamento do enfermeiro no cuidado de pessoas idosas que iniciam uma condição demencial pode auxiliar na construção de um plano de cuidados baseado nas necessidades de cuidados da pessoa idosa. As falas possibilitam interpretar a existência de um sentimento de despreparo das participantes para o atendimento, expondo a carência de capacitações e afastamento do ideal proposto pela modalidade de ESF, em que prevê o atendimento a todos os ciclos de vida.

É difícil também, porque a partir do momento que você começa a ficar só especializando naquilo, né? Você sai um pouco da questão do que é a Estratégia de Saúde da Família. Então, assim, terceirizar? Eu não sei o que poderia ser feito, mas... Eu creio que com educação, com preparo, com cursos, capacitações mais efetivas. (ENF02)

É muito difícil esse trabalho, por questão de falta de estar atualizada, porque essa questão da gente ser generalista, tem hora que a gente se tolhe muito. Eu fiz obstetrícia, o meu olhar é mais para obstetrícia, mas a minha experiência de vida e profissional me faz conseguir atender essas questões também...(ENF03)

Então, eu entendo, eu gostaria de ter uma capacitação melhor pra isso, porque eu sei que existem vários recursos, que existem algumas

opções, que a gente pode tá usando alguns instrumentos, mas eu não tenho, não domino muito bem isso, pra poder estar investigando, avaliando, eu gostaria de ter uma capacitação pra isso. (ENF07)

A gente que está na linha de frente. Eu atendo pacientes todos os dias antes do médico. Só vai para o médico se eu levar. Então, a gente é fundamental. E, por isso, isso é mais um motivo que me leva a pensar que falta treinamento, falta capacitação. Só ver uma disciplina, uma aula em uma disciplina na faculdade não é suficiente. Não é. Se não participar de projeto de extensão, e eu não participei, talvez seja por isso que eu não tenha segurança de usar algum instrumento, porque eu não fui capacitada para isso. (ENF09)

No meu caso, por exemplo, talvez uma atualização, de precisar de uma nova capacitação. Como eu te falei, eu não fiz nenhuma especialização em idoso, foi uma coisa que a gente vai aprendendo no dia a dia. Então, talvez, uma atualização, uma coisa assim, seria interessante, que abriria os olhos da gente para outros pontos que a gente pode observar. A gente vai aprendendo na prática, então, ficam coisas falhas. (ENF10)

Eu acho que a gente não pensa na demência. Eu acho que a gente podia pensar, olhar com mais atenção para esse lado da demência. Eu acho que a gente podia até estudar mais para procurar ser melhor. Eu acho que vale. A gente precisa de mais... A gente sabe ler, sabe procurar, mas a gente precisa de mais capacitação dos tipos de pacientes que eu acho que merecem e precisam. (ENF11)

A falta de preparo e conhecimento dos familiares em relação à evolução da demência, é evidenciado pelos sentimentos de se sentirem perdidos, assustados, e dificuldades em lidar com os sinais e sintomas como o esquecimento. Orientações do enfermeiro e da equipe da ESF são recursos de tranquilizar a pessoa idosa e familiares:

Exatamente, da demência, não. Já peguei o diagnóstico de Parkinson, que também, com avanço, pode levar à demência, mas era enteadada porque ela não teve filhos e, assim, totalmente perdidos. Eles não têm nem noção da evolução das doenças crônicas não transmissíveis e que pode deixar o paciente acamado, que aumenta o risco de queda. Então, é educação em saúde. E não há uma abordagem só, não. São várias abordagens, porque eles não conseguem entender em uma única consulta. (ENF09)

Eu acho que assusta um pouco. Eu acho que assusta pelas dificuldades que a pessoa percebe que pode enfrentar de forma muito sozinha e desamparada. Entendeu? Então eu acho que assusta. Porque, tipo assim: “Nossa, como que eu vou fazer agora o meu pai com demência?” Um dia ele pode estar de um jeito, o dia do outro. (ENF08)

Ah, não. Eu acho que não. Eu acho que não tem consciência, não. Falta informação, talvez. Acham que isso é da idade. Tá ficando velho, é da idade. Não é da idade. Nem sempre idosos tem que sofrer de

demência, né? A maioria acha, não, ele tá idoso. É a idade. Já é a idade. Acaba que se conforma com o diagnóstico que tá velho, tá idoso. A grande maioria acontece com a maioria, infelizmente. (ENF11)

(...) a gente percebe que quando chega, a família tá um pouco sem saber como lidar com essa situação, até realmente haver essa conversa com a equipe médica e de repente ter essas orientações. Mas eu percebo que a família às vezes não consegue ter uma, não sabe lidar muito bem (...) às vezes quando o paciente já chega com a demência, a família tem muita dificuldade de lidar com isso, desse esquecimento realmente do seu elo, do seu ninho, (...) de quem são essas pessoas, então, eu percebo que realmente é um pouco difícil pra família sim, e é difícil pra nós também profissionais conseguir minimizar um pouco esse sofrimento (ENF12)

Hoje as pessoas tem um pouquinho de conhecimento, porque é muito divulgado, né? Mas, assim, ela já vem, teoricamente, sabendo, assim, acho que fulano tá com Alzheimer, já vem com o diagnóstico pronto. Eu acho que meu pai tá com Alzheimer, minha mãe tá com Alzheimer. Sempre já tem o diagnóstico já pronto até a gente entender que não é só isso, né? (ENF10)

### 7.5.1 Intervenções terapêuticas de enfermagem nas demências

A utilização de instrumentos específicos ou protocolos para avaliação da pessoa idosa com demência (gerais e empíricas) não é mencionada pelas participantes neste EC, embora se tenha o conhecimento da existência do MEEM, ficando restrito ao uso médico. Algumas intervenções terapêuticas explicitadas pelos enfermeiros durante as transições no processo saúde-doença para uma demência puderam ser extraídas nos depoimentos das enfermeiras entrevistadas. Uma das participantes mencionou o uso da CSPI:

Eu acho que eu preciso, até porque eu não tenho já comentei isso com você, eu precisava de um processo, né? Um instrumento pra fazer uma avaliação mais global. Eu acabo fazendo mais uma avaliação da pele, da mucosa, né? Ver a hidratação (...) perguntar mais em gestos, mas se faltar um critério mais, um instrumento mais pontual, que me auxiliasse mais no diagnóstico. Eu sinto falta desse instrumento na atenção primária. (ENF01)

Ah...eu vejo ela como um todo, se a pressão está normal, se está com alguma queixa, isso eu vou meio que intuitivamente mesmo. (ENF03)

Não. Tem, inclusive, o Mini mental, que é o mais básico. Mas ainda não usei. Apesar de não utilizar um instrumento formal, sempre que eu faço uma visita ou que o usuário chega para mim numa consulta, eu vou conversando de maneira que ele me responda o que eu preciso saber para saber se ele está orientado ou não. Por exemplo, data de nascimento, onde mora, tem filhos, nome dos filhos, quais medicamentos toma. Porque eu consigo, pelo menos, saber se ele...

Ah, não, eu não lembro mais. Ah, eu tenho dois filhos. Aí, se tiver acompanhado, normalmente a pessoa me olha. Não, são tantos. Ou é um filho e duas netas. Não é um instrumento formal, mas eu vou conduzindo ali uma conversa antes. (ENF09)

Não, eu não... não sei como é que o médico faz, mas a enfermagem não tem nada. (ENF11)

Eu não [uso instrumento], mas o médico usa. Aquela escala mini [Escala Mini mental], né? Aquela avaliação mínima. Então ele costuma usar sim, mas eu não uso. (ENF10)

Nada, nada, eu acho que realmente é (...) bem cercado na consulta médica. Nós [enfermagem] não temos uma consulta realmente voltada para o paciente com demência. Para nós chega realmente na demanda, quando o médico: “Ó, estou precisando realmente do apoio da equipe pra lidar com esse paciente, orientar a família, orientar a medicação, acionar o CAPS, pra tentar ver que tipo de medicação nós vamos associar junto, ou acionar o CRAS”. Então, a gente realmente não tem um protocolo de atendimento, não. (ENF12)

A gente tem aqui a cadernetinha do idoso, né? (ENF08)

Avaliação de enfermagem das atividades de vida diária e mudanças de comportamento da pessoa idosa, também podem indicar o início da transição saúde-doença para uma demência, podendo ser discreto e sutil e que se não identificado precocemente, evolui com piora do quadro:

As atividades diárias de vida. Como que eles estão, se está percebendo alguma mudança, alguma mudança no comportamento, se está com um comportamento mais agressivo ou diferente do habitual. Se tinha hábito, por exemplo, nunca o idoso nunca usou uma joia ou uma maquiagem, e passa a querer usar, que é um dos indícios. A gente consegue observar a alteração nesse tipo de comportamento, que às vezes é muito discreto, muito sutil. Mas é o que vai caminhando para piora, se não for feito o diagnóstico correto. (ENF09)

Eu enquanto enfermeira vou no foco mais no autocuidado mesmo. Pra ver o que esse paciente está limitado, o que ele não está, em que ele precisa mais de ajuda. Porque, às vezes, é uma coisa que tá iniciando, ele só não consegue separar a medicação, se a gente conseguir separar ele vai de boa, consegue tomar a medicação. Então assim, a gente vai pelo autocuidado, é um paciente que ainda cuida a higiene ou não? É um paciente que alimenta ou não? Então eu vou mais pelo autocuidado mesmo, que isso me dá uma norte de o que o paciente está precisando. (ENF10)

Extraí-se dos relatos das enfermeiras que são feitas orientações específicas às pessoas idosas e/ou cuidadores familiares sobre: limpeza, retirada de tapetes, colocação de barras de proteção e supervisão em atividades consideradas perigosas

como cozinhar, evidenciando cuidados voltados para prevenção de riscos físicos. Soma-se aos relatos, que durante a observação em uma VD, a pesquisadora presenciou que as orientações ao cuidador familiar são feitas verbalmente:

Durante observação da assistência da enfermeira ENF03, em VD, a mesma identificou Risco de Queda devido caracterizado pelos tapetes que havia na casa. Como intervenção, a enfermeira explicou, verbalmente, à cuidadora, o motivo pelo qual seria mais apropriado e seguro não fazer o uso de tapetes em casa. (NC03)

(...) Tem umas ainda que vão ao banheiro sozinhas. Aí são os cuidados referentes ao idoso. Barra de proteção, não ter tapete em casa, não deixar sozinha, por exemplo. Se for fazer qualquer coisa na cozinha, tem que ser supervisionado. Não pode ser sozinho, porque pode queimar, pode colocar fogo em alguma coisa. Esquece, né? Não pode sair na rua sozinha porque, né? Mas, basicamente, é isso. (ENF05)

(...)as orientações que nós fomos fazendo foi em relação mais à questão do ambiente, que foi algo que nos chamou muito a atenção. Primeiro, a precariedade da limpeza da higiene da casa, inclusive, quando nós chegamos, esse senhor que estava varrendo a casa, um senhor de 95 anos, com Alzheimer, edemas em membros superiores e membros inferiores, e com risco de queda. Então, nós orientamos a filha, que nesse caso não era adequado, que ele poderia se acidentar (...) A gente orientou com relação à retirada dos tapetes da casa, né, porque tinha muito tapete na residência e a gente falou do risco, ainda mais ele morando sozinho, né? (ENF06)

Ah, além do uso adequado de medicação, se for o caso da prescrição, a gente orienta sobre alimentação, orienta sobre riscos de queda, sobre os riscos do ambiente. Então, as orientações da enfermagem são mais baseadas nisso. A gente preocupa muito com risco de queda, principalmente porque são ambientes inadequados. Com escadas não que favoreçam. Até pra gente é ruim de subir. Às vezes, casa muito alta, sem um protetor, uma grade, sem nada. Então, assim, o ambiente a gente fica atento porque realmente é complicado. Na maioria das situações. Ainda mais, uma comunidade mais humilde igual aqui, igual que eu trabalhava antes. O ambiente interfere muito. (ENF10)

Ah, é mais começar e orientar as cuidados gerais com o idoso. Colocar no banheiro uma barra para cuidar do banho. Tirar tapete de dentro de casa. É esse tipo de orientação com o idoso de uma maneira em geral. Específico assim, para evitar queda e demais. Geral. E não deixar os usuários sozinhos. É isso. (ENF11)

Apreende-se, pelos depoimentos das participantes, a existência de um foco nas imunizações e em orientações sobre o uso de medicações e sua dispensação, seja pela farmácia central do município seja pela farmácia de responsabilidade do governo estadual:

Não tem nenhuma atividade específica, não tem um grupo, são mais as visitas, e mais a questão da imunização, que eu posso falar, na minha realidade. (ENF01)

Assim que chega a demanda pra gente, que é feito um pré-diagnóstico, vamos dizer assim, a gente já começa a orientar a família, pedir o agente pra ir mais vezes naquela casa, conferir direitinho a medicação, né? Passar sempre e perguntar se tá tendo alguma alteração importante pra gente tá dando o monitoramento. É mais ou menos assim. Não posso esquecer também a questão da imunização, né? Que a gente também faz nos idosos, alguns até em casa, em domicílio. (ENF02)

A gente vê a necessidade, a gente já vai orientando, vacina, os cuidados mesmo básicos. Às vezes precisa de uma medicação, venosa, parenteral, a gente vai em casa para facilitar. (ENF03)

Aqui na nossa Unidade, a gente não tem dispensação de medicação pra doença de Alzheimer, tá? Eles são encaminhados para o sistema do estado pra receber medicação especial ou através da farmácia central da prefeitura. Nós não temos medicação aqui específica [para demências] (ENF02)

Ela [cuidadora familiar] tinha dificuldade pra poder lembrar das medicações, então a gente fez desenhos, colocou na geladeira pra facilitar pra ela, separou as medicações nas caixinhas com cor diferente nas caixinhas pra ela poder identificar melhor qual que era da manhã ou da tarde e a gente tenta dessa forma. (ENF07)

Ter uma alimentação nutritiva também se encontra dentre as orientações feitas pela enfermeira. Destaca-se a necessidade de individualização e de adaptação à realidade da pessoa idosa com demência e seus familiares, sugerindo, quando necessário, um acompanhamento nutricional.

A gente tenta abordar com a família a questão da alimentação, sugere um acompanhamento nutricional, se vai ter condições...A gente orienta um pouco a questão da dieta. A gente tenta fazer uma orientação básica sobre aumento de fibras, as folhas verde escuras, dentro daquela realidade que ele tem. E dentro daquilo, enquanto enfermeira, eu posso, poderia orientar. (ENF01)

Experiências prévias ou familiares das participantes contribuem para se entender a dificuldade de mobilização de membros da família para a manutenção de cuidados básicos e instrumentais da vida diária do familiar que entra em transição no estado de saúde-doença. Observa-se inexistência de disposição e de aceitação pela maioria dos mesmos em contribuir, concentrando-se a maior parte das tarefas de cuidados para um ou dois membros, preferencialmente mulheres.

Até tem [familiares para ajudar] mas ninguém aceita. Não é todo mundo que está disposto. A minha avó, quando ficou com Alzheimer, as únicas pessoas que olhavam a minha avó eram minhas tias. Revezavam entre minhas duas tias. Na época, sabe? Porque os outros irmãos, não. Ela tinha o que? Seis filhos. Os outros quatro, ninguém ficava com ela. (ENF05)

Então, a gente tenta incluir alguém da família pra auxiliar nesse cuidado do paciente, um filho, algum parente próximo pra estar assistindo (...) (ENF07)

Deixar sozinha é ruim, a instituição é ruim, é um caso meio sem solução, assim. Porque tudo é ruim, qualquer coisa que você faça. O ideal seria o quê? Ter alguém da família com essa pessoa, acompanhar, mas também as famílias não estão. As famílias estão reduzidas, estão desinteressadas também, que não é só reduzida. Tem gente que não é nem aí. (ENF10)

Existe só um filho que cuida, aí tem essa demanda social também, que só um que olha, o resto não olha. Então, muda realmente toda essa rotina familiar, porque sempre tem aquele que aí mora com um, é esse que olha, e depois quer compartilhar com outros, a gente tem que estar na casa, tem que estar toda a rede de trabalho pra gente tentar com que o cuidado desse idoso seja, é contínuo, que não fique realmente negligenciado. (ENF12)

Os pacientes que eu vejo que têm Alzheimer. Que têm demência, Eu acho, a família acha muito difícil. Porque eles apresentam vários tipos de comportamentos. Hora de agressividade, hora não dorme. Então a família tem muita dificuldade de lidar e eu acho que sofre muito com isso. Porque são muito poucas pessoas pra amparar um ou outro. Assim, geralmente fica assim, a esposa com o marido que tem a demência. O marido com a esposa que tem a demência. Ou às vezes só o filho que assume aquilo ali. (ENF08)

E o problema que a gente observa é que parece que todo mundo quer fugir, né? Do problema. A própria família e eu acho que até nós, profissionais, temos dificuldades, muitas dificuldades de lidar. Nós temos muita dificuldade ainda. (ENF08)

Além da filha que mora junto com a pessoa idosa com demência e o cuidador familiar, o casal possui 7 filhos, somente um não mora no município, mas ainda assim, não a ajudam com os cuidados. A enfermeira e a ACS orientam sobre a necessidade de compartilhar os cuidados com outros familiares. (NC03)

Conforme já explicitado anteriormente um evento crítico ocorrido com a pessoa idosa no curso de uma demência, pode ser a necessidade de se submeter a procedimentos clínicos, com consequente instalação de dispositivos, como por exemplo, tubos em gastrostomia para manter a alimentação, exigindo um lidar, um manuseio e adaptação para a convivência infinita. A orientação pela enfermeira da

ESF aos familiares sobre os cuidados requeridos pela alimentação por cateter em gastrostomia visa impedir ocorrência de danos.

Então aí, por exemplo, no caso dessa paciente, que agora voltou usando [cateter em] gastrostomia. Ela é acamada, não fala, então são os cuidados mesmo pra gente evitar danos maiores, evitar uma úlcera de pressão. A limpeza da gastrostomia, por exemplo, eu cheguei lá, ela [familiar cuidador] colocava as dietas por gravidade e colocava a água por gravidade. Aí eu falei com ela, não adianta, tem que lavar a sonda de gastrostomia, senão vai obstruir, porque é só a pressão na seringa mesmo que vai lavar de verdade. A cabeceira elevada na hora de administrar a dieta, mesmo com gastrostomia tem que ter cabeceira elevada. (ENF05)

Pôde-se interpretar que as orientações fornecidas são momentâneas e individualizadas não se apreendendo existência de criação de espaços para compartilhamento das vivências com outros membros da comunidade que estão passando por transição semelhante ao surgimento da demência de um familiar.

Não tem [rede de apoio aos cuidadores familiares]. Aqui, pelo menos na nossa região, que eu saiba. Um curso pra poder orientar os cuidadores e tal. Às vezes a gente consegue fazer uma individualização, né? Conversar com o cuidador naquele momento. Mas um curso pra vários colocarem as situações, né? Como grupo, pra apoio mesmo, a gente não consegue fazer ainda, não. Deveria, mas não consegue. (ENF02)

Então assim, eu acho que eles [cuidadores familiares] lidam com muita dificuldade. Por não saber muito sobre a doença, e por não ter apoios. Nem da rede, a rede tem um apoio...um apoio que a gente pode considerar mínimo. E de familiares mesmo, de amigos, eu acho que não tem muito apoio. (ENF08)

Nem pros cuidadores. A gente já teve um grupo de cuidador aqui. (..) Então, ela [médica da unidade] fez um grupo. A gente encontrava, assim, de 15 em 15 dias. É pra cuidar dos cuidadores, né? Quem cuida dos cuidadores. Foi um tempo bom, um tempo legal. (ENF11)

A enfermeira reconhece que em seu exercício profissional poderia oferecer mais recursos aos familiares, enfatizando o sofrimento dos familiares diante do adoecimento:

Por exemplo, ter um grupo para essas famílias específicas. Sabe? Mas pra família. Porque eu acho que a família sofre demais. Pra família. Eu acho que é mais pra família. Eu acho que eu teria que fazer mais coisa pra eles. (ENF08)

Além da ausência de grupos de apoio na comunidade, houve relatos de que o sistema de saúde ainda não está preparado para amparar o cuidador familiar. A dependência de cuidados pela pessoa idosa com demência associada às cobranças feitas pelos profissionais de saúde podem acarretar sobrecarga e adoecimentos no cuidador familiar, repercutindo até mesmo nos cuidados à pessoa idosa com demência:

O sistema não está preparado para atender o paciente, principalmente no que diz respeito ao cuidador. O cuidador hoje é um indivíduo que é esquecido. A gente só cobra dele. Então, eu tenho muito cuidado, enquanto enfermeira, em ir na casa do paciente e COBRAR o cuidador. É muito grave isso. A gente ficar só cobrando. A gente não sabe. É uma história de vida que existe ali. É aquele indivíduo que está abrindo mão de toda uma vida pra cuidar de um idoso, que não é fácil. São 24 horas por dia de dependência. Não tem grupo de apoio, não tem nada que atenda esse cuidador. Então, na maioria das vezes, o que eu percebo é que o cuidador adocece. Aí, se você vai visitar, você não sabe quem está mais doente, se é o cuidador ou se é o idoso demente. (ENF01)

A rotina familiar também, como eu te falei, quem cuida, quem tá mais sobrecarregado, e esse familiar adocece junto, né, ele adocece junto, se eu me lembro de um outro caso, a gente vai lembrando agora, tem um senhorzinho que eu vou fazer [VD], mas o caso dele não é só demência, ele tem comorbidades associadas e tem uma demência associada, né, ele extremamente acamado, e a filha adoceceu junto, que é só essa filha que cuida. (ENF12)

Igual essa senhora que veio aqui, por exemplo, ela tem 92 anos. Quem cuida dela é só uma filha. Aí eu perguntei pra ela [cuidadora familiar], aproveitei que era outubro rosa e perguntei como é que estavam os exames dela, preventivo e tal, mamografia. Assim, eu não sei se é uma fuga dela também ou se realmente ela não tem condição. Mas tá tudo desatualizado os exames dela. Ela falou pra mim que é porque cuida da mãe. E que ninguém fica com a mãe. Mas a que mora na casa da frente, falou que fica com ela pra vir pra fazer exame. Aí tanto é que eu fui, acho que foi na quarta tarde, eu marquei pra ela na quinta, nove horas pra ela vir fazer preventivo. Ela não apareceu. (ENF08)

Então, a esposa sempre relatava pra gente que isso [esquecimento] dificultava o cuidado, porque às vezes ela que perguntava as coisas, ele esquecia e ela também já estava começando a entrar nesse processo, que ela ficava, ah, eu não sei se eu dei a medicação, se não... Então, até por isso também que o filho resolveu assumir o cuidado dos dois, porque ela esquecia e aí fazia uso de medicação controlada, fazia uso de hipertensivos, medicação pra diabetes e aí às vezes ele passava mal, então assim, esse esquecimento dos dois estava levando um prejuízo com relação à patologia dele. (ENF07)

Nossa, essa primeira paciente, do Parkinson, que é da minha micro área, o recurso pessoal dela é essa enteada. Apesar de serem sete, só tem uma que está ajudando nesse cuidado. E ela ainda tem aquela coisa de não deixar uma cópia da chave. Então, no dia em que ela teve uma queda, precisou quase arrombar a casa, porque não tinha como ninguém entrar, porque ela ainda não confia de deixar a chave. E fica sobrecarregado o cuidador. A cuidadora tem 66 anos, ou seja, é idosa também. Então, para ela, também é puxado, porque a gente está pensando no idoso cuidando de outro idoso, né? E ninguém tem essa noção, ninguém cuida do cuidador (ENF09)

A enfermeira enfatiza a importância de um cuidado ao cuidador familiar. Orientações para acompanhamento psicológico dos cuidadores familiares, prática de atividades físicas e estreitamento dos laços entre familiares e pessoa idosa:

Para os familiares, buscar suporte mesmo. Infelizmente, a gente não tem serviço de psicologia pelo SUS, nem para o idoso (...). E aí, às vezes, está adoecido o idoso e o familiar adocece. Então, na medida do possível, quando possível, manter uma rotina de uma atividade física. Seja uma caminhada, porque faz bem para ambos. Tentarem aprofundar esses laços, terem mais tempo juntos. Porque vai chegar um momento que o paciente com demência não reconhece nem o cuidador. (ENF09)

Não, não existe nada assim direcionado pro cuidador você tem agora consulta médica, né, a orientação nossa da enfermagem, linkamento com o CAP se for preciso, pra esse cuidador realmente ter formas de enfrentamento dessa doença no familiar, mas não existe, nunca vi nada assim focado para o cuidador não. (ENF12)

Neste EC, as enfermeiras observam a intensificação de reações à condição de demência, com a piora do quadro clínico, progressão do déficit de memória e comportamentos de agressividade, por exemplo, até uma estabilização. Estas reações podem ser retardadas com atividades de memória, orientações e supervisão do uso de medicações específicas.

(...) a gente sabe que a demência ela só vai progredindo. Essa estabilização, acho que alguns quadros de demência, precisam de medicações. Alguns idosos têm oportunidade de fazer algumas atividades para poder ajudar na questão da memória, pra evitar essa progressão assim tão rápida. (ENF05)

E o idoso demente, assim, muitos vivem 10, 12 anos, aquele quadro inicial, uma doença degenerativa, que você vai vendo o seu ente querido, que você abriu mão da sua vida inteira pra cuidar, só piorando, piorando (ENF01)

Aí tem até um senhor que agrediu um dia a esposa, tadinha, e ela chegou aqui aos prantos e ela tinha um vínculo muito grande comigo. Então ela chegou aqui desesperada, chorando muito, porque ele tinha

batido ela na parede, ele estava muito desestabilizado. E um dia também ele deixou ela presa do lado de fora (...)Ele ficou muito agressivo. E ela aparecia com roxos, assim, com hematomas no braço, sabe? Então assim, a gente dava, amparava, via a questão se o paciente estava, como que ela estava dando medicação ele, retornar pra consulta no médico (ENF08)

A paciente vai começando a ser medicada, vai estabilizando, vai adequando a situação, vai arrumando, ah, tira o tapete, não sei o que. Aí, as pessoas vão acabando, acalmando. Porque acaba chegando um ponto que você entende que não tem o que fazer, não tem muito o que fazer. Tem dois caminhos, ou você vai largar pra lá ou você vai cuidar. Você não tem um meio termo, você vai cuidar mais ou menos. Ou você vai assumir ou você vai mandar pra instituição, largar pra lá. Então, assim, tem um momento que a família tem que aceitar, o cuidador tem que aceitar e aí fica um pouco mais tranquilo. Acho que não tem nada a ver ficar brigando, não tem mais como brigar com a situação. (ENF10)

Ah, foi piorando. Ele foi piorando até fisicamente. Incontinência urinária, ele foi piorando bem fisicamente. Acabou que ficou quase que restrito ao leito. Não foi uma boa experiência que eu tive. (ENF11)

Embora reconhecidas como possibilidades de intervenção da enfermagem, a prática de atividades de memória com pessoas idosas, que retardariam a progressão dos sintomas da demência, não são ofertadas no âmbito do trabalho das enfermeiras da ESF participantes deste EC, podendo ser uma realidade extensiva às UBS do município.

Não, isso a gente vê. São atividades que a gente vê na mídia, mas que a gente não tem aqui, entendeu? Mas a gente sabe que existe. Que eles fazem, mas aqui a gente não vê. A gente não vê. Ah, é essa UBS? Não, acho que é de forma geral. Acho que você não vai ver em lugar nenhum, né? Mas a gente sabe que existe. (ENF05)

O crítico é quando o paciente já não é, às vezes já está com um Alzheimer, já está com uma doença instalada, e a gente sabe que algumas doenças é do envelhecimento mesmo, e outras existem algumas formas que você pode tentar retardar um pouco isso, ou amenizar de certa forma, existem alguns recursos pra isso, e às vezes, ainda mais deles não buscam. (ENF07)

O tempo para estabilização do quadro demencial, indica que o período necessário para a adaptação às mudanças ocorridas teve fim, com a conscientização da pessoa idosa, familiares e equipe de saúde, evidenciando uma transição saudável. Neste EC, as participantes enfatizaram que esse processo não ocorre rapidamente, dependendo da rede de apoio disponível para cada caso:

Ah, eu acho que isso [estabilização] leva um tempo, eu não sei quantificar esse tempo, mas assim, não é algo rápido, o paciente começa o tratamento, logo em seguida já tem uma resposta, como às vezes a gente toma um medicamento pra dor, um antibiótico, não é assim, leva um tempo, mas eu não sei dizer, quantificar esse tempo (ENF07)

Olha, isso eu não vou conseguir te responder, porque, como eu te falei, geralmente quando surge alguma questão dessa: “Meu pai está esquecido”. Ali no acolhimento, ele vai para uma consulta com o doutor, a gente pega a fichinha dele e se desenrola dentro da consulta médica. Então, assim, eu, pra parte dele, eu não consigo acompanhar essa parte de, quando se inicia a medicação, talvez é encaminhado para um setor, para atenção secundária, e depois o paciente volta para o médico, quando chega pra mim, realmente, é quando eu necessito de alguma intervenção de cuidados. Mas essa questão da estabilização, quanto tempo, porque eu não acompanho muito essa questão da medicação em si. (ENF12)

Então, eu acho que depende muito do paciente também. Eu acho que depende do paciente. Depende do apoio da família. Eu acho que depende de uma série de coisas. Do apoio da unidade de saúde, da rede. Porque esse paciente é acompanhado. Depende muito. Ah, mas eu acho que demora. Mais de seis meses, sei lá. Eu acho que, assim, precisar mesmo, o tempo certinho, eu não sei te falar. Mas eu acho que depende muito de cada caso e do que esse paciente tem de amparo. E do que a família tem de amparo. (ENF08)

Dá pouco tempo não. Na minha experiência. Ah, não sei. Eu não tenho experiência. Não sei te informar, tá? Os casos que eu tive aqui. Acabou que o usuário acaba assumindo. A família acaba assumindo. Não tenho, assim. Não sei te falar. (ENF11)

Na percepção da enfermeira, a família é importante na sinalização da estabilização do quadro demencial, que tem início turbulento e angustiante para os familiares e com o passar do tempo se apropriam de conhecimentos, desenvolvem confiança e maneiras de enfrentamento àquela transição:

O que me mostra que agora estou mais tranquila é a angústia da família, que diminui. Porque no começo a família fica muito angustiada e vem procurar ajuda e fala, reclama. Depois parece que a família entende aquele contexto ali e fica um pouco mais tranquila. Então, assim, a família me sinaliza que as coisas estão mais estabilizadas. Porque acaba aquela angústia da família, sabe? Porque no início a família fica muito angustiada, assim. Depois a família vai acostumando e fala assim, não, isso é do quadro dela. Então, depois, quando a família está mais tranquila, a gente percebe que houve uma estabilização. Aí acho que passou a ter a aceitação do quadro, o entendimento do quadro, a estabilização, tudo isso juntou, aí a família dá uma relaxada, compreende que aquilo é o quadro, que aquilo não é um desesperador, mas também aquilo não vai evoluir para melhora.

Então vai ficar naquela situação, até a pessoa envelhecendo mais. (ENF10)

No contexto da ESF estudado, as ações são iniciadas quando o enfermeiro toma conhecimento da ocorrência de mudança no processo saúde-doença da pessoa idosa que residir na área de abrangência da sua atuação. A manifestação de sintomas sugestivos de demência, lhe desperta atenção, como já mencionado antes: seja durante a visita domiciliar seja pelos relatos, queixas de familiares e vizinhos que recorrem à UBS pedindo ajuda e também, por meio dos ACS.

Assim que a gente descobre, né? Que apresenta alguns sintomas já diferenciados, a gente já começa a acompanhar. (ENF03)

Nesse caso, que foi em visita domiciliar, que a gente já percebeu, inclusive em acompanhamento com o paciente, que ele fazia, na verdade, o acompanhamento dele [em serviço de saúde] da rede privada e aí a família nos acionou por conta de uma lesão em membro inferior que apareceu e aí teve dificuldade de levá-lo na rede privada novamente (ENF06)

Ou por algum familiar, ou principalmente pelos ACS. Eles são fundamentais pra gente ter esse elo com a comunidade. Porque eles que, teoricamente, deveriam estar na casa dos usuários. (ENF09)

Às vezes o familiar informa, às vezes o agente de saúde [ACS], quando é a área coberta, às vezes traz essa informação pra gente, ou às vezes durante uma consulta ou uma visita a gente vai percebendo também, você vai conversando, aí você tem que repetir aquilo que você já falou, como assim, na outra consulta a gente já tinha conversado sobre isso, então a gente percebe dessas formas. (ENF07)

Nós aqui, nós temos uma micro área, nós temos só três ACS, né? Então a gente tem muitas micro áreas cobertas de agente comunitário. A gente tem esse conhecimento através da família. A família vem aqui. Vizinho também. As ACS nas áreas cobertas. E assim, no dia a dia mesmo, porque todo dia a gente faz sala de espera. Então a gente observa também na fila quando o paciente fala alguma coisa que a gente observa que não tá batendo com a sequência de coisas que foi feita pra ele. Entendeu? (ENF08)

A grande parte é pelo ACS, mas às vezes a família procura a gente pra poder, um caso ou outro, a família que vem falando que o paciente tá estranho, tá esquecendo, deixando o fogão aceso, não sabe se tomou banho, se não tomou banho, se almoçou, se não almoçou. Então, é família e o agente comunitário, na maioria das vezes. (ENF10)

Não. Normalmente quando a gente descobre, cai na mão da gente, assim, entendeu? Ou alguém comenta, um vizinho comenta, um

familiar comenta, ou a agente [ACS] comenta. Não tem feito um rastreio disso. (ENF10)

Quase sempre a família traz. Ou a ACS observa alguma coisa. Mas a família às vezes procura. Quando a família é bem ligada, ela acaba e procura a gente. (ENF11)

O ACS busca. Ele visita mais que a gente. Então, ele percebe antes da gente alguma alteração do usuário. Ele fala antes que ela está precisando de visita. E a família busca também (...).Então, quase sempre, às vezes, a família, ou o agente comunitário traz pra gente, falando que está muito esquecido [pessoa idosa]. Aí, eles [ACS] trazem para a gente. (ENF11)

As mudanças do processo saúde doença são percebidas pelo enfermeiro ou pela equipe da ESF através do tempo que o mesmo trabalha naquela comunidade, demonstrando que o vínculo é importante na conscientização do profissional da vivência da transição da pessoa idosa e familiares para uma demência:

Fundamental, porque a Estratégia de Saúde da Família, a gente consegue conhecer a família, a rotina daquele paciente, a gente está dentro do domicílio, a gente tem acesso a isso, então a gente consegue tentar estabelecer um plano de cuidado, um plano de ação de acordo com a realidade do paciente, porque não adianta fazer algo teórico lindo, maravilhoso, que não vai ser colocado em prática. Então, o enfermeiro consegue ter essa visão do todo e notar uma intervenção, estabelecer uma intervenção real pra esse paciente. (ENF07)

Bem, tem pouco tempo que eu estou aqui, tem uns quatro meses só, então eu ainda não conheço os pacientes a esse ponto de reconhecer a diferença. Então, normalmente é porque a equipe passa, que o paciente deu uma piorada, está precisando de mais ajuda, já não está acertando muito a medicação, está ficando sem a medicação. Então é mais por informação da equipe, que eu ainda não conheço os pacientes a esse ponto. (ENF10)

Então, como eu sou recém-chegada à Unidade, eu fui nomeada esse ano, então eu ainda não consigo, eu estou conhecendo a população, eu ainda não consigo perceber essas mudanças pela alteração de memória. A gente sabe que tem, mas ainda tem muitos que eu nem conheço, ainda não tive acesso. (ENF09)

Lá [antiga UBS de trabalho] a gente fazia mais [consultas de enfermagem], até porque assim, eu fiquei lá muitos anos, fiquei lá 16 anos. Então assim, até o paciente já conhecia a gente. Então assim, ele já chegava sem consulta, entendeu? Eles já vinham sem consulta. Aqui ainda não, aqui eu faço consulta de enfermagem, mas assim, normalmente é pedido pelo agente. Porque eu não conheço a comunidade. (ENF10)

A pessoa idosa com demência é recebida na UBS, por um evento crítico que lhe vem modificando a rotina de vida ou de saúde, exigindo-lhe esforços e cuidados

que não consegue mais suprir sozinha ou mesmo com o apoio do familiar. A demanda chega por um familiar, como mencionado antes, ou por ACS. Enfermeiras da ESF identificam a necessidade de encaminhamento para outros profissionais e para serviços especializados da Atenção Secundária, como ambulatórios multiprofissionais de geriatria/gerontologia ou Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), para o Departamento de Internação Domiciliar (DID) e marcação de exames pelo SISREG:

Então, assim, a equipe tem um atendimento, agora, a parte da enfermagem, como eu disse, por exemplo, no caso desse paciente específico, a gente faz a primeira avaliação, que foi uma demanda de lesão, não foi nem por conta das condições de demência dele, mas foi verificado, também, que havia a questão do Alzheimer associado, mas esse era o diagnóstico que ele recebeu na rede privada, e aí, então, a gente trouxe a demanda para a farmacêutica e para o médico da Estratégia de Saúde da Família. (ENF06)

Muitas vezes, esse rastreio é feito em acompanhamento pela CEAE, porque a gente tem um serviço de referência que é o ambulatório do idoso e que tem um acompanhamento multiprofissional, faz aquela avaliação inicial, encaminha uma contrarreferência para a UBS, para a UBS acompanhar o paciente. (ENF01)

A gente pode estar encaminhando esse paciente pra geriatria, a gente tem um acesso com a ACISPES, é bem legal, a gente encaminha o paciente, e lá ele faz todo o acompanhamento, e ela dá a contrarreferência pra gente, e marca todos os consultas, os exames, então a ACISPES é um centro que a gente consegue acesso fácil pra marcar, às vezes demora um pouquinho, mas por conta da demanda, mas a gente consegue encaminhar e ter um retorno, uma contrarreferência, e isso também ajuda porque eles têm um plano de cuidado, eles informam isso pra gente. (ENF07)

A gente marca a consulta para o paciente, para vir junto com a família. Aí a gente marca, solicita os exames que pode solicitar. Os que não são, não pode solicitar, encaminha pelo SISREG. O SISREG é um sistema de marcação de consultas. E marca com assistente social e vai fazendo acompanhamento. (ENF08)

Aí a gente marca primeiro o atendimento aqui na unidade, sabe? Às vezes marca o atendimento compartilhado, o médico, o enfermeiro, ou às vezes marca o atendimento mais com o médico inicialmente, tá? Aí marca a consulta com ele e depois avalia para mandar para o Mais Vida, para o CEAE - Idoso, lá na ACISPES, sabe? Para fazer esse acompanhamento. E tem os idosos acamados também, né? Esses ficam mais por nossa conta mesmo, mas esse que tem a demência que é, que deambula e que tem a família, a gente marca também para lá, para o Saúde do Idoso, tá? E o assistente social também, a gente sempre faz um atendimento compartilhado com eles, solicita a presença da família (ENF08)

Então, eu sou enfermeira. Se eu consigo perceber, eu discuto o caso com a médica. Normalmente, a gente agenda uma consulta com a médica, para a médica fazer uma outra avaliação e encaminhar para o diagnóstico. A gente tem a ACISPES, que faz esse atendimento ao idoso, e eles têm uma linha de cuidados. Então, acaba que muitos são encaminhados para lá, para fechar o diagnóstico lá. (ENF09)

A gente encaminha para ACISPES, tá? Primeiro sinal. (ENF11)

Então a gente tem que orientar rede de apoio pra essa família de como ela vai fazer uma medicação de uso contínuo, às vezes, tem que acionar ao DID, mas a imunização a gente tem alguns momentos que a gente faz em casa desses pacientes de demandas de demência e da consulta médica, a gente faz os encaminhamentos pra nós ou pra atenção especializada. (ENF12)

Durante a observação, a ENF08 percebe, através do relato de um familiar que chegou à unidade pedindo ajuda, que o quadro de prostração na usuária que já tinha o diagnóstico de demência, poderiam ser de questões para além do quadro demencial, como infecção urinária, necessitando de exames laboratoriais. Encaminha ao médico da unidade e orienta sobre o percurso da RAS, com acionamento do SAMU. (NC08)

O conhecimento pelo enfermeiro da Rede de Apoio familiar da pessoa idosa com demência, a avaliação do enfrentamento e o esclarecimento da família sobre a demência, com acionamento de outros recursos disponíveis como o CRAS e o CREAS é uma das avaliações realizada pela enfermeira:

Eu acredito que primeiramente é avaliar como que é o enfrentamento dessa família junto a essa nova doença que tá surgindo. Se a família tem esclarecimento, conhece a doença, como que vai enfrentar essa mudança de rotina, quem que vai cuidar desse idoso, esse idoso vai ter que se mudar pra outra casa, o familiar tem condições cognitivas pra administrar essa medicação, o principal [cuidador] que cuida hoje tem condições cognitivas, se não a gente precisa acionar um outro familiar. Então eu acredito que é conhecer essa rede (...) e se for necessário acionar CRAS, se o CRAS não der conta, acionar CREAS. (ENF12)

Uma enfermeira ressaltou em seu depoimento que, ao identificar os primeiros sinais e sintomas da demência, ela faz o encaminhamento para o médico da Unidade e para a Atenção Especializada, ressaltando a sobrecarga da rotina na APS e a falta de tempo do profissional enfermeiro:

Porque a nossa conduta é sempre: “Ah, eu vou marcar uma consulta”. Tipo assim, passar pelo médico. A gente não procura conversar mais, tentar fazer mais. É passar pra eles e tentar encaminhar lá pra geriatria. Eu não sei se é falta de tempo. Eu acho que a gente quiser,

a gente arruma tempo. Porque a gente cuida de muita coisa. É tudo a atenção primária tem que dar conta. A do hipertenso, a do diabético, a puericultura, a da gestante, a da tuberculose. A gente não consegue dar conta de tanta coisa (...) (ENF11).

Analisa-se que, ainda que não ocorra de modo sistematizado em toda a Rede, há enfermeiros que elaboram um plano de cuidados antes do encaminhamento para outros profissionais da RAS, enfocando as necessidades da pessoa idosa com demência. Estimula-se, com isso que serviços especializados que, após avaliações e condutas com a pessoa idosa encaminhada retornem o plano de cuidados ampliado, mais específico facilitando o acompanhamento pelos profissionais da ESF:

Ela passa por uma equipe interdisciplinar e com isso já vem um plano de cuidado que antes disso a gente já faz um plano de cuidado com essa pessoa. E não só a demanda do idoso, mas de toda a família que fica comprometida com esse adoecimento. (ENF03)

Os atendimentos a pessoa idosa com demência e familiares são realizados de maneira individualizada. Embora, em um primeiro momento coloque a diferença de cuidados necessários inerentes a cada fase do quadro demencial, é reconhecido a importância dos grupos de apoio para auxílio mutuo entre os cuidadores:

Não, em nenhum dos dois que eu trabalhei, a gente fez pra isso. Era muito atendimento individual mesmo. Até porque, cada vez não aparece um grupo na mesma fase de adaptação. Às vezes, aquela família que já tá adaptada, senhorinha com Alzheimer, que eles põem o sol, já tá adaptada e chega uma outra que o diagnóstico foi agora. Então, não coincide de ter pessoas com as mesmas demandas no mesmo momento. O que não impede, porque às vezes aquela que já passou, daria um apoio pra quem tá começando agora. Seria interessante, mas na verdade eu nunca fiz. Mas seria uma coisa interessante, porque a troca de experiência dá uma acalmada nessa situação. (ENF10)

Citou-se o acolhimento e a escuta qualificada como recursos utilizados pelas enfermeiras para a individualização do cuidado à pessoa idosa com demência:

Eu acho que é mais uma consulta de enfermagem voltada a conversa mesmo, mais de ouvir até do que falar, porque a gente não tem enquanto enfermeira muito o que fazer. A gente não vai medicar, a gente não, né? Então a nossa situação é mais de acolhimento mesmo, de receber, ver as queixas. Acho que é questão de acolhimento mesmo, acho que a gente não tem muito onde interferir no quadro de Alzheimer não. (ENF10)

O acolhimento, a escuta, tentar entender o que esse paciente veio buscar, o que ele precisa. Eu aprendi muito isso aqui quando eu entrei, quando você entende o que o paciente busca, você consegue entender o que ele veio fazer até aqui, porque, se você não consegue compreender o que ele busca, você nunca vai conseguir assistir ele da forma ele está precisando, porque, às vezes nem ele sabe falar realmente o que ele está precisando, então você vai, busca, fala, pra gente conseguir realmente entender, entender o que ele quer. (ENF12)

O entendimento da nova rotina e dinâmica familiar após um acontecimento turbulento (evento crítico), indica a compreensão da nova fase vivenciada, com a suplementação de papéis e maestria, evidenciando uma transição saudável:

Mas a família é um sinal importante. No início eles ficam muito desesperados, ninguém quer tomar conta, o outro quer passar para outra filha. Se é casamento, se são dois casamentos mais complexos ainda, aí quer que o de lá que toma conta, o de cá que toma conta e o outro que toma conta do dinheiro. Aí no começo fica uma confusão, aí depois quando a família estabiliza, eles até somem, tem uma coisa de falar, não, então está sob controle, já compreenderam a nova rotina, a nova situação, a nova dinâmica daquela família ali. Aí a gente vê que está mais estabilizado. (ENF10)

O quadro 6 reúne sinteticamente a categoria de Intervenções Terapêuticas de Enfermagem nas demências.

Quadro 6 – Intervenções Terapêuticas de Enfermagem nas demências

| <b>INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM (Meleis, 2010)</b> | <b>ATIVIDADES CITADAS PELAS PARTICIPANTES</b>                          | <b>EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS (Trechos das entrevistas/notas)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avaliação de Enfermagem                                       | Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa                                     | A gente tem aqui a cadernetinha do idoso, né? (ENF08)                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                               | Não há uso, pela enfermagem, de instrumentos específicos para demência | Eu não [uso instrumento], mas o médico usa. Aquela escala mini [Escala Mini mental], né? Aquela avaliação mínima. Então ele costuma usar sim, mas eu não uso. (ENF10)                                                                                                                                                           |
| Reminiscência                                                 | Reconhece-se a existência de atividades, mas não são praticadas        | Não, isso a gente vê. São atividades que a gente vê na mídia, mas que a gente não tem aqui, entendeu? Mas a gente sabe que existe. Que eles fazem, mas aqui a gente não vê. A gente não vê. Ah, é essa UBS? Não, acho que é de forma geral. Acho que você não vai ver em lugar nenhum, né? Mas a gente sabe que existe. (ENF05) |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

*Continua na página seguinte*

Quadro 6 – Intervenções Terapêuticas de Enfermagem nas demências

*Continuação...*

| INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM (Meleis, 2010) | ATIVIDADES CITADAS PELAS PARTICIPANTES             | EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS (Trechos das entrevistas/notas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Suplementação de função                                | Orientações sobre ostomias                         | (...) A limpeza da gastrostomia, por exemplo, eu cheguei lá, ela [familiar cuidador] colocava as dietas por gravidade e colocava a água por gravidade. Aí eu falei com ela, não adianta, tem que lavar a sonda de gastrostomia, senão vai obstruir, porque é só a pressão na seringa mesmo que vai lavar de verdade. A cabeceira elevada na hora de administrar a dieta, mesmo com gastrostomia tem que ter cabeceira elevada. (ENF05)                                                                                                        |
|                                                        | (Re) Orientações aos familiares                    | Eu acho que, no caso, o cuidado da enfermagem, ele impacta nessa questão de demência, como eu te falei, dependendo da situação mesmo do paciente. Prevenção de lesão, de piora ali do estado mesmo. Prevenção de queda, são orientações que a gente dá. A gente reforça, e às vezes a gente reforça a mesma coisa várias vezes. É aquele negócio, aí a gente fala uma vez, mas quando a gente volta no domicílio a gente fala de novo, aí quando a gente volta de novo a gente fala de novo. A gente sempre tem que estar reforçando. (ENF05) |
|                                                        | Inexistência de grupos de apoio para os cuidadores | Não tem [rede de apoio aos cuidadores familiares]. Aqui, pelo menos na nossa região, que eu saiba. Um curso pra poder orientar os cuidadores e tal. Às vezes a gente consegue fazer uma individualização, né? Conversar com o cuidador naquele momento. Mas um curso pra vários colocarem as situações, né? Como grupo, pra apoio mesmo, a gente não consegue fazer ainda, não. Deveria, mas não consegue. (ENF02)                                                                                                                            |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

*Continua na página seguinte*

Quadro 6 – Intervenções Terapêuticas de Enfermagem nas demências

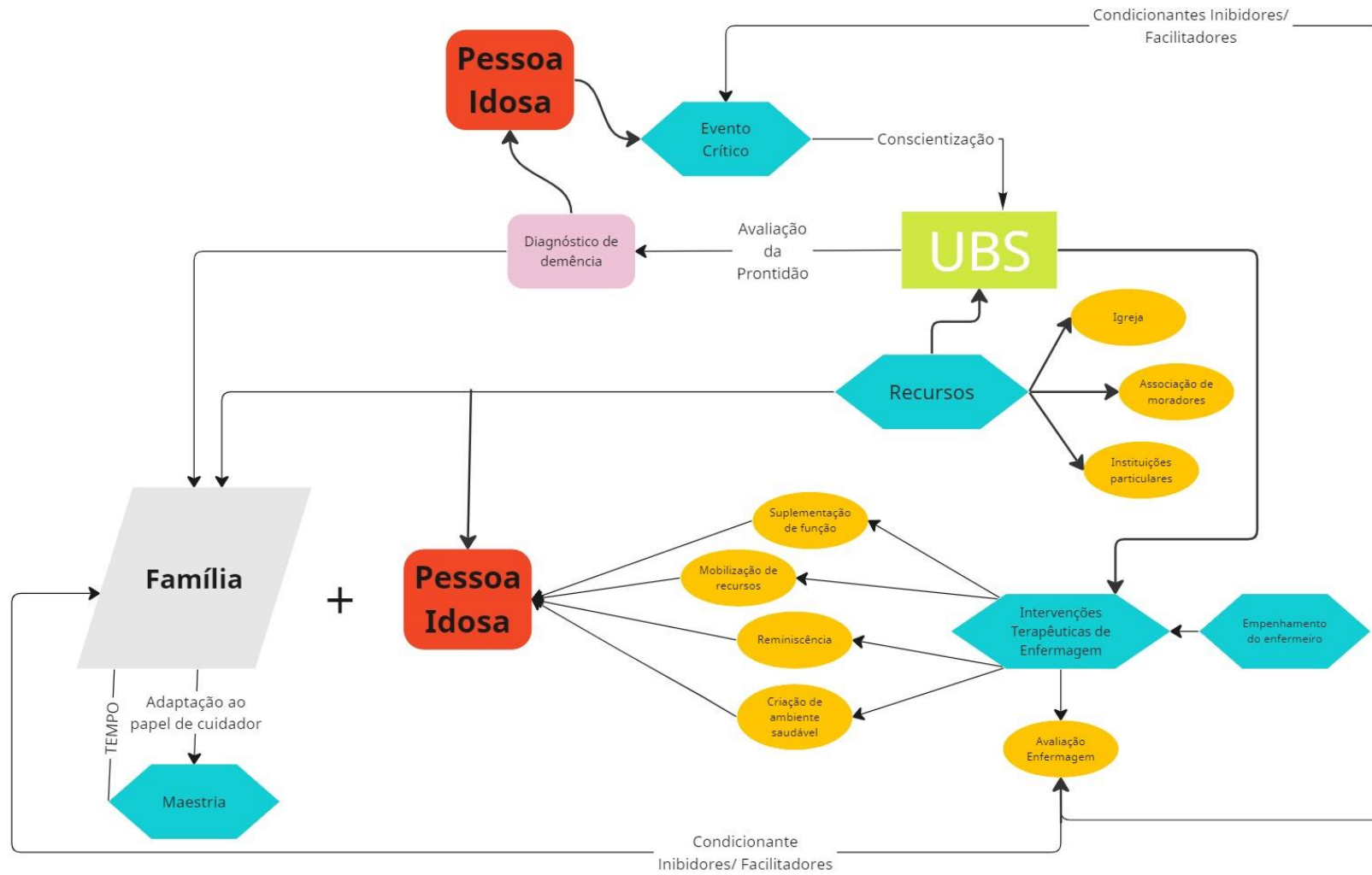
Continuação...

| INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM (Meleis, 2010) | ATIVIDADES CITADAS PELAS PARTICIPANTES                                                    | EXEMPLOS DE EVIDÊNCIAS (Trechos das entrevistas/notas)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criação de ambiente saudável                           | Barras de proteção<br>Retiradas de tapetes<br>Limpeza da casa<br>Supervisão em atividades | Ah, é mais começar e orientar os cuidados gerais com o idoso. Colocar no banheiro uma barra para cuidado no banho. Tirar tapete de dentro de casa. É esse tipo de orientação com o idoso de uma maneira em geral. Específico assim, para evitar queda. Geral. E não deixar os usuários sozinhos. É isso. (ENF11)                                                                     |
| Mobilização de recursos                                | Imunização                                                                                | Não tem nenhuma atividade específica, não tem um grupo, são mais as visitas, e mais a questão da imunização, que eu posso falar, na minha realidade. (ENF01)                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                        | Dieta nutritiva                                                                           | A gente tenta abordar com a família a questão da alimentação, sugere um acompanhamento nutricional, se vai ter condições...A gente orienta um pouco a questão da dieta. A gente tenta fazer uma orientação básica sobre aumento de fibras, as folhas verde escuras, dentro daquela realidade que ele tem. E dentro daquilo, enquanto enfermeira, eu posso, poderia orientar. (ENF01) |
|                                                        | Mobilização dos familiares para o cuidado                                                 | Então, a gente tenta incluir alguém da família pra auxiliar nesse cuidado do paciente, um filho, algum parente próximo pra estar assistindo (...) (ENF07)                                                                                                                                                                                                                            |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A figura 4 descreve a abordagem das transições vivenciadas pela pessoa idosa/família a partir do processo de enfermagem desenvolvido pelas enfermeiras deste EC. A partir de um evento crítico ou primeiros sinais e sintomas da demência, percebidos pelos ACS, enfermeiros, familiares e pela própria pessoa idosa, inicia-se a conscientização da transição saúde-doença para uma demência. Neste ponto, têm-se duas vertentes: a utilização da UBS como primeiro recurso e suporte para a vivência dessa transição, e a negação dos sintomas percebidos, não aceitação familiar e a associação da doença com a finitude, relacionados à crenças e falta de conhecimento.

Figura 4 - Diagrama explicativo do caso



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

O preparo e os conhecimentos necessários à vivência da transição pela pessoa idosa e família, podem ser ofertados pelo enfermeiro da ESF, cujo empenhamento se potencializa pelas requeridas capacitações específicas sobre a saúde do idoso e demências. A oferta do cuidado transicional pelo enfermeiro pode estar inserida no contexto dos grupos educativos e de apoio aos cuidadores familiares, estes, todavia, foram inibidos pela pandemia de COVID-19. Compreende-se que com essas ações, ofertadas de modo sistemático, possam prevenir a sobrecarga do cuidador, exercendo-se a suplementação de função, ou seja, abrindo espaço para a troca de experiências e para a aprendizagem de novas habilidades, como, por exemplo, o cuidado com as ostomias.

O enfermeiro da ESF se utiliza de estratégias como a VD e consultas de enfermagem, como parte de seu processo de trabalho na UBS. Nestas ocasiões, é possível a realização da avaliação de enfermagem, com o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, tendo, assim, condição técnica de identificar a ocorrência de evento(s) crítico(s) que sinaliza a transição no estado de saúde da pessoa idosa. Elencou-se que condicionantes inibidores, que dificultam a assistência do enfermeiro são: a falta de carro para realização de VD, número insuficiente de ACS, existência de áreas geográficas descobertas da oferta de serviços de APS pela ESF; número de salas insuficiente e a falta da informatização da Unidade.

Após a conscientização da ocorrência de um evento crítico, podendo ser percebida pelo próprio enfermeiro ou por familiares, vizinhos e ACS, o enfermeiro exerce a avaliação da prontidão, com encaminhamentos para o médico da Unidade e também, para serviço da Atenção Especializada, onde é realizado o diagnóstico médico de demência. O sistema de referência e contrarreferência pode ser um condicionante inibidor da continuidade da assistência à pessoa idosa com demência quando não há o retorno deste para a UBS que o encaminhou, deixando falhas no plano de cuidados.

Com o diagnóstico de demência, as medicações podem ser administradas, com o apoio familiar, ofertando-se o cuidado com maior precisão, por meio de atividades que retardem a progressão da demência. A estabilização do quadro demencial, além dos fatores citados anteriormente, dependem do tempo e dos recursos disponíveis na comunidade como a Associação de Moradores, Instituições Particulares e Igreja. Além desses, as orientações das enfermeiras acerca dos direitos da pessoa idosa, a

parceria com a Assistência Social e o apoio da UBS constituem-se de condicionantes facilitadores da transição.

A mudança na dinâmica familiar ganha maior visibilidade com o diagnóstico, expondo-se a transição situacional e organizacional advinda das adaptações necessárias no processo de trabalho da UBS e da RAS para a assistência à pessoa idosa com demência e familiares. A transição da situação familiar, confirmada pelo diagnóstico médico da demência, é considerada como um condicionante facilitador, e fundamental. Isto, pois tendo o acesso ao Diagnóstico, se estabelece um fluxo assistencial coordenado pela APS, incluindo a dispensação medicamentosa, o acompanhamento e auxílio para às mudanças ambientais no domicílio. O enfermeiro passa a atuar na mobilização de familiares para o cuidado, bem como no fornecimento de orientações e ensino aos mesmos de procedimentos de cuidado relacionados às AVDs e AIVDs; na realização de curativos, aplicação de imunizações, orientações sobre alimentação e para o autocuidado do cuidador familiar.

A adaptação ao novo papel de cuidador familiar por um membro da família é notada pelos enfermeiros. Isto ocorre quando estes cuidadores manifestam que compreendem a nova condição de saúde e relatam se sentir mais seguros para cuidar do familiar, reduzindo a procura de orientações e busca de suporte da UBS, podendo-se assim considerar que se obteve a maestria.

Obter a maestria, com a estabilização da ocorrência constante de eventos críticos, com a adaptação a uma nova rotina de vida, significa tão somente que os eventos transicionais reduziram ou cessaram, que houve empoderamento, conscientização de que uma nova condição se estabeleceu. Entretanto, o termo maestria, não quer significar que esta nova condição não seja capaz de desencadear outras transições, como por exemplo, a transição do tipo de relação intrafamiliar familiar existente, conforme o grau de parentesco (filha, cônjuge, nora, sobrinha, etc) exigindo-se a conformação do papel de cuidador, com responsabilidades extras à afetividade familiar, como as legais e as de realização de atividades para se compensar o autocuidado do familiar, cuja capacidade foi perdida pela demência.

## 8 DISCUSSÃO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº 2528/06, possui como uma de suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável, garantindo Atenção Integral, com promoção da manutenção da capacidade funcional e autonomia. Coloca a ESF como fundamental para cuidado e suporte à pessoa idosa e familiares (Brasil, 2006).

Os cuidados de transição para uma demência pautam-se em: 1) condicionantes inibidores e facilitadores; 2) a necessidade de empenhamento dos enfermeiros, através de capacitação; 3) a preparação do processo de trabalho da UBS e da RAS para atendimento holístico e continuidade da assistência ao longo do processo de adoecimento; 4) a disponibilização de recursos na comunidade afim de promover a estabilização do quadro demencial; 5) as intervenções terapêuticas de enfermagem. Desse modo, pode-se prevenir (re) hospitalizações e institucionalizações e reduzir os custos para o sistema, no contexto da APS.

Em estudo de revisão sistemática realizado nos Estados Unidos (2024) para analisar o percurso assistencial utilizado por pessoas idosas demonstrou aumento na utilização dos serviços de APS seis meses antes do diagnóstico de demência, representando 80% dos percursos escolhidos, sendo a preferência de busca quando há preocupação em relação às funções cognitivas, evidenciando o papel crítico da atenção primária no cuidado à pessoa idosa com demência (Xu *et al.*, 2024), convergindo com os trechos das entrevistas das enfermeiras deste EC, enfatizando a APS como porta de entrada para o serviço de saúde, sendo o apoio da UBS nas transições para uma demência um recurso da comunidade.

No âmbito do cuidado, os procedimentos realizados pelas enfermeiras deste EC são realizados de forma geral compreendendo aferição de sinais vitais, avaliação da pele, alimentação, prevenção de queda, imunizações e administração de medicações. Há mais de uma década já se identificam no Brasil, estudos discorrendo sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência, enfatizando os cuidados com a pele, nutrição e administração de medicamentos (Pestana; Caldas, 2009).

Nos Estados Unidos (2022) têm-se enfatizado as competências necessárias ao enfermeiro no cuidado à pessoa idosa com demência: capacidade de identificar o

subtipo de demência e o nível de gravidade, triagem para comprometimento cognitivo, comunicação e decisão compartilhada, gestão de cuidados de suporte para AIVDs e AVDs, gerenciamento de cuidados de suporte para sintomas de sofrimento, avaliação de risco para resultados adversos, cuidados paliativos, cuidado com o cuidador, independentemente do nível de atuação (Mayo, 2022).

O trabalho do enfermeiro na ESF pauta-se em: 1) produção do cuidado e gestão do processo terapêutico, destacando-se, neste EC, o acolhimento, a CE e as VDs, com atividades focadas no Papanicolau, pré-natal e puerpério, puericultura e hipertensos e diabéticos 2) atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem (Ferreira *et al.*, 2018).

As consultas de enfermagem (CE), principal atribuição do enfermeiro na APS sejam elas domiciliares ou na UBS, se constituem como ferramenta potente, para a definição de planos de cuidado que visem a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de fornecimento de apoio/suporte aos usuários e familiares. (COFEN, 2024). A CE se operacionaliza e se fortalece pelo PE que, sistematizado, dá visibilidade e efetividade à assistência de enfermagem à pessoa idosa. Observa-se esta sistematização pelo uso de protocolos assistenciais, desenvolvidos segundo evidências científicas e políticas públicas, que contribuem para a efetivação da integralidade do cuidado (Godoy *et al.*, 2021). Neste EC, citou-se a inexistência de um protocolo assistencial para demência, implantado com o apoio do gestor. Além disso, na prática da enfermagem da ESF neste município, a oferta de CE é limitada por condicionantes inibidores como a falta de salas disponíveis, e este aspecto tem sido destacado na literatura como sendo um dos motivos pelos quais os enfermeiros da APS não aplicam o PE (Macedo *et al.*, 2022; Spazapan *et al.*, 2022).

O rastreio das demências por enfermeiros na APS é deficiente, apesar de fundamental para evitar agravos à saúde da pessoa idosa com demência. As enfermeiras deste EC justificam a não realização do rastreio pela falta de instrumentos disponíveis para sua execução ou pela falta de conhecimento da existência da aplicação, apesar de déficits cognitivos, alterações nas AVD e AIVD e comportamentais serem percebidas durante a anamnese das enfermeiras deste EC. As motivações que levam a não realização do rastreio pelos enfermeiros pode ser explicada pela redução da importância do Programa do Idoso, falta de capacitação

profissional, sobrecarga dos mesmos e quadro insuficiente de funcionários, pela falta de organização e estrutura das Unidades (Neto *et al.*, 2019).

O diagnóstico de demência evidencia a transição saúde-doença e tem suas taxas aumentadas, quando há aplicação de testes de triagem na APS (Eichler *et al.*, 2015). Neste EC, cita-se o uso do MEEM pelos profissionais médicos. Estudo realizado no Reino Unido (2008) sobre o rastreamento da demência na APS concluiu que a avaliação da cognição do clínico geral (GPCOG), a tela de comprometimento da memória (MIS) e o instrumento de avaliação mini cognitiva (Mini- Cog) são clinicamente mais robustos e apropriados para os cuidados primários em relação ao MEEM (Milne *et al.*, 2008).

Além disso, a pessoa idosa com demência carece de uma agenda específica para atendimentos, com dia e horários predeterminados, de modo que haja tempo suficiente para realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, com aplicação de instrumentos específicos (Coll de Tuero *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2022). No presente estudo, a assistência de enfermagem à pessoa idosa/familiares é realizada de forma assistemática, corroborando com o estudo de Pedraza *et al.* (2018).

A avaliação de enfermagem é uma intervenção terapêutica feita com o uso de ferramentas para medição dos indicadores de processo e fornece parâmetros para o momento adequado para intervenção (Meleis, 2010). Neste EC, uma participante citou o uso da CSPI, ressaltando a baixa adesão dos enfermeiros da ESF em sua utilização, convergindo com os achados do estudo de Dias *et al.* (2022) em que 15,2% dos participantes afirmaram fazer uso rotineiro da CSPI (Dias *et al.*, 2022). Embora referidas na primeira etapa deste EC (*google forms*), o MEEM, Escala de Atividade de Vida Diária e Escala de Braden, na fase da entrevista não são mencionadas.

Em adição aos testes de triagem e a avaliação de enfermagem, as crenças culturais e os significados atribuídos às demências, são inibidores para o diagnóstico e aceitação familiar, impedindo a realização de cuidados adequados e gerando repercussões negativas para os cuidadores e estigmatização da pessoa idosa com demência. Tais sentimentos associam-se à falta de conhecimento e preparo dos familiares em lidar com a progressão da doença, sendo fundamental que os profissionais de saúde reconheçam as limitações dos familiares e/ou cuidadores e acolham suas inseguranças (Costa *et al.*, 2020).

Condicionante inibidor da transição para uma demência é o *status* socioeconômico. Este, pode interferir na alimentação e acesso à profissionais não disponíveis nas Unidades, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Rendas baixas limitam o acesso das pessoas aos cuidados alimentares e sociais, como educação e saúde, comprometendo a qualidade de vida do usuário e familiares (Souza *et al.*, 2020). Tal influência nos cuidados dispendidos pelos cuidadores e/ou familiares à pessoa idosa com demência, evidencia a necessidade de políticas de cuidado de longa duração para apoio às famílias (Souza *et al.*, 2020).

A avaliação da prontidão é definida como uma das medidas aplicáveis à intervenção terapêutica durante a transição e consiste de um esforço multidisciplinar com o objetivo de olhar mais abrangente ao usuário (Meleis, 2010). Os encaminhamentos à equipe multiprofissional, para os médicos da Unidade ou à Atenção Especializada influenciam no tratamento da pessoa idosa com demência (Neto *et al.*, 2019), e são citadas pelas enfermeiras deste EC.

A ausência de demais profissionais para apoio, condicionante inibidor deste EC, como a equipe do NASF e CAPS mostra a falta de articulação e diferentes concepções sobre matriciamento, dificultando que haja uma prática em saúde integral, compartilhada e colaborativa (Damaceno *et al.*, 2019). Outros, como os ACS, possuem papel importante na realização das visitas devido ao vínculo destes com a comunidade. Podem ser os primeiros a perceberem os sinais e sintomas da transição para uma demência, além dos próprios familiares e vizinhos. Tornam-se, assim, importantes para a conscientização da mesma.

O número insuficiente de ACS, limita as ações da ESF (Chávez *et al.*, 2020) interferindo no elo que estes exercem entre a comunidade e os profissionais de saúde, prejudicando a assistência em saúde, como mencionado neste EC. O enfermeiro, exerce papel intermediador entre o elo dos ACS com a comunidade e o saber biomédico do médico (Nascimento; Figueiredo, 2021).

A correta continuidade da assistência na APS, é essencial para haver uma assistência de qualidade à pessoa idosa com demência (Neto *et al.*, 2019), corroborando para uma transição saudável. A descontinuidade, através da fragilidade do sistema de referência e contrarreferência em alguns pontos da RAS, prejudica a construção de um plano de cuidados baseado nas singularidades do usuário (Oliveira *et al.*, 2021). O despreparo do sistema em atender as necessidades da pessoa idosa

com demência, prejudica a longitudinalidade e contribui para (re) hospitalizações por causas sensíveis à APS (Macinko *et al.*, 2010). Dessa maneira, é fundamental adaptações da rede e das UBS para que se tenha o suporte holístico frente as mudanças. Esta transição é definida por Meleis (2010) como de natureza organizacional.

A concepção de cuidados de transição na demência pelas enfermeiras deste EC constituiu-se em prevenção de agravos e da progressão da doença, retardando a necessidade de encaminhamento para outros pontos da RAS, internações e custos para o sistema. Pessoas idosas com demência possuem maiores chances de internações hospitalares comparadas às pessoas sem demência e também de visitas ao Pronto Socorro por possuírem mais comorbidades. Os cuidados primários em saúde podem proporcionar cuidados que evitem o sofrimento e os custos com hospitalizações (Evi Zafeiridi *et al.*, 2023). Em avaliação da relação entre as principais características das práticas de cuidados na atenção primária e hospitalizações, evidenciou-se que o grupo de pessoas com demência que receberam coordenação de cuidados de enfermagem (gerenciamento de cuidados, primário e especializado), tinham menos probabilidade de internação, melhoria da qualidade de vida e atendimento das necessidades multidisciplinares (Hovsepian *et al.*, 2023), requerendo dessa forma, eficiência na avaliação da prontidão realizado pelas enfermeiras da APS.

Outro inibidor da continuidade da assistência, evidenciado neste EC, é a interação entre a equipe de saúde e pessoa idosa com demência e familiares. A não aceitação dos cuidados propostos pelas enfermeiras e a falta de envolvimento das famílias no processo saúde-doença atuam como dificultadores da assistência de enfermagem e interferem no desfecho da transição (Meleis, 2010; Karrer *et al.*, 2020; Schiochet; Dubena; Argenton, 2021).

A assistência de enfermagem na ESF possui como ferramenta intervencionista as VDs. Estas, carecem de planejamento e sistematização, pautadas em instrumentos e objetivos previamente elaborados com a equipe, iniciando-se antes da ida ao domicílio com continuidade após a visitação (Giuliane Andrade Ferraz, 2016). Apenas uma participante deste EC, citou a utilização da Escala para Classificação de Risco e Vulnerabilidade Clínica para pacientes em visita domiciliar na APS, proposta pelo MS (2020) (Brasil, 2020).

Nas VDs à família da pessoa idosa vivenciando a transição para uma demência, os ACS, além da percepção sobre se houve ou não uma conscientização da nova realidade, são responsáveis, também, por trazer as demandas desta família aos outros profissionais para que estes façam as VDs específicas. Este EC encontrou que, as VDs dos enfermeiros da ESF, ocorrem de maneira não sistematizada e as enfermeiras entrevistadas justificam a não sistematicidade pela alta demanda de serviço dentro das Unidades, bem como o fato de conjugarem a função assistencial e gerencial, concomitantemente, sem que haja tempo hábil para realização das mesmas.

Estudo fenomenológico no Reino Unido (2022) com o objetivo de conhecer o papel e as experiências dos enfermeiros que cuidam de pessoas com demência em domicílio, concluiu que o tempo adicional para VD, permitiria melhorias na assistência à pessoa idosa com demência (Hoe;Trickey;McGraw, 2022). Além disso, a fragmentação entre o gerenciamento do cuidado e a oferta da assistência decorrente do desenvolvimento de maior número de ações administrativas e burocráticas pode restringir o atendimento a alguns usuários e leva-los a procura por serviços de alta complexidade (Chávez *et al.*, 2020).

Constituem-se de um instrumento utilizado pelo enfermeiro e outros profissionais que atuam na modalidade ESF, sendo ofertadas a população adscrita (Brasil, 2017). Com ela, é possível atender o princípio de longitudinalidade (Giuliane Andrade Ferraz, 2016), fortalecendo o vínculo, permitindo a continuidade do tratamento e a diminuição de (re) hospitalizações, sendo necessária a cooperação mútua entre usuários, familiares e/ou cuidadores e profissionais de saúde (Brunello *et al.*, 2010).

O vínculo entre equipe de saúde e população, proporcionado pelo acolhimento, propõe reestruturar o serviço no sentido de se obter a integralidade do cuidado. Além disso, possibilita oferecer ao usuário uma resposta positiva ao seu problema de saúde, corresponsabilizando-os, bem como os profissionais no processo saúde-doença, como preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), garantindo encaminhamentos adequados e a continuidade da assistência, sendo colocado pelas participantes como condicionante facilitador (Brasil, 2003).

A preparação da pessoa idosa e de seus familiares para uma vivência saudável ou salubre da transição saúde-doença, facilita no enfrentamento e na gestão das

mudanças que virão. O reconhecimento da vivência de uma transição expõe as mudanças que ocorrerão com o processo saúde-doença que podem envolver alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais, facilitando na adaptação. No caso das demências, essas mudanças não ocorrem somente com o usuário, elas envolvem, também, os familiares, que necessitam estar engajados e preparados para esse momento (Meleis, 2010).

Moreira et al. (2018), em estudo quase experimental, realizado no Brasil, comparou o conhecimento, atitude e prática dos cuidadores de pessoas idosas em relação à ajuda cuidador-pessoa idosa, alimentação, banho e higiene, mobilidade e transferência, após intervenção educativa, sendo esta, uma estratégia possível e eficaz para os cuidadores, destacando o papel do enfermeiro como educador e colocando a necessidade dos cuidadores em aprender sobre a progressão da doença, métodos de prevenção de agravos e promoção da saúde (Moreira et al., 2018).

O estímulo cognitivo e de memória constitui-se em uma estratégia de prevenção e/ou retardo dos sintomas da demência, embora seja uma atividade reconhecida pelas enfermeiras deste EC, não é realizada no âmbito da APS. Tem sido relatado o papel do enfermeiro que cuida de pessoas idosas com demência no domicílio, o fornecimento de orientações aos cuidadores e/ou familiares para realização de atividades que estimulem a memória, propor atividades como oficinas cognitivas, atividades de leitura, problemas matemáticos, jogos interativos e encontros semanais com a pessoa idosa e familiar para avaliação do desenvolvimento cognitivo do usuário (Abrahão; Camacho, 2020).

As manifestações da demência incluem: perda de memória, dificuldade em encontrar palavras, apatia, delírios, sistema de crenças falsas, sintomas depressivos, desesperança e perda de propósito de vida, falta de conhecimento sobre problemas cognitivos (como continuar dirigindo ou administrar dinheiro), retirada do engajamento social, agressão, desinibição, alucinações, ciclo sono vigília alterado, comprometimento da marcha e outros (Arvanitakis; Shah; Bennett, 2019). O início da ocorrência de parte ou de todas essas manifestações constitui-se em eventos críticos, que são definidos como “viradas de chave” e estão relacionados à mudança de um estado para outro, expondo a pessoa a momentos de maior vulnerabilidade (Meleis, 2010).

Tais mudanças alteram a rotina familiar, despontando para transições de natureza situacional, que podem levar à dificuldades na adaptação ao novo papel de cuidador (Meleis, 2010), o sobrecarregando. De um modo geral, o perfil do cuidador familiar é de mulheres, vivenciando, também, o processo de envelhecimento pressupondo-se a necessidade de apoio psicossocial para essas pessoas (Cesário *et al.*, 2018).

A estruturação do ambiente domiciliar, auxilia na segurança e proteção da pessoa idosa com demência (Meleis, 2010). Estudo realizado nos Estados Unidos (2023) concluiu que a demência é um fator de risco para quedas (Tayebeh Baniyadi, 2023). Intervenções realizadas por enfermeiros nos domicílios destas pessoas, podem ser eficazes na prevenção e redução de quedas (Yeni; Yilmaz, 2022). Estas, podem ser evitadas, com intervenções de enfermagem, orientando-se a remoção ou fixação de tapetes, avaliação de pés descalços e calçados adequados, eliminação de obstáculos e reforço comportamental por meio de VDs (dos Santos; Baixinho, 2020).

O estímulo à alimentação nutritiva e orientação sobre administração de dietas prescritas foi uma mobilização de recursos utilizada pelas enfermeiras neste EC, podendo ser benéfico para as pessoas idosas com demência, uma vez que alguns alimentos podem atenuar processos patológicos específicos envolvidos em doenças degenerativas (Gates; Bernath; Klegeris, 2022). Ademais, consonante à perspectiva teórica de Meleis (2010), outros recursos mencionados neste EC no âmbito das intervenções da enfermagem foram a avaliação da condição vacinal, administração de imunização e também, o recrutamento de membros da família para constituição de uma rede de apoio.

A Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa, ressalta que é de obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público 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 (Brasil, 2003). Sendo assim, o apoio familiar constitui-se de um condicionante facilitador para uma transição saudável, cabendo ao enfermeiro atuar na mobilização de familiares que auxiliem nos cuidados à pessoa idosa com demência e na suplementação de função dos mesmos.

A suplementação de função se refere à capacidade do cuidador de desenvolver novas habilidades e conhecimentos para facilitar a transição. O enfermeiro fornece

suporte contínuo acerca das necessidades conforme as demandas surgem podendo se utilizar de estratégias, com os familiares cuidadores por intermédio do esclarecimento de papéis, modelagem de papéis, ensaio de papéis e interações com grupos de referência (Meleis, 2010). Neste EC, as enfermeiras realizam a suplementação de função através de (re) orientações aos familiares sobre os cuidados específicos para suprir a carência da pessoa idosa. Esta intervenção terapêutica ocorre de forma assistemática, de caráter informativo, sem que haja grupos de apoio para a troca de experiências vividas na transição para uma demência (Malta *et al.*, 2020).

Anjos *et al.* (2022), em revisão integrativa, investigou-se os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com demência relacionando-os à prevenção, promoção da saúde e envolvimento na rede de apoio familiar, sendo fundamentais nas orientações prestadas aos familiares/cuidadores sobre a progressão da doença. Além disso, o enfermeiro desenvolve cuidados humanizados à família, incentivando e conduzindo uma participação ativa da mesma no processo saúde doença (Elize *et al.*, 2017). Estas intervenções, junto ao familiar, facilitam a adaptação ao novo papel de cuidador, levando à maestria, percebido pelas enfermeiras deste EC quando não há mais a procura pela UBS, com apropriação da função de cuidador obtida pelas orientações no decorrer da transição (Meleis, 2010).

A capacitação dos enfermeiros, através do empenhamento, é apontada como solução para melhoria dos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa idosa e familiares e/ou cuidadores. É fundamental para o aprimoramento de competências e aquisição de novos conhecimentos com melhor manejo da doença. O Estatuto da Pessoa Idosa (2003) prioriza a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços às pessoas idosas (Brasil, 2003).

Ensaio clínico randomizado (2023), realizado nos Estados Unidos, em que objetivou-se medir a fidelidade da intervenção e compreender como a capacitação em cuidados com demência impactou na assistência de enfermagem durante interações com os cuidadores familiares. Somente o grupo que obteve o treinamento foi mais propenso a documentar abordagens de bem estar do cuidador, recursos comunitários, identificação de comportamentos e questões de segurança em detrimento ao grupo que não foi capacitado. A coordenação de cuidados de enfermagem não obteve

diferença significativa (Mellinger *et al.*, 2023), promovendo assim, melhorias na assistência à pessoa idosa com demência e familiares.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as perspectivas de cuidados do enfermeiro da ESF com pessoas idosas/famílias que vivem a transição no estado de saúde doença aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico de uma demência, este EC encontrou que o trabalho nesta modalidade assistencial pauta-se em gestão de cuidados, gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem e oferta de cuidado com ênfase para avaliação em domicílio, orientações e encaminhamentos.

Confirmou-se o primeiro pressuposto deste EC. O conceito de cuidados transicionais não é amplamente difundido pelos enfermeiros e o foco biomédico é enraizado na prática de enfermagem da ESF, com resolução de agudizações baseado nos Programas do MS. Refutou-se o segundo pressuposto deste EC. Os ACS os primeiros profissionais a perceberem os sinais e sintomas da demência, levando as demandas ao enfermeiro. O tratamento da demência é acompanhado pelo médico e as orientações de enfermagem realizadas de modo individualizado.

Dentre as intervenções dos enfermeiros da ESF estão: as CE, as VDs, e o acolhimento. Estas são desenvolvidas de forma assistemática, alegando-se insuficiência da estrutura física e logística das Unidades Básicas.

O foco biomédico ainda é enraizado na prática da enfermagem da ESF baseado na ida dos usuários às UBS, para resolução de agudizações de condições crônicas e medicalização, com foco no profissional médico. Há escassez de atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionados às demências, refletindo na progressão do processo saúde doença desses usuários e também de seus familiares e/ou cuidadores que cujas redes de apoio ainda se mostram insuficientes.

As intervenções terapêuticas de enfermagem realizadas na ESF repercutem durante as transições vivenciadas durante a demência desde os primeiros sinais e sintomas, podendo impactar na qualidade de vida da pessoa idosa e familiares, prevenindo (re) internações e diminuindo os custos para o sistema. Para isso, é necessário a implementação de protocolos assistenciais, com ampliação dos recursos disponíveis na comunidade, fortalecimento do matriciamento e capacitações profissionais contínuas de todos que atuam na RAS, melhorando a longitudinalidade e a integralidade do cuidado.

O enfermeiro pode se utilizar da Teoria das Transições, se baseando nos condicionantes inibidores e facilitadores para sistematizar a assistência de enfermagem no âmbito da APS, com promoção da saúde, prevenção de agravos e melhorias na qualidade de vida da pessoa idosa e familiares.

A inexistência de protocolos assistenciais de enfermagem sistematizados para o cuidado à pessoa idosa e familiar ao surgimento de uma demência, no contexto pesquisado, foi uma limitação importante ao achado de cuidados transicionais do enfermeiro da ESF. Outra limitação que se destaca, deve-se ao fato de o surgimento de um caso de demência na família ser complexo, envolvendo transições de diversas naturezas e neste EC não aprofundou na análise de todas elas dedicando, primordialmente, à transição no processo saúde doença, dado ao tempo disponível para o desenvolvimento da pesquisa.

Embora este EC tenha sido realizado em uma única localidade do contexto brasileiro, o estudo em profundidade possibilita compreensão e reflexões sobre o caso pesquisado por outros contextos semelhantes. Recomenda-se, entretanto, o desenvolvimento de outros estudos de casos múltiplos, analisando-se as perspectivas de cuidados de enfermeiros da APS, independente da estratégia assistencial, transições de outras naturezas e em diferentes localidades que abarcam especificidades culturais regionais e integrando outros métodos.

Uma implicação deste EC para a prática da enfermagem da ESF com pessoas idosas que vivem a transição de saúde-doença ao surgimento de uma demência é a imediata sensibilização dos profissionais para a relevância dos cuidados transicionais; para a educação permanente; a elaboração e implantação de protocolos assistenciais apoiados pelo gestor sistematizando-se o PE, ampliando a qualidade e a efetividade do cuidado por enfermeiros da ESF à pessoa idosa com demência e familiares.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHA, I. et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. **BMJ open**, v. 7, n. 3, p. e012759, 2017.
- ABRAHÃO, L. DE A.; CAMACHO, A. C. L. F. A importância do enfermeiro no estímulo cognitivo e de memória em pessoas idosas: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e306974180, maio 2020.
- ACOSTA, A. M. et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3190, 2018.
- ANJOS, Z. S. DOS et al. O cuidado de enfermagem na doença de Alzheimer: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e37911728874, maio 2022.
- ARVANITAKIS, Z.; SHAH, R. C.; BENNETT, D. A. Diagnosis and Management of Dementia: Review. **JAMA**, v. 322, n. 16, p. 1589–1599, 2019.
- BERRY-MILLET, R.; BODENHEIMER, T. S. Care management of patients with complex health care needs. **The Synthesis project. Research synthesis report**, n. 19, 2009.
- BORGES, C. R. et al. Alzheimer's disease and sleep disturbances: a review. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 77, n. 11, p. 815–824, 2019.
- BOTT, N. T. et al. Frontotemporal dementia: diagnosis, deficits and management. **Neurodegenerative disease management**, v. 4, n. 6, p. 439–454, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica e-Gestor**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 3 nov 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília, DF. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 20 jun 2023.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-**DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 6 mai 2023.
- BRASIL. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Planejamento terapêutico - Pessoas com Demência**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/unidade-de-atencao-primaria/planejamento-terapeutico>. Acesso em 3 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em 3 mai 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BREIJYEH, Z.; KARAMAN, R. Comprehensive review on Alzheimer's disease: Causes and treatment. **Molecules (Basel, Switzerland)**, v. 25, n. 24, p. 5789, 2020.

BRODATY, H.; DONKIN, M. Family caregivers of people with dementia. **Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment**, v. 11, n. 2, p. 217–228, jun. 2022.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 131–135, 2010.

BULECHEK, G. **Classificacao Das Intervencoes de Enfermagem (Nic)**. 5. ed. [s.l.] Elsevier Editora Ltda, 2011b.

CARAMELLI, P et al. Group Recommendations in Alzheimer's Disease and Vascular Dementia of the Brazilian Academy of Neurology. Diagnosis of Alzheimer's disease in Brazil: Supplementary exams. **Dement Neuropsychol**. Jul-Sep;v.5 n.3, p.167-177, 2011.

CESÁRIO, L. M. S.; CHARIGLIONE, I. P. F. S. The perception of family caregivers regarding the changes that occur after the diagnosis of dementia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 6, p. 743–754, dez. 2018.

CHÁVEZ, G. M. et al. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020.

CODERCH, J. et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. **Gaceta sanitaria**, v. 32, n. 1, p. 18–26, 2018.

COLEMAN, E. A. et al. Enhancing the care transitions intervention protocol to better address the needs of family caregivers. **Journal for healthcare quality: official publication of the National Association for Healthcare Quality**, v. 37, n. 1, p. 2–11, 2015.

COLL DE TUERO, G. et al. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia. **Atención Primaria**, v. 43, n. 11, p. 585–594, nov. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 736/2024, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem, 2024.

COOPER, C. et al. Modifiable predictors of dementia in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. **The American journal of psychiatry**, v. 172, n. 4, p. 323–334, 2015.

COSTA, G. D. DA; SPINELLI, V. M. C. D.; OLIVEIRA, M. A. DE C. Professional education on dementias in Primary Health Care: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1086–1093, ago. 2019.

COSTA, G. D. DA; SANTOS, O. G. DOS; OLIVEIRA, M. A. DE C. Knowledge, attitudes, and qualification needs of primary health care professionals in the care of dementia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 3, 2020.

COUTINHO, B.C; CANTANHEDE, A.B.S. **Geriatría & gerontología: um olhar multidisciplinar**. São Luís: EDUFMA, 2022.

DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1637–1646, maio 2019.

DE FREITAS, E; PY, L. **Tratado de geriatría e gerontología**. 5 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2022.

DIAS, J. T. L. DE B. et al. A utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa pelos profissionais de saúde como instrumento de assistência integral. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e40911427205, 22 mar. 2022

DIXE, M.A.C.R. et al. Necessidades e habilidades de cuidadores informais para cuidar de uma pessoa dependente: um estudo transversal. **BMC Geriatr**, v. 19, n. 255, 2019.

DOS SANTOS, W. P. et al. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 2, 3 maio 2019.

EICHLER, T. et al. Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: The effect of screening. **Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring**, v. 1, n. 1, p. 87–93, mar. 2015.

- ELAHI, F. M.; MILLER, B. L. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. **Nature reviews. Neurology**, v. 13, n. 8, p. 457–476, 2017.
- ELIZE, A. et al. Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer. **CuidArte, Enferm**, v. 11, n. 1, p. 138–145, 1 jan. 2017.
- EVI ZAFEIRIDI et al. Hospital admissions and emergency department visits for people with dementia. **QJM: An International Journal of Medicine**, 9 out. 2023.
- FARFAN, A. E. DE O. et al. Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer. **CuidArte, Enferm**, p. 138–145, 2017.
- FERNANDES, B.; GOODARZI, Z.; HOLROYD-LEDUC, J. Optimizing the diagnosis and management of dementia within primary care: a systematic review of systematic reviews. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 1, 11 ago. 2021.
- FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 1, p. 704–709, 2018.
- FERREIRA, B. et al. Dimensões do cuidado no processo de trabalho dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **BEPA Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 17, n. 202, p. 1–20, 30 out. 2020.
- FINLAYSON, K. et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, dez. 2018.
- GATES, E. J.; BERNATH, A. K.; KLEGERIS, A. Modifying the diet and gut microbiota to prevent and manage neurodegenerative diseases. **Reviews in the Neurosciences**, v. 0, n. 0, 21 mar. 2022.
- GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 90–98, 2016.
- GIULIANE ANDRADE FERRAZ; CRISTINA, I. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 19, n. 2, p. 302–314, 1 jan. 2016.
- GODOY SILVA E LIMA, S. et al. Consulta de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, v. 24, n. 5-esp., p. 693–702, 19 fev. 2021.
- HALLAM, B. et al. How are people with mild cognitive impairment or subjective memory complaints managed in primary care? A systematic review. **Family practice**, v. 38, n. 5, p. 669–683, 2021.
- HOE, J.; TRICKEY, A.; MCGRAW, C. Caring for People Living with Dementia in Their Own homes: a Qualitative Study Exploring the Role and Experiences of Registered Nurses within a District Nursing Service in The UK. **International Journal of Older People Nursing**, v. 18, n. 1, 18 jul. 2022.

HOVSEPIAN, V. E. et al. The Association between Primary Care Practices' Structural Capabilities and Hospitalizations among Persons Living with Dementia. **Journal of Applied Gerontology**, p. 073346482311554, 4 fev. 2023

HUANG, H. et al. Diagnostic accuracy of the Clinical Dementia Rating Scale for detecting mild cognitive impairment and dementia: A bivariate meta-analysis. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 36, n. 2, p. 239-251, 2021.

HUGO, J.; GANGULI, M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. **Clinics in geriatric medicine**, v. 30, n. 3, p. 421–442, 2014.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil**. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 28 set. 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 28 set. 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 28 set. 2022.

IRAGORRI, A.M.C. Demencia frontotemporal. **Rev.Colomb.Psiquiatr.**, Bogotá , v. 36, supl. 1, p. 139-156, Oct. 2007.

JEHLOH, L.; SONGWATHANA, P.; SAE-SIA, W. Transitional care interventions to reduce emergency department visits in older adults: A systematic review. **Belitung Nursing Journal**, v. 8, n. 3, p. 187–196, 28 jun. 2022.

JUIZ DE FORA. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação**, 2014. 133 p

JUIZ DE FORA. **Prefeitura Municipal de Juiz de Fora**. Amplia horário de atendimento em 38 UBS do município, 2024. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=82811>. Acesso em 29 fev 2024.

KALES, H. C.; GITLIN, L. N.; LYKETSOS, C. G. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 350, n. mar02 7, p. h369, 2015.

KARRER, M. et al. What Hinders and Facilitates the Implementation of nurse-led Interventions in Dementia care: a Scoping Review. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, 7 abr. 2020.

KUANG, H. et al. Pharmacological treatment of vascular dementia: A molecular mechanism perspective. **Aging and disease**, v. 12, n. 1, p. 308–326, 2021.

LIMA, V. S. S.; MAIA, L. F. dos S. Ações educativas do enfermeiro para a qualidade de vida de pessoas idosas com Alzheimer. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 12, n. 38, p. 436–441, 2022.

LUCHESI, B.M.et al. Prevalência de fatores de risco para demência em adultos e idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 15, p. 239-247, 2021.

MACEDO, E. R. et al. Fatores que dificultam a aplicação do processo de enfermagem pelos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9584, 21 fev. 2022.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, 1 dez. 2010.

MALTA, Ellen Mara Braga Reis et al. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190449, 2020.

MAYO, A. M. Dementia-Specific Nursing Care Competencies for Nursing Education and Long-Term Care Practice. **Nursing Clinics of North America**, maio 2022.

MELEIS, A. I. **Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Nova Iorque, NY, USA: Springer Publishing, 2010.

MELLINGER, T. J. et al. Impact of dementia care training on nurse care managers' interactions with family caregivers. **BMC Geriatrics**, v. 23, n. 1, 11 jan. 2023.

MENEZES, T.M.O. et al. Hospital transition care for the elderly: an integrative review. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. suppl2, p. 294-301, 2019.

MIGUÉLEZ-CHAMORRO, A. et al. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. **Enfermeria Clínica**, v. 29, n. 2, p. 99–106, 2019.

MILNE, A. et al. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. **International Psychogeriatrics**, v. 20, n. 05, 5 jun. 2008.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. [s.l.] Porto Alegre Artmed, 2008.

MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo et al. Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1055-1062, 2018.

MOROVIC, S. et al. Possibilities of dementia prevention - it is never too early to start. **Journal of medicine and life**, v. 12, n. 4, p. 332–337, 2019.

NASCIMENTO, H. G. DO; FIGUEIREDO, A. E. B. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 119–128, jan. 2021.

NASCIMENTO, H.G.; FIGUEIREDO, A.E.B. O idoso com demência na atenção primária: revisão integrativa de literatura. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 23, n. 2, 2018.

NAYLOR, M.D. et al. The importance of transitional care in achieving Health Reform. **Health Affairs**, v.30, n.4, p. 746-754, 2011.

NETO, A. C. M. et al. Competências do enfermeiro no rastreio precoce de demência em idosos na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 5, 2019.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. DE. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, J. L. C. DE et al. MIXED METHODS IN NURSING RESEARCH: APPLICATION POSSIBILITIES ACCORDING TO CRESWELL. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em 6 mai 2023.

ORGETA, V. et al. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. **Cochrane database of systematic reviews**, v. 4, n. 4, p. CD009125, 2022.

PAES, L. G. et al. Gestão do cuidado na atenção primária à saúde: uma teoria fundamentada nos dados construtivista. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, p. e20200578, 1 nov. 2021.

PAHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Plan of action on the health of older persons, including active and healthy aging: final report**, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51419>. Acesso em 30 set 2022.

PARRY, C. et al. Patient-Centered Approaches to Transitional Care Research and Implementation. **Medical Care**, v. 59, n. Suppl 4, p. S330–S335, 8 jul. 2021.

PEDRAZA, D. F. et al. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 923–933, 1 mar. 2018.

PEDROSA, A.R.C.; FERREIRA, O.R.; BAIXINHO, C.R.S.L. Cuidado transicional de reabilitação e continuidade da assistência ao paciente como prática avançada de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

PELEGRINI, L.N.C. et al. Diagnóstico de demência e disfunção cognitiva em idosos na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 13, p. 144-153, 2019.

PESTANA, L. C.; CALDAS, C. P. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 4, p. 583–587, ago. 2009.

PLACIDELI, N; CRISTINA, S. Modelos de atenção integral para idosos no mundo: revisão da literatura. **Physis**, v. 31, n. 3, 1 jan. 2021.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1863–1877, maio 2020.

REGINA MACHADO GARCEZ et al. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA definições e classificação 2009-2011**. [s.l.] Porto Alegre Artmed, 2010.  
Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013

RODRIGUES, F. A. A. Neuropatologias da demência: descrição e caracterização. **Journal Health and Technology - JHT**, v. 1, n. 1, p. e118–e118, 26 jul. 2022.

SANTOS, A. A. et al. Palliative Care Applied to the Elderly at Home. **ProQuest**, v. 14, p. 1–9, 1 jan. 2022.

SANTOS, B. W. DOS; BAIXINHO, C. L. Intervenção da enfermagem na prevenção de queda em idoso: estudo de revisão. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 23 jun. 2020.

SANTOS, C.S dos; BESSA, T.A; XAVIER, A.J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 603-611, 2020.

SCHIOCHET, J. Z. DA R.; DUBENA, M.; ARGENTON, L. B. A atuação do enfermeiro e dos cuidadores na assistência ao paciente portador de demência / The performance of nurses and caregivers in care for patients with dementia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 17988–18004, 24 ago. 2021.

SEMPÉ, L. et al. Multidisciplinary interventions for reducing the avoidable displacement from home of frail older people: a systematic review. **BMJ open**, v. 9, n.11, p. e030687, 2019.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J.R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 599- 615, 2017.

SILVA, E.A.; SILVA, E.C.; FERREIRA, L.S. Cuidados de enfermagem em idosos diagnosticados com a doença de Alzheimer. **Rev Bras Interdiscip Saúde-ReBIS**. Goiás. v. 3, n. 3, p. 53-9. 2021.

SILVA, K.L et al. Custo efetividade na Atenção Domiciliar: análise da produção do cuidado orientado por diversos protocolos. Relatório final. Belo Horizonte, 2022

SILVEIRA, F. M. da. Alterações neuropsicológicas na demência por corpos de lewy. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 126–140, 2021.

SOUZA, D. P. DE et al. Relação entre a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com doença de alzheimer com aspectos socioeconômicos familiares e a gravidade da doença. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 4, p. e879, 19 mar. 2020.

SOUZA, G. A. DE; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. A necessidade de cuidado na percepção de pessoas idosas em processo de fragilização. **Cadernos Saúde Coletiva**, 21 nov. 2022.

SOUZA, N. M. DE P. et al. Aspectos socioeconômicos, sobrecarga e qualidade de vida do cuidador de idosos com doença de alzheimer. **Percurso Acadêmico**, v. 10, n. 19, p. 42–57, 6 abr. 2020.

SOUZA, V. R. DOS S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

SPAZAPAN, M. P. et al. Nursing Process in Primary Care: perception of nurses. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 75, n. 6, 24 jun. 2022.

TAYEBEH BANIASADI. Risk Factors Associated with Falls in Older Adults with Dementia and Alzheimer's Diseases among Older Adults in the United States. 11 jan. 2023.

TAYLOR, J.-P. et al. New evidence on the management of Lewy body dementia. **Lancet neurology**, v. 19, n. 2, p. 157–169, 2020.

THYRIAN, J.R. et al. Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v.74, n.10, p. 996-1004, 2017.

WEISBROD, N. Primary palliative care in dementia. **Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics**, v. 19, n. 1, p. 143–151, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em 4 abr 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on the public health response to dementia**, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>. Acesso em: 23 ago. 2022.

XU, H. et al. Care sequences leading to the diagnosis of Alzheimer's disease and related dementias: An analysis of electronic health records. **Alzheimer's & Dementia**, 25 jan. 2024.

YENI, C.; YILMAZ, M. Nurse-led home modification interventions for community-dwelling older adults with dementia and their impact on falls prevention. **British Journal of Community Nursing**, v. 27, n. 2, p. 78–88, 2 fev. 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. [s.l.] Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZHANG, W. et al. Review of gait, cognition, and fall risks with implications for fall prevention in older adults with dementia. **Dementia and geriatric cognitive disorders**, v. 48, n. 1–2, p. 17–29, 2019.

ZHOU, X.; ZHANG, D. Multimorbidity in the Elderly: A Systematic Bibliometric Analysis of Research Output. **International journal of environmental research and public health**, vol. 19, n.1, p. 353, 2021

## APÊNDICE A – Protocolo de Revisão de Escopo

# Cuidados primários de enfermagem com pessoas idosas vivendo a transição entre estágios iniciais da demência: protocolo de revisão de escopo

### Autores

Thaís dos Santos Pinheiro<sup>1</sup> Elaine da Silva Lopes<sup>1</sup> Andressa da Silva<sup>1</sup> Victor José Fernandes Pereira<sup>1</sup> Grace Kelly Silva de Freitas<sup>1</sup> Ricardo Bezerra Cavalcante<sup>1</sup> Fabíola Lisboa da Silveira Fortes<sup>1</sup> Edna Aparecida Barbosa de Castro<sup>1</sup>

1. Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGENf – UFJF)- Brasil

### Resumo

**Objetivo:** Mapear na literatura as evidências sobre os cuidados primários de enfermagem com pessoas idosas vivendo a transição entre os estágios iniciais da demência.

**Introdução:** As demências aumentam com o envelhecimento repercutindo na autonomia e independência da pessoa idosa. Cuidados primários pela enfermagem desde a transição saúde-demência podem prevenir condições de multimorbidades, evitar ou retardar internações, idas a emergência, atenção domiciliar e a institucionalização da pessoa idosa.

**Crítérios de inclusão:** Artigos disponíveis na íntegra e literatura cinzenta (teses, protocolos, diretrizes), divulgados entre 1990 e 2023, em qualquer idioma, atendendo ao mnemônico PCC: (P) Pessoa Idosa com demência; (C) Cuidados primários de Enfermagem; (C) Atenção Primária à Saúde.

**Método:** Revisão de escopo desenvolvida pelo método do *Joanna Briggs Institute*, em cinco etapas: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção de estudos; análise, agrupamento, síntese e apresentação de resultados. A busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cochrane, MEDLINE, Scopus e *Web of Science*, terá rigor bibliométrico, metodológico e analítico, utilizando-se de estratégia que combina descritores e sinônimos, entremeados por operadores booleanos. A literatura cinzenta será pesquisada no Google Acadêmico, Bibliotecas Digitais, Portais de Teses/dissertações e sites oficiais de associações. Os textos obtidos serão avaliados por dois pesquisadores independentes e, em desacordo entre eles, um terceiro julgará a elegibilidade. A revisão será relatada conforme o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*. O software *Rayyan*® será utilizado para gerenciamento dos dados. O protocolo será registrado plataforma *Open Science Framework*.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Cuidados primários de enfermagem; Demência; Disfunção cognitiva; Pessoa idosa

## Introdução

O processo de envelhecimento populacional vem acarretando mudanças nos perfis de morbimortalidade com ênfase no aumento das demências, sendo a Doença de Alzheimer (DA) a mais comum. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 55 milhões de pessoas vivem com a doença e estima-se que em 2050, esse quantitativo aumentará para 139 milhões.<sup>1</sup>

As demências são definidas como uma síndrome caracterizada por declínio cognitivo e/ou comportamental repercutindo na autonomia e independência da pessoa idosa e na realização das atividades de vida diária (AVDs) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Com sua progressão, eleva-se a probabilidade de idas à emergências e hospitalizações.<sup>2,3</sup>

Possuem sete estágios conforme a *Global Deterioration Scale* (GDS): 1) sem declínio cognitivo; 2) comprometimento cognitivo subjetivo; 3) comprometimento cognitivo leve; 4) declínio cognitivo moderado/demência leve; 5) declínio cognitivo moderadamente grave/demência moderada; 6) declínio cognitivo grave/demência grave; 7) estágio final.<sup>4</sup> Cada estágio possui suas características e desafios e os sintomas comportamentais e psicológicos relacionam-se a um curso clínico desfavorável da doença, com evolução rápida, aumento de institucionalizações, diminuição da sobrevida do idoso e sobrecarga dos cuidadores.<sup>5</sup>

A transição para o processo saúde-doença, com suas diferentes especificidades, impacta não somente a pessoa idosa como também a vida de seus cuidadores e familiares convergindo em desgastes físicos, psicológicos, agravados pela sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento sobre a doença e suas alterações, a carência de apoio profissional, social e familiar.<sup>6,7</sup> Estudo correlaciona positivamente a sobrecarga do cuidador ao número e gravidade de sintomas neuropsiquiátricos e pelo baixo desempenho de atividades instrumentais de vida diária da pessoa idosa, sugerindo que os sintomas e o grau de autonomia podem determinar a sobrecarga do cuidador.<sup>8</sup>

O tratamento das demências é composto de dois pilares: farmacológicos e não farmacológicos. Este último, englobando a díade paciente-cuidador, varia de acordo com os estágios da doença. Estudos apontam a terapia de estimulação cognitiva, programa de reabilitação cognitiva multicomponente/multidisciplinar, orientação para realidade e intervenções psicossociais/psicoeducativas como terapia de reminiscência, musicoterapia, dança e intervenções físicas, ações para o manejo de sintomas demenciais.<sup>5,9</sup>

Destaca-se a importância da equipe multidisciplinar em cuidados primários à pessoa idosa com demência enfatizando-se as intervenções de enfermagem que englobam mudanças nos hábitos de vida, uso correto de medicamentos, cuidados com a pele, condução de intercorrências clínicas, além de condutas que possibilitem cuidados às demandas dos pacientes com promoção da função cognitiva e funcional.<sup>5</sup>

Os cuidados primários de saúde compreendem os cuidados essenciais de saúde baseados em evidência científica de forma que alcance os indivíduos e suas famílias na

comunidade, sendo o primeiro nível de contato destes com o sistema de saúde, constituindo um processo continuado de assistência.<sup>10</sup>

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) engloba essa modalidade de cuidados visando a promoção da saúde, a prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Desempenha um papel fundamental na coordenação do fluxo dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de propiciar cuidado integral, por meio de equipe multidisciplinar, objetivando atender as necessidades de saúde da população.<sup>11</sup>

Nesse contexto, para a oferta de cuidados primários o enfermeiro, tem como atribuição a consulta de enfermagem domiciliar ou na unidade de saúde, além de liderar a gestão do processo terapêutico, coordenar equipe de enfermagem e serviço de APS.<sup>12</sup> Tem sido considerado como o profissional que gerencia; ativa e coordena cuidados seja no âmbito da família, da equipe seja entre outros serviços da RAS quando necessário, possibilitando a continuidade da assistência na comunidade, prevenindo adoecimentos por causas sensíveis à APS e hospitalizações.<sup>13</sup>

Em uma revisão de revisões sistemáticas pontuou-se que um enfermeiro especializado em cuidados primários de pessoas idosas pode ser positivo para a díade paciente-cuidador no atendimento às suas necessidades no manejo das demências. Este, atuaria como gerente de caso, facilitando o processo de planejamento assistencial avançado, diminuindo a frequência de sintomas neuropsiquiátricos, sintomas de depressão, internações hospitalares, além da sobrecarga e depressão em cuidadores.<sup>14</sup>

Entretanto, estudo brasileiro analisou as práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado à pessoa idosa com demência, evidenciou que 66,7% dos enfermeiros não possuíam agenda específica para atendimento aos idosos; 65% realizavam menos de 10 consultas mensais e 62,5% nunca realizaram acompanhamento com o cuidador, revelando uma prática incipiente e sem sistematização do cuidado.<sup>15</sup>

Além de serem complexas em sua etiologia, as demências ainda podem estar associadas a uma ou mais patologias ou multimorbidades. Tal situação agrava-se quando a pessoa idosa deixa de comparecer às consultas médicas, medica-se erroneamente passa a ter dificuldade em seguir recomendações comportamentais, resultando em internações ou (re) internações culminando com piora na qualidade de vida.<sup>16</sup>

Diante da complexidade das demências e multimorbidades a ela associadas, é de elevada relevância o início das intervenções em estágio inicial. Os cuidados de transição (CT) facilitam a educação sobre os declínios físicos e funcionais decorrentes de sua progressão, bem como as mudanças que ocorrerão durante o processo saúde-doença preparando idosos e familiares para cada uma delas, oferecendo assistência pautada nas necessidades individuais, mantendo-os em ambiente domiciliar, preservando sua independência e autonomia e prevenindo hospitalizações e idas à emergência.<sup>17</sup>

Na área da Enfermagem os CT são conceituados por Meleis (2010), em sua teoria sobre cuidados de transição como: “uma passagem de um estado bastante estável para outro bastante estável, sendo iniciado com uma mudança”. Enfatiza-se que as transições são processos dinâmicos e não há obrigatoriedade de o indivíduo voltar ao marco inicial. No contexto das demências, os cuidados de enfermagem objetivam auxiliar a pessoa idosa e família nas dificuldades que emergem do adoecimento focando não somente na cura, mas com uma concepção para a saúde holística. O desafio, portanto, se encontra na compreensão

desse processo pelo profissional tornando-o capaz de desenvolver as intervenções necessárias para promoção do bem estar da pessoa idosa demenciada.<sup>18</sup>

Um estudo primário realizado em parceria entre a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sobre os custos do cuidado de pessoas idosas em serviço de atenção domiciliar (SAD), foi ponto de partida para esta revisão. O referido estudo observou que das 65 pessoas idosas admitidas nesta modalidade de serviço entre 2019 e 2020 com diagnóstico de DA, 41,18% ocorreu por desospitalização. Foi a segunda condição mais prevalente e elegível pela cascata de agravos a partir do diagnóstico da demência (85,7% acumulavam 2 a 3 condições de saúde). Em consequência, requerendo cuidados mais complexos. Ademais, foi o grupo que mais demandou tempo dos profissionais, principalmente os de enfermagem, maior número de procedimentos e visitas, elevando o custo médio por paciente com DA.<sup>19</sup>

As transições no contínuo do processo saúde-doença, desde quando a doença se instala, acarretam mudanças tanto no indivíduo diagnosticado quanto em sua rede de apoio.<sup>16</sup> Dentre o conhecimento produzido sobre CT, esta temática precisa ser explorada, a fim de que se tenha entendimento quanto a possibilidade de sistematização de evidências para a prática da enfermagem com idosos na APS e/ou se identifiquem lacunas para estudos primários.

Em buscas preliminares na literatura encontrou-se no banco de dados da *Scopus* uma revisão de escopo, realizada na Finlândia em 2022, cuja questão de busca foi “Quais tipos de intervenções do Plano de Cuidados Avançados (PCA) vem sendo prestadas à pessoas em estágios iniciais da demência? Como essas pessoas em estágios iniciais da demência e seus cuidadores familiares são afetados por essas intervenções?”. Objetivou-se explorar estudos que descrevessem as intervenções do PCA à pessoa idosa em estágios iniciais da demência na comunidade. Concluiu-se que a relação entre paciente- cuidador familiar- profissional de saúde é significativa na condução do PCA e pode reduzir o sofrimento do paciente e do cuidador, além da urgência de estudos que abordem as intervenções em estágios iniciais da demência e a continuidade da assistência.<sup>20</sup>

Não se identificou revisões sistemáticas ou de escopo atuais ou em andamento sobre o tema nas bases PubMed/MEDLINE e Cochrane, nem no banco de dados da *Open Science Framework* (OSF) e do *Institute Joanna Briggs* (JBI). Em buscas na PROSPERO identificou-se duas revisões sistemáticas em andamento sobre experiências da vivência da demência em estágios iniciais da pessoa idosa e seus familiares e desdobramentos de intervenções<sup>21,22</sup> e um protocolo de revisão sistemática sobre a qualidade de vida dessas pessoas e família,<sup>23</sup> o que acentua a relevância e pertinência para estudos sobre a questão. Porém, em nenhuma das revisões encontradas e em curso abordou-se os cuidados de enfermagem à pessoa idosa em transição para o processo saúde-doença diante do diagnóstico de demência, em estágio inicial, no cenário da Atenção Primária à Saúde.

Pela problemática apontada anteriormente, considerando-se, ainda que a questão proposta para esta revisão gira em torno de fenômeno real e contemporaneamente relevante, na vida de pessoas idosas, família, processo de cuidar da enfermagem e com importantes repercussões para os sistemas de saúde, reforça-se a justificativa de realização desta revisão de escopo para a obtenção da dimensão das publicações existentes e das lacunas no conhecimento acerca dessa temática.

## Questão da Revisão de Escopo

Utilizou-se o mnemônico PCC (População, Conceito, Contexto) e de seleção de descritores encontrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MESH (*Medical Subject Headings*) para formulação da seguinte pergunta: Quais são os cuidados primários de enfermagem ofertados à pessoa idosa em estágios iniciais da demência?

### **Palavras chaves**

Pessoa Idosa; Demência; Disfunção cognitiva; Cuidados primários de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

### **CrITÉRIOS de inclusão**

Serão incluídos textos disponíveis na íntegra entre 1990 e 2023. Este recorte temporal se justifica considerando-se as reformas mundialmente observadas desde então, guiadas pela perspectiva do paradigma de promoção da saúde, reorientação de modelos de atenção à saúde com ênfase para a APS. Países da União Europeia a partir de 1990 acerca da organização dos serviços de atenção primária, objetivando a coordenação entre os diferentes níveis de atenção.<sup>24</sup> No Brasil, a APS surge desde a criação/implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, iniciando-se a implantação em 1994 e a enfermagem se torna parte obrigatória da equipe mínima de profissionais. Com a definição da Política Nacional de Atenção Básica e criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2006, o conceito da APS foi mais amplamente difundido<sup>25</sup> e a partir de 2007 há um crescimento da produção científica sobre o tema.<sup>26</sup>

Serão incluídos textos independentemente do idioma desde que contemplem a questão de revisão, abordando os seguintes aspectos, que deverão convergir com o PCC expresso na questão, sendo (P) Pessoa Idosa com demência; (C) Cuidados primários de Enfermagem; (C) Atenção Primária à Saúde.

Além disso, a busca na literatura cinzenta incluirá: *Google Scholar*, com a utilização dos descritores acima citados, banco de teses e dissertações, sites de sociedades e organizações de especialistas, protocolos e diretrizes que estejam relacionados à temática de Cuidados primários de enfermagem à pessoa idosa com demência. Caso haja trabalhos não disponibilizados na íntegra, será considerada a possibilidade de acesso aos mesmos utilizando-se o Sistema de Comutação Bibliográfica (COMUT) da biblioteca institucional.

### **Participantes**

Pessoas idosas que vivem a transição saúde-doença nos estágios iniciais da demência.

### **Conceito**

Cuidados primários de enfermagem à pessoas idosas nos estágios iniciais da demência.

### **Contexto**

Atenção primária à saúde.

## Tipos de fonte

Serão considerados estudos primários, independente de metodologia, podendo ser incluídos estudos com abordagens qualitativas e quantitativas. A literatura cinzenta identificada com os descritos acima citados poderão ser teses, dissertações, protocolos, diretrizes ou recomendações obtidas em sites oficiais de sociedades de especialistas ou outras organizações.

## Método

Revisão de escopo desenvolvida pelo método do *Joanna Briggs Institute* (JBI), em cinco etapas: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção de estudos; análise, agrupamento, síntese e apresentação dos dados. Será utilizado o software *Rayyan*®<sup>27</sup> para gerenciamento dos dados. A busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cochrane, MEDLINE PubMed, Scopus (Elsevier) e Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics), terá rigor bibliométrico, metodológico e analítico, utilizando-se de estratégia que combina descritores e sinônimos, entremeados por operadores booleanos. A literatura cinzenta será pesquisada no Google Acadêmico, Bibliotecas Digitais, Portais de Teses/dissertações (BDTD- <https://bdttd.ibict.br/vufind/> e Capes, portal de teses e dissertação: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>; DART-Europe E-theses Portal (<https://www.dart-europe.org/basic-search.php>), Canadian Theses Portal (<https://library-archives.canada.ca/eng>), DIVA (Digitala Vetenskapliga Arkivet) (<https://www.diva-portal.org/smash/search.jsf?dswid=4455>), Ethos(<https://allcatsrgrey.org.uk/wp/knowledgebase/ethos/>), RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (<https://www.rcaap.pt/>) Open Access Theses and Dissertations (OATD) (<https://oatd.org/>) e sites oficiais de associações World Health Organization (WHO). Os textos obtidos serão avaliados por dois pesquisadores independentes e, em desacordo entre eles, um terceiro julgará a elegibilidade. A revisão será relatada conforme o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).<sup>28</sup> Ao final, o protocolo será submetido à plataforma *Open Science Framework* (OSF).

## Estratégia de busca

A estratégia de busca objetiva localizar artigos primários publicados e não publicados e revisões acerca do tema proposto. Foi realizada uma busca inicial da PubMed/MEDLINE e Cochrane para identificar artigos publicados a respeito. As palavras contidas nos títulos e nos resumos de artigos relevantes bem como os termos de indexação usados para descrever os artigos foram usados no desenvolvimento da estratégia de busca.

Para a elaboração da estratégia de busca, foram utilizados os descritores encontrados no DeCS e MESH e seus sinônimos e palavras não catalogadas, consideradas de linguagem natural, de acordo com a pergunta de revisão expressa no mnemônico PCC (Apêndice I). A estratégia foi elaborada de forma exaustiva e com auxílio da bibliotecária institucional.

As bases de dados a serem pesquisadas incluirão a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Cochrane, MEDLINE, Scopus (Elsevier) e Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics). A busca na literatura cinzenta será realizada no *Google Scholar*, banco de teses e dissertações, sites de sociedades e organizações de especialistas, protocolos e diretrizes sobre o tema. A estratégia de busca será adaptada para cada base de dado, conforme explicitado no Apêndice II. Caso seja necessário, será considerada a possibilidade de contato com os autores dos artigos.

Foram utilizadas as palavras contidas nos títulos e resumos encontrados em artigos relevantes em pesquisas preliminares, além de palavras-chave, termos de indexação e os operadores booleanos AND e OR: Pessoa Idosa; Demência; “Estágio inicial da demência” (termo em linguagem natural); “Disfunção cognitiva”; “Cuidados primários de Enfermagem”; “Cuidados de enfermagem” e “Atenção Primária à Saúde”.

### **Seleção dos estudos/ Fontes de Informação**

Todos os registros identificados serão transferidos para o *software* de gerenciamento de dados *Rayyan*®<sup>27</sup> e textos duplicados serão excluídos. Será realizado um teste piloto e logo após, os títulos e os resumos serão selecionados por dois revisores independentes para avaliação em relação aos critérios de inclusão.

Os motivos de exclusão de artigos que não atenderem aos critérios de inclusão serão relatados na revisão de escopo. Caso haja discordância entre os revisores, um terceiro revisor poderá ser acionado para avaliação.

Os resultados da pesquisa serão reportados na íntegra na revisão de escopo, seguindo o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR).<sup>28</sup>

### **Extração de dados**

Os dados serão extraídos obedecendo aos critérios de inclusão estabelecidos e selecionados por dois revisores que se organizarão em duplas e utilizarão uma ferramenta de extração desenvolvida pelos revisores. A extração dos dados obedecerá ao mnemônico PCC citado anteriormente além de métodos de estudos e achados relevantes para o objetivo desta revisão (Apêndice III).

A ferramenta de extração será revisada durante o processo e sofrerá modificações caso seja necessário. Todas as alterações serão relatadas na revisão de escopo. Caso haja discordância entre a dupla, um terceiro revisor será acionado.

### **Apresentação dos dados**

Dados bibliométricos e relativos ao PCC serão agrupados em quadros em consonância com os critérios de inclusão e objetivo desta revisão. Poderão ser apresentados em um diagrama, acompanhados de textos explicativos e argumentativos sobre os achados. Então, será elaborado um esquema de forma visual e didática com a frequência do conceito, população, contexto ou outros que sejam significativos e que contribuam com esta revisão.

### **Agradecimentos**

Às bibliotecárias Eliane de Souza, da Universidade Federal de Juiz de Fora e Amanda Damasceno de Souza, da Universidade FUMEC. À professora doutora Célia Caldas, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

### **Financiamentos**

Não houve financiamento.

### **Declarações**

Nada a declarar.

### **Contribuições dos autores**

Todos os autores contribuíram igualmente desde a concepção, escrita e aprovação final deste protocolo de revisão.

### **Conflito de interesse**

Sem conflito de interesse.

### **Referências**

1. World Health Organization (WHO) [Internet]. World Health Statistics; [citado 20 março 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
2. Alzheimer's Disease and Dementia [Internet]. Alzheimer's Disease Facts and Figures; [citado 15 maio 2023]. Disponível em: <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
3. Smid J *et al.* Diagnóstico sindrômico de DCS, CCL e demência. *Dement Neuropsychol.* 2022 Set [citado 20 março 2023];16(3 Suppl. 1):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-S101PT>
4. Alzheimer's Disease International (ADI) [Internet]. ADI - World Alzheimer Report 2022; [citado 20 março 2023]. Disponível em: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>.
5. Pestana LC, Caldas CP. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. Ago 2009 [citado 15 abril 2023];62(4):583-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000400015>
6. Cheng ST. Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 10 ago 2017 [citado 24 julho 2022];19(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2>.
7. Silva MI, Alves AN, Salgueiro CD, Barbosa VF. Doença de Alzheimer: repercussões biopsicossociais na vida do cuidador familiar. *Rev Enferm UFPE Line* [Internet]. 3 jul 2018 [citado 08 junho 2022];12(7):1931. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i7a231720p1931-1939-2018>
8. Torlaschi V, Maffoni M, Maltauro G, Pierobon A, Vigorè M, Maestri R, Chimento P, Buonocore M, Mancardi G, Fundarò C. The patient–caregiver dyad: the impact of cognitive and functional impairment. *Neurol Sci* [Internet]. 13 nov 2021 [citado 15 abril 2023];43(4):2481-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05712-2>
9. Caramelli P, Marinho V, Laks J, Coletta MV, Stella F, Camargos EF, Smid J, Barbosa BJ, Schilling LP, Balthazar ML, Frota NA, Souza LC, Vale FA, Chaves ML, Brucki SM, Nitrini R, Durgante HB, Bertolucci PH. Tratamento da demência: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dement Amp Neuropsychol* [Internet]. Set 2022 [citado 15 abril 2023];16(3 suppl 1):88-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5764-dn-2022-s106pt>
10. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde.
11. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 108 p.
12. Toso BR, Fungueto L, Maraschin MS, Tonini NS. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saude Em Debate*

- [Internet]. Set 2021 [citado 22 jun 2023];45(130):666-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008>
13. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. *Enfermeria Clin (English Ed [Internet])*. Mar 2019 [citado 16 abril 2023];29(2):99-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.10.003>
  14. Fernandes B, Goodarzi Z, Holroyd-Leduc J. Optimizing the diagnosis and management of dementia within primary care: a systematic review of systematic reviews. *BMC Fam Pract [Internet]*. 11 ago 2021 [citado 16 abril 2023];22(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01461-5>
  15. Malta EM, Araújo DD, Brito MF, Pinho LD. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. *Interface Comun Saude Educ [Internet]*. 2020 [citado 15 abril 2023];24(suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190449>
  16. Quiñones AR, Kaye J, Allore HG, Botosaneanu A, Thielke SM. An Agenda for Addressing Multimorbidity and Racial and Ethnic Disparities in Alzheimer's Disease and Related Dementia. *Am J Alzheimers Dis Amp Other Dementias [Internet]*. 1 jan 2020 [citado 15 maio 2023];35:153331752096087. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1533317520960874>
  17. Parker KJ, Hickman LD, Phillips JL, Ferguson C. Interventions to optimise transitional care coordination for older people living with dementia and concomitant multimorbidity and their caregivers: A systematic review. *Contemp Nurse [Internet]*. 10 set 2020 [citado 15 maio 2023]:1-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10376178.2020.1812416>
  18. Ibrahim MA. Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Pub.; 2009.
  19. Silva KL. Custo efetividade na Atenção Domiciliar: análise da produção do cuidado orientado por diversos protocolos. Relatório final. Belo Horizonte, 2022.
  20. Tetrault A, Nyback MH, Vaartio-Rajalin H, Fagerström L. Advance Care Planning interventions for older people with early-stage dementia: A scoping review. *Nord J Nurs Res [Internet]*. 20 maio 2021 [citado 15 maio 2023]:205715852110140. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20571585211014005>
  21. Seike A, Sakurai T, Arai H, Yamakage H, Seike A, Takeuchi S, Kajino Y, Hagihara J. Intervenção psicoeducacional diádica para cuidadores familiares e receptores de cuidados na demência em estágio inicial. PROSPERO 2019 CRD42019126539 Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42019126539](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019126539)
  22. Clements E, Marczak M. Experiências de demência em estágio inicial: uma revisão sistemática da literatura qualitativa. PROSPERO 2021 CRD42021297719 Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42021297719](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021297719)

23. Bayly M, Morgan D, Kosteniuk J, Chow AF, Elliot V, McLean A, O'Connell M, Peacock S. Protocolo para uma revisão sistemática sobre intervenções para cuidadores de pessoas com DCL e demência em estágio inicial: a intervenção em estágio inicial melhora o bem-estar do cuidador e a capacidade de cuidar?. PROSPERO 2018 CRD42018114960 Disponível em: [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42018114960](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42018114960)
24. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saude Publica [Internet]. Maio 2006 [citado 15 maio 2023];22(5):951-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000500008>
25. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude Soc [Internet]. Dez 2011 [citado 15 maio 2023];20(4):867-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902011000400005>
26. Sumar N, Fausto MC. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. JMPHC J Manag Amp Prim Health Care ISSN 2179 6750 [Internet]. 17 jul 2014 [citado 15 maio 2023];5(2):202-12. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i2.217>
27. Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* **5**, 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
28. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. The PRISMA-ScR Statement. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73

## Apêndices

### Apêndice I: Identificação de descritores e palavras chaves

| Mnemônico | DeCS/MeSH | Palavras chaves identificadas                                                                                             | Linguagem Natural |
|-----------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| População | Idoso     | “Idoso”<br>“Idosos”<br>“Pessoa idosa”<br>“Pessoas idosas”<br>“Pessoa de Idade”<br>“Pessoas de Idade”<br>“População Idosa” | “Idosos”          |
|           | Aged      | “Elderly”                                                                                                                 |                   |
|           | Anciano   | “Adulto Mayor”<br>“Persona Mayor”<br>“Ancianos”<br>“Personas de Edad”<br>“Personas Mayores”                               |                   |
|           | AND       |                                                                                                                           |                   |
|           | Demência  | “Demência Senil Tipo Paranóide”                                                                                           |                   |

|  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
|--|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | Dementia            | "Amentia"<br>"Amentias"<br>"Dementias"<br>"Senile Paranoid<br>Dementia"<br>"Senile Paranoid<br>Dementias"<br>"Dementia, Familiar"<br>"Dementias, Familiar"<br>"Dementias, Senile<br>Paranoid"<br>"Familial Dementia"<br>"Familial Dementias"<br>"Paranoid Dementia,<br>Senile"<br>"Paranoid Dementias,<br>Senile"<br><br>"Demencia Paranoide<br>Senil" | "Early Stage<br>Dementia" |
|  | Demencia            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |
|  | OR                  | "Comprometimento<br>Cognitivo"<br>"Comprometimento<br>Cognitivo Leve"<br>"Declínio Cognitivo"<br>"Deficiências Cognitivas"<br>"Deterioração Mental"<br>"Transtorno Cognitivo"                                                                                                                                                                          |                           |
|  | Disfunção cognitiva |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |

|  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | Cognitive<br>Dysfunction | "Cognitive Decline"<br>"Cognitive Declines"<br>"Cognitive Disorder"<br>"Cognitive Dysfunctions"<br>"Cognitive Impairment"<br>"Cognitive Impairment,<br>Mild"<br>"Cognitive Impairments"<br>"Cognitive Impairments,<br>Mild"<br>"Decline, Cognitive"<br>"Declines, Cognitive"<br>"Deterioration, Mental"<br>"Deteriorations, Mental"<br>"Dysfunction, Cognitive"<br>"Dysfunctions,<br>Cognitive"<br>"Impairment, Cognitive"<br>"Impairment, Mild<br>Cognitive"<br>"Impairments, Cognitive"<br>"Impairments, Mild<br>Cognitive"<br>"Mental Deterioration"<br>"Mental Deteriorations"<br>"Mild Cognitive<br>Impairment"<br>"Mild Cognitive<br>Impairments"<br><br>"Deficiencias Cognitivas"<br>"Deterioro Cognitivo<br>Leve"<br>"Deterioro Mental"<br>"Disminución Cognitiva" |  |
|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                 |                                |                                                                                                                                                                                                                 |              |
|-----------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                 | Disfunción Cognitiva           |                                                                                                                                                                                                                 |              |
|                 |                                |                                                                                                                                                                                                                 |              |
| <b>Conceito</b> | AND<br><br>Enfermagem Primária | “Atenção Primária de Enfermagem”<br>“Cuidados Básicos de Enfermagem”<br>“Cuidados Elementares de Enfermagem”<br>“Cuidados Primários de Enfermagem”<br>“Cuidados Primários em Enfermagem”<br>“Enfermagem Básica” | “Enfermagem” |

|  |                        |                                                                                                                                                                                                |  |
|--|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |                        | <p>“Enfermaria Primária”</p> <p>“Care, Primary Nursing”<br/> “Nursing Care, Primary”<br/> “Nursing, Primary”<br/> “Primary Nursing Care”</p>                                                   |  |
|  | Primary Nursing        |                                                                                                                                                                                                |  |
|  | Enfermería Primaria    | <p>“Cuidados Básicos de Enfermería”<br/> “Cuidados Primarios de Enfermería”</p>                                                                                                                |  |
|  | OR                     | <p>“Assistência de Enfermagem”<br/> “Atendimento de Enfermagem”<br/> “Cuidado de Enfermagem”<br/> “Gestão da Assistência de Enfermagem”<br/> “Sistematização da Assistência de Enfermagem”</p> |  |
|  | Cuidados de Enfermagem | <p>“Care, Nursing”<br/> “Management, Nursing Care”<br/> “Nursing Care Management”</p>                                                                                                          |  |

|                 |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |
|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|                 | Nursing Care             | “Cuidado de Enfermería”<br>“Cuidados de Enfermería”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |
|                 | Atención de Enfermería   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |
| <b>Contexto</b> | AND                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |
|                 | Atenção Primária à Saúde | “Atendimento Básico”<br>“Atendimento Primário”<br>“Atendimento Primário de Saúde”<br>“Atenção Básica”<br>“Atenção Básica à Saúde”<br>“Atenção Básica de Saúde”<br>“Atenção Primária”<br>“Atenção Primária de Saúde”<br>“Atenção Primária em Saúde”<br>“Cuidado de Saúde Primário”<br>“Cuidado Primário de Saúde”<br>“Cuidados de Saúde Primários”<br>“Cuidados Primários”<br>“Cuidados Primários à Saúde”<br>“Cuidados Primários de Saúde”<br>“Primeiro Nível de | “Comunidade” |

|  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|--|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |                     | <p>Assistência”</p> <p>“Primeiro Nível de Atendimento”</p> <p>“Primeiro Nível de Atenção”</p> <p>“Primeiro Nível de Atenção à Saúde”</p> <p>“Primeiro Nível de Cuidado”</p> <p>“Primeiro Nível de Cuidados”</p>                                                                                                                                                                                                                          |  |
|  |                     | <p>“Care, Primary”</p> <p>“Care, Primary Health”</p> <p>“Health Care, Primary”</p> <p>“Healthcare, Primary”</p> <p>“Primary Care”</p> <p>“Primary Healthcare”</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|  | Primary Health Care | <p>“Asistencia Primaria”</p> <p>“Asistencia Primaria de Salud”</p> <p>“Asistencia Sanitaria de Primer Nivel”</p> <p>“Atención Básica”</p> <p>“Atención Primaria”</p> <p>“Atención Sanitaria de Primer Nivel”</p> <p>“Primer Nivel de Asistencia Sanitaria”</p> <p>“Primer Nivel de Atención”</p> <p>“Primer Nivel de Atención de Salud”</p> <p>“Primer Nivel de Atención Sanitaria”</p> <p>“Primer Nivel de la Asistencia Sanitaria”</p> |  |

|  |                                  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|
|  | Atención Primaria de<br>la Salud |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|

## Apêndice II: Estratégia de busca

| <b>Estratégia de busca</b>                                                                                                                                                      | <b>Base de dados/<br/>Número de<br/>publicações</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| (((((elderly) ) AND (early stage dementia)) OR (cognitive decline)) AND (primary nursing care)) AND (primary health care)                                                       | PubMed/MEDLINE<br>Number: 328                       |
| (elderly) AND (dementia) AND ("primary health care")                                                                                                                            | BVS<br>Number: 937                                  |
| ("elderly"):ti,ab,kw AND ("dementia syndrome"):ti,ab,kw (Word variations have been searched)                                                                                    | Cochrane<br>Number: 11                              |
| elderly (All Fields) AND "early stage dementia" (All Fields) OR "cognitive decline" (All Fields) AND "primary nursing care" (All Fields) AND "primary health care" (All Fields) | Web of Science<br>Number: 53                        |
| (ALL ( <i>elderly</i> ) AND ALL (" <i>early stage dementia</i> ") AND ALL (" <i>nursing care</i> "))                                                                            | Scopus<br>Number: 80                                |
| elderly AND (dementia OR "early stage dementia" OR "cognitive decline") AND "primary nursing care" AND "primary health care"                                                    | Google Scholar<br>Number: 40                        |

## Apêndice III: Instrumento de extração de dados

| <b>Artigo /publicação/Citação</b> |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Autores</b>                    |  |  |  |  |
| <b>Ano/Mês</b>                    |  |  |  |  |
| <b>País</b>                       |  |  |  |  |
| <b>Idioma da publicação</b>       |  |  |  |  |
| <b>Objetivo</b>                   |  |  |  |  |

|                                   |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Método</b>                     |  |  |  |  |
| <b>População</b>                  |  |  |  |  |
| <b>Contexto</b>                   |  |  |  |  |
| <b>Intervenção</b>                |  |  |  |  |
| <b>Resultados e Recomendações</b> |  |  |  |  |
| <b>Forças e limitações</b>        |  |  |  |  |

#### Apêndice IV: Pesquisa na Literatura Cinzenta

| <b>Estratégia de busca</b>                                                                                                   | <b>Literatura cinzenta/<br/>Número de publicações</b>       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| elderly AND (dementia OR "early stage dementia" OR "cognitive decline") AND "primary nursing care" AND "primary health care" | Google Scholar<br>Number: 40                                |
| "(All Fields:elderly AND All Fields:dementia AND All Fields:"primary health care")"                                          | Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações<br>Number: 21 |
| (elderly) AND (dementia) AND ("primary nursing care")                                                                        | Capes portal de teses e dissertações<br>Number: 80          |
| elderly AND dementia AND primary nursing                                                                                     | DART Europe E-theses Portal<br>Number: 10                   |
| elderly AND dementia AND primary nursing                                                                                     | Canadian Theses Portal<br>Number: 31                        |
| early stage dementia AND primary nursing                                                                                     | DIVA<br>Number: 5                                           |
| elderly AND early stage dementia AND primary nursing AND primary health care                                                 | Ethos<br>Number: 601                                        |
| elderly AND dementia AND primary nursing AND primary health care                                                             | RCAAP                                                       |

|                                                                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                     | Number: 6          |
| elderly AND dementia AND primary nursing<br>AND primary health care | OATD<br>Number: 18 |
| dementia                                                            | WHO<br>Number: 106 |

## APÊNDICE B – Protocolo de EC

### PROTOCOLO DE ESTUDO DE CASO ÚNICO

#### Autores

Thaís dos Santos Pinheiro<sup>1</sup> Denise Rocha Raimundo Leone<sup>1</sup> Fabíola Lisboa da Silveira Fortes<sup>1</sup> Célia Pereira Caldas<sup>2</sup> Edna Aparecida Barbosa de Castro<sup>1</sup>

1. Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGENf – UFJF)- Brasil
2. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) - Brasil

#### RESUMO

**Introdução:** Cuidados transicionais são essenciais junto a pessoas idosas e famílias que vivenciam o surgimento de uma demência visando inserir a família na continuidade do cuidado: com segurança, efetividade, menor desgaste e sobrecarga de cuidadores, evitar hospitalizações, idas a serviços de emergência e desfechos negativos. **Objetivo:** Analisar o cuidado de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família com pessoas idosas/famílias que vivem transição no estado de saúde doença aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico de uma demência. **Método:** Protocolo de estudo de caso único qualitativo com o método orientado por de Robert Yin, com aporte da teoria de Cuidados de Transição de Afaf Ibrahim Meleis. O fenômeno real e contemporâneo estudado é o cuidado transicional para a continuidade do cuidado na comunidade de pessoas idosas/famílias após surgimento de uma demência. Estão sendo utilizadas múltiplas fontes de dados: documentos de serviços de saúde; notas de observações de processos de cuidados, incluindo a Visita Domiciliária; entrevista com roteiro estruturado pelo *Google forms* e entrevistas em profundidade guiadas por roteiro contendo questões abertas. As unidades de coleta de dados são enfermeiros que atuam em Equipes da Estratégia de saúde da Família em Serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, município de médio porte de Minas Gerais, terceiro estado com maior número de pessoas idosas no país. Os dados estão sendo analisados por processo interpretativo dedutivo-indutivo. E segue os preceitos éticos de Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Res. n. 466/2012; 510/2015 e 622/2022). Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o Parecer número 5.889.674.

**Palavras-chaves:** Pessoa idosa. Demência. Doença de Alzheimer. Cuidados de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

## 1 Introdução

### 1.1 A motivação, o problema e a lacuna

Este protocolo, por meio de uma visão geral visa dar ciência do Estudo de Caso Único em desenvolvimento, a ser apresentado na forma de uma pesquisa de dissertação de mestrado.

A questão proposta para o EC único foi motivada pelo contexto de transição demográfica, com o envelhecimento da população e o aumento de Doenças Crônicas não transmissíveis, dentre elas as demências, constituindo-se de um grande desafio para o sistema de saúde, aumentando custos e gerando mudanças na dinâmica familiar (PAHO, 2019; WHO, 2021).

Para pessoa idosa que vivencia o surgimento de uma demência, serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) têm sido considerados como relevantes no percurso terapêutico, por proporcionarem cuidados integrais, melhorando a qualidade de vida, diminuindo a sobrecarga do cuidador e os sintomas comportamentais e psicológicos (Thyrian *et al.*, 2017).

No Brasil, a APS é considerada como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), coordenando e ordenando conforme os cuidados de saúde demandados, os percursos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Abrangem variadas práticas com o objetivo de promoção da saúde, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (Brasil, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modalidade assistencial estabelecida a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), englobou a expectativa de se tornar uma estratégia de apoio à consolidação do SUS a partir da expansão, qualificação e consolidação da APS. Dentre as perspectivas para a ESF encontram-se a reorganização e reorientando os processos de trabalho, aprofundando princípios, diretrizes e fundamentos, ampliando a resolutividade e impacto na saúde de pessoas e coletividades e importante relação custo-efetividade (PNAB, 2017).

Enfermeiros estão presentes em equipe da ESF, modalidade assistencial ofertada pela APS, e em todos os demais serviços de saúde do SUS e estão entre os

profissionais com maior dedicação de tempo. Conforme nos demais contextos assistenciais, na ESF os cuidados da Enfermagem agregam especificidades do processo saúde-doença. Compreender como enfermeiros exercem o trabalho de saúde ao qual se destinam, no âmbito da equipe da ESF, mostra-se relevante em estudos envolvendo a inserção deste profissional em modelos assistenciais de atenção transicional. Isto, pois, considerando que possui uma formação abrangente, englobando as habilidades e competências concomitantes ao gerenciamento e oferta de cuidados conforme demandas dos usuários (Miguélez-Chamorro *et al.*, 2019).

A transição vivenciada pelas pessoas no contínuo do processo saúde-doença foi um dos enfoques desenvolvidos pela teoria de Afaf Meleis, intitulada Teoria das Transições.

Sinais, sintomas ou situações consideradas eventos críticos no surgimento de uma demência expõem mudanças na condição de saúde e no ritmo da vida não apenas da pessoa idosa. Há interferência em toda a dinâmica familiar, envolvendo, principalmente o binômio pessoa idosa com demência e cuidadores familiares. A transição no processo saúde-doença expõe uma cascata de ocorrências e demandas, tornando-se propulsora de transições de diferentes naturezas conforme descritas por Meleis (2010), como: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional (Meleis, 2010).

Justificou-se a realização do EC, pela importância dos cuidados de transição ofertados na APS que pressupõe redução de re-hospitalizações e idas à emergência (Finlayson *et al.*, 2018; Jehloh *et al.*, 2022). Pressupõe-se que, ao se buscar apreender quais atividades são desenvolvidas por enfermeiros que atuam em ESF, na APS, e a perspectiva destes profissionais sobre a transição da condição de saúde para uma demência vivida pelas pessoas idosas de sua área de abrangência, contribui-se para se elucidar quais são os cuidados de transição relevantes no âmbito da terapêutica de enfermagem neste ponto de atenção da RAS.

A escassez de estudos sobre os cuidados de transição da enfermagem no âmbito da APS com pessoas idosas vivenciando a demência foi constatada a partir de uma Revisão de Escopo realizada previamente ao desenvolvimento deste protocolo. O estudo de revisão objetivou mapear as evidências sobre os cuidados de transição ofertados por enfermeiros da APS à pessoa idosa com demência. Além disso, expôs a lacuna e o fenômeno real e contemporâneo que deu origem a este

estudo de caso, que é o cuidado da enfermagem ofertado na APS à pessoa idosa e família que vivencia transição no estado de saúde doença ao surgimento dos primeiros sinais de demência.

## **2 Conceitos chaves e Pontos de Partida**

### *2.1 Pessoas idosas*

É considerado pessoa idosa, àquelas com 60 anos ou mais. A Lei nº10.741/2003, coloca como responsabilidade da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, assegurar à pessoa idosa o direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à habitação, ao transporte, à liberdade, à dignidade, ao respeito, à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

### *2.2 Demências*

As demências caracterizam-se pelo declínio cognitivo persistente, que interfere na funcionalidade da pessoa idosa (Coutinho e Catanhede, 2022). São classificadas pelo acúmulo de agregados proteicos nos neurônios e na glia, no compartimento extracelular ou em regiões vulneráveis do cérebro (Elahi; Miller, 2017), manifestando com ou sem comprometimento estrutural do sistema nervoso central. As de causas tóxico-metabólicas advêm de hipotireoidismo, uso abusivo de medicamentos e drogas, insuficiências renal, hepática e cardíaca, deficiência de vitamina B12. Quando há comprometimento estrutural têm-se as demências primárias: Doença de Alzheimer, demência frontotemporal [DFT], demência com corpos de Lewy, Doença de Parkinson, Doença de Huntington e paralisia supranuclear progressiva; e as demências secundárias: doença cerebrovascular, tumores, hidrocefalia e infecções (Coutinho e Catanhede, 2022).

O diagnóstico das demências é clínico (Hugo; Ganguli, 2014). Atualmente, não há cura para as demências neurodegenerativas ou vascular, mas existem intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o retardo dos sintomas comportamentais e psicológicos (Caramelli *et al.*, 2022).

### 2.3 Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família

No Brasil, a APS é ordenadora do fluxo assistencial dos usuários da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde, sendo definida como arranjos organizativos, os quais são constituídos de ações e serviços de saúde de diferentes configurações tecnológicas e focos assistenciais, devendo a atenção básica constituir-se do primeiro ponto dessa rede, e porta de entrada do sistema de saúde (PNAB, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família é uma modalidade assistencial organizada para oferta de atenção à saúde conforme territórios de abrangência na comunidade visando a efetividade da APS em seu caráter de Vigilância, promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças ou agravos, para resolubilidade de ampla gama de necessidades e demandas biomédicas, psicossociais e/ou espirituais. A cobertura nacional de territórios com ESF era de 63,62%, em dezembro de 2020, de acordo com dados do e-Gestor (Informação e Gestão da Atenção Básica) (Brasil, 2020).

### 2.4 Atuação do enfermeiro na ESF

A atuação do enfermeiro na APS configura-se em atividades administrativas e práticas assistenciais aos usuários, intensificados e ampliados na ESF no que tange a área da assistência e da educação em saúde como também o gerenciamento dos serviços de saúde, sendo delegado o papel de autoridade sobre os processos de organização de trabalho, estando a unidade de saúde, de forma geral, sob a responsabilidade deste profissional (Galavote *et al.*, 2016).

Assim, o trabalho do enfermeiro na APS pauta-se em duas vertentes: produção do cuidado e gestão do processo terapêutico e atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem, sendo as ações gerenciais predominantes em sua atuação permeadas pelos conflitos entre a equipe e determinadas por normas e protocolos de exercício profissional e da organização de trabalho da própria equipe (Galavote *et al.*, 2016).

Portanto, a gestão faz parte do cuidado e deve ser desenvolvida pautada nas necessidades de saúde, efetivando as práticas de cuidado como focos de atenção, devendo ser praticadas juntamente à família objetivando a melhoria da qualidade da assistência (Galavote *et al.*, 2016).

Em estudo de revisão integrativa (2020), com o objetivo de descrever as dimensões do cuidado em saúde praticadas por enfermeiros da APS, evidenciou-se que o assistir/cuidar praticado possui como meio a consulta de enfermagem, realizada de forma assistematizada e deficiente. Reconhece-se como fundamental para a padronização das etapas do processo de enfermagem, o qual contribui para o conhecimento das reais necessidades do usuário (Ferreira *et al.*, 2020).

### **3 Questão norteadora do Estudo de Caso Único:**

Como enfermeiros da ESF cuidam de pessoas idosas/famílias residentes na comunidade que vivenciam mudança no estado de saúde-doença, aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico médico de uma demência?

### **4 Proposições teóricas Prévias:**

As proposições teóricas deste EC único foram elaboradas considerando-se a revisão de escopo desenvolvida previamente sobre o tema, intitulada “Cuidados primários de enfermagem com pessoas idosas vivendo a transição entre estágios iniciais da demência: revisão de escopo”, pela metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI), e registrada na *Open Science Framework* (OSF) (<https://osf.io/pgnym/>) e a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010).

I - A concepção de cuidados transicionais ainda não se encontra plenamente difundida entre enfermeiros da ESF em atuação na APS, ou seja, são feitos encaminhamentos a serviços especializados, ofertando-se cuidados gerais à pessoa idosa, sobretudo os de natureza biomédica, conforme as demandas, consonantes a programas específicos do Ministério da Saúde.

### **Proposições Rivals:**

II – Na APS, quando inseridos em ESF enfermeiros consideram-se os profissionais mais próximos das famílias e quem primeiro recebem as demandas para visitas domiciliares.

III – Dentre os profissionais que atuam na ESF, enfermeiros ofertam cuidados na forma de orientações, às famílias das pessoas idosas desde os primeiros sinais ou ao diagnóstico de uma demência, observados em atendimentos ou VD ou que lhe chegam como uma demanda na UBS.

## **5 Objetivo geral:**

Analisar o cuidado de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família com pessoas idosas/famílias que vivenciam transição no estado de saúde doença aos primeiros sinais de demência ou que recebem o diagnóstico. Em específico, propõe-se: a) Identificar o modelo de gestão de cuidados desenvolvido pelos enfermeiros da ESF do município de Juiz de Fora com pessoas idosas/família que vivenciam os primeiros sinais de demência; b) Descrever a abordagem das transições vivenciadas pela pessoa idosa/família a partir do processo de enfermagem desenvolvido pelas enfermeiras;

## **6 Metodologia adotada para desenvolvimento do EC:**

### *7.1 Abordagem, tipo de pesquisa, método e referenciais adotados*

Estudo de Caso (EC) único, qualitativo explicativo de acordo com o método de Robert Yin (2015), definido como método de pesquisa aplicável em situações do cotidiano. É elegível quando há inquietude sobre fenômenos reais da contemporaneidade, em que o pesquisador não tem controle sobre o evento. O ponto de partida para condução do estudo deve ser questões iniciadas em “como” e “por que” (Yin, 2015).

O EC único conduz uma investigação sobre algum caso em potencial, podendo especificar circunstância nas quais são verdadeiras (críticos) e auxílio de descobertas

(extremo), captação de particularidades do cotidiano (comum), análise de fenômeno previamente inacessível (revelador), acompanhamento de casos com o passar do tempo (longitudinal) (Yin, 2015).

Sendo assim, este EC abordará como caso, unidade de análise e unidade de coleta de dados, os seguintes aspectos, de acordo com Yin (2015):

Caso: cuidado do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde à pessoa idosa/família vivenciando uma demência.

Unidade de análise: gerenciamento e oferta de cuidados feita pelo enfermeiro da ESF frente à demanda de pessoas idosas/famílias que no processo saúde-doença vivenciam a transição para uma demência.

Unidade de coleta de dados: Enfermeiros da ESF que assistem/ gerenciam cuidados a pessoas idosas/famílias vivendo transição no processo saúde doença para uma demência.

## 7.2 Contexto do EC

Este EC será desenvolvido em Juiz de Fora, cidade do sudeste do estado de Minas Gerais (MG), na zona da mata mineira, cuja população é de 540.756 habitantes. Pelo censo do IBGE de 2010 o número de pessoas com 60 anos ou mais em MG era de 70.065 (13,61%) aumentando para 109.293 (20,21%) no censo de 2022. Juiz de Fora conta com, aproximadamente, 20 milhões de habitantes e é o terceiro estado brasileiro com maior número de pessoas idosas, registrando 12,4% de sua população em 2022 (IBGE, 2022).

O EC será conduzido em serviços de APS que sejam ofertados segundo a modalidade assistencial de ESF. No Brasil, dados referentes à dezembro de 2020, sinalizam a existência de 43.286 equipes ESF no país, com cobertura de 63,62%, o equivalente a 133.710.730 brasileiros atendidos por essa modalidade (Brasil, 2020). Minas Gerais, conta com 5.407 equipes ESF, com 77,53% de cobertura. Em Juiz de Fora, cenário do EC, a APS é composta por 63 Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizando-se a partir de modelos assistenciais distintos, sendo 39 UBS contendo equipes da ESF e 22 de modelo assistencial tradicional, representando aproximadamente 60% de cobertura em ESF (Juiz de Fora, 2014; Brasil, 2020).

A modalidade ESF, obedece a delimitação de área de abrangência com adstrição dos usuários, com equipe mínima composta de médico generalista ou especialista em ESF, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde. Já o modelo tradicional conta com a presença de médicos de diversas especialidades, com demandas espontâneas ou encaminhadas para outros serviços, sem adstrição de usuários, com foco em ações de vigilância em saúde (Elias *et al.*, 2006).

### 7.3 Fontes de Informação e Procedimentos de coleta de dados

A triangulação de dados (Yin, 2015), será adotada para alcance dos objetivos e explicação do caso, considerando-se múltiplas fontes de informação, a saber:

I - Levantamento Documental: em Sistema de Informação do DATASUS e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); planilhas fornecidas pela Gerencia da APS da Secretaria de Saúde do município sede da pesquisa

II – Levantamento: dados serão levantados com websurvey mediante convite prévio contendo um *Quick Response Code* (QR code) direcionador (Apêndice A) Questionário foi elaborado com ferramenta do Google para aplicação online (Apêndice B)

III- Observação direta: observações diretas da assistência de enfermagem à pessoa idosa/família na UBS, guiada por roteiro de observação (Apêndice C)

Será adotado um Diário de Campo e após cada sessão de observação feita, em visitas as UBS ou decorrentes de momentos de entrevistas, as notas de campo serão imediatamente expandidas (ANEXO 1).

IV - Entrevista em profundidade: com os enfermeiros da ESF da APS do município de Juiz de Fora. Concomitante as observações e guiadas por um roteiro guia (Apêndice D) contendo questões abertas, as quais poderão ser revisadas ou acrescidas de outras após cada entrevista realizada. Cada entrevista será transcrita e pré-analisada antes da entrevista seguinte, seguindo o modelo de transcrição (ANEXO 2).

A pesquisa documental e a de campo ocorrerão concomitantemente. As observações ocorrerão nas UBS que houverem equipe ESF e as entrevistas em local silencioso, de preferência do participante e audiogravadas em *smartphone* no modo

*offline*. Os dados do *Google forms* serão baixados em uma planilha Excel, do pacote da *Microsoft®*. Notas de observação e entrevistas transcritas serão editadas em arquivo do *Word* pacote *Microsoft®* e exportadas para o *software* livre *OpenLogos*, versão 2.0 para apoiar o processo interpretativo de codificação e análise.

## **8 Análise de dados e Modelo analítico:**

Na análise dos dados será adotado processo dedutivo-indutivo, apoiado em modelo teórico desenvolvido a partir da Teoria das Transições (Meleis, 2010).

As entrevistas, transcritas serão analisadas e codificadas no *software OpenLogos* e após serão baixados para uma planilha Excel, do pacote da *Microsoft®*.

Os códigos analíticos serão aproximados por semelhança utilizando-se cores, que darão origem às subcategoria e posterior, categorias.

O modelo analítico do EC apresenta como unidade de análise o cuidado ofertado às pessoas idosas/famílias residentes na comunidade, vivenciando o surgimento de uma demência, na perspectiva de enfermeiros, inseridos na modalidade assistencial da ESF ofertada no contexto da Atenção Primária à Saúde do SUS.

O modelo analítico do EC tem por base dois eixos de análise:

**Eixo I** - A análise gira em torno da gestão do cuidado exercida por enfermeiros da ESF a pessoas idosas/famílias que vivenciam uma demência. Destaca-se neste eixo analítico o potencial de gerenciamento e de coordenação do cuidado exercido por enfermeiros na liderança de equipes, de serviços de enfermagem e/ou de saúde. Adota como referências: Diretrizes da OMS/OPAS (PAHO, 2019; WHO, 2021), Ministério da Saúde (Brasil, 2017) que abordam a temática do envelhecimento e das demências, Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), Política Nacional da Pessoa Idosa (Brasil, 1994; 2006), Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), Política Nacional de Humanização (Brasil, 2007), Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006), Vigilância em Saúde, Plano Diretor do Município de Juiz de Fora (Juiz de Fora, 2014), CNES (Brasil, 2023), IBGE (IBGE, 2022) e DATASUS (Brasil, 2010). Espera-se mostrar um panorama organizacional da APS no cenário pesquisado considerando-se o modelo assistencial da ESF.

**Eixo II** – A análise gira em torno da assistência ofertada por enfermeiros a pessoas idosas/famílias que vivenciam uma demência com ênfase para o processo de Enfermagem. Adota como referencial analítico os componentes da Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010) e a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009).

O modelo analítico está representado no diagrama abaixo:

Figura 1- Modelo analítico EC único



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

## **9 Aspectos Éticos:**

Será desenvolvida respeitando-se todos os preceitos éticos previstos nas Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Res. n. 466/2012; 510/2015 e 622/2022). O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora sob parecer nº 5.889.674.

Essa pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes como, por exemplo, exposição de dados e identificação, para impedir a ocorrência, utilizaremos códigos garantindo o sigilo, através de códigos alfanuméricos (ENF01, ENF02...).

Os benefícios são o de promover a reflexão do enfermeiro de suas próprias práticas em consonância aos processos de educação permanente, a qual fomentará sua formação profissional, refletindo sua atuação na assistência à saúde de pessoas idosas com demência. Além disso, corroborará para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e familiares, reestruturação do percurso assistencial na RAS, prevenção de re-internações desnecessárias e diminuição dos custos para o sistema de saúde.

Os riscos e benefícios são explicados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa só terá prosseguimento com o aceite voluntário do participante e assinatura do TCLE.

## **10 Orçamento:**

Será desenvolvida com recursos próprios dos pesquisadores.

## **11 Guia para relatório de EC:**

O relatório final será guiado pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (Souza *et al.*, 2021) e apresentado na forma de artigo científico em periódico com fator de impacto e indexação em bases internacionais; de Comunicação oral em evento científico organizado pelo grupo de pesquisa e em encontros agendados com autoridades do município e aos participantes da pesquisa.

### **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica e-Gestor. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. <sup>o</sup>]Portaria conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2020/portaria-conjunta-13-pcdt-alzheimer-atualizada-em-20-05-2020.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília. 2023
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- COFEN. Resolução COFEN 358/2009. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009/>>. Acesso em: 27 dez. 2023.
- COUTINHO BC, CANTANHEDE, ABS. **Geriatría & gerontologia: um olhar multidisciplinar**. São Luís: EDUFMA, 2022
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados, 2010.
- ELAHI, F. M.; MILLER, B. L. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. *Nature reviews. Neurology*, v. 13, n. 8, p. 457–476, 2017.
- ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633–641, set. 2006.
- Estatuto do Idoso. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- FINLAYSON, K. et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, dez. 2018.
- HUGO, J.; GANGULI, M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. **Clinics in geriatric medicine**, v. 30, n. 3, p. 421–442, 2014.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 28 set. 2022.
- JEHLOH, Latifah; SONGWATHANA, Praneed; SAE-SIA, Wipa. Transitional care interventions to reduce emergency department visits in older adults: A systematic review. **Belitung Nursing Journal**, v. 8, n. 3, p. 187-196, 28 jun.
- Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: 1994
- MELEIS, A. I. **Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice**. Nova Iorque, NY, USA: Springer Publishing, 2010.

- MIGUÉLEZ-CHAMORRO, A. et al. Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model. **Enfermeria Clínica**, v. 29, n. 2, p. 99–106, 2019. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-clinica-englishedition--435-articulo-advanced-practice-in-case-management-S2445147918301061>. Acesso em: 28 set. 2022
- PAHO, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Plan of action on the health of older persons, including active and healthy aging: final report, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51419>. Acesso em: 30 set. 2022.
- Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães ... et al. – Juiz de Fora (MG), 2014. 133 p.
- Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006<sup>a</sup>
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013
- SOUZA, V. R. DOS S. et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.
- THYRIAN, J.R. et al. Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v.74, n.10, p. 996-1004, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746708/>. Acesso em: 8 ago. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. [s.l.] Porto Alegre: Bookman, 2015.
- GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 90–98, 2016.
- FERREIRA, B. et al. Dimensões do cuidado no processo de trabalho dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **BEPA Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 17, n. 202, p. 1–20, 30 out. 2020

## Anexo 1- Modelo de Nota de Campo Expandida

**FORMULÁRIO PARA NOTA DE CAMPO EXPANDIDA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|--|
| <b>Pesquisa:</b> Perspectivas de cuidados do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família à pessoa idosa/família vivenciando uma demência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                    |  |
| <p><b>Questões:</b> Como enfermeiros da ESF cuidam de pessoas idosas/famílias residentes na comunidade que vivenciam mudança no estado de saúde-doença, aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico médico de uma demência? Porque, na ótica de enfermeiros da ESF cuidados transicionais de enfermagem não são ofertados de modo sistematizado às pessoas idosas (ou um famílias) que vivenciam o surgimento de uma demência em seu processo saúde-doença? Que ações/atividades de cuidado com pessoas idosas/famílias que vivenciam uma demência, extraídas da prática assistencial rotineira do enfermeiro da ESF podem ser consideradas como cuidados transicionais, segundo a perspectiva teórica de Afaf Meleis?</p> |                                                         |                    |  |
| <p><b>Objetivo:</b> Analisar as perspectivas de cuidados de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Juiz de Fora com pessoas idosas/famílias em transição no estado de saúde doença aos primeiros sinais de demência ou que recebem diagnóstico de uma demência.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                    |  |
| <b>Pesquisa Qualitativa:</b> Estudo de Caso único                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                    |  |
| LOCAL DA OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | UBS YYY da região XXX ENFYYY.                           |                    |  |
| DATA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |                    |  |
| HORÁRIO DE INÍCIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | HORÁRIO DE TÉRMINO |  |
| ATORES ENVOLVIDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 01 Enfermeiro – Eduardo (nome fictício) – Código: ENF01 |                    |  |
| PESQUISADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                    |  |
| TÍTULO DESCRITIVO/CÓDIGO CATEGORIAL: Entrada no Campo: conhecendo as Unidades de ESF e os cuidados prestados à pessoa idosa com demência/ família                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                    |  |

**Anexo 2- Modelo de Transcrição de Entrevistas**

### FORMULÁRIO ORIENTADOR DA TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA:

- A transcrição na íntegra pode ser sem ou com o auxílio de programa (por exemplo o InqScribe®);
- Gerar um modelo com o cabeçalho da transcrição contendo a data, horário de início e término e demais informações conforme o QUADRO 1;
- A identificação dos participantes associada à codificação das entrevistas atribuir à mesma a classificação alfa numérica adotada no Diário de Campo (QUADRO 2), iniciando pelo código do município, seguido pelas letras maiúsculas "ID" de idoso; seguida do número da entrevista. Exemplo: M11D04; M8ID23.

Quadro 1 – Cabeçalho para documento de transcrição de entrevista

|                                            |                                                                |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Data:                                      | Data da entrevista                                             |
| Horário de Início/Término                  |                                                                |
| Tempo da entrevista:                       | Registrar tempo exato da gravação                              |
| E1                                         | Código para o entrevistador                                    |
| E2                                         | Caso um segundo entrevistador participe.                       |
| Nome e Definir código                      | Já designar na transcrição o participante pelo código definido |
| YYY: nome de pessoas, instituições, locais | Não identificar pessoas e instituições                         |

- Transcrever a fala gravada, evidenciando justaposições entre falantes, pausas, silêncios, entonação, ênfase, interrupções e trechos incompreensíveis. Adotar convenções para transcrições segundo a descrição (QUADRO 1).
- Gerar um banco de dados de textos das entrevistas,
- Fazer leitura do material de modo concomitante à audição das mesmas,
- Buscar transcrição fiel à fala dos entrevistados;
- Ao final de todas as transcrições, anotar o número de páginas de texto em Word, com formatação padrão A4, espaço simples, Arial 12;
- A convenção de transcrição sugerida segue o padrão sugerido por KOCK, I.V. **A interação pela linguagem**. São Paulo, Contexto: 1997- adaptado por ANDRADE, Angélica Mônica. Aprendizagem reflexiva de enfermeiras na atenção domiciliar: caminhos para uma práxis criadora. 2017.

Quadro 3 - Codificação sugerida para uso durante a transcrição das entrevistas

| Códigos                              | Ocorrência                                                                                                                                    | Exemplificação                                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| [[                                   | Falas simultâneas                                                                                                                             | [[É:: porque na:: minha vida tem dias que              |
| (+)                                  | Pausas e silêncios de até 1,5 segundos(+), sendo cada (+) para cada 0,5 segundo. Acima de 1,5 segundo cronometrar e colocar entre parenteses. | (+) É...é... assim é:: acaba que (++)                  |
| ( ) (incompreensível) ou (suposição) | Dúvidas ou sobreposições                                                                                                                      | Eu senti muito...(incompreensível)                     |
| /                                    | Truncamentos bruscos                                                                                                                          | que eu pen/ que                                        |
| LETRAS MAIÚSCULAS                    | Ênfase ou acento forte                                                                                                                        | ELES podem divulgar                                    |
| ::                                   | Alongamento de vogal                                                                                                                          | ao longo da::da::pandemia de::Covid                    |
| (( ))                                | Comentários do analista                                                                                                                       | nós duas e não demos conta ((risos))                   |
| -----                                | Silabação                                                                                                                                     | que foi uma por-ca-ri-a, uma PORCARIA!                 |
| Própria letra                        | Repetições                                                                                                                                    | deixa eu ver, e e e...                                 |
| - eh, ah, oh. ih:::, mh, ahã         | Pausa preenchida, hesitação ou sinais de atenção                                                                                              | Ah, isso é complica::do...                             |
| YYY                                  | Para substituir nome de pessoas ou Instituições                                                                                               | [...] No consultório do YYY ((médico)) fui::três vezes |
| [...]reticências entre colchetes     | Indicar recortes dentro do mesmo discurso.                                                                                                    | [...] No consultório do YYY ((médico)) fui::três vezes |

Fonte: KOCK, I.V. **A interação pela linguagem**. São Paulo, Contexto: 1997- adaptado por ANDRADE, Angélica Mônica. Aprendizagem reflexiva de enfermeiras na atenção domiciliar: caminhos para uma práxis criadora. 2017.

## APÊNDICE C – Carta Convite



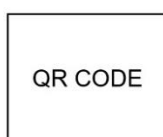
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AUTOCUIDADO,  
POLÍTICAS, ENVELHECIMENTO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE E  
ENFERMAGEM.

### APÊNDICE A – Modelo de Carta convite

Caro(a) Coleg(a)

Convidamos você a participar, voluntariamente, desta intitulada **“Cuidados transicionais com pessoas idosas/famílias residentes na comunidade após surgimento de uma demência.”** O objetivo é o compreender como ocorrem os cuidados transicionais da enfermagem na Atenção Primária à Saúde com pessoas idosas/famílias que recebem diagnóstico de uma demência. Para participar, aponte a câmera do seu celular para o QR CODE abaixo. O mesmo vai direcionar você ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo explicações sobre o desenvolvimento dessa pesquisa, Para prosseguir, assinale o espaço indicado confirmando a sua participação e terá acesso ao Formulário *online* da pesquisa, disponibilizado pelo *Google Forms* contendo 29 questões que deverão ser respondidas e, após o término, enviadas para à pesquisadora responsável. Esclarecemos que essa pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes como, por exemplo, exposição dos dados e identificação, para impedir esta ocorrência nós utilizaremos códigos garantindo o sigilo. Como a sua participação é voluntária você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento em momento, entretanto, a sua experiência é fundamental para o avanço científico que nós pretendemos. Contamos com a sua contribuição e pedimos que você disponibilize as informações necessárias, conhecimentos e experiências que você possui com precisão e riqueza de detalhes que possam importar ao alcance dos objetivos.

Para seguir, posicione a câmera do seu celular no QR CODE baixo para participar dessa pesquisa:



Atenciosamente,

---

Edna Aparecida Barbosa de Castro  
Pesquisadora Responsável  
ednabdecastro@aol.com

## ANEXO A – Termo Consentimento Livre e Esclarecido online



### ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE ONLINE – ENFERMEIROS DA APS

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“CUIDADOS TRANSICIONAIS COM PESSOAS IDOSAS/FAMÍLIAS RESIDENTES NA COMUNIDADE APÓS SURGIMENTO DE UMA DEMÊNCIA”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a **“elevação das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, as demências, em pessoas idosas e a necessidade de cuidados transicionais após seu surgimento”**. Nesta pesquisa pretendemos **“Compreender como ocorrem os cuidados transicionais da enfermagem na Atenção Primária à Saúde em pessoas idosas/famílias que recebem diagnóstico de uma demência”**.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você **“solicitar que responda um questionário on-line”**. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos (semelhantes àqueles relacionados a atividades cotidianas) pois será apenas solicitado aos participantes o preenchimento do questionário online. Essa pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes como, por exemplo, exposição dos dados e identificação, para impedir esta ocorrência nós utilizaremos códigos garantindo o sigilo. Para tanto, serão adotados os padrões profissionais, incluindo codificações e técnicas de transcrição de dados em que os participantes receberão códigos alfanuméricos (exemplo: ENF01; ENF02, etc). No que dizem respeito aos benefícios, os dados da pesquisa contribuirão com processos de educação permanente, a qual fomentará sua formação profissional, refletindo em sua atuação na assistência à saúde à pessoas idosas demenciadas, promoção da qualidade de vida às pessoas idosas demenciadas bem como na prevenção de agravos e (re) internações desnecessárias auxiliando na reestruturação da Rede de Atenção à Saúde, promoção da segurança do paciente e subsídios para elaboração de protocolos referentes aos cuidados transicionais difundindo-o no processo saúde- doença.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido será encaminhada para o endereço de e-mail fornecido por você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Se você não quiser participar, basta fechar essa página.

- ( ) Concordo em participar desta pesquisa.
- ( ) Não tenho interesse em participar desta pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável: Edna Aparecida Barbosa de Castro  
Campus Universitário da UFJF  
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 991028532  
E-mail: [ednabdecastro@aol.com](mailto:ednabdecastro@aol.com)

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Rubrica do Participante de pesquisa<br>ou responsável:<br>Rubrica do pesquisador: |
|-----------------------------------------------------------------------------------|

**Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa CEP:  
36036-900  
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)

## APÊNDICE D – Entrevista estruturada *Google forms*



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AUTOUIDADO, POLÍTICAS, ENVELHECIMENTO E  
TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM.

### APÊNDICE B – Entrevista Estruturada – *Google Forms*

- 1) Sua UBS trabalha de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF)?  
( ) Sim ( ) Não
- 2) Qual sua faixa salarial?  
( ) até 01 salário mínimo  
( ) até 02 salários mínimos  
( ) até 03 salários mínimos  
( ) 04 ou mais salários mínimos
- 3) Qual sua faixa salarial?  
( ) até 01 salário mínimo  
( ) até 02 salários mínimos  
( ) até 03 salários mínimos  
( ) 04 ou mais salários mínimos
- 4) Assinale a sua faixa etária na qual você se encontra:  
( ) 20 - 30 anos  
( ) 31 - 40 anos  
( ) 41 - 50 anos  
( ) 51 anos ou mais
- 5) Qual o gênero que você se identifica?  
( ) Feminino  
( ) Masculino  
( ) Outros  
( ) Não quero informar.
- 6) Qual a sua categoria profissional?  
( ) Agente Comunitário de Saúde  
( ) Assistente social  
( ) Enfermeiro  
( ) Médico  
( ) Técnico de Enfermagem  
( ) Outra
- 7) Quantos anos se passaram desde a formatura na graduação?  
( ) Menos de 01 ano  
( ) Entre 01 a 05 anos  
( ) Entre 05 a 10 anos  
( ) Mais de 10 anos
- 8) Tem pós-graduação(ões) *Lato senso* (especialização)? ( ) Sim ( ) Não  
Qual (quais)? \_\_\_\_\_
- 9) Já realizou curso de atualização na área de saúde do idoso/gerontologia?

☐ Sim ☐ Não

10) Quantos cursos na área de saúde do idoso você já realizou?

- ☐ Nenhum
- ☐ Apenas 1
- ☐ Entre 2 e 3 cursos
- ☐ Mais de 3 cursos

11) Quais cursos de atualização/aperfeiçoamento/ especialização na área de saúde do idoso/ gerontologia você realizou?

- ☐ Minicurso em gerontologia/saúde do idoso com carga horária mínima de 4 horas
- ☐ Curso de atualização em gerontologia/saúde do idoso com carga horária mínima de 30 horas
- ☐ Curso de aperfeiçoamento em gerontologia/saúde do idoso com carga horária mínima de 180 horas
- ☐ Pós graduação Lato sensu em gerontologia/saúde do idoso na modalidade Residência
- ☐ Pós graduação Lato sensu em gerontologia/saúde do idoso - modalidade especialização (carga mínima de 360 horas)
- ☐ Dissertação de mestrado em linha de pesquisa na área de gerontologia/saúde do idoso
- ☐ Tese de doutorado em linha de pesquisa na área de gerontologia/ saúde do idoso
- ☐ Nenhuma atualização/ aperfeiçoamento/ especialização específica nesta área

12) Há quanto tempo trabalha em Atenção Primária à Saúde?

- ☐ menos de 03 meses
- ☐ entre 03 meses e 01 ano
- ☐ entre 01 a 05 anos
- ☐ entre 05 a 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

13) Em qual região do município de Juiz de Fora – MG, sua UBS está localizada?

- ☐ Sul
- ☐ Norte
- ☐ Leste
- ☐ Oeste
- ☐ Nordeste
- ☐ Sudeste
- ☐ Centro
- ☐ Rural

14) Qual sua carga horária na UBS?

- ☐ 20 horas semanais
- ☐ 30 horas semanais
- ☐ 40 horas semanais
- ☐ mais de 40 horas semanais

15) Qual a sua função na UBS?

- ☐ Gerencial
- ☐ Assistencial
- ☐ Exerce as duas funções

16) Quais ações você desenvolve na UBS em que trabalha?

- ☐ Gerenciais/ Administrativas
- ☐ Assistenciais
- ☐ Educativas
- ☐ Atuação Política (Conselho Local e outras)
- ☐ Pesquisa
- ☐ Preceptoria de estágio em curso de graduação
- ☐ Preceptoria de estágio em Programas de Residência

- 17) Realiza Visitas Domiciliares?  
☐ Sim ☐ Não
- 18) Se sim, quantas vezes na semana?  
☐ 01 vez por semana  
☐ 02 vezes por semana  
☐ 03 vezes por semana  
☐ Não realizo visitas domiciliares
- 19) Quem são os usuários que você mais visita?  
☐ Recém nascidos  
☐ Puérperas  
☐ Pessoas com lesões de pele  
☐ Adultos com Doenças Crônicas  
☐ Usuários de qualquer idade em pós-operatório  
☐ Pessoas com agravos na saúde mental  
☐ Pessoas idosas acamadas  
☐ Pessoas idosas com demências  
☐ Pessoas de todas as idades após alta hospitalar  
☐ Usuários de qualquer idade em condição de vulnerabilidade  
☐ Usuários de qualquer idade com necessidades de cuidados agudos
- 20) Na área de abrangência da UBS em que trabalha há pessoas idosas com diagnóstico de demência?  
☐ Sim, com diagnóstico demência devido à Doença de Alzheimer  
☐ Sim, com diagnóstico de demência por doença cerebrovascular  
☐ Sim, com diagnóstico de demência devido à doença de corpo de Lewy  
☐ Sim, com diagnóstico de demência Frontotemporal  
☐ Sim, com diagnóstico demência devido à substâncias psicoativas, incluindo medicamentos  
☐ Sim, com diagnóstico de demência devido a doenças classificadas em outros lugares  
☐ Sim, com diagnóstico de distúrbios comportamentais ou psicológicos da demência  
☐ Sim, com diagnóstico de demência com outra causa especificada  
☐ Sim, com diagnóstico de demência com causa desconhecida ou não especificada  
☐ Não há diagnósticos de demência em minha área de abrangência
- 21) A ESF a qual você se insere faz ou participa na definição dos diagnósticos de demência?  
☐ sim ☐ não
- 22) Em que fase ou momento do processo saúde-doença do idoso com uma demência, você e/ou sua equipe desenvolve as intervenções?  
☐ Conforme demanda da pessoa idosa/familiares  
☐ Conforme encaminhamento de outros serviços da RAS  
☐ Conforme demanda da comunidade/vizinhos  
☐ A partir de encaminhamento de serviço especializado em geriatria/gerontologia  
☐ Através de busca ativa  
☐ Desde os primeiros sinais e sintomas da demência  
☐ Imediatamente após o diagnóstico médico de demência
- 23) Você saberia dizer quantas pessoas com demência estão cadastradas na Equipe que você atua? \_\_\_\_\_
- 24) Em seu atendimento à pessoa idosa com demência, você utiliza alguma escala de Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI)? Se sim, marque quais são utilizadas  
☐ Mini Exame Estado Mental (MEEM)  
☐ Escala de Atividade de Vida Diária

- ☐ Escala de Atividade Instrumental de Vida Diária
  - ☐ Escala de depressão geriátrica
  - ☐ Escala de avaliação ambiental
  - ☐ Escala de Braden
- 25) Com que frequência realiza VD às pessoas idosas com demência ou declínio funcional?
- ☐ 01 vez por semana
  - ☐ 01 vez a cada 15 dias
  - ☐ 01 vez ao mês
- 26) Como você classificaria o grau de dependência das pessoas idosas com demência que você faz o acompanhamento/ VD em sua área de abrangência?
- ☐ Dependentes (não realizam as AVD e as AIVD sozinhos e necessitam de ajuda)
  - ☐ Parcialmente dependentes (realizam as AVD sozinhos mas necessitam de ajuda nas AIVD)
  - ☐ Independentes (realizam as AVD e AIVD sem necessitar de ajuda)
  - ☐ No momento, não há casos cadastrados em minha área de abrangência
  - ☐ Outra condição (qual?)
- 27) Quais cuidados de enfermagem são mais realizados por você em pessoas idosas e/ou familiares com demência ou declínio funcional em sua área de abrangência?
- ☐ Oficinas para estímulo da memória
  - ☐ Grupos de apoios com idosos e seus familiares
  - ☐ Curativos em feridas
  - ☐ Cuidados com sondas e ostomias (SVD, SVA, SNE, GTT, TQT, Colostomia, Ileostomia...)
  - ☐ De acordo com diagnósticos de enfermagem individualizados
  - ☐ Administração de medicações
  - ☐ Imunizações
  - ☐ Orientações sobre exames e encaminhamentos na RAS
  - ☐ Orientação e ensino para realização de cuidados
- 28) Quais cuidados de enfermagem você orienta à pessoa idosa com demência e/ou seus cuidadores e familiares? \_\_\_\_\_
- 29) Conforme sua avaliação, ou avaliação da equipe em que você atua, cite os motivos ou condições clínicas que justificariam o encaminhamento de uma pessoa idosa com demência para o Serviço de Atenção Domiciliar (AD2/AD3)? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – Roteiro de observação



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUÍZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AUTOCUIDADO, POLÍTICAS, ENVELHECIMENTO E  
TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM.

### APÊNDICE C – Roteiro de observação

#### **Objetivo: Compreender como ocorre o cuidado transicional da Enfermagem com pessoas idosas com demência**

Acompanhar o enfermeiro nas visitas domiciliares à pessoas idosas com Diagnóstico de uma Demência, norteado pelas questões:

Como é a relação paciente/ familiares com a equipe de saúde;  
Qual a condição da pessoa idosa no momento da VD?  
Como é realizado o processo de enfermagem pelo enfermeiro;  
Como é realizada a avaliação multidimensional da pessoa idosa e quais as escalas utilizadas;  
Que diagnósticos são feitos pelo enfermeiro e quais orientações são fornecidas durante a VD?  
Presença de cuidador formal ou informal?  
Se cuidador familiar, quem é essa pessoa (grau de parentesco), quais funções ela desempenha como rotina de cuidados com o familiar idoso dependente, se recebeu preparo, há sinais de sobrecarga e tem uma ocupação remunerada?  
Como é a rede de apoio da pessoa idosa com DA e de seus familiares?

| Itens                                                                      | Notas de Campo |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Pessoas presentes (Profissionais/família)                                  |                |
| Condição da pessoa idosa no momento da VD                                  |                |
| Relação paciente/familiares com a equipe de saúde - Enfermeiro             |                |
| Processo de Enfermagem                                                     |                |
| Avaliação multidimensional da pessoa idosa: Escalas utilizadas             |                |
| Medicações/Exames/Estágio da Demência                                      |                |
| Condições do contexto de cuidados/Problemas                                |                |
| Diagnósticos de Enfermagem/                                                |                |
| Atividades/intervenções/encaminhamentos                                    |                |
| Orientações são fornecidas durante a VD                                    |                |
| Presença de cuidador formal ou informal                                    |                |
| Cuidador familiar: quem é (grau de parentesco); ocupação remunerada.       |                |
| Rotina de Cuidados/ Preparado                                              |                |
| Facilidades e dificuldade para cuidar do familiar dependente pela demência |                |
| Funções na rotina de cuidados; Sinais de Sobrecarga.                       |                |
| Rede de apoio da pessoa idosa/Família                                      |                |
| Impressões Gerais da Pesquisadora                                          |                |

- Obs: 1) Este roteiro de poderá sofrer ajustes após revisão de literatura;  
2) As notas de Campo serão expandidas posteriormente

## APÊNDICE F– Roteiro entrevista com questões abertas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AUTOCUIDADO, POLÍTICAS,  
ENVELHECIMENTO E TECNOLOGIAS EM SAÚDE E ENFERMAGEM.

### APÊNDICE E- ENTREVISTA COM QUESTÕES ABERTAS ENFERMEIROS

**Caso 1 – Objetivo:** Compreender como ocorrem os cuidados transicionais da enfermagem na Atenção Primária à Saúde com pessoas idosas/famílias que recebem diagnóstico de uma demência

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Data:                               |  |
| Participante (código Alfa numérico) |  |
| Local de realização:                |  |
| Horário de Início/Término           |  |
| Tempo da entrevista:                |  |
| Entrevistador 1 - E1                |  |
| Entrevistador 2 - E2 (caso haja)    |  |
| Obs.                                |  |

Fala para mim:

- 1) Considerado a sua experiência como enfermeira na ESF conta pra mim se você faz ou já fez atendimentos a pessoas idosas conhecidas do serviço (vinculadas a você), e que em determinado momento você notou comportamento diferente ou mudanças na condição de saúde por alteração na memória? Você teria um exemplo?
- 2) Na sua vida cotidiana com pessoas idosas houve casos em que você percebeu que a ocorrência de esquecimentos foi um evento-crítico que desestabilizou a rotina de vida da pessoa idosa? Pode dar um exemplo?
- 3) Como você toma conhecimento de que pessoas idosas residentes na sua micro-área de atuação iniciam mudanças na condição de saúde que podem ser sinais de demência?
- 4) Pessoas idosas ou um familiar próximo buscam informações na UBS sobre alterações de memória?
- 5) Na sua observação/percepção as pessoas idosas que estão iniciando alterações na memória ou o seu familiar mais próximo, têm consciência de que pode ser o início de uma demência?
  - a. Como elas lidam com esta suspeita?
- 6) Que tipo de mudança você observa na vida de pessoas idosas (na família) no início dos sintomas de uma demência?
- 7) Que efeitos você nota que a instalação de uma demência provoca na vida da pessoa idosa e família?
  - a. Quais são as principais expectativas da pessoa idosa e da família?
  - b. As famílias buscam conhecimento, se preparam para enfrentar as mudanças?
- 8) Na sua experiência, ao iniciar a vivência desta nova condição de saúde, pelo surgimento da demência, desde o diagnóstico, início do tratamento, quanto tempo, aproximadamente, leva até ser percebida uma estabilização.
  - a. Você nota a existência de instabilidade
  - b. O que te sinaliza que a situação tranquilizou e teve início uma nova rotina?
- 9) Quais os recursos de que pessoa idosa/família lança mão para superar os primeiros desafios? (Rede de apoio)
  - a. Recursos pessoais
  - b. Da comunidade – UBS
- 10) No momento em que o paciente ou família comunica os primeiros sinais de alteração de memória, ou se você que os percebe, qual é sua conduta assistencial cabível à APS?
- 11) Como enfermeira da ESF, o que você prioriza avaliar junto à pessoa idosa/ familiar com no início dos sintomas de demência?

- 12) Que tipo de ações você desenvolveu como enfermeira da ESF, que causou impacto e contribuiu para a pessoa idosa/família passar os primeiros momentos, mais turbulentos e desafiadores até chegar a uma estabilização da situação?
  - a. Visitas domiciliares? Qual a periodicidade?
  - b. Quais intervenções de enfermagem você costuma recomendar quando realiza visita domiciliar à pessoa idosa com demência?
  - c. No caso de orientações, quais?
  - d. Gerenciais, quais?
  - e. Como é a dispensação de medicamentos básicos para pacientes com demência?
  - f. Quais intervenções de enfermagem são realizadas quanto as medicações da pessoa idosa com demência?
- 13) Como enfermeira, você desenvolve alguma atividade que contribui para rastrear demências?
  - a. Utiliza algum instrumento, norteia-se por algum protocolo.
- 14) De um modo geral, como você avalia a assistência às pessoas idosas com demência usuárias desta UBS?
- 15) Como você entende o papel do enfermeiro da ESF no cuidado a pessoa idosa com demência?
- 16) Como os cuidados de enfermagem da APS impactam na qualidade da assistência ofertada na Rede de Atenção à Saúde às pessoas idosas com demência?

## ANEXO B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### ANEXO VI- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “CUIDADOS TRANSICIONAIS COM PESSOAS IDOSAS/FAMÍLIAS RESIDENTES NA COMUNIDADE APÓS SURGIMENTO DE UMA DEMÊNCIA”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a “ELEVÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, DENTRE ELAS, AS DEMÊNCIAS, EM PESSOAS IDOSAS E A NECESSIDADE DE CUIDADOS TRANSICIONAIS APÓS SEU SURGIMENTO”. Nesta pesquisa pretendemos “EXPLICAR COMO OCORREM CUIDADOS TRANSICIONAIS COM PESSOAS IDOSAS/FAMÍLIA RESIDENTES NA COMUNIDADE COM UMA DEMÊNCIA”.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você entrevistas com questões abertas e observação direta da prática, com enfermeiros e outros profissionais da Atenção Primária à Saúde, após assinatura deste termo. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos aos participantes do estudo como constrangimento e a divulgação de dados coletados e da identidade dos sujeitos, que serão eliminados pela garantia do sigilo quanto às informações confidenciais envolvidas, garantindo absoluta privacidade para os mesmos. A pesquisa pode ajudar os dados da pesquisa contribuirão no fortalecimento da prática de enfermagem, promoção da qualidade de vida às pessoas idosas demenciadas bem como na prevenção de agravos e (re) internações desnecessárias auxiliando na reestruturação da Rede de Atenção à Saúde, promoção da segurança do paciente e subsídios para elaboração de protocolos referentes aos cuidados transicionais difundindo-o no processo saúde- doença. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Edna Aparecida Barbosa de Castro  
Campus Universitário da UFJF  
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 991028532  
E-mail: [ednabdecastro@aol.com](mailto:ednabdecastro@aol.com)

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: \_\_\_\_\_  
Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: [cep.propp@ufjf.br](mailto:cep.propp@ufjf.br)