



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

BRÍGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO

**CLÍNICA AMPLIADA NO CUIDADO À PESSOA COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA PESQUISA-AÇÃO**

FORTALEZA – CEARÁ

2016

BRÍGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO

CLÍNICA AMPLIADA NO CUIDADO À PESSOA COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: UMA PESQUISA-AÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Annatália Meneses de Amorim Gomes.

FORTALEZA - CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Quezado, Brígida Emília Pereira.

Clínica ampliada no cuidado à pessoa com demência: uma pesquisa-ação [recurso eletrônico] / Brígida Emília Pereira Quezado. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

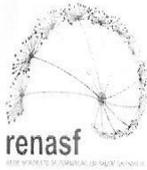
CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 114 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.ª Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes.

1. Demência. 2. Atenção primária à saúde. 3. Assistência Integral à saúde. 4. Idosos. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: “CLINICA AMPLIADA NO CUIDADO A PESSOA COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PESQUISA-AÇÃO.”

Nome da Mestranda: **Brígida Emília Pereira Quezado.**

Nome do Orientador (a): **Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes.**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/RENASF, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes
(Orientadora)

Maria do Socorro de Sousa

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa
(1º membro)

Ana Patrícia Pereira Moraes

Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes
(2º membro)

Cleide Carneiro

Profa. Dra. Cleide Carneiro
(Suplente)

Data da defesa: 27/10/2016

A todos os pacientes e familiares que vivenciam e convivem com a problemática da demência, e que possamos, de alguma forma, prevenir este adoecimento e sua evolução, amenizar o impacto no seio familiar, na comunidade e na sociedade. O tempo urge!

A meu pai, Solon que durante sua vida me ensinou que o que poderia me deixar como herança, e que nunca, ninguém, poderia tirar de mim era o estudo. Exemplo de homem dedicado à família e ao trabalho. Por ele, busquei estudar muito. Ele que foi minha primeira cobaia, meu exemplo, meu primeiro amor (in memoriam).

HOMENAGEM ESPECIAL

A Deus, por ser minha Fortaleza em vários momentos de minha caminhada de vida e na profissão. Agradeço a ele pela escolha e perseverança em fazer Medicina. Agradeço a Ele por me permitir me doar ao próximo, ao oferecer um atendimento digno e diferenciado para cada pessoa que me procura. Te amo Pai. Acredito que você permanece como uma Luz, iluminando minha vida.

A Nossa Senhora Virgem Maria, agradeço por ser minha mãe, minha rainha, meu tudo junto com seu Filho. Nos momentos mais difíceis de minha vida foi de vós que tirei forças para continuar de pé. Mãezinha agradeço por ser meu exemplo de mulher serena e amorosa.

A minha amada mãe, Lúcia, agradeço pelo privilégio de tê-la ainda em minha vida, ela que sempre foi uma fortaleza de conduta, de honestidade e honra, da qual sempre tive um exemplo de amor incondicional e de doação total à família e à igreja. Amo vocês!

Ao grande amor da minha vida, Fernando, que nunca mediu esforços para me ajudar a realizar meus sonhos, que sempre foi meu amigo. Que estava comigo quando conquistei a entrada para faculdade de Medicina (antes um sonho). Que se orgulha das pequenas conquistas alcançadas e que sempre me incentivou a procurar não me acomodar. Agradeço, amor, por ter você ao meu lado. Por você ser este exemplo de homem e pai para nossos filhos. Sempre vou lhe amar!

Aos meus filhos, Jonathan e Fernanda, que vieram para completar minha família. Eles que sempre estiveram ao meu lado, me estimulando, apoiando, me levantando quando as forças quiseram falhar. Que demonstram amor em pequenos gestos. Que me ensinam em muitos momentos quando necessito de auxílio com a tecnologia. Sou muito feliz por ter vocês, agradeço a Deus por ter me dado filhos maravilhosos. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À Rede Nordeste de Formação em Saúde Família (RENASF, em especial à Nucleadora Universidade Estadual do Ceará (UECE), pela excelente oportunidade de ter tido o prazer de realizar o mestrado profissionalizante, onde pude ter um aprendizado significativo voltado para a prática no serviço de saúde. Trazendo como resultado um produto para o serviço na Atenção Primária à Saúde.

Aos meus irmãos, Alacir e Ana, pelo carinho, pela amizade, respeito e estímulo dispensados. Agradeço pela felicidade de tê-los ao meu lado. Por me ajudarem, principalmente no cuidado de nossa mãe. Fazendo com que fique mais livre para me dedicar ao meu desenvolvimento profissional. Amo vocês, queridos irmãos!

Aos colegas da Unidade de Saúde de Atenção Primária Edmar Fujita, na qual tive apoio para realizar, para me dedicar à feitura e conclusão da presente pesquisa. Agradecer pela paciência, aceitação das ausências, pelo carinho como abraçou esta causa. Em especial às queridas amigas Cláudia, Adriana, Daniele e Valéria. Amo vocês!

A minha mais recente família, Turma Flor do Cacto, que nasceu por afinidade, que surgiu em dois anos de convivência durante o mestrado. Somos amigos, irmãos, mãe, pai e, às vezes, até psicólogos. Torcemos e nos orgulhamos com a felicidade e conquista do outro. Amo vocês!

Aos amigos maravilhosos que Deus me concedeu. Agradecer pelo carinho e pela atenção. Citar nomes é difícil porque todos têm um sentido especial em minha vida. Agradeço pela amizade, pelo companheirismo, estímulo, confiança e por estarem sempre comigo em todos os momentos marcantes da minha vida. Amo todos vocês!

À querida Profa. Annatália Meneses de Amorim Gomes, que mais do que orientadora de uma pesquisa, considero uma orientadora da vida. Cresci muito nestes dois anos em que ficamos próximas. Agradeço a Deus, por ter sido sua orientanda. Considero que realmente foi bastante corajosa de pegar uma profissional médica, com amplo trabalho em prática, mas quase nada na pesquisa, a qual se apresentava crua para o conhecimento científico. Agradeço pela atenção, pelos “puxões de orelha”, pelas lições de vida e pelo carinho dispensado.

À Profa. Ana Patrícia Pereira Moraes, agradeço pelos ensinamentos, pelo amor à profissão de enfermagem e professora. Que conseguiu mostrar uma fortaleza difícil

de encontrar em muitas pessoas. Pude perceber a paixão que sente ao ensinar. Considero-lhe um modelo, exemplo a ser seguido. Obrigada!

À Profa. Maria do Socorro de Sousa, agradeço por sua paixão pela pesquisa-ação, por sua simplicidade, por seu estímulo e compreensão da paixão desta pesquisadora iniciante pelo assunto pesquisado. Agradeço pelo cuidado e pela atenção. Obrigada!

À Profa. Cleide Carneiro, por ter sido uma presença constante em nossos encontros no Mundo Verde, por sua força interior e por sua atenção em momentos em que estávamos de alguma forma perdidos. Deus a abençoe!

Aos participantes, que tão carinhosamente colaboraram com esta pesquisa, em especial à dentista Adriana Diniz, pela carinhosa e essencial ajuda em todo o decorrer dos trabalhos. Pela colaboração em ser a escritora no diário de campo nas reuniões de pesquisa-ação. Além de Claudia Monteiro que concedeu parte do seu tempo a ler esta dissertação e me oferecer um pouco de seu conhecimento. Obrigada pela presença constante e atenção. Amo vocês!

No dia que não puder ir mais até você,
não se esqueça de vir até mim.

Se um dia eu não puder me lembrar de
quem você é.

Se um dia eu não puder expressar meu
amor e orgulho por você, apenas sinta
que em minha alma nada disso se
perdeu.

Você continua e sempre continuará sendo
parte importante da minha vida.

(Ale Bruxs)

RESUMO

O cuidado na atenção primária perpassa por todas as etapas de vida do ser humano, e cada vez mais existe uma preocupação com a saúde do idoso, decorrente da transição demográfica, que eleva este contingente, ocasionando maior prevalência de doenças crônicas. Entre estas, o aumento dos casos de demência está previsto em escala mundial, desafiando a busca de desenvolvimento de abordagem e terapêutica adequadas desses casos que sejam iniciadas e acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela gerência deste cuidado, por meio de trabalho transdisciplinar, abrangendo diversos saberes e práticas de saúde. Objetivou-se neste estudo abordar os conhecimentos das ações educativas que promovam o cuidado integral à pessoa com demência na atenção primária em saúde, na perspectiva de educação permanente em saúde. Tratou-se de uma pesquisa-ação, com abordagem qualitativa. A metodologia consistiu na formação de grupo de 18 profissionais da APS, na Unidade de Atenção Primária em Saúde Edmar Fujita, no município de Fortaleza, Ceará, no nordeste brasileiro. As etapas da pesquisa-ação seguida segundo Thiollent (2015), em que se dividiu em fases exploratória, onde houve a caracterização a partir do perfil dos participantes e o diagnóstico situacional por meio de questionário semiestruturado; planejamento, ação e avaliação, com aplicação de intervenção educativa, pela realização de roda de conversa, seminários e oficinas; finalizando com a elaboração de uma proposta de linha de cuidado integral para pessoas portadoras de demência na atenção primária, plano de ação em um Projeto Terapêutico Singular e a elaboração de Eixos de Cuidado com os passos a serem seguidos pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária em Saúde. A avaliação transcorreu em todas as etapas do processo. Foi utilizado o Diário de Campo, importante para avaliação das diversas fases do processo de pesquisa-ação. Com o término dos trabalhos, em estudo das falas, constatamos a evolução do conhecimento e a aquisição de novos saberes pelos participantes da pesquisa. Torna-se necessário o apoio da gestão e aporte de recursos financeiros e logísticos para implementar estas estratégias, pois evidências corroboram para a importância do cuidado integral à pessoa com demência. Conclui-se pela necessidade de fortalecer a educação permanente na qualificação dos profissionais da ESF para a atenção a pessoa com demência na direção de uma clínica ampliada, humanização, organização da linha de cuidado

integral e empoderamento da equipe para agir na melhoria da sobrevida destas pessoas, conduzindo ações efetivas que contribuam para reduzir gastos financeiros pelas famílias e sociedade, diminuir o avanço da doença e consequente institucionalização.

Palavras-chave: Demência. Atenção Primária à Saúde. Idosos. Assistência Integral à saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Care in primary care permeates all stages of life of the human being, and there is an increasing concern about the health of the elderly, due to the demographic transition, which raises this contingent, causing a higher prevalence of chronic diseases. Among these, the increase in cases of dementia is predicted worldwide, challenging the search for development of appropriate approach and therapeutics of these cases that are initiated and accompanied by Primary Health Care (PHC), responsible for the management of this care through transdisciplinary work, covering diverse knowledge and health practices. The objective of this study was to discuss the knowledge of educational actions that promote comprehensive care for people with dementia in primary health care, from the perspective of permanent health education. It was an action research with a qualitative approach. The methodology consisted of the formation of a group of 18 APS professionals in the Primary Health Care Unit Edmar Fujita, in the city of Fortaleza, Ceará, in northeastern Brazil. The steps of the action research followed according to Thiollent (2015), where it was divided into exploratory phases, where the characterization was based on the profile of the participants and the situational diagnosis through a semi-structured questionnaire; planning, action and evaluation, with application of educational intervention, by the conduct of conversation, seminars and workshops; ending with the elaboration of a proposal for a comprehensive care line for people with dementia in primary care, a plan of action in a Unique Therapeutic Project and the elaboration of Axes of Care with the steps to be followed by the Family Health Strategy (FHS) team in Primary Health Care. Evaluation took place at all stages of the process. The *Diário de Campo* was used, important for evaluating the various phases of the action research process. With the end of the work, in the study of the speeches, the evolution of knowledge and the acquisition of new knowledge by the participants of the research were recorded. It is necessary to support the management and financial and logistical resources to implement these strategies, as evidences corroborate the importance of comprehensive care for the person with dementia. It is concluded that there is a need to strengthen the permanent education in the qualification of the FHS professionals to care for the person with dementia in the direction of an extended clinic, humanization, organization of the integral care line and empowerment of the team to act to improve the survival of these people, leading to effective actions that

contribute to reduce financial expenditures by families and society, reduce disease progression and consequent institutionalization.

Keywords: Dementia. Primary Health Care. Elderly. Comprehensive health care. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Esquema representativo na interrelação entre trabalho, atividade educativa e aprendizagem no cuidado integral a pessoas com demência	41
Figura 2 - Esquema representativo de pesquisa-ação	42
Figura 3 - Mapa da Regional VI.....	45
Figura 4 - Esquema representativo das etapas da pesquisa-ação.....	47
Figura 5 - Esquema representativo do método pesquisa-ação	48
Figura 6 - Consolidado do conjunto de dados	52
Figura 7 - Esquema representativo de uma proposta de linha de cuidado de Demência na Atenção Primária à Saúde	78
Figura 8 - Elaboração de proposta de plano de ação para APS no cuidado à pessoa com demência.....	79
Figura 9 - Abordagem gradual para o desenvolvimento de serviços a pessoas com demência	81
Quadro 1 - Custos totais e anuais da doença de Alzheimer e de outras formas de demência	32
Quadro 2 - Relação entre objetivo, técnicas e instrumentos distribuídos nas fases da pesquisa-ação no cuidado integral à pessoa com demência	50
Quadro 3 - Percepções dos profissionais acerca das relações familiares de pessoas com demência	72
Quadro 4 - Cuidados dispendidos à pessoa vivendo com demência.....	74
Quadro 5 - Elaboração de eixos do cuidado	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa	56
Tabela 2 - Distribuição dos participantes quanto a realização do curso de demência	65
Tabela 3 - Responsabilidades e providências junto à pessoa com demência	66
Tabela 4 - Encaminhamentos das pessoas com demência na APS	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CA	Comunidade Ampliada
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CCCC	Centro de Controle de Condições Crônicas
CDR	<i>Clinical Dementia Rating</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEU	Condomínio Espiritual Uirapuru
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CONEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
DA	Doença de Alzheimer
EP	Educação Permanente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ER	Equipe de Referência
EUA	Estados Unidos da América
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino Americana e Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PET	Programa de Educação no Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library On-line</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	26
2.1	GERAL	26
2.2	ESPECÍFICOS	26
3	REVISÃO DA LITERATURA	27
3.1	DEMÊNCIAS: ASPECTOS CONCEITUAIS, FASES, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E IMPACTO SOCIOECONÔMICO	27
3.1.1	O cuidado e o cuidador de pessoas com demência	30
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO À PESSOA IDOSA	33
3.3	A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A CLÍNICA AMPLIADA: ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO À PESSOA COM DEMÊNCIA	36
4	PERCURSO METODOLÓGICO	42
4.1	ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA-AÇÃO.....	42
4.2	TIPO DE ESTUDO	43
4.3	LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO.....	44
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
4.5	ETAPAS DA PESQUISA.....	46
4.6	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	48
4.7	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS	51
4.8	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	53
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
5.1	PERFIL DOS PARTICIPANTES	56
5.2	DESCRIÇÃO DAS FASES DO PROCESSO DE PESQUISA-AÇÃO.....	57
5.3	CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS	64
5.4	LINHA DE CUIDADO INTEGRAL DA PESSOA COM DEMÊNCIA: UMA PROPOSTA	77
5.5	DIVULGAÇÕES EXTERNA	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86

APÊNDICES	94
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	95
APÊNDICE B - RODA DE CONVERSA.....	98
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	99
APÊNDICE E - FOTOS	101
ANEXOS	103
ANEXO A - INSTRUMENTOS DIRECIONADOS PARA AVALIAR A MEMÓRIA, COGNIÇÃO.....	104
ANEXO B - O TESTE DO RELÓGIO	106
ANEXO C - ESCALA DE FUNCIONALIDADE A PARTIR DO ÍNDICE DE KATZ.....	108
ANEXO D – IVCF-20.....	109
ANEXO E - <i>INFORMANT QUESTIONNAIRE ON COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY</i> (IQCODE): ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA USO NO BRASIL (MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SANCHEZ; ROBERTO ALVES LOURENÇO)	110
ANEXO F - DECLARAÇÃO DA PREFEITURA	111
ANEXO G - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	112

1 INTRODUÇÃO

Estudo realizado por uma demanda do Mestrado Profissionalizante de Saúde da Família, em Fortaleza, no Ceará, que teve como motivação a importância do cuidado integral em saúde a pessoas com demência em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Como médica da Estratégia Saúde da Família (ESF), tive uma formação voltada para saúde pública e coletiva, com vários trabalhos realizados neste campo desde o período da graduação. Após o término da faculdade, assumi uma equipe da ESF, em que houve a necessidade de trabalhar com o idoso. A dificuldade do reconhecimento de que a atenção e gestão do cuidado destes pacientes precisaria ser assumida pela Equipe de Saúde da Família (eSF) contribuiu, para que durante os dezoito anos de trabalho na implantação desta nova forma de fazer medicina integral e humanizada, fosse desenvolvida uma diferente abordagem ao idoso, para outros profissionais que estavam iniciando. Foram, então, surgindo demandas quanto ao cuidado desta parcela da população e solicitações para auxiliar e orientar no cuidado às pessoas vivendo com demência. Em minha experiência, com esta nova demanda cada vez mais prevalente, participei de cursos e atualizações na área.

Durante minha atuação, na UAPS Edmar Fujita, pude perceber maior número de idosos, totalizando 935 (novecentos e trinta e cinco). Todos vivendo na área de abrangência, destes, 14 (catorze) vivendo com demência. Um caso me mostrou que precisamos urgentemente mudar o cuidado a estes pacientes. Dona Alice, 72 anos, benzedeira, colaboradora na comunidade e na unidade de saúde, moradora da área de abrangência da UAPS, teve suspeição de demência em uma consulta, sendo logo solicitados exames laboratoriais e de imagem e encaminhada para unidade de referência. Com a dificuldade de cuidado dentro da família, na comunidade e, também, de conseguir a consulta de referência e realizar exames, teve uma rápida evolução para desorientação, sintomas psicóticos, prostração e depois óbito. Diversos questionamentos surgiram sobre a evolução do quadro desta paciente, o que poderia ter sido feito para evitar este desfecho. O que nós, enquanto Atenção Primária, podemos atuar para melhorar o cuidado e retardar a progressão da doença. A partir desta vivência, levantei alguns questionamentos: qual a situação atual em termos de conhecimentos, saberes e necessidades dos profissionais da

ESF para o cuidado às pessoas com demência? Como acontece a clínica do cuidado a essas pessoas? Quais processos/ações educativas precisam ser implementadas para que ocorra o cuidado integral às pessoas com demência na atenção primária?

A partir dessa necessidade, tornou-se prioridade a mudança do cuidado a pessoas com demência. Para esta pesquisa, foram realizadas consultas em bases de dados Literatura Latino Americana e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), Scopus e *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE), no período de dezembro de 2014 a setembro de 2016, através dos descritores controlados “demência”, “Atenção Primária à Saúde”, “idosos” e “prevenção”, resultaram em uma produção científica incipiente no Brasil, sendo encontrados seis artigos. Na utilização do descritor “atenção básica”, o sistema de busca direcionou a pesquisa para “atenção primária à saúde”. Quando considerado os dois termos “atenção primária à saúde” e “demência”, foram localizados número maior de estudos no âmbito internacional, com 632 artigos, notadamente em Cuba, Portugal, França e Índia. Para este estudo, analisaram-se na íntegra 32 textos que tratavam de assuntos importantes para o desenvolvimento desta pesquisa, citando Educação Permanente em Saúde, Demência, Clínica Ampliada e Pesquisa-ação.

Dentre os estudos analisados, constatou-se, notadamente, a alteração na epidemiologia mundial e nacional. A longevidade é, sem dúvida, um triunfo da ciência. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, e de forma gradual, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para reorganização social e da área de saúde para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos do que crianças abaixo de quinze anos, fenômeno nunca antes observado (BRASIL, 2006).

Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais”, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde (DUARTE, 2012, p. 02).

O envelhecer não acontece igual para todos, cada um avança a idade de forma diferenciada. Pode haver um senhor de noventa anos com um corpo de sessenta e o inverso também acontece. Diversos fatores influenciam neste processo, ações internas e externas ao indivíduo contribuem para esta diferenciação. Assim, os fatores também determinam se o envelhecimento será fisiológico ou patológico.

A velhice é por si só um processo de declínio que pode ser caracterizado por dois aspectos: senescência e senilidade. A senescência refere-se ao período em que há um declínio físico e mental lento e gradual, que é uma fase normal da vida de um indivíduo sadio e que, geralmente, inicia-se depois dos 65 anos. Por outro lado, senilidade é doença, cujo idoso perde a capacidade de memorizar e prestar atenção, refere-se à fase do envelhecer, em que o declínio físico é mais acentuado e, geralmente, é acompanhado de uma desorganização mental (ROSA, 1993).

A senilidade acontece quando este processo acarreta injúria para o organismo, em diversos níveis e com prejuízo da arquitetura e estrutura do funcionamento considerado esperado para a idade cronológica. A manutenção de um bom equilíbrio corporal é de suma importância para que o indivíduo idoso possa realizar, com qualidade, as suas atividades cotidianas, como a locomoção pelos ambientes de convívio ou a simples prática de ações rotineiras no próprio lar.

Avaliações mundiais indicam que o número total de pessoas que sofrem de demência, em 2010, foi estimado em 35,6 milhões, e é previsto que este número quase dobre a cada 20 anos – para 65,7 milhões, em 2030, e 115,4 milhões, em 2050. O número total de novos casos de demência a cada ano, no mundo, é de quase 7,7 milhões, o que implica novo caso a cada quatro segundos (WHO, 2012).

No Brasil, projeções indicam que a prevalência média se apresenta mais alta que a mundial. Na população com 65 anos e mais, passando de 7,6% para 7,9%, entre 2010 e 2020, ou seja, 55.000 novos casos por ano (BURLÁ et al., 2013).

Nesse contexto epidemiológico e considerando o ciclo de vida, a demência surge como síndrome desfuncionalizante, patologia ainda de difícil diagnóstico, aceitação e tratamento. Dificuldades inerentes ao tema e a abordagem deste acarreta estigma dentro da própria família, que lida com a pessoa doente, inicialmente, com atitudes de brincadeira, seguidas de distanciamento e/ou não investimento, evoluindo para o isolamento.

Por ser uma síndrome desfuncionalizante, acarreta uma série de cuidados que geram custo financeiro, em primeiro momento para a família e, posteriormente, para a sociedade. Em 1998, Meek et al. afirmaram que em termos de custos totais para a sociedade, a DA era a terceira doença mais cara nos EUA. Estimativas recentes revelam que os custos associados à demência no Reino Unido são de 17 bilhões de euros por ano, custo que está estimado em 50 bilhões de euros para 2038 (MCCALLION, 2009).

Veras et al. (2008), ao investigarem 41 famílias de portadores com demência residentes no município do Rio de Janeiro, constataram que a projeção de custos associados aos cuidados de idosos com esta atingia cerca de dois terços da renda familiar, encontrando-se aumento de 75% quando os idosos estavam nos estágios iniciais da doença e 80% quando outras doenças crônicas foram consideradas.

Diversas experiências mundiais, no ramo da geriatria, estão em implantação ou desenvolvimento no momento, visando constituir nova abordagem aos pacientes com doenças crônicas, entre elas a demência. Um dos mais recente que foi divulgado é uma pesquisa em saúde internacional para abordar doenças crônicas, que está sendo desenvolvida em Nova Deli, com contribuição de várias escolas mundiais. Interesse de desenvolver um Centro Global para se controlar as doenças crônicas, Centro de Controle de Condições Crônicas (CCCC).

Dentre os projetos deste centro, há o estudo da viabilidade de treinar os profissionais de saúde da atenção primária, no gerenciamento de condições crônicas, para que os especialistas possam ser contactados em outras tarefas cruciais. Além de traduzir conhecimento existente nas políticas e ação, o centro tem grande oportunidade para descobrir novas causas de doenças, que poderia motivar ao desenvolvimento de tecnologias de baixo custo para diagnóstico e terapêutica.

Em janeiro de 2012, o Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a OPAS/OMS Brasil e o Ministério da Saúde, organizou uma oficina de trabalho sobre o tema “Atenção à Saúde do Idoso”. Entre os pontos de debate, cita-se o conceito de idoso e as etapas deste ciclo de vida, a perspectiva entre o envelhecimento saudável e o que é anormal, reconhecer a APS como centro da atenção à saúde do idoso, devendo esta trabalhar com a mudança no modelo de atenção, adotando e investindo na implementação de

ferramentas, como autocuidado, plano de cuidados, interdisciplinaridade e de melhoria na referência e contra referência.

Sem dúvida com todas estas realidades encontradas nos diversos estudos percebemos a necessidade de perceber entre os nossos pares na APS, como se encontra o cuidado dispensado a estas pessoas com demência. Existe um cuidado diferenciado? Existe alguma política diferenciada para se cuidar destas pessoas? Existe determinado o cuidado ao cuidador? Como está a abordagem na Estratégia Saúde da Família?

A APS possui atributos, como universalidade, longitudinalidade e integralidade, além de profissionais treinados para atender à rede de atenção e de apoio dentro do território, características importantes para desenvolver adequada atuação diante de pessoas com demência. A APS, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora, de coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários. A ESF pode utilizar, na proposta do cuidado integral, a Clínica Ampliada como estratégia ordenadora do cuidado.

A diretriz da Clínica Ampliada na Estratégia Saúde da Família surge como possibilidade de ampliação do objeto de trabalho da atenção em saúde, na perspectiva de uma clínica do sujeito, na qual pessoas se responsabilizam por pessoas, gerando a integralidade no cuidado. A utilização de ferramentas, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a Equipe de Referência e o Apoio Matricial, são proposições para disparar mudanças nesta cultura e prática profissional (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2009).

O atendimento em equipe consiste em realizar intervenção, tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em coprodução. A intenção é possibilitar a troca de saberes e práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. A discussão de casos e a formulação de Projeto Terapêutico Singular consistem na prática de reuniões, nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, seja de um usuário ou um grupo deles, e o apoiador ou equipe de Apoio Matricial. Na APS, geralmente, os casos

elencados para esse tipo de discussão são aqueles mais complexos, dificuldade encontrada na abordagem à pessoa com demência (BRASIL, 2009).

Este tema suscita reflexões, pois estas práticas no cotidiano da ESF têm levado pesquisadores a observar, de forma empírica, que os idosos vivendo com demência estão sem direcionamento do cuidado organizado pela equipe de APS, o que contraria a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).

A organização do trabalho da equipe para o cuidado integral de pessoas com demência precisa ser implementada na ESF. Destaca-se, neste contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS), cuja proposta é o trabalho coletivo como um sistema de aprendizagem, sendo fundamental desenvolver um diálogo com as práticas e concepções vigentes, de problematizá-las no trabalho de cada equipe (BRASIL, 2005).

Nesta pesquisa-ação percebemos uma abordagem ímpar de se trabalhar educação permanente com os profissionais de saúde. Onde a Educação Permanente fortalece a ESF, no momento em que cria ambiente de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Pode potencializar a reorientação do modelo assistencial, propiciando mudanças qualitativas no processo de trabalho em saúde. A problemática, atualmente, enfrentada no âmbito da saúde necessita de soluções sistêmicas, que articulem parcerias interinstitucionais e Inter organizacionais entre os sistemas de saúde, suas redes de serviços e as instituições de ensino (ANDRADE et al., 2012).

O que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (CECCIM, 2005).

No presente trabalho discutiremos temas na literatura para maior compreensão da necessidade de abordagem do tema, assim como o título da pesquisa. Abordaremos ainda a metodologia implementada, assim como os resultados encontrados com a pesquisa.

A pesquisa-ação foi desenvolvida em etapas, seguindo Thiollent, 2015. Em primeiro momento um reconhecimento da realidade, que leva a mais pesquisa,

que acarreta em ação e avaliação. Que com a evolução se inter cruzam durante as etapas. Evoluindo para a aquisição do conhecimento por parte dos participantes, a busca por parte destes da necessidade de continuidade do processo, de se garantir o envolvimento da gestão e conseqüentemente do financiamento deste processo. Finalizando com a elaboração de uma linha de cuidado para abordar demência na Atenção Primária à Saúde.

É necessário, portanto, imbuídos do conhecimento, das atribuições e das tecnologias envolvidas, atuar para melhoria do cuidado e da gestão do mesmo, proporcionando olhar diferenciado a esta parcela da população, ampliação do objeto de saber e intervenção da Clínica (CAMPOS, 2006). Pensar o cuidado integral à pessoa com demência, a partir da participação dos profissionais da ESF em interação com o meio no qual estas práticas são produzidas, é uma das propostas deste estudo, organizado e referenciado na pesquisa-ação. Com base no exposto, declinaram-se os objetivos de investigação.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- a) Desenvolver ações de Educação Permanente em Saúde que promovam o cuidado integral à pessoa com demência na Atenção Primária em Saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Verificar os saberes e as práticas dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família para promoção do cuidado integral às pessoas com demência;
- b) Identificar as necessidades dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família para desenvolver Educação Permanente em Saúde no cuidado integral às pessoas com demência;
- c) Elaborar proposta de linha do cuidado integral das pessoas com demência em uma unidade de Atenção Primária à Saúde;
- d) Descrever as ações de educação permanente, com vistas ao desenvolvimento de uma Clínica Ampliada na atenção às pessoas portadoras de demência.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DEMÊNCIAS: ASPECTOS CONCEITUAIS, FASES, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E IMPACTO SOCIOECONÔMICO

As demências são definidas como síndrome clínica que acomete o cérebro, com caráter permanente e progressivo, de deterioração das funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento, apresentando como causa múltiplas etiologias, suficientemente intensa para interferir nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, além das profissionais e sociais do indivíduo (PAPALÉO NETTO; KLEIN, 2007; TALMELLI et al., 2010)

Dentre as doenças que afetam os idosos, a demência merece especial atenção, uma vez que interfere na capacidade funcional dos idosos. Estimativas apontam que o número de casos de demência na América Latina deve aumentar 393% até 2040. No Brasil, o problema afeta cerca de um milhão de pessoas. O aumento do número de casos de demência produzirá elevados custos socioeconômicos, o que gera preocupação para instituições públicas e governos. Estudos que subsidiem políticas e ações de assistência a esta população, são de grande relevância (LUZARDO et al., 2006, p. 593).

A demência é uma doença crônica e progressiva na maior parte com grande impacto sobre os pacientes e seus familiares. As estimativas atuais indicam que 35,6 milhões de pessoas no mundo vivem com demência. Este número deverá duplicar até 2030 e mais do que triplicar até 2050. A prevalência padronizada estimada de demência entre pessoas com 60 anos ou mais na Europa Ocidental, Europa Central e Leste Europeu é de 7,3, 5,8 % e 5,7, respectivamente. Nos Países Baixos, 250.000 pessoas sofrem de demência, e a maioria destes pacientes residem na comunidade.

A demência principalmente, a de Alzheimer, evolui em três estágios hierárquicos que podem sofrer alterações. Fase inicial: é caracterizada por sintomas vagos e difusos, que se desenvolvem insidiosamente, sendo o comprometimento da memória o sintoma mais proeminente e precoce, em especial a memória recente. Fase intermediária: caracteriza-se por deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo acometimento de outros domínios da cognição, como afasia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoestrutivas e apraxia. O julgamento é alterado, perdendo a noção de riscos. Essas alterações levam a um progressivo

declínio funcional, hierárquico de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e para Atividades de Vida Diária (AVD). Pode ocorrer ainda agitação, perambulação, agressividade, questionamentos repetitivos, reações catastróficas, distúrbios do sono e a denominada “síndrome do entardecer”, ou seja, a ocorrência de confusão mental e alterações de comportamento, geralmente, próximos do horário do pôr do sol. E, a fase avançada ou estágio terminal: todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas com dificuldade para reconhecer pessoas e espaços familiares. Tornam-se totalmente dependentes para as AVDs. Na fase final, geralmente, estão acamados e incontinentes e, normalmente, acabam falecendo por alguma complicação da síndrome da imobilidade.

Existem vários tipos de demências: as primárias, que são decorrentes de atrofia cortical, sendo o exemplo mais comum a de Alzheimer; as vasculares, que são decorrentes de atrofia subcortical e com a informação de ataques isquêmicos, com breve alteração da consciência; e as secundárias que seriam decorrentes de outras doenças, como hipotireoidismo, AIDS, consumo excessivo de álcool, deficiência de vitamina B12, sífilis, entre outras.

O diagnóstico precoce da demência é um aspecto importante, para que os tratamentos existentes possam diminuir a progressão das perdas cognitivas, funcionais, sociais e profissionais em pessoas com esse problema.

Necessita-se, então, de diagnóstico o mais precoce possível. A avaliação cognitiva pode ser iniciada com testes de rastreio, como o mini exame do estado mental e deve ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo. Evidências de revisões sistemáticas têm demonstrado que o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é adequado para detecção de demência entre os indivíduos com suspeita de déficit cognitivo. Para essa finalidade, podem ser empregados testes breves, de fácil e rápida aplicação pelo clínico, como os de memória (evocação tardia de listas de palavras ou de figuras, por exemplo), os de fluência verbal (número de animais em um minuto) e o desenho do relógio.

O quadro cognitivo agrava-se sempre quando existem problemas emocionais e outros relacionados à alimentação, ao descondicionamento físico, ao uso inadequado de medicamentos, a ambientes estressantes ou com presença de obstáculos a serem transpostos.

Para os indivíduos com suspeita de síndrome demencial, a combinação de uma escala funcional que avalia atividades da vida diária e um teste cognitivo

aumenta a acurácia para o diagnóstico dessa doença em uma população como a brasileira, ou seja, heterogênea do ponto de vista social e cultural. O *Clinical Dementia Rating* (CDR) avalia a cognição e o comportamento, além da influência das perdas cognitivas na capacidade de realizar adequadamente as atividades da vida diária.

A demência não tem tratamento específico. Os sintomas cognitivos são tratados com inibidores da acetilcolinesterase e memantina. Os inibidores da acetilcolinesterase (donepezil, galantamina e rivastigmina) constituem o tratamento inicial da doença. Representam a primeira linha terapêutica nos casos leves e moderados da doença. Nos casos moderados, a memantina deve ser associada ao tratamento inicial; e nos casos graves, deve ser utilizada como monoterapia, embora estudos recentes apontem para continuidade do uso dos inibidores da acetilcolinesterase nessa fase. Merece destaque o tratamento de sintomas neuropsiquiátricos que, inicialmente, são tratados com medidas não farmacológicas. As medicações utilizadas para o tratamento desses sintomas são inibidores da acetilcolinesterase, antidepressivos, estabilizadores de humor ou neurolépticos, a depender da qualidade e gravidade. Os estudos publicados até o momento mostram eficácia mínima ou duvidosa para o tratamento desses sintomas.

Quanto ao tratamento não farmacológico do comprometimento cognitivo, as intervenções de reabilitação cognitiva na demência deparam-se com dificuldades, como heterogeneidade de pacientes quanto às alterações cognitivas, comportamentais e familiares, progressão da doença, colaboração dos cuidadores. Diferentes abordagens têm sido experimentadas, principalmente treinamento cognitivo de habilidades específicas e técnicas gerais.

As técnicas de reabilitação cognitiva podem ser indicadas, considerando que existem evidências de sua eficácia em pacientes com DA de gravidade leve a moderada. O treinamento cognitivo de habilidades específicas (memória, linguagem) pode ser útil. A reabilitação da memória conta com duas diferentes técnicas: a orientação para realidade e a terapia de reminiscências. Algumas técnicas visando melhoras nas atividades de vida diária podem ser indicadas (ENGELHARDT et al., 2005).

Gutieris e Minayo (2010) afirmam que os “cuidados de saúde” são produzidos em pelo menos dois contextos distintos, porém interrelacionados: a rede oficial de serviços, que se refere ao saber biomédico-científico; e a rede informal,

representada especialmente pela família. O cuidado no domicílio com o cuidador informal acarreta uma melhor qualidade de vida a pessoa vivendo com demência.

3.1.1 O cuidado e o cuidador de pessoas com demência

De acordo com pesquisa realizada pela OMS, que abordou idosos em algumas cidades ao redor do mundo, quando estes eram questionados sobre o “viver em família”, consideraram ser vantajosa esta convivência. Neste sentido, permanecer com a família significa ser bem cuidado, ter carinho e manter o status social. Outros aspectos benéficos apontados pelos idosos são o respeito na tomada de decisões e o auxílio recebido pelos membros da família (WHO, 2008).

No Brasil, em pesquisa realizada por Santos (2010, p. 90), acerca do papel do cuidador familiar de idosos dementados, revelou que consideram “um processo dinâmico e multifacetado que ocorre à medida que a doença evolui e varia de acordo com as experiências pessoais, práticas socioculturais de cada contexto”.

Programas educacionais e treinamento para cuidadores podem melhorar o estresse para os pacientes e cuidadores. Amenizar alterações de comportamento, pode ser obtido com diversas intervenções, como música, passeios e exercícios brandos. Outras intervenções podem ser eventualmente úteis, como presença simulada (familiares em fita de áudio ou de vídeo) (ENGELHARDT et al., 2005).

Figueiredo et al. (2012), Rocha (Terapeuta Ocupacional) e o Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica nº 19, sugerem adaptações ambientais, instituição de rotinas e orientações aos cuidadores, como o uso de música suave durante o banho, evitar, ao máximo, confrontos com o paciente e rigoroso acompanhamento da data, hora e situação em que os sintomas desencadeados pelo estresse apareceram.

A Academia Brasileira de Neurologia recomenda programas educacionais e treinamento do cuidador, somados ao suporte psicológico e dos serviços de saúde e, afirma, que este tipo de intervenção melhora os níveis de estresse, retardam a institucionalização e evitam, muitas vezes, o uso de fármacos (ENGELHARDT, 2005. p.1104-1112).

A equipe multidisciplinar é fundamental no tratamento não farmacológico e no auxílio ao cuidador. O acompanhamento nutricional, fisioterápico e fonoaudiológico são necessários em diversos estágios do processo saúde doença

da demência. E as intervenções de enfermagem são extremamente importantes em questões que giram em torno de hábitos de vida, uso adequado dos medicamentos, cuidados com a pele, hidratação e no manejo das intercorrências clínicas. O atendimento familiar proporciona discussões, orientações e aconselhamentos que visam à melhora do cuidado e a prevenção de problemas. Através desse atendimento, é possível identificar, de forma mais eficaz, as necessidades do idoso demenciado e de seus cuidadores e então planejar estratégias de sucesso junto ao paciente. Permanecer na gestão do cuidado, até perceber que a família pode assumir.

Devido ao ônus que representa um quadro demencial para o paciente e seus familiares e na tentativa de melhorar o prognóstico pelo diagnóstico precoce, é fundamental manter elevado índice de suspeita para quadros demenciais, ponderando qualquer declínio funcional e/ou perda de memória. O paciente que apresenta queixas de esquecimento deveria ser avaliado e acompanhado para observar a sua evolução.

Em análise das características da doença de Alzheimer, é fácil compreender o seu impacto nos pacientes, nas famílias e na sociedade. À medida que a doença progride, as pessoas perdem a noção do espaço e do tempo, a comunicação torna-se difícil, perdem autonomia, tornando-se dependentes dos cuidados de outrem – o cuidador, para realização das mais elementares atividades de vida diária. Esta síndrome caracteriza-se também por alterações de personalidade e de comportamento, levando as pessoas a agirem de forma desadequada, tendo em conta os padrões sociais comumente aceitos (PORTUGAL, 2009).

A *Alzheimer Europe*, no âmbito do Projeto Eurocode, desenvolveu um trabalho sobre o impacto socioeconômico da demência na Europa. Esse trabalho foi conduzido pelo Professor Anders Wimo, do *Karolinska Institute*, na Suécia, e os resultados publicados, no *Dementia in Europe Yearbook* (2008), apontam para os seguintes valores, em 2005, quando se estimava a prevalência da demência na Europa dos 27, em 6,17 milhões de pessoas (PORTUGAL, 2009).

Quadro 1 - Custos totais e anuais da doença de Alzheimer e de outras formas de demência

Custos	Totais (em bilhões de Euros)	Anuais (em euros)
Diretos	57,3	9,272
Informais	72,7	11,773
Total	130,00	21,045

Fonte: PLANO NACIONAL DE INTERVENÇÃO AO ALZHEIMER PORTUGAL, 2009

Não é fácil determinar a integral dimensão dos impactos sociais e econômicos desta doença progressiva, tendo em conta as diferentes exigências ao longo do seu percurso. Desde cedo, os cuidados informais, prestados por familiares, têm sido entendidos pelos decisores políticos como recurso gratuito. Contudo, esses cuidados informais representam ponderáveis custos econômicos para as pessoas e a sociedade. E, na verdade, o que aconteceria se esses cuidados informais, que representam cerca de 80% dos cuidados totais, não existissem?

Cuidar de alguém com demência pode significar, literalmente, um trabalho de 24 por 24 horas. Além dos cuidados prestados pelas famílias reduzirem a necessidade de cuidados profissionais, os cuidadores informais deixam de ter tempo para trabalhar remuneradamente ou para desenvolver qualquer outro tipo atividade, nomeadamente a de cuidar dos filhos. As pessoas ficam isoladas do convívio social e familiar e, à medida que a doença progride, cuidar torna-se um trabalho a tempo integral. Diversos estudos revelam alarmantes níveis de estresse e depressão entre os cuidadores, não sendo também desprezível o impacto a sua saúde física, consequente do esforço desenvolvido no desempenho das atividades de vida diária a estes pacientes (GUTIERREZ et al, 2014 e SANTOS, 2008)

Segundo o Ministério da Saúde, em lei para implantação de protocolo para doença de Alzheimer, as taxas de incidência de DA têm mostrado grande variabilidade, desde 3,2 por 1.000 pessoas-ano, na Índia, a 25,2, em Indianópolis, nos EUA. No Brasil, três estudos investigaram as prevalência e incidência desta doença, utilizando amostras de idosos de base comunitária e critérios diagnósticos atuais. A prevalência de demência na população com mais dos 65 anos foi de 7,1%, sendo que a DA foi responsável por 55% dos casos. A taxa de incidência foi 7,7 por 1.000 pessoas-ano, no estudo de São Paulo, e 14,8 por 1.000 pessoas-ano, no estudo do Rio Grande do Sul. Considerando a prevalência de demência no Brasil e a

população de idosos de aproximadamente 15 milhões de pessoas, a estimativa para demência é de 1,1 milhão (BRASIL, 2010).

O paciente com demência representa custo direto aos serviços de saúde, por aumento de internações hospitalares, maior risco de quedas; além de custos indiretos, necessidade de um cuidador, familiar em maioria (em geral, alguém deixa de trabalhar) ou cuidador profissional pago; redução da renda pelo próprio paciente. Os custos incluem: visitas médicas ao longo do tratamento e à época do diagnóstico, tratamento medicamentoso (drogas anticolinesterásicas – fornecidas; memantina – não fornecida), tratamento de outras comorbidades, cuidados pessoais, com gastos aumentando com a fase da doença.

Segundo a *Alzheimer's Association* (2006), o custo anual direto e indireto é de US\$100 bilhões. O custo anual médio nos EUA é de: US\$18.400 em estágio leve; US\$30.100 em estágio moderado e US\$36.132 para estágio grave. Na Argentina, o custo do paciente vivendo em comunidade é de US\$8129 e de US\$14863 em institucionalizados (CASTRO et al).

No Brasil, têm sido desenvolvidas políticas públicas para o enfrentamento das situações que envolve as populações com problemas de saúde crônicos, e redução dos custos, sendo o fortalecimento da atenção primária considerado uma das estratégias a serem desenvolvidas (BRASIL,2011).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO À PESSOA IDOSA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecidamente uma componente chave dos sistemas de saúde. Isto se fundamenta nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002; OPAS, 2011).

Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir

do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária, por meio da ESF, prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Entre os atributos encontrados na APS, têm-se a acessibilidade (porta de entrada do serviço de saúde), longitudinalidade (continuidade do cuidado - tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade) (CAMPOS, 2013); integralidade (um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias) (GIOVANELLA, 2002); a coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. A atenção coordenada é justificada e necessária, porque é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades. Necessidades de saúde são bastante complexas e, em geral, não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada (OLIVEIRA, 2013).

O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para organização do cuidado, em que se definem claramente os problemas de saúde do paciente (o quê?), as intervenções mais apropriadas para melhoria da saúde (como?), as justificativas para as mudanças (por quê?), quais profissionais (quem?), equipamentos de saúde (onde?), necessários para implementação das intervenções. No idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais, e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar, tendo como ferramentas o Cuidado Baseado em Evidências e o Cuidado Centrado no Paciente. As decisões clínicas devem considerar as melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis ao caso e, sobretudo, valorizar as preferências, necessidades, desejos e valores do idoso e de sua família, ou seja, a individualização do cuidado (OPAS, 2011; BARDES 2012).

A Lei nº8.080/90 regulamentou o SUS, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, acerca da organização e do funcionamento dos serviços de saúde. Em sequência, no mesmo ano, a Lei nº 8.142/90 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como a respeito das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ambas ainda não possuem diretividade à população idosa (BRASIL, 1990a; 1990b).

A primeira política destinada à população idosa foi criada somente em 1994, quando, recebendo o título de Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Tendo como principal objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover autonomia deste, integração e participação efetiva na sociedade.

O estatuto do idoso garante às pessoas idosas atendimento preferencial em órgãos públicos e privados de serviços; preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas de proteção ao idoso; formas alternativas de participação, ocupação e convívio intergeracional; priorização do atendimento ao idoso por sua família em detrimento do asilar; capacitação e reciclagem dos recursos humanos em geriatria, gerontologia e outros (BRASIL, 2011) .

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada em 19 de outubro de 2006, pela Portaria 2.528/GM, traz como finalidade primordial: recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, seguindo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde e as referidas pelo Pacto pela Vida na Saúde do Idoso (BRASIL, 2006d).

Esta política expressa ainda como desafios a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso, a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa, e a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das redes de assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2006d).

Em 2006, foi pactuado entre as quatro esferas da gestão (União, Distrito Federal, Estados e Municípios) o Pacto pela Saúde, na Portaria nº 399/GM, de 22 de

fevereiro de 2006, com base nos princípios constitucionais do SUS, em que se definiram prioridades articuladas e integradas nos componentes de Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Vida define seis prioridades, entre elas a Saúde do Idoso, com objetivo de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando ação integral. As diretrizes apontadas para a saúde do idoso são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde das pessoas idosas; estímulo às ações intersetoriais; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em serviços de saúde; assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação de educação permanente; divulgação da Política Nacional da Pessoa Idosa; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção ao idoso; bem como apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006c).

O Pacto traz, ainda, como ações estratégicas a caderneta de saúde da pessoa idosa, o manual de atenção básica à saúde da pessoa idosa, o programa de educação permanente à distância na área do envelhecimento e saúde do idoso voltado para profissionais da rede de atenção básica, a reorganização do acolhimento à pessoa idosa, a assistência farmacêutica, a atenção diferenciada na internação e atenção domiciliar. Estratégias de enfrentamento, como clínica ampliada, educações permanentes precisam ser construídas junto à APS como se discutirá a seguir.

3.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A CLÍNICA AMPLIADA: ESTRATÉGIAS PARA CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO À PESSOA COM DEMÊNCIA

A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para promoção e manutenção da saúde.

Isso exige não somente determinar que atenção à saúde seja necessária, mas definir papéis e tarefas para assegurar que as pessoas usuárias tenham atenção estruturada, planejada e provida por uma equipe multiprofissional. Significa introduzir novas formas de atenção que vão além da consulta presencial face a face, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância. Requer, também, monitoramento padronizado e regular, para que as pessoas usuárias não fiquem abandonadas depois de deixar uma unidade de saúde (MENDES, 2012).

Tradicionalmente, o setor de saúde trabalha com a política de atenção e formação de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade de gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Além disso, a predominância da formação hospitalar, centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência individual (BRASIL, 2005).

Essas práticas descontextualizadas acarretam dificuldade de organizar trabalhos de cuidado integral. A Educação Permanente propõe que se trabalhe com coletivos, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde. Propõe que se procure partir do reconhecimento da maneira como cada ator se posiciona, de que ideias, valores, emoção estão colocadas na organização das práticas em questão (BRASIL, 2005).

Segundo Feuerwerker (2014), o homem está em permanente construção e em suas relações no cotidiano sempre produzem conhecimentos que interferem em suas possibilidades de conduzir a vida. O saber científico é somente uma parte desse universo de saberes possíveis e válidos. Assim, os adultos mobilizam-se por buscar novos saberes quando se deparam com problemas que consideram relevantes, para o trabalho ou a vida.

Para produzir mudanças de práticas de formação, gestão e de atenção e de controle social, é fundamental desenvolver capacidade de diálogo com as práticas e concepções vigentes, de problematizá-las – não no abstrato, mas no concreto do trabalho em cada equipe – e capacidade de construir novos pactos de convivência, que aproximem os serviços de saúde da gestão democrática e das práticas integrais de saúde (BRASIL, 2005).

Essa pedagogia - que usufrui de todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e comprometidos sócio historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-político do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe (MERHI, 2005).

A produção do conhecimento desenvolvida por meio de reflexão sobre a própria prática no trabalho, construída no coletivo, possibilita a compreensão do sentido do trabalho – fins, meios e relações sociais – em saúde e, na medida de seu progressivo desenvolvimento, indica novos movimentos necessários para chegar à melhoria do processo. Na Educação Permanente em Saúde, sabendo-se que o nó crítico detectado é a pessoa com demência, podem-se, a partir de espaços coletivos, elaborar estratégias como caminho que se constrói para que se aproximem da situação desejada. A partir do problema, cuidado da pessoa com demência, e definindo-se as dificuldades inerentes à realização desta gestão-atenção, devem-se traçar planos de ações, com objetivo de enfrentar estas dificuldades, construir novos pactos de trabalho, mais próximos da integralidade (BRASIL, 2005).

Contraponto à clínica tradicional, que se baseava em atendimento centrado no médico e direcionado para a abordagem de doenças, a clínica ampliada surge com uma visão mais ampla do processo saúde doença, havendo compreensão do sujeito nas dimensões sociais e subjetivas, e não apenas em seus aspectos biológicos. Permitindo, desta forma, além do tratamento da doença, incluir promoção e prevenção, o contexto e o próprio sujeito portador da enfermidade. O trabalho desenvolvido em equipe multi e interdisciplinar possibilita abordagem mais integral e eficaz, uma vez que todos os aspectos da vida do indivíduo podem ser considerados (BRASIL, 2010).

O conceito de Equipe de Referência é amplo e veio para colocar o usuário no centro do processo gerencial e da atenção. Pode-se tomar como exemplo a equipe multiprofissional de Saúde da Família, referência para uma determinada população (BRASIL, 2007). No plano da gestão, esta referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e certo número de usuários. Isso possibilita uma gestão mais centrada nos fins (coprodução de saúde e de

autonomia) do que nos meios (consultas por hora, por exemplo) e tende a produzir maior corresponsabilização entre profissionais, equipe e usuários.

As Equipes de Referência surgiram como arranjo de organização e gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada e produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador. Neste sentido, a proposta de Equipes de Referência vai além da responsabilização e chega até a divisão do poder gerencial. As equipes transdisciplinares devem ter algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe (BRASIL, 2007).

A discussão de casos e formulação de Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste na prática de reuniões, nas quais participam profissionais de referência do caso em questão, seja de um usuário ou um grupo deles. Na atenção básica, geralmente, os casos elencados para esse tipo de discussão são aqueles mais complexos (BRASIL, 2009).

É preciso reconhecer que a forma tradicional de fazer gestão (CAMPOS, 2000) tem visão muito restrita do que seja uma reunião. Para que a equipe consiga inventar um projeto terapêutico e negociá-lo com o usuário, é importante lembrar que reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião.

A Clínica Ampliada engloba: disposição para buscar, nos encontros da clínica, uma percepção de si imerso em diversas forças e afetos (em transformação); buscar articular satisfatoriamente para cada situação singular, saberes e tecnologias diferentes, lidando da melhor maneira com a tendência excludente e totalizante de muitos destes saberes; alguma disposição para buscar negociar projetos terapêuticos com os sujeitos envolvidos, levando em conta as variáveis necessárias em cada momento; capacidade de lidar com a relativa incerteza (e tristeza) que estes desafios trazem; e, finalmente, disposição para trabalhar em equipe e construir grupalidade, de forma que seja possível mais facilmente fazer clínica ampliada (BRASIL, 2009).

A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho, para que pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribui muito para mudança desta cultura. Poder pensar seu objeto

de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados (BRASIL, 2009).

À equipe Saúde da Família (eSF) cabe exercitar uma abertura para o imprevisível e o novo, e lidar com a possível ansiedade que essa proposta traz. Nas situações em que só se enxergavam certezas, podem-se ver possibilidades. E nas que se viam apenas igualdades, podem-se encontrar, a partir dos esforços do Projeto Terapêutico Singular, grandes diferenças.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”.

Nos casos de “prognóstico fechado”, ou seja, de usuários para os quais existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença, como no caso de pessoas com demência, é mais fácil ainda para uma equipe eximir-se de dedicar-se a eles, embora, mesmo nesses casos, seja bastante evidente que é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O PTS, nesses casos, pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo, em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de “não envolvimento” compromete as ações de cuidado e adocece trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe, ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer (BRASIL, 2009).

Entre as diversas fases do PTS, podem-se citar: definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão; definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor; divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. Uma estratégia que procura favorecer a continuidade e articulação entre formulação,

ações e reavaliações e promover dinâmica de continuidade do Projeto Terapêutico Singular é a escolha de um profissional de referência, o que articula e “vigia” o processo (BRASIL, 2007).

A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido por uma doença, o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica clara e evidente a necessidade do protagonismo do sujeito no projeto de sua cura: autonomia.

Os saberes e as práticas dos profissionais de saúde são determinados a partir de aprendizado adquirido a partir de orientações técnicas, fragmentadas e prescritivas, sem ponderar a multidimensionalidade do cuidado, principalmente em relação aos aspectos sociais, culturais e históricos do idoso, da família e dos próprios cuidadores. Sendo avaliado que muitos saberes e práticas determinados pelo senso comum ou por saberes adquiridos a partir da prática com outros pacientes ou familiares destes. Não havendo padrão de orientações (MORAIS, 2009).

A EPS e a diretriz da clínica ampliada são estratégias para mudar a clínica fragmentada que se encontra neste momento de crise na saúde, ainda muito centralizado no atendimento do médico, e elas apoiam a pesquisa-ação, como tipo de pesquisa, pois são referenciais que estão de acordo com o que se deseja trabalhar - participação, coletividade, democratização, para transformar a realidade encontrada no cuidado da pessoa com demência.

Figura 1 - Esquema representativo na interrelação entre trabalho, atividade educativa e aprendizagem no cuidado integral a pessoas com demência



Fonte: Elaborado pela autora.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA-AÇÃO

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou a resolução de um problema coletivo e na qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2015).

A pesquisa-ação busca unir a pesquisa à ação ou prática, isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática. Assim, “é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática” (TRIPP, 2005, p.447). Consiste, portanto, em uma pesquisa participante engajada, significando uma maneira de fazer pesquisa em situações nas quais se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta ou o seu modo de fazer (TRIPP, 2005).

O pesquisador, na pesquisa-ação, descobre que “não se trabalha *sobre* os outros, mas sempre *com* os outros” (BARBIER, 2007, p.19). Neste sentido, o problema nasce de um contexto preciso, no caso do estudo em pauta, as ações educativas que promovam um cuidado integral à pessoa com demência, poderão ser desenvolvidas junto com equipe da atenção primária.

A investigação parte de um problema específico identificado em um ambiente real, o que demanda descrição tanto do problema quanto do contexto em que ele ocorre, sem excessos da postura convencional ao nível da observação, processamento de dados, experimentação (THIOLLENT, 2015).

Figura 2 - Esquema representativo de pesquisa-ação



Fonte: Thiollent, 2015

O pesquisador atua e faz parte do ambiente da pesquisa, relatando suas impressões sobre o problema e as soluções investigadas. Este não se coloca como um observador afastado do objeto de pesquisa, mas deliberadamente interfere com ações e integra-se aos membros da instituição onde a pesquisa é realizada (THIOLLENT, 2015).

Na pesquisa-ação, há um constante vaivém entre as fases da pesquisa, pois consiste em uma abordagem em espiral, de uma pesquisa em ação (BARBIER, 2002), incluindo a dinâmica dos pesquisadores e seu relacionamento com a situação pesquisada. Para Thiollent (2011, p. 144), “[...] na pesquisa-ação, com frequência, a hipótese é de natureza qualitativa e, na maioria dos casos, não envolvem nexos causais entre as variáveis”. Assim, o que se pode, à guisa de delineamento, é apresentar alguns conjuntos de ações que embora não ordenados no tempo, pode ser considerado como etapas da pesquisa-ação (GIL, 2002).

Neste estudo, foi assumido o referencial de Thiollent (2015) que divide o processo da pesquisa-ação em quatro fases: exploratória, principal ou planejamento, de ação, e por último, a avaliação, descritas mais adiante.

Foi considerada a relação entre os objetivos práticos e os de conhecimento. Os objetivos práticos visam contribuir para o melhor equacionamento possível do problema considerado, no caso em estudo o cuidado integral à pessoa com demência e os objetivos de conhecimento, voltados para obtenção de informações, incluindo um objetivo propositivo.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, utilizando como método a pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

O caráter formativo dessa modalidade de pesquisa está implícito no processo, pois o sujeito participa da tomada de consciência das transformações que foram ocorrendo em si próprio e no processo. É também por isso que essa metodologia assume o caráter emancipatório e empoderador, pois mediante a participação consciente, os sujeitos da pesquisa passam a ter oportunidade de se libertar de mitos e preconceitos que organizam suas defesas, se sujeitando a mudanças e reorganizando a autoconcepção de sujeitos históricos.

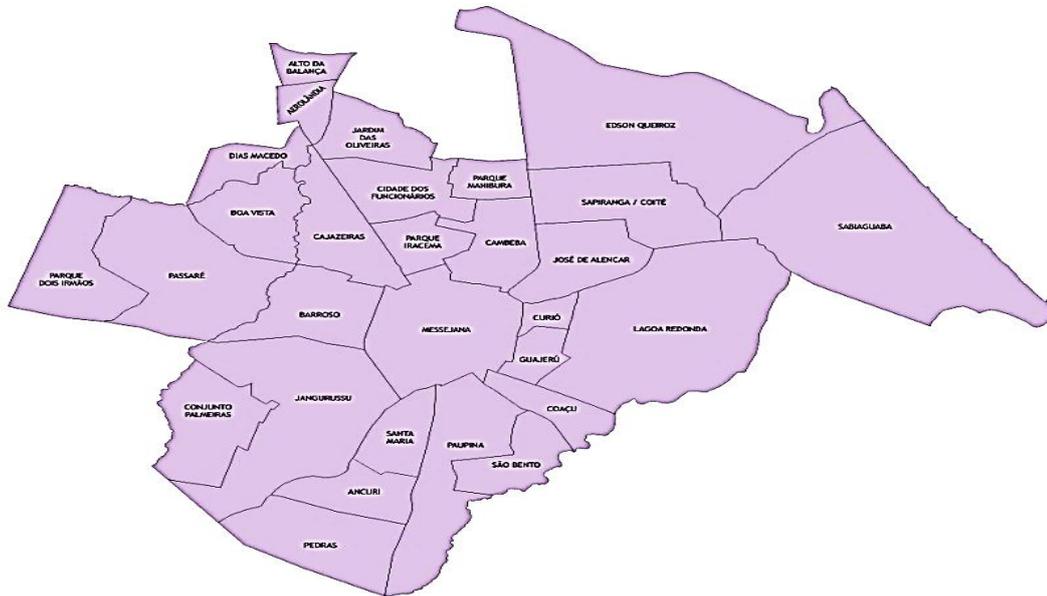
Independentemente das técnicas a serem utilizadas, há que se caminhar para uma metodologia que instaure no grupo uma dinâmica de princípios e práticas dialógicas, participativas e transformadoras. Elaborar ações educativas com perspectiva transformadora requer a construção compartilhada entre os profissionais da equipe da ESF, desde a identificação do problema, sua explicação até as ações para reorganização do trabalho.

A pesquisa-ação que aqui se propôs, busca ao mesmo tempo, conhecer e intervir na realidade pesquisada. Essa implicação entre pesquisa e ação faz com que a pesquisadora, como especialista na situação problematizadora, não assuma uma postura de neutralidade e controle das circunstâncias da pesquisa (ENGEL, 2000).

4.3 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo teve como cenário a Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) Edmar Fujita, localizada na Regional VI, no município de Fortaleza. Por ter posição estratégica, por ser Unidade de Referência nesta Regional. Localizada em área urbana, tendo como território área extensa definida como riscos 1, 2 e 3, na maioria, bastante carentes. Abrange população de 11.316 pessoas, destas cadastradas, 995 são idosos e 14 apresentam diagnóstico confirmados de demência.

Figura 3 - Mapa da Regional VI



Fonte: Mapa de Fortaleza

Como critério de escolha desta unidade, cita-se ser de referência dentro da Regional VI, estar envolvida com o ensino de graduação e pós-graduação. Possui quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) completa, formada por médico, enfermeiro e Agente Comunitário de Saúde; três equipes de Saúde Bucal; um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); e alunos da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) dos cursos de Medicina, Nutrição, Fisioterapia e Enfermagem. O ensino é uma parte importante do dia a dia na UAPS, sendo incentivado o desenvolvimento de ações do PET-Saúde para as diversas profissões afins de cuidado na saúde. Existem ainda grupos de estudantes dos cursos acima citados que permanecem no estágio na unidade, o que permite maior vínculo com as universidades e o fortalecimento da aprendizagem.

Localizada próximo ao Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), conta com o trabalho de assistente social e psicólogo. Outro aparelho social na área próxima à UAPS é o Condomínio Espiritual Uirapurú (CEU), formado por várias ONGs, que atuam na comunidade e com o qual tem-se um vínculo de parceria que garante troca de atuações, com campo para implementar atividades coletivas e, ao mesmo tempo, permite trabalhar a educação em saúde. A UAPS

Edmar Fujita constitui espaço de atuação profissional da pesquisadora, o que facilitou o vínculo, o acesso às informações desta pesquisa-ação.

O espaço físico destinado aos encontros das fases exploratória e principal desta pesquisa foi a sala de reuniões da UAPS Edmar Fujita, composta de estrutura e condições pedagógicas adequadas a este estudo. O período de realização da pesquisa foi entre junho de 2016 e setembro de 2016.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi divulgada na UAPS Edmar Fujita, que possui 37 (trinta e sete) profissionais de saúde, destes 18 (dezoito), incluídos nos critérios de estarem atuando na APS, em uma eSF, ou ser do NASF ou CRAS e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão considerados foram: ser estudante de graduação e recusar-se a participar deste estudo.

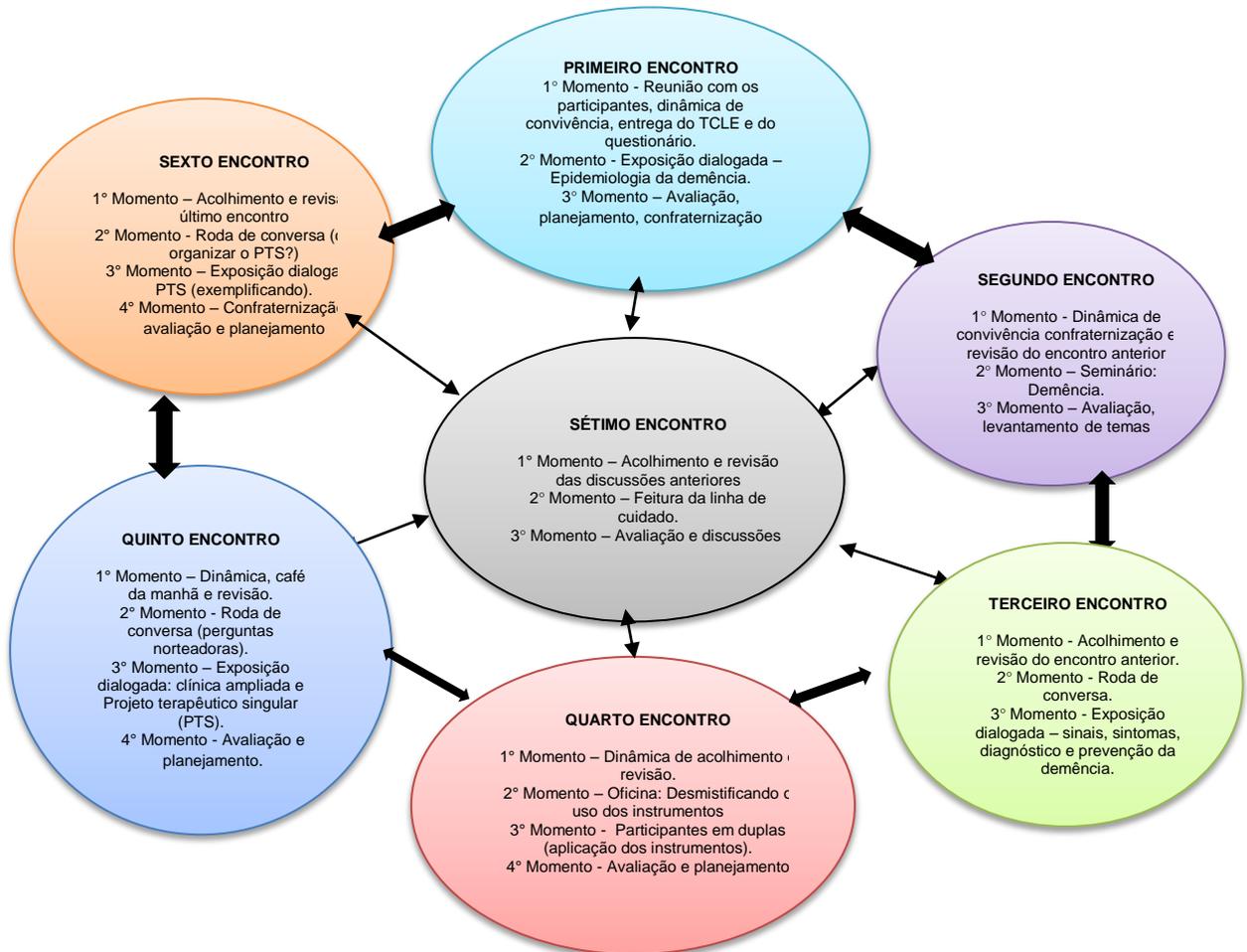
4.5 ETAPAS DA PESQUISA

Para elaboração das etapas da pesquisa, seguiu-se a abordagem de Thiollent (2015), segundo o qual, o processo de pesquisa-ação se divide em quatro etapas, a citar: fase exploratória, que se caracteriza pela realização de um diagnóstico da situação e das necessidades dos atores e pela formação da equipe de pesquisadores e participantes; fase principal ou de planejamento, momento em que consiste na organização dos eventos e dos pontos a serem pesquisados, a partir da fala anterior dos sujeitos e do seminário; fase de ação, que engloba as medidas práticas baseadas nas etapas anteriores, apresentação das propostas e ações a serem realizadas; e fase de avaliação, etapa final do processo composta por dois objetivos principais: verificar os resultados das ações no contexto organizacional da pesquisa e suas consequências a curto e médio prazo, extraindo ensinamentos (Figura 4).

Na etapa inicial, houve a sensibilização da gestão, por meio de explanação das etapas e o desenrolar da pesquisa, esclarecimento sobre os termos do consentimento livre e esclarecido e procedendo-se à entrega do termo de anuência. Neste mesmo período, realizou-se a sensibilização dos profissionais, visando motivá-los para participação no estudo, por meio da entrega de convite via

WhatsApp e a fixação de cartazes nos painéis da sala de reunião e ponto eletrônico. Houve adesão significativa.

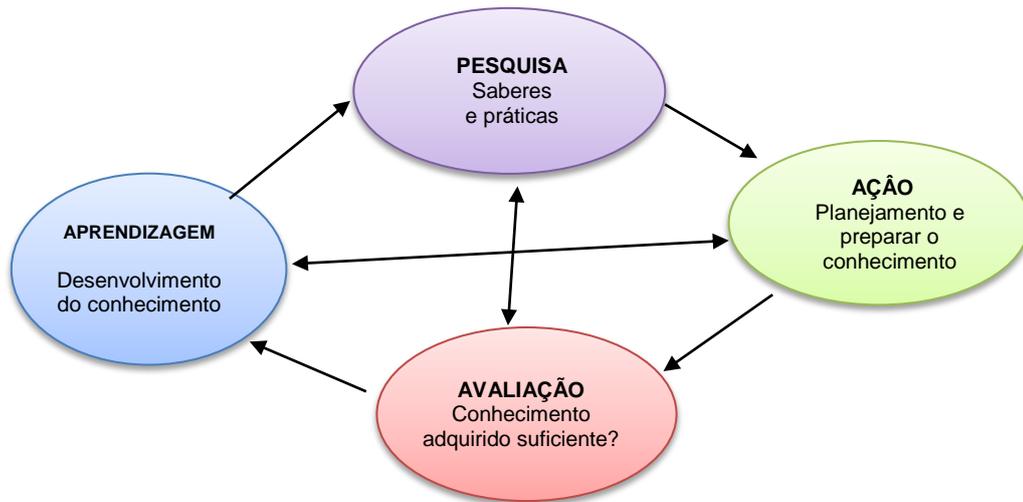
Figura 4 - Esquema representativo das etapas da pesquisa-ação



Fonte: Elaborado pela autora.

Em todos os momentos do seguimento da pesquisa-ação. Construímos um esquema semelhante ao de Thiollent para perceber a aproximação com as etapas da pesquisa-ação.

Figura 5 - Esquema representativo do método pesquisa-ação



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Thiollent, 2016.

4.6 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os primeiros passos para o início da coleta aconteceram por meio de visita da pesquisadora à gestora da unidade de saúde, com intuito de sensibilizá-la quanto à importância da pesquisa e, conseqüentemente, facilitar liberação e encaminhamento dos profissionais para os encontros/atividades da pesquisa. Os encontros foram divulgados de várias maneiras: pela ferramenta eletrônica de comunicação *WhatsApp* aos profissionais, através de convites impressos em forma de cartazes (APÊNDICE D), afixados em pontos estratégicos da unidade de saúde e também nas reuniões da equipe.

As técnicas de coleta de dados foram falas coletadas em roda de conversa, seminários, oficinas e diário de campo.

A roda de conversa com questões norteadoras foi escolhida, principalmente por sua característica de permitir que os participantes expressem, concomitantemente, impressões, conceitos, opiniões e concepções sobre o tema proposto, assim como trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo (APÊNDICE B).

A oficina é entendida neste estudo como uma metodologia de trabalho em grupo, caracterizada pela construção coletiva de um saber, de análise da realidade, de confrontação e intercâmbio de experiências, em que o saber não se constitui apenas no resultado final do processo de aprendizagem, como também no processo

de construção do conhecimento. Na oficina realizada logo após a roda de conversa, foram apresentados e preenchidos com os participantes os formulários de diagnóstico da demência/vulnerabilidade: Mini mental, Teste do relógio, Escala de funcionalidade e Questionário do declínio cognitivo no idoso, os quais pode ser encontrado respectivamente nos Anexos A, B, C, D e E.

O seminário é uma das fases da pesquisa considerada como o principal ponto de referência na pesquisa-ação. De acordo com Thiollent (2015, p.68) “os seminários têm a função de definir os temas e equacionar os problemas, elaborar a problemática correspondente aos objetivos da pesquisa, construir e coordenar as sugestões das ações pela equipe interessada em dar continuidade à pesquisa”. É durante os seminários que se elaboram parte das interpretações, sugere a busca de soluções e define o plano de ação. Pretende acompanhar e avaliar as ações e divulgar os resultados.

O diário de campo é um instrumento de anotações, um caderno com espaço suficiente para anotações, comentários e reflexão, para uso individual do investigador no dia a dia, onde se anotam todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários. Facilita criar o hábito de escrever e observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos (FALKEMBACH, 1987). Tal instrumento possibilitou o registro das informações pertinentes às linguagens verbais e não verbais das reuniões, assim como horários de acontecimentos, tempo de produção, dificuldades e potencialidades.

O diário de campo foi redigido durante e depois de cada encontro, roda de conversa, seminários e oficinas, onde foram destacados: diário da observação no qual se fez anotações breves, datadas e localizadas; anotações de impressões e descrições; quem, onde, como, quando, o que aconteceu e diário da pesquisa para o registro dos questionamentos levantados a partir da observação e o desenvolvimento de análises que serviram para orientar a observação (decidir quem ou o que será observado posteriormente) e, sobretudo, dar início ao plano de redação do relatório da pesquisa; questões, hipóteses, dúvidas, leituras, e outros.

Combiná-lo com outras técnicas de investigação não só contribuirá, mas se fará necessário para o aprofundamento da busca de informações desde que, obviamente, o conjunto de técnicas criadas guardem coerência com o corpo teórico conceitual e princípios metodológicos que dão fundamento as práticas sociais em questão (FALKEMBACH, 1987, p.19-24).

Os instrumentos utilizados consistiram em questionário, formulários de diagnóstico da demência/vulnerabilidade, dados coletados nos encontros e as percepções acerca de cada momento durante todo o processo da pesquisa-ação.

O questionário foi elaborado pela pesquisadora, com treze perguntas, e aplicado antes da primeira roda de conversa. Constituído de perguntas abertas e fechadas, incluiu-se a caracterização dos sujeitos, aspectos do problema da pesquisa, dificuldades e sugestões dos profissionais (APÊNDICE A).

Como equipamento, utilizou-se um gravador para registrar os encontros, com posterior transcrição das gravações, auxiliando o diário de campo na avaliação das fases e dos comentários, assim como nuances inerentes à evolução dos trabalhos.

A pesquisadora compartilhou conhecimentos teóricos junto aos profissionais interessados, fez os registros dos debates, trocou informações e sugestões. Realizou a compilação dos dados coletados. Concebeu e aplicou de forma participativa as modalidades das ações, participando, de forma reflexiva, em eventuais generalizações e discussões dos resultados. A relação entre o objetivo e uso de técnicas e instrumentos utilizados na pesquisa-ação são visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Relação entre objetivo, técnicas e instrumentos distribuídos nas fases da pesquisa-ação no cuidado integral à pessoa com demência (continua)

Fases	Objetivos	Técnicas/instrumentos
Exploratória de planejamento	Verificar os saberes e as práticas dos trabalhadores da ESF para a promoção do cuidado integral às pessoas com demência;	Questionário; Roda de conversa (questões norteadoras); Oficina – trabalhando os Instrumentos de diagnóstico de cognição e memória /vulnerabilidade; Início da elaboração de plano de ação; Diário de campo/ gravação.
Exploratória de planejamento	Identificar as necessidades dos trabalhadores da ESF para desenvolver Educação Permanente em saúde (EPS) no cuidado integral as pessoas com demência;	Roda de conversa; Plano de ação – o que, como, quem, quando, onde, quanto; Diário de campo/ gravação.

Quadro 2 - Relação entre objetivo, técnicas e instrumentos distribuídos nas fases da pesquisa-ação no cuidado integral à pessoa com demência

(conclusão)

De planejamento De ação	Elaborar proposta de linha do cuidado integral das pessoas com demência em uma UAPS;	Seminário; Oficinas -- realizadas com base nas temáticas identificadas no levantamento inicial –baseadas nas etapas anteriores que envolvam cuidado integral da pessoa com demência/clínica ampliada; Na oficina de elaboração da proposta de linha de cuidado; Diário de campo/gravação.
De ação De avaliação	Descrever as ações de educação permanente, com vistas ao desenvolvimento de uma clínica ampliada na atenção as pessoas portadoras de demência.	Segue durante todo o processo nos diversos encontros; Oficinas; Diário de campo/gravação.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Thiollent, 2015.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretação dos dados considerou uma perspectiva de pesquisa qualitativa por não terem finalidade de contar opiniões ou pessoas e ocorreu em todo o transcurso da pesquisa-ação.

Optou-se pela análise temática, pois segundo Minayo (2006) observa-se que:

Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingira, mediante inferência, uma interpretação mais profunda (p. 307).

A análise temática comporta um feixe de relações que podem ser graficamente apresentadas através de uma palavra, uma frase, um resumo. “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à literatura” (BARDIN, 1979, p. 105). Trabalhou-se com a análise temática, buscando descobrir “núcleos de sentido”, resultante da comunicação durante os encontros, e cuja presença, ou frequência de aparição significou alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Os dados referentes aos questionários que se refere à classificação dos sujeitos foram dispostos em planilhas do programa informatizado *Excel*, para melhor visualização dos resultados. Sendo dispostos de forma descritiva com cálculo de percentual e frequência absoluta, em tabelas e gráficos, aplicando, dentro do contexto, interpretação à luz das políticas públicas sobre APS, Clínica ampliada, EPS, Portarias do MS e Diretrizes Internacionais para o cuidado à pessoa com demência na APS.

Os dados coletados do diário de campo foram utilizados na análise de situações durante todo o estudo.

Os seminários com as exposições dialogadas, assim como as oficinas, que contou com os participantes construindo os saberes, foram também descritos em diário de campo e gravação, melhor explanados nas descrições das fases do processo e no resultado da pesquisa.

Após coletados os dados dos questionários e realizada a roda de conversa, os resultados dos seminários, das oficinas, foi construído, com todos os participantes, um plano de ação voltado a cada objetivo definido de forma integrada com os mesmos.

Figura 6 - Consolidado do conjunto de dados



Fonte: Elaborado pela autora.

Após gravação das falas na roda de conversa, seminários, oficinas, foram transcritas na íntegra e armazenadas para posteriormente subsidiar a categorização, seguindo a técnica de análise temática, conforme Minayo (2010).

Seguindo a análise de conteúdo de Minayo (2010), abordaram-se os resultados, conforme as fases de construção das categorias.

I – Realizou-se pré-exploração do material ou leituras flutuantes do corpo das entrevistas coletivas, questionários, gravações e diário de campo. Foram empreendidas várias leituras de todo o material coletado, buscando apreender de forma global as ideias principais e os seus significados gerais;

II – Selecionaram-se as unidades de análise (ou unidades de significados). A partir do uso de canetas marca texto de cores diferentes. Classificando estas unidades em temas de mesmo significado. Temas que são relevantes à resposta das perguntas e para alcançar os objetivos específicos propostos;

III – Passando-se então a fase final, em que foi feito o processo de categorização das unidades temáticas. O processo de categorização pode ser definido como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo um mesmo sentido, ideia ou tema.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Pesquisa qualitativa que foi realizada com profissionais de saúde, com objetivo de trabalhar educação permanente e clínica ampliada na elaboração de cuidados integrais a pessoas com demência em uma Unidade de Atenção Primária. O estudo foi desenvolvido obedecendo às recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o protocolo CAAE 55341016.6.0000.5534, com o número de parecer 1.794.886, em outubro de 2016 (ANEXO G). E a anuência junto à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS), em que foi emitido parecer favorável para o presente estudo que foi realizado no município de Fortaleza, Regional VI, na UAPS Edmar Fujita. Tendo como período de coleta liberada de agosto a dezembro/2016 (ANEXO F).

Os participantes foram devidamente orientados quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), e que a participação seria voluntária e todos teriam suas identidades substituídas por nomes fictícios, a fim de preservar o anonimato dos participantes. A autonomia para desistência poderia ser sinalizada e acatada em qualquer fase da pesquisa, caso fosse do interesse por intermédio de manifestação expressa, sem qualquer tipo de prejuízo diante desta. Para tanto, seguiu-se sequência de eventos éticos com legitimidade ao que rege a resolução supracitada:

- 1) A coleta de dados somente foi realizada após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos indivíduos-alvo da pesquisa, com vistas ao respeito, à dignidade e autonomia dos mesmos;
- 2) Empenho ao máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, com base à relevância social da pesquisa, implicando vantagens significativas para o grupo pesquisado;
- 3) Explícita a informação que a pesquisa não pretendia entrar em caráter de julgamentos quanto ao trabalho dos profissionais e tão pouco da instituição, pois não se trata de uma pesquisa de avaliação da unidade; o que esteve sendo estudado foi o cuidado e a atenção a pacientes com demência;
- 4) Garantia da confidencialidade máxima de informações pertinentes à privacidade, proteção, áudio, bem como a garantia da não utilização das informações em prejuízo dos mesmos, inclusive em relação a autoestima, prestígio e situação econômica. Os participantes tiveram seus nomes substituídos por pseudônimos, a fim de garantir o anonimato, logo todos os dados após utilização, serão destruídos. Os pseudônimos originaram-se de P (de participantes), seguida de um número, em ordem crescente, conforme enumeração do questionário (Ex.: P-1, P-2...);
- 5) Após o término do estudo as gravações das entrevistas, foram cuidadosamente inutilizadas, garantindo o anonimato dos entrevistados. O TCLE foi assinado em duas vias, onde uma via ficou sob a posse da pesquisadora e a outra com participante. No TCLE, constava o aceite para utilização de ferramentas, tais como gravador de voz, fotos e anotações em diário de campo. A gravação, as fotos e as anotações foram utilizadas exclusivamente para pesquisa em questão, onde foram seguramente armazenadas, através de programas especificamente computadorizados. Toda documentação concernente à pesquisa ficará arquivada sob a responsabilidade da pesquisadora, no prazo máximo de cinco anos após o término do estudo e depois de passado o prazo, será destruído, garantindo sigilo e ética aos participantes.

A presente pesquisa foi desenvolvida após autorização formal mediante Termo de Anuência concedida pela COGETS, órgão do município de Fortaleza, responsável pela avaliação da pesquisa e pela educação.

Cabe ainda ressaltar que o projeto não causou nenhum ônus financeiro aos participantes.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Enquanto realizava-se a pesquisa, percebeu-se o poder da pesquisa-ação associada à educação permanente, cujo aprendizado, com o passar das fases, foi evidenciado a partir das falas dos participantes, que no início apareciam sem conteúdo e com admiração, mostrando grande distância entre o objeto citado, como problemática, e a realidade vivida, passando a ser vivenciado e exemplificado. Demonstrando aumento da percepção da existência de pacientes na área e a forma de cuidado ou a ausência deste na abordagem a estas pessoas com demência. Percebendo-se, ainda, esta evolução e alcance dos objetivos com a participação de todos na produção da linha de cuidado. Aconteceu empoderamento por parte de todos sobre o tema e o cuidado. Havendo participação igualitária, sem distinção de formação e adesão aos trabalhos. Demonstrando compromisso com a participação e o cuidado. Manifestaram ainda o interesse de permanecer nas reuniões. Sendo alcançado o objetivo da educação permanente.

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Houve participação de 18 profissionais, o que representou mais da metade (56%) do total de 32 existentes na unidade.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Cacterização		N	%	N	%
Profissões	Médico	2	11	18	100
	Enfermeiro	3	17		
	Dentistas	3	17		
	Psicólogo	1	6		
	Educadora Social	1	6		
	ACS	8	44		
Sexo	Feminino	13	72	18	100
	Masculino	5	28		
Tempo de Formação escolar/atução	< 1 ano	-	-	18	100
	1 - 5 anos	1	6		
	5 - 10 anos	7	39		
	> 10 anos	10	56		
Maior titulação	Ensino médio	7	39	18	100
	Graduação	5	28		
	Pós-graduação	5	28		

Fonte: Dados da pesquisa

Avaliando os questionários quanto ao perfil e caracterização dos participantes da pesquisa-ação, verificou-se que a maioria eram ACS. Tal achado se explica por essa categoria ser o maior contingente dentro da composição oficial da eSF, que são, no total 15. As demais categorias ficaram assim representadas 100% dos dentistas, 40% dos médicos e 75% dos enfermeiros. Quanto ao psicólogo, tem-se 1, então 100% de adesão.

Houve prevalência do sexo feminino (72%), visto que a maioria dos profissionais da UAPS são mulheres e estas representam a força preponderante no setor de serviços de saúde, especialmente nas atividades que envolvem o cuidado com pessoas. Comprovados demograficamente esta prevalência do sexo feminino. Percebemos sem dúvida que esse achado translucida que as mulheres cada vez mais estão ganhando destaque como chefe de família, e a ascensão profissional que almejam adquirir ao longo da vida como forma de valorização do gênero (SANCHES; GEBRIM, 2003).

Como a maioria (56%) tinha mais de 10 anos de formação escolar/atuação na APS, sendo que este tempo foi atuando na mesma UAPS, comprovou-se o estabelecimento de vínculos e conhecimento da problemática das famílias, comunidade, do território, além das condições de trabalho e de necessidades dos usuários dentro da Atenção Primária à Saúde.

A entrada no mundo familiar traz inevitavelmente consigo a intimidade das pessoas, o seu mundo privado, e, com ele, novas construções relacionais permeadas de significados e de sentimentos.

[...] Pode-se pensar que esse modelo relacional condiciona, então, a excessiva valorização dos aspectos afetivos da relação desenvolvida pelos ACS com os moradores, bem como a ênfase que é colocada pelos usuários do PSF em conteúdos ligados à vida pessoal dos agentes, chegando por vezes ao extremo de exercerem um controle social sobre as suas vidas privadas (NUNES et al., 2002, p.1644-1645).

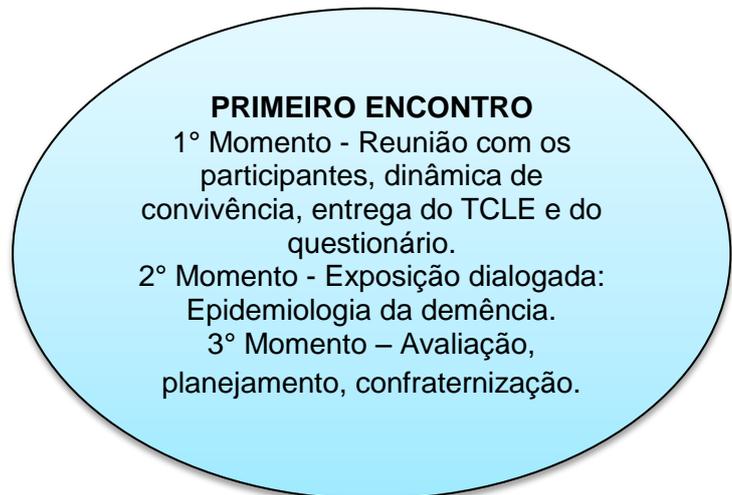
Em relação à titulação dos participantes, encontraram-se ACS, que conceitualmente é de nível médio, com formação universitária (concluída ou em andamento) em Educação Física, Filosofia e Direito. Entre os participantes, havia dois membros do conselho de saúde local e um deles do conselho regional.

5.2 DESCRIÇÃO DAS FASES DO PROCESSO DE PESQUISA-AÇÃO

Importante se colocar que as fases se interpenetram durante todo o processo, em cada encontro acontecia a avaliação e planejamento. E a evolução dos trabalhos era determinada pelos próprios participantes. A duração dos encontros foi de no máximo duas horas. A cada encontro realizado, o registro das atividades ocorreu por meio de gravação e diário de campo, que foram utilizados para descrição e análise das falas. Considerando que o quarto objetivo específico deste estudo se refere à descrição das ações de educação permanente, com vistas ao desenvolvimento de uma clínica ampliada na atenção às pessoas portadoras de demência, segue-se à descrição do processo nas fases em que ocorreram.

a) Fase Exploratória - Planejamento

1) Primeiro encontro



O primeiro encontro iniciou-se com uma dinâmica de convivência. Posteriormente, foi explicado sobre pesquisa, demência, a prática de Educação Permanente em Saúde e a estratégia de pesquisa-ação. Depois desta pequena explanação, foram entregues os questionários e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo esclarecido, também através de fala da pesquisadora, da não obrigação, e da não existência de consequências ou prejuízos aos participantes. Sendo, ainda, explicado aos participantes que na estratégia de pesquisa-ação todos tem voz em igualdade, independente de sua formação. Posteriormente, houve exposição dialogada sobre epidemiologia da demência e previsões de futuro para o Brasil e o mundo. Foi destacada a relevância de trabalhar esta problemática situando onde estamos e o que ainda falta para aborda demência na APS. Passamos à avaliação e ao levantamento de necessidades para o próximo

encontro. A avaliação dos trabalhos do dia foi satisfatória e viu-se a importância de se aprofundar no tema demência. Ofertou-se um lanche para confraternização.

2) Segundo encontro



Como o segundo encontro aconteceu pela manhã, os trabalhos foram abertos com um café da manhã e confraternização dos participantes. Iniciou-se com explanação sobre a reunião anterior. Buscou-se, a partir da fala dos participantes, o conhecimento sobre o tema e a realidade vivida em área de atuação. Verificou-se pouco conhecimento por parte de alguns, angústia com as realidades vivenciadas no território e a falta de resposta dos serviços de saúde. Realizou-se exposição dialogada sobre demência, em que foi abordado quadro clínico, como reconhecer, os diversos tipos de demência tratável e não tratável (primária), cuidado e tratamento. Finalizaram-se os trabalhos com avaliação do dia e discussão sobre o próximo encontro. A avaliação foi excelente, sendo pactuada na necessidade de saber mais sobre demência e de como prevenir, e o que pode ser feito pelos cuidadores.

3) Terceiro encontro



Neste encontro, os trabalhos foram iniciados com revisão do que havia sido discutido sobre o tema até aquele momento e o que seria realizado no novo encontro. Realizou-se uma roda de conversa para determinar o conhecimento prévio com pergunta norteadora: como prevenir e pensar em demência em um novo contato com o usuário? Aconteceu uma chuva de ideias, que gerou o aprofundamento do tema, culminando na realização de uma exposição dialogada, em que se abordaram as várias formas de prevenção que existem, como trabalhar o cérebro, estimular atividade física, alimentação saudável e cuidados. Sendo realizado, aplicado neles vários testes para testar a cognição e memória do cérebro para ajudar na capacidade de cognição. Foi colocada a importância de se familiarizar com a tecnologia, de que o vídeo game, quando bem utilizado, pode ser uma ferramenta que reduz a gravidade da instalação da doença. Finalizaram-se os trabalhos com avaliação que foi positiva e discutiu-se um próximo encontro, em que se determinou a necessidade de conhecer os diversos instrumentos existentes, citados em anexo, para se conhecer uma pessoa com demência. Realizou-se lanche para confraternização da equipe.

b) Fase de Planejamento - Ação

4) Quarto encontro



No quarto encontro, houve dificuldade, pois, a sala de reunião encontrava-se ocupada. Conseguiu-se a sala da odontologia, a qual acabou sendo de valia, pois utilizou-se o computador desta sala para transmitir vídeos de profissionais enfermeiros e auxiliares utilizando um dos instrumentos que seria

explorado pelos participantes. Iniciaram-se os trabalhos com as discussões trazidas da reunião anterior, sendo colocada a necessidade de se conhecerem os instrumentos e que este encontro seria uma oficina para desmistificar a crença da distância entre a teoria e prática, e de que todos os profissionais estariam em condições, a partir de um treinamento, de realizar estes testes. Foi mostrado através de *power point* os diversos testes que existem, entre eles o que seria trabalhado no presente estudo. Os instrumentos foram disponibilizados através de impressos. Com estes em mãos, foram assistidos três vídeos com profissionais aplicando-os em idosos, com perda cognitiva e não. Mostrando que estes podem ser trabalhados mais como uma conversa sobre a vida do usuário. Realizou-se, então, a divisão dos participantes em duplas, para treinarem entre si a aplicação do instrumento. Terminaram-se os trabalhos com lanche e avaliação do dia, a qual foi satisfatória. Realizou-se discussões para o próximo encontro. Foi posta a necessidade de trabalhar a família, que deveria ser uma das ações implementadas pela APS. Entre os temas levantados, citaram-se a abordagem familiar, a clínica ampliada e o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

5) Quinto encontro



Em quinto encontro, como indicado em um projeto de pesquisa-ação, foram levantadas as discussões realizadas no encontro anterior, em que foi determinada a necessidade de explanação sobre como trabalhar com a família. Como esta reunião foi pela manhã, iniciaram-se os trabalhos com um café da manhã para confraternização entre os participantes. Depois, foi realizada roda de conversa, levantando a pergunta: quais estratégias terapêuticas são utilizadas por você e pela

equipe no cuidar de pessoas com demência? Aconteceu chuva de ideias sobre como acontece o cuidado com os pacientes e a abordagem familiar. Começaram-se, então, uma explanação sobre trabalho em família, clínica ampliada e PTS. Com a explanação do tema, percebeu-se maior envolvimento dos participantes sobre a necessidade de abordar estas famílias convivendo com demência, como também as outras famílias que tem maior complexidade no cuidar. Houve muita emoção e agradecimento pela abordagem do tema durante a avaliação. Eles sentiram-se valorizados, principalmente ACS, que se encontram em maioria. Tiveram a certeza de que são importantes nos trabalhos e que podem ser significativos no evoluir do cuidado. Com a finalização das discussões, percebeu-se que haveria necessidade de abordar o tema PTS, como pode ser montado na área. O que podemos fazer? Foi orientado que cada um trouxesse um caso de seu conhecimento para, através da exemplificação de casos reais, aumentar o aprendizado.

c) Fase de Ação - Avaliação

6) Sexto encontro



No sexto encontro, recordaram-se os caminhos trilhados até aquele momento. Abordando os diversos encontros que realizamos e que já havia sido construído até o presente momento. Sendo solicitado que os participantes apresentassem os exemplos que trouxeram. Poucos, infelizmente, lembraram de construir o caso. No entanto, como foram três e alguns conheciam estes, conseguiu-se abordar os casos a partir de uma oficina, na qual dividiram-se os participantes em grupos de 6, cada grupo com um caso diferente. Abordaram-se os casos e

preparou-se um exemplo de proposta de projeto terapêutico para cada caso. Discussões bastante ricas, em que se conseguiu abordar definições de rede de apoio, atenção, ferramentas para trabalhar família, equipe de referência, matriciamento e o que a APS pode atuar. Finalizou-se com exposição dialogada sobre PTS, trazendo outros exemplos. Finalizaram-se as avaliações com certeza da evolução do grupo e que estávamos prontos para no próximo encontro discutir a proposta de linha de cuidado a ser implementada na APS. Houve, então, confraternização e lanche.

7) Sétimo encontro



No sétimo encontro, iniciaram-se os trabalhos com explanação de tudo que se construiu de conhecimento até aquele momento. Percebeu-se através das falas o ganho de aprendizado sobre a problemática, assim como sobre clínica ampliada na atenção às pessoas portadoras de demência. Começaram-se, então, a elaborar através de uma chuva de ideias de como montar a proposta de uma linha de cuidado. Com ajuda de diversos materiais de escritório, como papel madeira, tarjetas coloridas, setas coloridas, material escrito, instrumentos e conhecimento adquirido durante os diversos encontros. Começou-se em conjunto a montar uma linha de cuidado a se desenvolver na unidade para trabalhar com a demência. Colocou-se, como gatilho para acionar a linha, a existência de um paciente com relato pela família de perda de memória e de alteração da cognição, para o ACS. Este aplicaria o instrumento sobre vulnerabilidade no próprio domicílio com o paciente e um familiar-cuidador.

Com a detecção de que o mesmo estaria com déficit de memória ou cognição, seria contatado a equipe que se encontrava responsável por separar um turno mensal para trabalhar estes casos. Feita explanação do caso, seria agendada

consulta com profissional enfermeiro, para realização dos instrumentos e médico para diagnóstico, munido de exames e clínica. Com o diagnóstico confirmado de demência primária, realizaria-se um encontro interdisciplinar com a família e o caso índice para se conhecer a realidade do caso. Dependendo da evolução do caso, pode ser realizado no domicílio ou na unidade. Há necessidade de que a equipe interdisciplinar seja a mais completa possível e também a existência de um matriciamento com profissional geriatra para ajudar nos encaminhamentos e no tratamento para a pessoa com demência. Nas diversas discussões sobre os diversos disparos que deverá acontecer com o diagnóstico, vislumbraram-se os entraves existentes nas redes de atenção. Então houve a colocação do que faltava para alcançar o ideal. Com esta colocação, percebeu-se que precisaria ser realizado um “projeto de lei”, que garantisse a realização destes exames e a existência de uma equipe voltada para este cuidado. Além de um Geriatra para auxiliar na tomada de decisões, deveria ocorrer liberação de medicamentos, quando necessário. Além da disponibilidade destes dentro de toda a rede de saúde. Houve necessidade de reuniões com os diversos serviços sociais existentes nas Redes de Atenção, para se trabalhar com estas famílias, conhecendo e atuando, conjuntamente, para melhor abordar este cuidado.

Com o fim dos trabalhos, solicitou-se avaliação e todos foram unânimes em concordar que a proposta de linha de cuidado se encontrava montada e que era preciso continuar com as discussões para realizar as intervenções pactuadas. Encerrou-se com um lanche, que aconteceu com continuidade das conversas sobre o que havia sido discutido e a disposição de alguns para ajudar na criação do projeto de lei, da importância do tema e de que toda a sociedade tem que tomar conhecimento da realidade a ser enfrentada em breve. A equipe levantou até suposições de que para superar as dificuldades, a unidade seria a que implantaria um projeto piloto para trabalhar a linha de cuidado.

5.3 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS

A partir das leituras sucessivas dos discursos gravados e das anotações do diário de campo, procedeu-se à análise dos dados que resultou em cinco categorias temáticas: Necessidades de aprendizagem dos profissionais da saúde para o cuidado integral à pessoa com demência; Saberes e práticas dos

profissionais da APS no cuidado à pessoa com demência; Percepção das dificuldades; das potencialidades existentes na APS (clínica ampliada); e, por último, Avaliação da aprendizagem.

1º) Categoria: Aprendizagem necessária e compartilhada para um cuidado integral à pessoa com demência

Os participantes do estudo expressaram que faltava conhecimento sobre a demência para atuarem de forma a propiciar cuidado integral e em rede, reconheceram a relevância de uma aprendizagem significativa e compartilhada, conforme observaram-se nas falas, que se caracterizaram por ser por falta de conhecimento, relevância e necessidade de os participantes de compartilharem o saber.

Percebeu-se lacuna de conhecimento, tanto em profissionais de nível médio como de graduação e pós-graduação, podendo determinar que a necessidade de Educação Permanente sobre demência na APS precisa ser um passo importante para resolução de um cuidado que urge ser assumido por este nível de atenção.

Oito anos de ACS e nunca tive capacitação sobre demência. Além disso, percebo que os casos que encaminhamos vai para o médico e este encaminha e então não sabemos o que aconteceu (P-5).

Precisamos deste conhecimento, pois precisamos conversar para compreender e compreender para ajudar (P-6).

Necessidade de compartilhar o saber [sobre a demência] com todos os profissionais dentro da atenção primária (P-2).

Quando perguntados sobre a realização de curso acerca de demência, encontrou-se percentual de 83% que não tinham feito curso sobre o assunto. Entre os que realizaram algum curso, dois eram médicos e um enfermeiro, o que demonstra a falta de investimento na qualificação do profissional pela gestão pública (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes quanto a realização do curso de demência

Perguntas/Respostas	N	%	N	%
Já realizou formação/curso em demência				
Sim	3	17	18	100
Não	15	83		

Fonte: Elaborado pela autora.

Na última década, a literatura tem evidenciado o desenvolvimento de programas de formação para os cuidadores formais, que se centram, sobretudo, na informação e aquisição de conhecimentos e competências em relação à situação da demência, mas desvalorizam o estresse e a sobrecarga emocional destes cuidadores. Para além deste fato, verifica-se, ainda, que o conhecimento acerca das necessidades de saúde e de reabilitação da população com Demência em Portugal é insuficiente (BARBOSA et al., 2011).

A gestão do trabalho e a educação permanente em saúde para trabalhadores de saúde na Estratégia Saúde da Família apresentaram-se insuficientes para a garantia de maior adesão ao trabalho e mudança no processo de trabalho em saúde. Nesse aspecto, os atributos da Atenção Primária à Saúde/ESF permaneceram frágeis concebendo uma atenção de primeiro contato com potência limitada para resolver os problemas de saúde da população de maneira acolhedora e produzindo vínculos longitudinais no território (SANTOS et al, 2015).

No Brasil, desde 1994, a Política Nacional de Idosos preconizou, pela Lei 8842/1994, que é competência do SUS desenvolver ações para atender às necessidades básicas dos idosos, através da parceria entre familiares, cuidadores profissionais, sociedade, entidades governamentais e não governamentais. Todavia, essa atitude não é observada na prática e, assim, encontram-se profissionais sem preparo e com déficit na aprendizagem (BRASIL, 1994).

Segundo estudo realizado em 2011, em Fortaleza, a maioria dos profissionais que atua na ESF, entre três e seis anos, e nenhum recebeu capacitação específica para saúde da pessoa idosa (BARROS, 2011).

2º) Categoria: Saberes e práticas dos profissionais da APS no cuidado à pessoa com demência

Tabela 3 - Responsabilidades e providências junto à pessoa com demência

Perguntas/Respostas	N	%	N	%
De quem é o problema				
Todos	12	67	18	100
Não sabe	2	11		
ESF	2	11		
Da Família	1	6		
Do Paciente	1	6		

Para quem?				
Todos	10	56	18	100
Especialista	3	17		
Saúde Pública	2	11		
Não sabe	2	11		
Da equipe do posto	1	6		
O que é feito à pessoa com demência?				
Encaminhamento ao especialista	8	44	18	100
Não sabe	7	39		
Assistência para melhorar a qualidade de vida	1	6		
Acompanhamento da eSF	1	6		
Assistência para melhorar a qualidade de vida	1	6		

Fonte: Elaborado pela autora.

Algumas interpretações foram possíveis a partir dos dados coletados com relação às responsabilidades e providências assumidas pelos profissionais frente à pessoa com demência. Enquanto a maioria considerou que o cuidado era de todos e para todos, entendeu-se sobre a totalidade da responsabilidade, mas, ao mesmo tempo, considerou-se preocupação de que não haverá um responsável a quem se reportar, se algo acontecer. A maioria percebeu, no entanto, que a unidade de cuidado constitui-se da equipe e família, no entanto apenas um profissional citou o paciente como responsável pelo cuidado. Emergindo, desta forma, uma característica que surge com a demência: a perda da autonomia do paciente que, às vezes, ainda em sua capacidade cognitiva, mas somente por perda de memória passa a ser relegado a ser um passivo de seu cuidado.

Com relação aos saberes e às práticas, relembra-se que o conhecimento é de todos e que o cuidado é também do paciente, e ele, como protagonista, no início da demência, tem ainda a capacidade cognitiva de se fazer ouvir através de falas, cabe aos profissionais envolvidos saber ouvi-los.

O paciente quando percebeu que estava com um quadro em que ficava esquecendo tudo, foi com a esposa no banco e no cartório e passou todos os seus bens e plenos poderes a mesma para cuidar da parte financeira (P-1).

A D. Alice pediu ao filho que não fosse internada, quando percebeu que não estava bem e que todos diziam que ela estava perdendo e esquecendo as coisas (P-5).

Percebeu-se com estas falas que o paciente precisava estar envolvido no cuidado integral, tem que haver empoderamento da problemática da demência e

tomar conscientização sobre o evoluir do processo. Isto sempre no início do cuidado e o mais precoce possível. Sabe-se, no entanto, que cada indivíduo é único. Que o cuidado também tem que ser individualizado. O processo de adoecimento na pessoa com demência deve ser parte do conhecimento adquirido. Ele tem que ter autonomia sobre o cuidado.

O empoderamento é um processo educativo destinado a ajudar os pacientes a desenvolver conhecimentos, habilidades, atitudes e autoconhecimento necessário para assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões acerca da própria saúde (SOUSA, 2007). Pacientes mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os profissionais de saúde, tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (WAGNER, 1998).

Ao interpretar o que é feito, percebe-se que, de 44%, 39% não sabia o que para onde se encaminhava a pessoa com demência. Suscita, assim, uma série de interpretações que motiva a acreditar que ou os participantes acreditam que devido à complexidade do problema, a demência deve ser da atenção nos níveis secundário e terciário ou, simplesmente, porque não é responsabilidade da APS. Assim, reforça o que se tem visto na saúde mental, na dificuldade da atenção primária de assumir este cuidado, processo similar por acarretar perdas cognitivas.

Entre as falas dos participantes, surgiu a necessidade de trabalhar com intuição, de que como não existe formação, quem trabalha com amor, faz melhor. Demonstra ainda as dificuldades inerentes aos sistemas de saúde, dificuldade na comunicação entre a rede, equipe e família. A pessoa com demência, permanecendo sem ajuda, sem caminho a tomar, enfim perdida. Existindo o encaminhamento para outros níveis de atenção, sem haver acompanhamento do processo. O participante traz uma dificuldade percebida que o faz questionar sobre a inexistência da atenção às pessoas com esta problemática.

Cuidado com intuição, o amor que cuida dos nossos pacientes, representado através de um origami de coração (P-11).

Dificuldade de trabalhar o problema na comunidade, falta de comunicação entre os diversos setores de saúde, a equipe e a família, diminuindo a resolutividade do problema (P-4).

Encaminhamento quando o paciente começa a esquecer, queixa-se de esquecimento ou se traz exames para o médico da equipe (P-5).

O paciente chega e é consultado pelo médico, mas não tenho resposta, às vezes encaminho e a família que vai junto, mas não sabe explicar o caso. E depois ou o médico libera o paciente ou encaminha para o especialista (P-14).

As falas motivam a reflexão acerca da dificuldade dos serviços de saúde de trabalhar com esta problemática, levando a um trabalho baseado na intuição, dependendo do profissional, além disso, tem-se a dimensão afetiva, tendo que haver equilíbrio entre o amor e o conhecimento técnico. Para além disto, existe a necessidade de trabalho integral, tendo que existir atenção em rede, com um cuidado compartilhado entre todos os níveis de atenção. Encaminhamentos realizados com conhecimento de destino, consequência, retorno e acompanhamento.

Um estudo realizado em Caririçu que se caracterizou por consultar profissionais da ESF sobre a facilidade e dificuldade para trabalhar com idosos na APS, apresentou correlação com o que foi encontrado durante a pesquisa. Um grupo citou a falta de treinamentos, de capacitação em saúde do idoso, necessidade do apoio da gestão, articulação com o NASF e mais ações educativas foram sugeridas (BARROS, 2011).

A dificuldade de diagnóstico da pessoa com demência na APS pode ser concluída por uma série de fatores, a citar a crença errônea de que o esquecimento é algo normal ao envelhecimento, de que não existe nada a fazer com pacientes com demência ou mesmo pelo simples desconhecimento do médico generalista a respeito das síndromes demenciais (DAMIN, 2011). Estudo do Reino Unido mostrou que 47,6% dos clínicos generalistas pensavam que haviam recebido treinamento adequado para o diagnóstico precoce para síndromes demenciais em suas formações acadêmicas. No entanto, 54,4% não consideravam importante rastrear alterações de cognição, ideia que se modificou, após treinamento e conscientização da evolução das demências e recursos existentes para o tratamento, muitos declararam que seriam benéficos treinamentos na área cognitiva (RENSHAW et al., 2000).

Com a Roda de Conversa, em uma tentativa de responder, ainda, ao primeiro objetivo, percebeu-se reforço a esses achados, pois o encaminhamento permanece como destaque do que acontece no cuidado às pessoas com demência na APS (Quadro 4). Assim, questionaram-se os participantes que eram profissionais,

na maioria há mais de 10 anos na mesma unidade, sobre o fato de demência, devido à complexidade, constituir uma problemática do primeiro nível de atenção.

A partir dessas necessidades identificadas, esclareceram-se em seminários e oficinas sobre a compreensão do que compete à atenção primária, secundária e terciária. Entre os diversos encontros com os participantes, um dos pontos discutidos consistiu no que se pode fazer enquanto atenção primária como ordenadora da gestão do cuidado.

Tabela 4 - Encaminhamentos das pessoas com demência na APS

Perguntas/respostas	N
O que faz quando descobre uma pessoa com suspeita de demência, em sua área?	
Encaminha	14
Solicita exames	1
Inicia cuidados	4
Discute o caso com os membros da equipe	1
Inicia tratamento	1
Para onde é o encaminhamento?	
Especialista	13
UAPS	4
Médico da UAPS, ACS, Equipe transdisciplinar e geriatra	1
Não sabe	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Como citado na literatura, a resposta de que o encaminhamento para especialista é a conduta dos profissionais em nível mundial, como Gutierrez et al. (2014) e Santos (2010), mostrando que não estamos distantes desta visão e prática. Ao responderem ao quesito com relação ao que é feito quando chega paciente com suspeita de demência e para quem é encaminhado, 13 participantes (72%) relataram o procedimento de encaminhar para um especialista, incluindo os ACS, que supostamente deveriam orientar para a equipe da ESF.

O gerenciamento da atenção ao idoso portador de demência culmina na adoção de estratégias que implicam participação da família, da comunidade e dos serviços de atenção formal, auxiliando no planejamento da atenção, na maximização do desempenho funcional e nos recursos que os cuidadores possuem para prover os cuidados (GUTIERREZ, 2014).

A maioria dos diagnósticos foi confirmada no ambulatório de especialidades por neurologistas, depois de um a dois anos após o início dos esquecimentos, indicando a dificuldade dos profissionais em diagnosticar a doença e a demora dos familiares em procurar um serviço de saúde. Esses problemas ocorrem porque os pacientes, familiares e profissionais de saúde subestimam os sintomas iniciais, considerando-os como alterações típicas da senilidade (WANNMACHER, 2005).

Quanto à dificuldade de diagnóstico, tanto do profissional quanto da família e dos serviços de saúde, notou-se a necessidade de incluir mais uma categorização que apareceu nas falas e, também, no questionário.

3º) Categoria: Percepção dos profissionais acerca das dificuldades vivenciadas pelas famílias com pessoas portadoras de demência

Os profissionais relataram aspectos ligados à percepção dos familiares que cuidam de pessoas com demência. Sendo a família um elo fundamental na relação e comunicação com a equipe para realização da terapêutica, a família adquire relevância, sendo ator chave na cena do cuidado.

O principal aspecto abordado pelos profissionais diz respeito à falta de conhecimento dos familiares para lidarem com a pessoa e a problemática que ela apresenta. A desinformação leva a pensar sobre até que ponto a falta de conhecimento da equipe repercute na baixa capacidade para promover educação em saúde e informar aos pacientes e familiares, negando o direito à informação. Urge refletir como estão as políticas públicas para os idosos e como este ciclo de vida é cuidado em nossa sociedade (QUADRO 3).

Outro aspecto importante foram os sentimentos negativos associados à demência que surgiram, como tristeza, depressão, ignorar a pessoa e até abandono. Em uma sociedade capitalista, em que quem tem valor é quem produz, o idoso apresenta desvantagem frente aos valores sociais. Principalmente, os de classes mais desfavorecidas, cujo valor da pessoa é dado pelo dinheiro adquirido na aposentadoria. Nesta lida com a pessoa com demência, na visão dos profissionais, as famílias atendidas pela equipe têm baixo nível socioeconômico, o que dificulta para aquisição de insumos ou mesmo pagamento de um cuidador, para que possam exercer atividades profissionais, alguns sendo obrigados a deixar empregos, comprometendo a dignidade e criando conflitos no seio da família. Existe

concordância da maioria, de que o sistema de saúde não provê as condições para as necessidades das pessoas com demência neste território, como exames, médicos suficientes e medicamentos.

Quadro 3 - Percepções dos profissionais acerca das relações familiares de pessoas com demência

Desconhecimento sobre a doença, de como lidar com a situação	6	Educação em saúde
Preconceito, impaciência na família	4	Sentimentos negativos
Tristeza, depressão	3	
Ignorar a pessoa (abandonar)	3	
Total	10	
Aumento de gastos	4	Situação socioeconômica
Familiar ter que abandonar o trabalho	4	
Precariedade na atenção a estes pacientes	3	
Total	7	
Demora de exames	2	Sistema de saúde
Dificuldade no encaminhamento para especialista	2	
Medicação	1	
Total	5	

Fonte: Elaborado pela autora.

Em avaliação das falas dos participantes, encontrou-se identidade com o que foi encontrado no questionário, pois existiram características de sentimentos negativos, violência com o lidar com a mãe, até o abandono, o financeiro que repercuti na dinâmica familiar, acarretando envolvimento da sociedade e o prejuízo para os sistemas de trabalho e previdenciário.

Existe uma dificuldade da família de cuidar dos pacientes, a filha da dona Rosa fica gritando com ela, não tem paciência. Fica irritada facilmente, teve que abandonar o emprego e fica só cuidando da mãe (P-6).

Agressividade manifestada pelo paciente, em alguns momentos e que leva a família a mantê-lo preso no domicílio (P-9).

Na casa de dona Maria do Socorro, temos que a filha trabalha fora e a mãe fica na mão de cuidadores. Às vezes, chegava lá e os cuidadores diziam que estava tudo bem. Até que insisti para ver a paciente. Foi quando me disseram que ela estava com demência, mas ela fica direto acamada (P-8).

Família de uma pessoa muito rica, fica fazendo rifa para conseguir pagar o cuidado do pai, pois tem auxiliar de enfermagem como cuidador, alimentação por sonda, fraldas e outros gastos, família gasta que em torno de R\$10.000 reais por mês (P-12).

Em estudos realizados com cuidadores de pessoas com Alzheimer, notou-se sobrecarga de moderada a severa em torno de 25% dos pesquisados e em outros moderados, em 55,6% dos casos (LUZARDO et al., 2006). Essas tensões provocam o desgaste e contribuem para o aparecimento de problemas de saúde no cuidador e, diversas vezes, é necessária a institucionalização do doente por não ter mais condição de cuidá-lo (SANTOS et al., 2007).

Um problema vivenciado pelos cuidadores é a ausência de atendimento especializado e de uma rede de suporte de saúde que atenda aos idosos com demência (LUZARDO, 2004). Apesar da Lei 8842/1994, que coloca que é de competência do Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolver ações para atender às necessidades básicas dos idosos, através da parceria entre familiares, cuidadores, profissionais, sociedade, entidades governamentais e não governamentais (BRASIL, 1994), não é observada ainda esta atitude prática e, assim, o Estado deve ampliar o acesso aos serviços de saúde existentes para idosos e instituir programas práticos e efetivos, a fim de atender à população idosa em crescimento e seus familiares (LUZARDO, 2006).

4º) Categoria: Potencialidades no cuidado às pessoas com demência

Entre os dados analisados, encontrou-se percepção destes profissionais no cuidado ampliado às pessoas vivendo com demência. Encontram-se considerações acerca do último objetivo que é o de descrever as ações de educação permanente, com vistas ao desenvolvimento de uma clínica ampliada na atenção às pessoas portadoras de demência.

A observância das falas nas rodas de conversa mostra a relação entre o aprendizado e o contribuir para a melhoria do serviço, além do significado deste na mudança de comportamento. Ênfase à equidade no cuidar, em que a atenção seria diferenciada devido à complexidade exigida na abordagem desta problemática. Reforça, ainda, a importância do trabalhar com e para a família, além da necessidade de uma equipe de NASF, ou de referência ideal.

Orientar, acompanhar, ... construir com médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapias e testes... (P-12).

Para orientar a família, temos que conhecer um pouco mais sobre a doença e proporcionar mudança de comportamento (P-15).

Dar uma atenção especial (adequada) àquela pessoa com demência e sua família, respeitando suas singularidades e história de vida. Emponderar a família sobre atenção e cuidados aos portadores de demência (P-2).

Haver maior integração paciente, família e equipe. Trabalhar mais com a família em relação aos pacientes, juntamente com equipe (P-13).

Necessidade de termos uma equipe completa para ajudar neste cuidado, precisamos de educador físico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo (seria excelente), poderia ajudar no trabalho com estes pacientes (P-5).

Com as falas acima, percebeu-se olhar diferenciado dos profissionais, estas surgiram no quinto encontro, com visão mais ampliada do cuidado, abordando não apenas a doença, mas o todo. Incluindo, em muitos momentos, a família, história de vida e o empoderamento.

Quanto ao questionário, analisaram-se as respostas abertas encontradas entre os participantes, sendo montado o quadro abaixo, havendo consolidado entre as que possuíam um núcleo de sentido semelhante.

Quadro 4 - Cuidados dispendidos à pessoa vivendo com demência

Atenção ao paciente e paciência	4	Serviço de saúde (eSF) e Família
Ouvir, observar e encaminhar	3	
Consulta com clínico	1	
Acompanhamento através de visita domiciliar	2	
Explicar medicamentos e tomadas	1	
Sugerir grupos de apoio	2	
Conversar a respeito, entender a dinâmica familiar para auxiliar no apoio, construir um plano de tratamento em conjunto e com o consentimento da família	4	
Total	17	
Higiene pessoal e troca de fraldas	2	Cuidados com higiene
Ajuda na alimentação	2	
Total	4	
Deixar objetos nos mesmos lugares	1	Segurança em casa
Fazer caça palavras	1	
Total	2	

Fonte: Elaborado pela autora.

Em interpretação dos achados no questionário quanto à dispensação integral no cuidado, observou-se um mais prevalente que se refere ao cuidado dispensado pela APS, com 17 participantes considerando que seria viável a realização destes, como consulta com clínico, visita domiciliar, atenção ao paciente

e paciência, ouvir, observar e encaminhar, haver entendimento da dinâmica familiar, elaborar com o apoio da família um plano de tratamento. Concluindo que já existia uma percepção acerca da clínica ampliada como resposta ao tratamento integral em saúde a estes pacientes.

Seguido os outros blocos de sentido, encontrou-se o cuidado de higiene como atenção importante citado por quatro dos participantes, assim como a segurança em casa, que poderia também fazer parte de um único bloco, se pensar que os dois acarretam cuidado que gera promoção de saúde. Tão ou mais importante na dinâmica do cuidar, quanto as atitudes curativas.

Estudos recentes indicam que evitar a perda funcional, a fragilidade e investir em programas de prevenção em saúde aumenta a qualidade de vida dos idosos, reduzindo os gastos em saúde (CALDAS et al., 2013). Partindo da premissa de que existe o aparecimento de um caso de demência a cada sete segundos, deverão existir políticas públicas que amparem tanto os idosos com DA quanto respectivos familiares (THE ALZHEIMER'S STUDY GROUP REPORT, 2008).

As ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas idosas dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no processo de cuidado integral, na perspectiva do exercício do trabalho em equipe e interdisciplinar. De modo geral, os profissionais participantes deste estudo explicitaram esta necessidade e se perceberam como credores de capacitação pelo sistema de saúde (BARROS, 2011).

Urge a gestão local entender que a assistência à pessoa idosa na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações e medidas capazes de reverter os indicadores de saúde, passíveis de levar a deficiência ou ocasionar incapacidade e baixa funcionalidade da pessoa idosa. A despeito de ações em andamento, ainda é fundamental a progressão ou derivação destas atividades para dirimir as dificuldades verificadas no processo assistencial (BARROS, 2011).

5º) Categoria: Olhar avaliativo acerca do processo educativo vivenciado

Construir um saber coletivo acarreta uma série de modificações entre os sujeitos envolvidos. Em uma pesquisa-ação, em que os participantes são

profissionais de saúde envolvidos no serviço, as etapas de aprendizagem têm significado quando envolve a prática do cuidar.

Como citado anteriormente, devido à complexidade do tema e da técnica de pesquisa-ação, procura-se avaliar continuamente desde o primeiro encontro. Desta forma, a construção da avaliação final da pesquisa-ação pode-se encontrar dentro da fala dos participantes, assim como na elaboração da linha de cuidado, apresentada a seguir, a qual demonstra um nível de aprendizado de tecnologias leves e leve-duras adquiridas.

Com a continuidade da análise e categorização das falas nas diversas fases trabalhadas durante a pesquisa-ação, encontraram-se, em tarjetas, resultados das rodas de conversa, nas transcrições das gravações de seminários e oficinas um grande número de comentários, alguns diretos, outros mais elaborados. Entre estes, conseguiram-se extrair vários que se relacionavam com a avaliação da pesquisa. Entre estes, destaca-se a metáfora trazida como um aprendizado que se encontra em construção, mas que já não é apenas semente, mas que exige continuidade, a partir da irrigação. Sentimentos de valorização dos participantes foram destacadas em algumas falas, além de percepção da necessidade de demência ser mais um, entre tantos problemas de saúde, que necessita de maior atenção aos casos, para garantir o diagnóstico o mais precoce possível. E, por fim, a certeza do aprendizado, de que a Atenção Primária à Saúde é a gerente do cuidado e, desta forma, tem que assumir o mais urgentemente possível o cuidado desta problemática. Assumindo, não apenas a pessoa com demência, como também toda a bagagem envolvida. Como família e sociedade.

Trazemos um desenho de uma planta que ainda está em crescimento – brotando – mas que precisa ser regada para crescer e dar frutos (P-11).

Muito importante estes momentos de sensibilização, aprendizado na unidade. A partir de agora, ficarei atenta aos sinais de demência entre os pacientes atendidos diariamente (P-18).

Momento de aprendizagem e sensibilização sobre os cuidados adequados aos portadores de demência e sua prevenção (P-5).

Encaminhar para equipe do posto e seguir trabalhando, pondo em prática tudo que está sendo visto em nossos treinamentos (P-8).

Não sabia o que era demência e achava que tudo era a mesma coisa, não compreendia porque as pessoas ficavam graves e morriam, ninguém nunca tinha me explicado (P-3).

Compreendi que atuar na família é uma prerrogativa da atenção primária e ela tem responsabilidade no cuidado destes pacientes (P-6).

Gestão do cuidado é da saúde da família, mais importante é que a família é o próprio paciente que tem que fazer parte desta construção (P-13).

Gutierrez et al. (2014) realizou apanhado de diversos estudos nacionais e internacionais sobre o cuidado em DA, estendendo aqui para demência, por esta ser a mais prevalente. Neste, encontrou-se, sem dúvida, a necessidade de otimização dos serviços existentes, como da APS; ampliação da rede de serviços; adoção de práticas de autocuidado; necessidade de convidar família e comunidade para participarem da gestão do atendimento; efetivação de ações de educação dos profissionais em relação às demências e às possibilidades de cuidado; implementação de políticas públicas que favoreçam possibilidades de melhorias na atenção prestada aos idosos com DA e aos familiares; e ampliação de pesquisas que contribuam para mudanças de paradigmas relacionados ao envelhecimento e à velhice no Brasil.

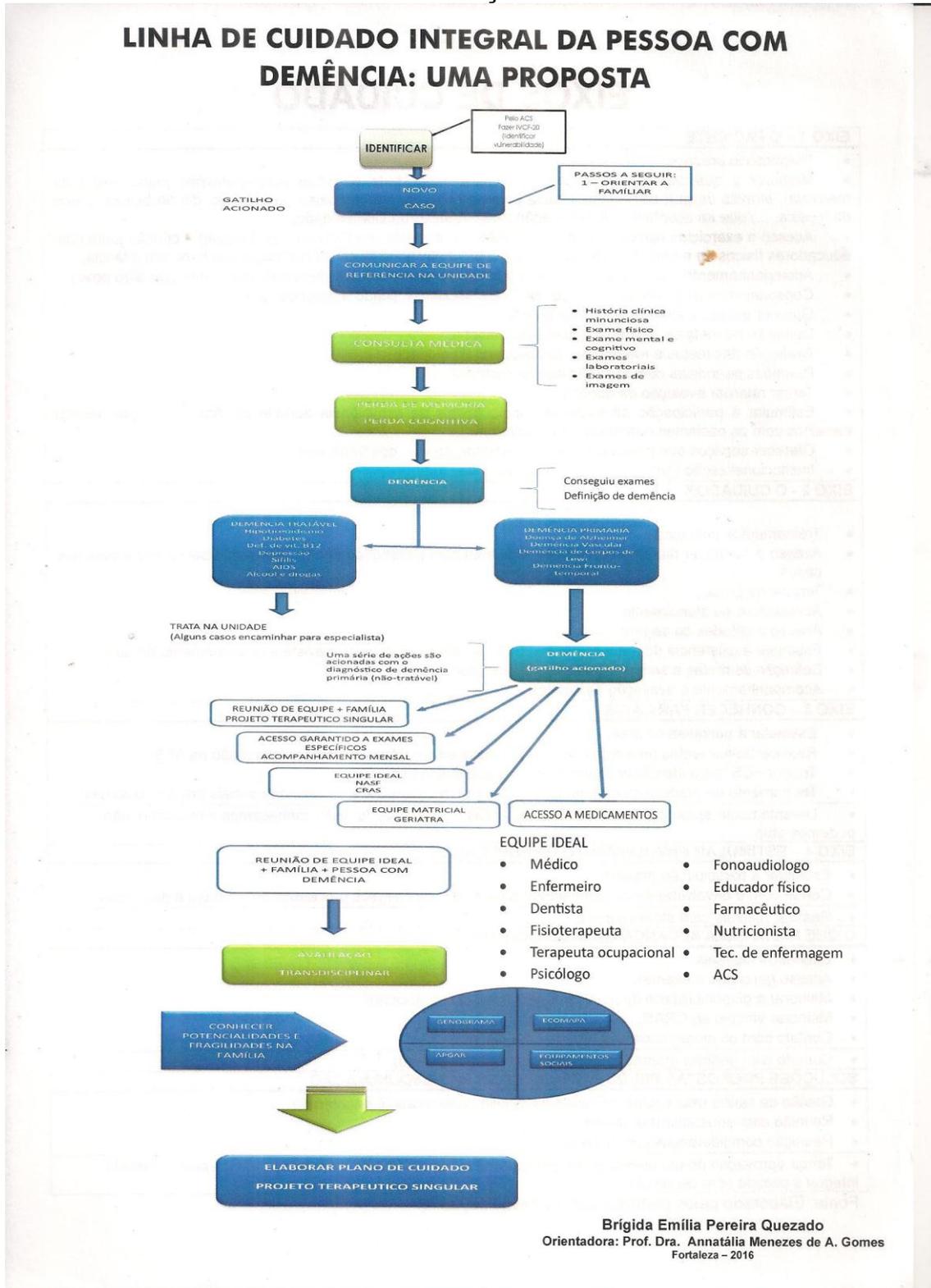
A família é peça fundamental para a efetividade do tratamento e do sucesso da recuperação do idoso no domicílio, pois é responsável pelo cuidado (BOTTINO et al., 2002). Esta encontra muitas dificuldades para cuidar do idoso demenciado, justificado pela falta de preparação e treinamento adequados. A equipe de saúde deve orientar o cuidador e familiar sobre o curso e prognóstico da doença e realizar grupos de autoajuda, os quais possibilitam a troca de experiências e sentimentos e diminuem a ansiedade. Além disso, é preciso fazer a capacitação de cuidadores institucionais e domiciliares, ajudando o familiar a enfrentar problemas cotidianos. A manutenção desses cuidados é mantida através de programas de treinamento, supervisão e assessoria (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

5.4 LINHA DE CUIDADO INTEGRAL DA PESSOA COM DEMÊNCIA: UMA PROPOSTA

Seguindo os trabalhos na pesquisa-ação, concluiu-se o último encontro com a feitura de uma proposta de linha de cuidado, que foi considerada pelos participantes como a ideal para o enfrentamento da realidade em visualização com as estimativas mundiais e brasileiras. De que se necessita atuar enquanto APS neste cuidado, tentando impedir a evolução para os quadros mais graves, os quais

fica mais difícil atuar e que, às vezes, necessita de institucionalização da pessoa com demência.

Figura 7 - Esquema representativo de uma proposta de linha de cuidado de Demência na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 8 - Elaboração de proposta de plano de ação para APS no cuidado à pessoa com demência

METAS	QUEM	COMO	ONDE	QUANDO
A ser definida:	A equipe, família, comunidade	Como conseguir atingir a meta traçada (encontros mensais)	No domicílio Na unidade No sistema de saúde	A ser determinada pelo grupo. Equipe com a família e a comunidade
Cuidado com a casa	Família, eSF, NASF e comunidade	Construindo um ambiente seguro	Domicílio	Em 2 meses
Determinação do estágio de doença	eSF (médico) e apoio matricial	Através de reuniões entre equipe, paciente e família. Realização de testes cognitivos e funcionalidade	Na unidade de Atenção Primária à Saúde	Mensal
Garantir acesso a exames e medicamentos	Gestão de Saúde Coordenador e apoio matricial	Garantia junto com os setores secundários e terciários a realização de exames e o recebimento de medicamentos	UAPS Hospitais secundários e terciários Saúde do idoso	Logo após a realização do PTS.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 - Elaboração de eixos do cuidado

(continua)

EIXO 1 – O PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico precoce; • Melhorar a qualidade de vida: promoção para capacidade cognitiva (caça-palavras, jogos, estimular memória), através de grupos na comunidade como de pinturas, de mulheres (artesanato, dia de beleza, grupo de música, ...) que irá acontecer na Associação de Moradores da Comunidade; • Acesso a exercícios físicos: ginástica no CRAS, no castelão, no CEU (ver se é viável) – criação junto com educadores físicos de momentos diários, com estímulo à atividade física, brincadeiras que lembram infância; • Acompanhamento nos diversos grupos criados (fazer uma nova atividade todo dia – aprender algo novo); • Consultas periódicas com eSF e de equipe transdisciplinar, sendo a primeira a gerente do cuidado; • Garantir acesso a exames e medicamentos; • Definição de metas a serem seguidas pelo paciente; • Avaliação das metas e redefinição, se mudança do cuidado; • Reuniões periódicas com apoio de equipe matricial; • Tentar retardar evolução da doença; • Estimular a participação de casas de apoio (locais de convivência durante os dias – em que haveria trabalhos com os pacientes e também com cuidadores);

Quadro 5 - Elaboração de eixos do cuidado

(continua)

<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer serviços que possam melhorar qualidade de vida dos familiares; • Institucionalização (garantida), quando doença avançada.
EIXO 2 - O CUIDADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos periódicos; • Acesso a conhecer direitos (benefícios). Consulta com pessoal do CRAS, assistente social envolvidas nos casos; • Terapia de grupo; • Acesso livre ao atendimento; • Acesso a atitudes de segurança no domicílio; • Estimular a existência de mais de um cuidador por família. Estimular a existência de momento de lazer; • Definição de metas a serem seguidas pelo cuidador; • Acompanhamento e avaliação das metas.
EIXO 3 – CONHECER PARA AGIR
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a pesquisa na área; • Realizar treinamentos periódicos com os profissionais de diferentes áreas de atuação na APS; • Treinar ACS, para identificação precoce de casos suspeitos; • Treinamento de médicos para detectar casos de perda cognitiva e de memória o mais precoce possível;
<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento epidemiológico nas diversas áreas de Fortaleza (se não conhecemos a realidade, não podemos atuar)
EIXO 4 – ESTIMULAR ENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a participação popular; • Contar com o envolvimento da comunidade para atuar nos diversos processos de estímulo e de grupos;
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar oficinas com atores sociais
O QUE FALTA PARA ALCANÇARMOS OS OBJETIVOS?
<ul style="list-style-type: none"> • Encontros mensais; • Acesso garantido a exames; • Melhorar a disponibilidade de medicamentos (melhorar o acesso); • Melhorar vínculo ao CRAS; • Contato com os atores sociais dentro da comunidade; • Contato com geriatra (garantir participação em matriciamento).
SOLUÇÕES PROPOSTAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA-AÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de saúde pela equipe de saúde da família onde o caso é encontrado; • Reunião com equipamentos sociais; • Reunião com lideranças comunitárias;
<ul style="list-style-type: none"> • Tentar aprovação de um projeto de lei que garanta a disponibilidade de recurso para garantir o cuidado integral à pessoa com demência.

Fonte: Elaborado pela autora.

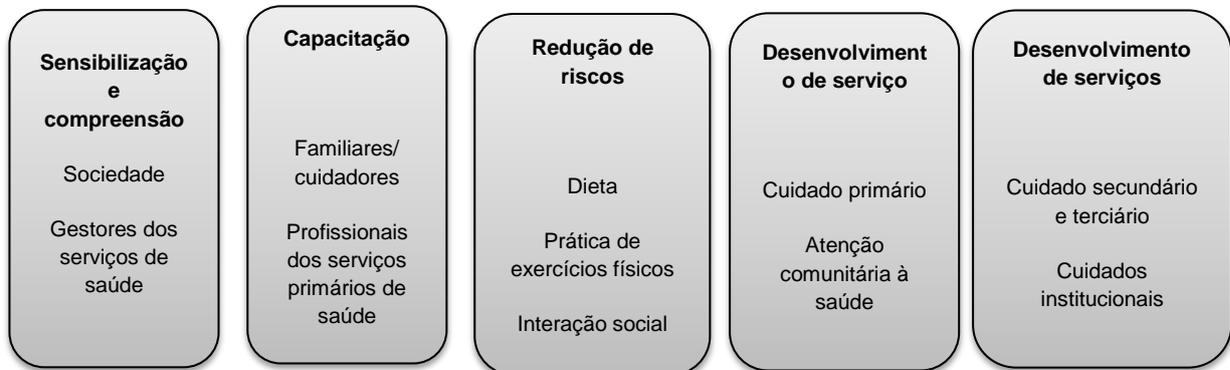
Encontram-se na literatura respostas positivas a este posicionamento de trazer o cuidado para a APS. Hux (1998) coloca que existe a necessidade de médicos, gestores, profissionais de saúde, gerontólogos e políticos se concentrarem na prestação e implementação de serviços que favoreçam o planejamento da assistência de saúde das pessoas com DA e que possam manter a funcionalidade desses indivíduos por maior tempo possível, na tentativa de proporcionar assistência avaliada como de excelência. Intervenções eficazes que podem minimizar o avanço

de incapacidades físicas, retardando a piora do déficit cognitivo e, conseqüentemente, prostração e morte.

Ao testarem a eficácia de um modelo colaborativo de cuidados para melhorar a qualidade prestada a pacientes com demência, concluíram que tais cuidados resultaram em melhoria significativa na qualidade do atendimento e dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência entre os pacientes de cuidados primários e cuidadores. Essas melhorias foram conseguidas sem aumentar significativamente o uso de antipsicóticos e sedativos hipnóticos (CALLAHAN et al., 2006).

Como exemplo do que foi apresentado como proposta de linha de cuidado criada pelos participantes da pesquisa-ação, tem-se a figura abaixo (Figura 9), mostrando visão semelhante do cuidado trazendo uma Abordagem gradual para o desenvolvimento de serviços à pessoa com demência (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNACIONAL, 2009).

Figura 9 - Abordagem gradual para o desenvolvimento de serviços a pessoas com demência



Fonte: Traduzido e adaptado pela pesquisadora do World Alzheimer Report "Alzheimer's Disease International", 2009.

5.5 DIVULGAÇÕES EXTERNA

Como divulgação dos resultados, montou-se explanação para os participantes, assim como os outros profissionais da UAPS Edmar Fujita, no qual houve concordância com o exposto e aceitação da linha de cuidado.

Como citado nos eixos criados para o cuidado e no que ainda falta, houve concordância na necessidade de continuidade dos trabalhos com garantia de abordagem multidisciplinar, buscando a equipe ideal para estimular o tratamento não medicamentoso, da existência de uma equipe de referência, assim como o matriciamento com a presença do geriatra para discutir os casos. Além de se buscar, a partir de aprovação de um projeto de lei, políticas públicas que garantam o acesso a exames e a medicamentos e toda a estrutura envolvida no cuidar da pessoa vivendo com demência. Gastos estes que são bem menores do que os que são necessários após a evolução do quadro demencial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, vimos que a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que associada a pesquisa-ação leva a um processo de construção de conhecimento e de mudança da prática de saúde na Atenção Primária.

Nesta associação da metodologia de pesquisa-ação com a educação permanente, percebemos que com as rodas de conversa, as exposições dialogadas nos seminários e oficinas, conseguimos consolidar um conhecimento que está apenas começando a ser construído pelo grupo dos participantes, mas que suscitou o interesse de todos na construção do próprio saber.

Concluimos que há uma urgência no desenvolvimento de estratégias que promovam o cuidado integral às pessoas com demência na APS, nas equipes de saúde da família. Demonstrando uma visão ampla da importância de trabalhar com esta temática dentro das equipes. Este estudo nos mostrou o desconhecimento destes profissionais, do significado e das consequências de demência nas populações, pois consideravam cada caso apenas como passível de encaminhamento. Além do desconhecimento acerca da necessidade de cuidados precoces.

Sabe-se que o impacto financeiro do cuidado dispensado a uma pessoa com demência e, conseqüentemente a família é enorme, acarretando, em muitos momentos, envolvimento de até 75-80% da renda familiar, pois a perda funcional é maior, principalmente nos estágios mais avançados. O impacto social para a família acarreta em muitos casos em sobrecarga de um ou dois cuidadores informais. Os casos mais graves acarretam institucionalização, envolvendo gastos sociais e sanitários elevados.

Desta forma, a APS vem, sem dúvida, ser o nível de atenção mais adequado para abordar: diagnóstico precoce, diminuir os agravos, diminuir a vulnerabilidade/fragilidade e melhorar a funcionalidade das pessoas com demência. Contribui, assim, para o retardo na evolução dos quadros mais avançados da doença, diminuindo as possibilidades de institucionalização.

Estudos em níveis mundiais estão sendo realizados, no momento, com o objetivo de encontrar terapêuticas e desenvolver uma abordagem mais eficaz no cuidado a pessoas com demência. Entre as estratégias percebidas encontra-se o fortalecimento da APS na rede de atenção à saúde. Com o presente estudo,

destacamos a importância da gerência do cuidado permanecer na APS, onde através de seus princípios como a integralidade, da diretriz da clínica ampliada, e do dispositivo do Projeto Terapêutico Singular (PTS), inseridos em uma rede de cuidado na família e comunidade, com potencialidade para implementar este cuidado integral.

A clínica ampliada, e as considerações para a utilização do PTS, surgiu, durante os trabalhos, como estratégia de abordagem dos casos de demência na comunidade. Contamos com o envolvimento de diversos profissionais, em um cuidado transdisciplinar, na realização de reuniões com apoio matricial da geriatria, onde poderíamos abordar os casos e construir um plano de cuidado. As reuniões aconteceriam periodicamente, com a presença da pessoa com demência e a família, visando o empoderamento destes. Dentro deste grupo, se definiria quem seria o gestor do cuidado do PTS proposto.

A partir do PTS, estimulariam-se os diversos atores envolvidos a fomentarem o cumprimento das metas estabelecidas dentro do PTS, trabalhar etapas de estímulo cognitivo, melhorar a memória, estimular a atividade física, melhorar a alimentação, estimular a aprendizagem de novas habilidades (pintura, música, artes e outros). Etapas estas, que dentro do PTS, já estariam alocadas previamente, com definição de tempo, responsável e avaliação. Como as reuniões serão periódicas, determinariam-se a necessidade de manter ou de mudar as metas anteriormente estabelecidas.

A proposta de linha de cuidado à pessoa com demência, criada pelos participantes da pesquisa-ação, destaca as etapas a serem seguidos por uma equipe de saúde da família. Importante para o desenvolvimento de um cuidado diferenciado a estes pacientes, família e comunidade. Abrangendo a necessidade do apoio da gestão e a existência de recursos para implementar estas estratégias. Evidências apontam que o impacto na diminuição dos gastos é maior se a estratégia for implementada o mais precoce possível.

Elaboramos quatro eixos de cuidado (o paciente, o cuidador, o conhecer para agir e a relação profissional-pessoa portadora de demência) indispensáveis para o cuidado integral e humanizado, a serem seguidos pelos profissionais da ESF.

Encontramos nas discussões surgidas durante os sete encontros o que falta para alcançarmos os objetivos e as soluções propostas para a implementação desta linha de cuidado, citamos: a criação de um projeto de lei que garanta a

disponibilidade de recursos para garantir o cuidado integral à pessoa com demência, através da linha de cuidado, garantindo o acesso da pessoa com demência a exames laboratoriais, de imagem, aos tratamentos não medicamentosos e aos medicamentosos, além da criação de espaços de convívios diários a estes pacientes e seus cuidadores.

A Atenção Primária à Saúde deve empoderar-se deste cuidado com maior brevidade. O encaminhamento para o especialista pode acontecer, mas a eficácia, para minimizar a evolução da doença, seria uma precocidade desta abordagem. Podemos, assim que detectado o caso, abordá-lo imediatamente com realização de exames, acionamento de equipe transdisciplinar e de apoio matricial que garantiria a abordagem familiar, com o empoderamento da doença e sua história natural, a consciência da rede de apoio e assistencial disponível para a implementação do plano. Precisamos garantir este acesso, aos mesmos, com celeridade.

A gestão é responsável pelos resultados do cuidado, à medida que gestão e clínica são indissociáveis. Cabe ao gestor discutir com a equipe a organização do processo de trabalho, planejar e avaliar em busca de melhores condições de atenção à saúde. Importante garantir um canal de comunicação aberto para estes casos recém diagnosticados. Com a criação do projeto de lei proposto pelos participantes da pesquisa e a implementação de linha de cuidado, garantindo uma atenção integral às pessoas com demência, teremos consequências a nível local, municipal e quiçá nacional de redução dos gastos públicos, diminuição do impacto financeiro e social para as comunidades e família, garantindo uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem e que convivem com as consequências da perda da cognição e da funcionalidade.

REFERÊNCIAS

- AALTEN, P. et al. The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. **Int Geriatr sychiatry**, v.20, p. 523-530, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders III** – R. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Sistema de Saúde Escola: Estratégia de Educação Permanente para Sistemas Universais de Saúde. In: ANDRADE, L. O. M.; SILVA, H. P.; GADELHA, C. A. G. (Org.). **Conhecimento e Inovação em Saúde: experiências do Brasil e do Canadá**. Campinas: Saberes, v.1, p.233-275, 2012.
- APOSTOLO, J.L.A. **Instrumentos para avaliação em Geriatria**. Documento de apoio. ESENFCA, 2012.
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer Report** [Internet]. 2009. Disponível em: <<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport - ExecutiveSummary.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Série pesquisa em educação. Brasília: Plano, 2002
- BARBOSA, A.L. et al. Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. **Psic. Saúde & Doenças**, v.12, n.1, p.119-129, 2011.
- BARDES, C. L. Defining "Patient-Centered Medicine". **N. Engl. J. Med**, v.366, p.782-783, 2012.
- BARROS, T.B.; MAIA, E.R.; PAGLIUCA, L.M.F. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.12, n.4, p.732-741, 2011.
- BORSJE, P. et al. Neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in primary care: a study protocol. **BMC Geriatr**, v.14, p.32, 2014.
- BOTTINO, C.M.C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.60, n.1, p.70-79, 2002.
- BRASIL. LEI nº 8.842, 4 de agosto de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso [Internet]**. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- Brasil, Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Textos: VER-SUS /Brasil | DEGS/SGTES.Série B. Textos Básicos de Saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Brasília: Ministério de Saúde. Rio de Janeiro/Brasil. Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa Caderno 19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Alzheimer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.2949-2956, 2013.

BUSSOLA, C. O que é o Materialismo histórico-dialético? In: OLIVEIRA, A. S. et. al. (Org.). **Introdução ao Pensamento Filosófico.** 8. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005, p. 47-52.

BUSSOLA, C. et al. (Org.). **O Positivismo - Introdução ao Pensamento Filosófico.** 8. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005, p. 53-57.

CALDAS, C.P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.18, n.12, p.3495-3506, 2013.

CALLAHAN, C.M. et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. **JAMA**, v.295, n.18, p.2148-2157, 2006.

CAMARA, V.D. et al. Atendimento interdisciplinar ao paciente com demência e seus cuidadores. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, v.2, n.1, p.11-21, 1998.

CAMPOS G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.53-92.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Diagnósticos mais frequentes de demência. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.24, Supl I, p.7-10, 2002.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pearson, 2002.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comun. saúde educ.** v. 9, n.16, p.161-167, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 1400-1410, 2004.

CUNHA, G.T. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DAMIN, A.E. **Uso de questionário de mudança cognitiva como método para rastreio de demências**. 2011. 148 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo,SP, 2011.

DIAS-TOSTA, E.; BRUCKI, S. M.D. **Audiência Ministerial: reunião doenças crônicas**. Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol Serv Saúde**, v.21, n.4, p. 529-532, 2012.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M.L. Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.2, p.317-325, 2007.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. **Educar**, n.16, p.181-191. 2000.

ENGELHARDT, E. et al. Tratamento da doença de Alzheimer Recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq Neuropsiquiatr**, v.63, n.4, p.1104-1112, 2005.

FALKEMBACH, E.M.F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Contexto Educ.**, v.7, n.2, p.19-24, 1987.

FERNANDES, H. C. L. et al. Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.782-788, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH, P.R. 'Mini-Mental State'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v.12, p.189-198, 1975.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo, 2002.

GONFRIER, S. et al **Course of neuropsychiatric symptoms during a 4-year follow up in the REAL-FR cohort**. Guidelines Portuguese, 2008.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, ciências, saúde manguinhos**, v.9, n.1, p.61-78, 2002.

GUTIERREZ, B.A.O. et al. Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos? **Ciênc Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p.4470-4486, 2014.

HARRISON, J.K. et al. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a general practice (primary care) setting. **Cochrane Database Syst Rev**; v.7, 2014.

HUX, M.J. et al. Relation between severity of Alzheimer's disease and costs of caring. **CMAJ**, v.159, n.5, p.457-465, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**: Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. **Pesquisa nacional de amostra domiciliar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev Saúde Pública**, v.21, p.200-210, 1987.

LANDIM, F.L.P. et al. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativo. **RBPS**, v.19, n.1, p.53-58, 2006.

LOPES, M.A.; BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arq Neuropsiquiatr.**, v.60, n.1, p.61-69, 2002.

LOURENÇO JÚNIOR, A. **A aplicação de um modelo híbrido de planejamento de cenários à luz da pesquisa-ação**. 2007. 164f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade FUMEC, Belo Horizonte, MG, 2007.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.4, p.587-594, 2006.

LUZARDO, A.R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum-Ciências da Saúde**, v. 26, n.1, p. 135-145, 2004.

MATTOS, R. A. Ciência, Metodologia e Trabalho Científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Reunida, 2011. p.20-51.

MCCALLION, H. Dementia Training. *Mental Health. Practice*, v.12, n.7, p.8, 2009.

MEEK, P.D.; MCKEITHAN, K.; SCHUMOCK, G.T. Economic considerations in Alzheimer's disease. **Pharmacotherapy**, v.18, n.2, p.68-73,1998.

MELLO, M.T.S.S. **A pesquisa-ação no cotidiano de práticas pedagógicas: experiências multiculturais e possibilidades institucionais**. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2009.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Botucatu, SP, **Interface**, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005 .

MINAYO, M.C.S.; GOMES, S.F.D.R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORAIS, E.R. **Os saberes e práticas de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer**. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, 2009.

MOTTA, L. B.; CALDAS, C. P.; ASSIS, M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1143-1151, 2008.

NETO, J.G.; TAMELINI, M.G.; FORLENZA, O.V. Diagnóstico Diferencial das Demências. **Rev Psiq Clín**, v.32, n.3, p.119-130, 2005.

NITRINI, R. et al. Incidence of dementia in a community dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v.18, p.241-246, 2004.

_____. et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. **Arq Neuropsiquiatr**, v.52, p.457-465, 1994.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad Saude Publica**, v.18, n.6, p.1636-1646, 2002.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.spe, p.158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília: OPAS; 2011.

PAPALÉO NETTO, M.; KLEIN, E. L. **Demência I: Epidemiologia, tipos e manifestações clínicas.** In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p.323-38.

PARMAR, J. et al. Diagnosis and management of dementia in primary care: exploratory study. **Can Fam Physician**, v.60, n.5, p.457-465, 2014.

PESTANAI, L. C.; CALDAS, C. P. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais que apresenta sintomas comportamentais. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.4, p.583-587, 2009.

PORTUGAL, Plano Internacional de Intervenção Alzheimer. **Trabalho preparatório para a conferência “Doença de Alzheimer: que políticas”**, outubro de 2009.

RAMOS, A.M., et al. **Demência do idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde.** Projeto diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. **Quadros de referencia e métodos de pesquisa.** Notas de aula. novembro de 2010.

ROSA, M. **Psicologia Evolutiva: psicologia da idade adulta.** Petrópolis: Vozes, 1993.

RYU, S.H. et al. Persistence of and changes in neuropsychiatric symptoms in alzheimer disease over 6 months. **Am J Geriatr Psychiatry**, v.13, p.976-983, 2005.

SANTOS, L. O que são redes? In: CARVALHO, G. et al. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. p.202.

SANTOS, R. L. et al. Cultural aspects in dementia: differences in the awareness of Brazilian caregivers. **Trends Psychiatry Psychother**, v.35, n.3, p.191-197, 2013.

SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.4, n.2, p.114-126, 2007.

SAVVA, G.M. et al. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. **Br J Psychiatry**, v.194, p.212-219, 2009.

SOUSA, JC. A doença crônica e o desafio da comorbilidade. **Rev Port Clin Geral.**, v.23, p.353-358, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEINBERG, M. et al. The persistence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache county study. **Int J Geriatr Psychiatry**, v.19, p.19-26, 2004.

TAMI, S.A.B.; ABREU, V.P. Reabilitação cognitiva. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.882-897.

THE ALZHEIMER'S STUDY GROUP REPORT. A NATIONAL ALZHEIMER'S STRATEGIC PLAN. **The Report of the Alzheimer's Study Group.** 2008. Disponível em: <http://www.alz.org/news_and_events_16243.asp>. Acesso em: 20 out. 2016.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa - ação.** 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n.3, p.443-466, 2005.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2006.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

VERAS, P. et al. Demented elderly people living at home in Rio de Janeiro, Brazil: Evaluation of expenditure care. **Psychogeriatrics**, v.8, n.2, p.88-95, 2008.

VERAS, R.A. Considerações a cerca de um jovem país que envelhece. **Cad Saúde Pública**, v.4, n.4, p.382-397, 1988.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, v.1, n.1, p.2-4, 1998.

WANNMACHER, L. **Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Dementia: a public health priority.** United Kingdom: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Brazil's march towards universal coverage.** Bulletin of the World Health Organization, Genebra, v.88, n. 9, set. 2010. Disponível

em:< <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910/en/>>. Acesso em: 15 set. 2015

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

Este questionário é parte de uma pesquisa-ação do Mestrado Profissional Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará. Ao respondê-lo você estará contribuindo com a pesquisadora, para a identificação de saberes, práticas e necessidades dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família para a promoção do cuidado integral às pessoas com demência. Garantimos o completo sigilo das informações prestadas.

Contatos: Brígida Quezado

Fone: (85) 98881-3990

E – mail: brigidaquezado@gmail.com

1 – Aspectos relacionados à caracterização dos sujeitos:

Enfermeiro () Médico () Dentista () Fisioterapeuta () Psicóloga () Educador físico () Assistente Social () Nutricionista () ACS ()

2- SEXO FEMINO () MASCULINO ()

3 - Tempo de formado ou de atuação:

3.1 Menos de um ano ()

3.2 De um a cinco anos ()

3.3 De cinco a dez anos ()

3.4 Mais de dez anos ()

4 - Maior Titulação

Ensino Médio completo () Graduação () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado ()

5 – Já realizou algum curso sobre Demência?

5.1 Sim () 5.2 Não ()

6 – Quando foi o último curso que você realizou? Sobre o quê? E quem ofertou?

1 - Você sabia que DEMÊNCIA é uma patologia que o tratamento tem que ser iniciado logo após o diagnóstico?

SIM () NÃO ()

1.1 - Se SIM, como você soube desta informação?

1.1.1 Alguém me falou () 1.1.2 Através dos meios de comunicação ()

1.1.3 Na Universidade () 1.1.4 Nos cursos de qualificação profissional ()

1.1.4 Outro () _____

2 – Todo caso de esquecimento é demência?

2.1 Sim () 2.2 Não ()

3 – De que forma normalmente uma pessoa com demência surge para a equipe?

4 – Quais instrumentos para avaliar a possibilidade de demência você já ouviu falar, ou conhece?

4.1() Mini-mental

4.2() Exame do relógio

4.3() Exame de funcionalidade

4.4() Questionário de perda cognitiva no idoso

4.5() Outro: _____

5 – Você já aplicou ou se já viu algum destes instrumentos serem aplicados? Se sim quais:

5.1 Sim () _____

5.2 Não () _____

6 – Como a equipe vê a situação envolvida no caso:

6.1 – Essa situação é problema de quem?

6,2 – Essa situação é problema para quem?

6.3 – O que é feito pela equipe e por outros serviços nesse caso?

7 – O que você faz quando existe suspeita de que uma pessoa em sua área de abrangência está com demência?

7.1 Encaminha ()

7.2 Solicita exames ()

7.3 Inicia cuidado ()

7.4 Inicia tratamento ()

7.5. Outro ():

8 – Se você ou outro profissional encaminha, para onde é este encaminhamento?

9 – Quais os exames que você ou outro profissional costuma solicitar?

10 - Cite os cuidados, que você enquanto profissional da APS pode dispensar ou já viu ser dispensado na atenção a pessoa com demência:

11 – O que você percebe como dificuldade que estão enfrentando os familiares de pessoas com demência?

12 – Essas pessoas buscam redes de atenção, de apoio (pessoas, outros serviços) para ampliar o cuidado? Se sim como?

12.1 Sim () Em caso afirmativo indique quais:

12.2 Não ()

Obrigada por colaborar com a pesquisa

APÊNDICE B - Roda de Conversa

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Conte como tem sido sua experiência no cuidado de pessoas com demência na atenção primária.
2. Comente as dificuldades/desafios você vivencia na prática profissional ao cuidar de pessoas com demência na atenção primária. Como enfrenta essas dificuldades/desafios?
3. Quais estratégias terapêuticas são utilizadas por você e pela equipe no cuidar de pessoas com demência?
4. O que você propõe para a promoção do cuidado integral às pessoas com demência na atenção primária?
5. Como os modos de organizar o serviço de saúde e as maneiras de agir da equipe podem estar aumentando ou diminuindo vulnerabilidades na relação com essas pessoas e famílias?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa que tem como título **Clínica Ampliada no Cuidado à Pessoa com Demência na Atenção Primária – um Estudo de Pesquisa-ação**, sob orientação da Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes, vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, realizado pela Universidade Estadual do Ceará e FIOCRUZ, e como Objetivo Geral realizar processos educativos com profissionais da atenção primária a saúde relacionados com a clínica ampliada no cuidado as pessoas com demência na Unidade de Atenção Primária à Saúde Edmar Fujita, no município de Fortaleza. Será utilizada a pesquisa-ação, intervencionista, de abordagem qualitativa, com realização de Roda de Conversa, realização de um questionário, seminários e oficinas. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, pedimos sua participação que poderá ser gravado se o (a) Sr. (Sra.) concordar. Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que a sua participação é voluntária e o (a) Sr. (Sra.) poderá a qualquer momento deixar de participar desta. Os riscos envolvem a possibilidade de o participante sentir-se envergonhado ou constrangido ao longo de alguma etapa da pesquisa, e cansaço durante o processo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Autorizo a utilização das imagens com objetivos de ilustrar a pesquisa realizada. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a Mestranda e com a Orientadora.

O Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE) encontra-se disponível para esclarecimentos pelo telefone: (085)31019890- Endereço Av Paranjana, 1700- Campos do Itaperi- Fortaleza- Ceará. Este termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de 2016.

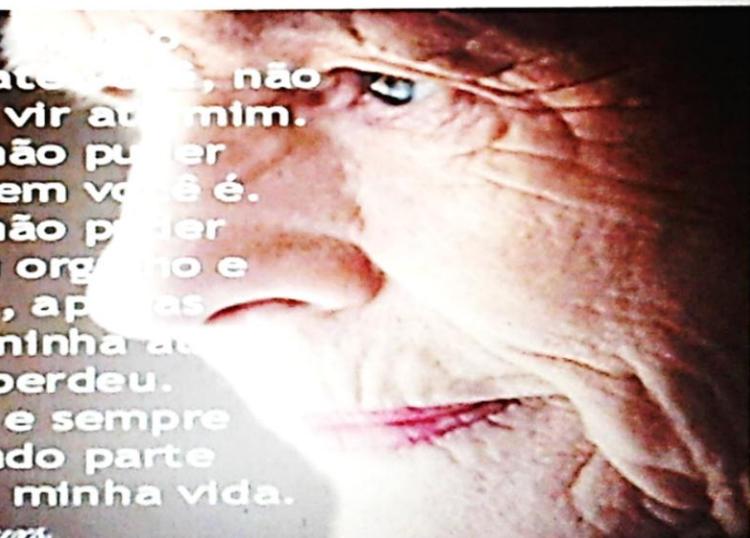
Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora
E mail: brigidaquezado@gmail.com
Contato: 98881-3990

APÊNDICE D - Convite

CONVITE

Venho convidá-lo para se tornar participante de uma pesquisa-ação, *Clinica Ampliada no Cuidado a Pessoa com Demência na Atenção Primária*, em grupo focal, que acontecerá na UAPS Edmar Fujita. Na quinta-feira 29/07/2016. Às 14:30 hs.
 Conto com sua presença.
 Atenciosamente, *Brígida Quezado*

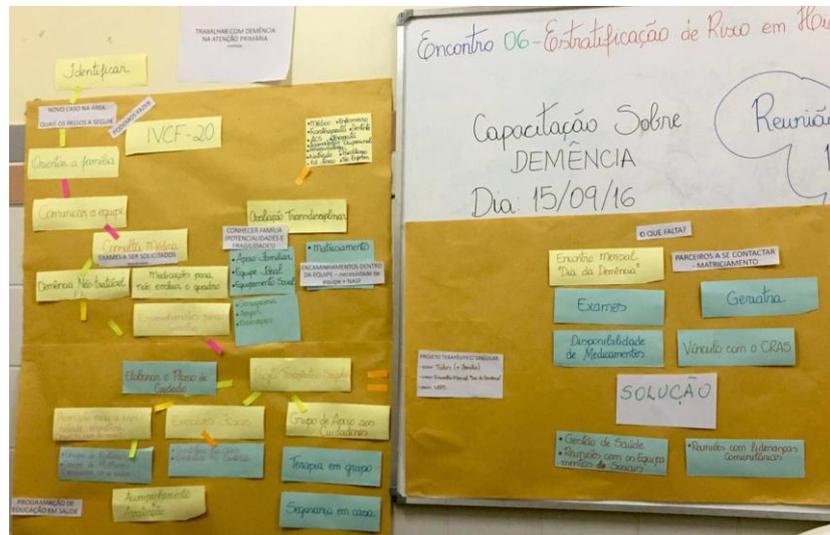


No dia em que eu não puder ir mais até você, não se esqueça de vir até mim. Se um dia eu não puder lembrar de quem você é. Se um dia eu não puder expressar meu orgulho e amor por você, apenas sinta que em minha vida nada disso se perdeu. Você continua e sempre continuara sendo parte importante da minha vida.

Alô Bruxas

APÊNDICE E - Fotos





ANEXOS

ANEXO A - Instrumentos Direcionados para Avaliar a Memória, Cognição

MINI MENTAL

Mini Mental State – MMS

Idade: ___ Data: ___/___/___

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?...../.....

Em que mês estamos?...../.....

Em que dia do mês estamos?...../.....

Em que dia da semana estamos?.../.....

Em que estação do ano estamos?.../.....

Em que país estamos?...../.....

Em que distrito vive?...../.....

Em que terra vive?...../.....

Em que casa estamos?/.....

Em que andar estamos?/.....

Nota: _____

2. Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pêra Gato Bola

Nota: _____

3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair..., consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar”

30__27__24__21__18__15__

Nota: _____

4. Evocação (um ponto por cada resposta correcta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pêra Gato Bola

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto” Mostrar os objetos:

Relógio Lápiz

Nota: _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: _____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: _____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

6. Habilidade construtiva (um ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho

Cópia

Total: _____

De acordo com Sequeira (2007) o MEEM foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994). Outros estudos para a população Portuguesa podem ser consultados em: MMSE adaptação portuguesa. Laboratório de estudos do centro Egas Moniz, Hospital de Santa Maria, Lisboa, 1993.

Pontuação

O score pode variar de 0 a 30. As pontuações de limiar diagnóstico para defeito cognitivo. Em função do nível de escolaridade obtidos no processo de validação, seguimos o determinado por Morgado (2009).

Morgado et al. (2009) propõem os seguintes valores operacionais de “corte” do MMSE para a população portuguesa atual:

MMSE	
Escolaridade	Pontuação
0 a 2 anos	22
3 – 6 anos	24
= ou > 7 anos	27

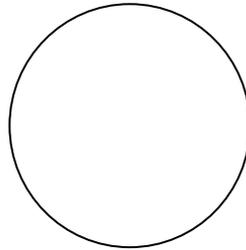
Referência: Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do mini mental state examination. Sinapse, 9, 10-16.

ANEXO B - O Teste do Relógio

Também faz parte da triagem cognitiva pela sua simplicidade

Aplicação do teste

Consiste em solicitar à pessoa o desenho dos números do relógio, marcando uma determinada hora (11:10), sem mencionar a necessidade de ponteiros. O círculo pode ou não ser oferecido previamente. O teste é considerado completo quando o paciente desenha todos os números do relógio, especialmente bem distribuídos, e os ponteiros marcando 11:10. O teste não é cronometrado e pode ser repetido quantas vezes forem necessárias.



Interpretação do teste

O teste do relógio é de fácil aplicação e sofre menor influência do grau de alfabetização, aumentando a fidedignidade do teste em pacientes com baixo nível de escolaridade.

Avalia diversas funções cognitivas:

Memória semântica;

Função executiva (planeamento);

Linguagem (compreensão do comando);

Praxia;

Função visuo-espacial

Portanto, é considerado um bom teste de rastreio. Referimos a classificação de Shulman, onde são definidos os seguintes resultados:

0	Inabilidade absoluta de representar o relógio;
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuoespacial grave;
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso;
3	Distribuição visuo-espacial correcta com marcação errada da hora;
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos;
5	Relógio perfeito, sem erros

A interpretação do teste é eminentemente qualitativa. Considera-se o teste bastante alterado quando o resultado é 0,1 ou 2.

ANEXO C - Escala de Funcionalidade a partir do Índice de Katz

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: _____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho	
Vestir-se Pontos: _____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido	
Ir ao banheiro Pontos: _____	(1 ponto) Dirige-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre	
Transferência Pontos: _____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira	
Continência Pontos: _____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga	
Alimentação Pontos: _____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral	
Total de pontos Pontos: _____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998

ANEXO D – IVCF-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)			Pontuação
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.			
Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ²
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ¹ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ² () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). 	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas (); Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); Interação recente, nos últimos 6 meses (). 	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Interação recente (<6 meses)	() Sim ⁴ () Não	
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

ANEXO E - *INFORMANT QUESTIONNAIRE ON COGNITIVE DECLINE IN THE ELDERLY (IQCODE): ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA USO NO BRASIL (MARIA ANGÉLICA DOS SANTOS SANCHEZ; ROBERTO ALVES LOURENÇO)*

INFORMANT

Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE-BR): versão para uso no Brasil.

Gostaria que o(a) Senhor(a) recordasse o estado em que o Sr(a) X se encontrava há dez anos, em 19____, e o comparasse com seu estado atual. Descrevemos abaixo situações em que ele(a) tenha de usar a memória ou o raciocínio e eu gostaria que o(a) Sr(a) dissesse se, nesse aspecto, ele(a) melhorou, piorou, ou permaneceu a mesma nos últimos 10 anos. É muito importante comparar o desempenho atual do Sr(a) X com o de 10 anos atrás. Deste modo, se há dez anos ele(a) sempre esquecia onde havia deixado as coisas e isso ainda acontece, então isto será considerado como "POUCA MUDANÇA". Diga-me, a seguir as mudanças que o(a) Senhor(a) observou, apontando no cartão a melhor resposta para cada item. Comparado com seu estado há dez anos, com está o Sr(a) X para...".

Itens	Muito melhor	Um pouco melhor	Pouca mudança	Um pouco pior	Muito pior
1. Lembrar de rostos de parentes e amigos	1	2	3	4	5
2. Lembrar dos nomes de parentes e amigos	1	2	3	4	5
3. Lembrar de fatos relacionados a parentes e amigos como, por exemplo: suas profissões, aniversários e endereços	1	2	3	4	5
4. Lembrar de acontecimentos recentes	1	2	3	4	5
5. Lembrar de conversas depois de poucos dias	1	2	3	4	5
6. No meio de uma conversa, esquecer o que ele(a) queria dizer	1	2	3	4	5
7. Lembrar do próprio endereço e telefone	1	2	3	4	5
8. Saber o dia, o mês em que estamos	1	2	3	4	5
9. Lembrar onde as coisas são geralmente guardadas	1	2	3	4	5
10. Lembrar onde encontrar coisas que foram guardadas em lugares diferentes daqueles em que costuma guardar	1	2	3	4	5
11. Adaptar-se a qualquer mudança no dia-a-dia	1	2	3	4	5
12. Saber utilizar aparelhos domésticos	1	2	3	4	5
13. Aprender a utilizar um novo aparelho existente na casa	1	2	3	4	5
14. Aprender coisas novas em geral	1	2	3	4	5
15. Lembrar das coisas que aconteceram na juventude	1	2	3	4	5
16. Lembrar de coisas que ele(a) aprendeu na juventude	1	2	3	4	5
17. Entender o significado de palavras pouco utilizadas	1	2	3	4	5
18. Entender o que é escrito em revistas e jornais	1	2	3	4	5
19. Acompanhar histórias em livros ou em programas de televisão	1	2	3	4	5
20. Escrever uma carta para amigos ou com fins profissionais	1	2	3	4	5
21. Conhecer importantes fatos históricos	1	2	3	4	5
22. Tomar decisões no dia-a-dia	1	2	3	4	5
23. Lidar com dinheiro para as compras	1	2	3	4	5
24. Lidar com assuntos financeiros, por exemplo: aposentadoria e conta bancária	1	2	3	4	5
25. Lidar com outros cálculos do dia-a-dia, por exemplo: quantidade de comida a comprar, há quanto tempo não recebe visitas de parentes ou amigos	1	2	3	4	5
26. Usar sua inteligência para compreender e pensar sobre o que está acontecendo	1	2	3	4	5

ANEXO F - Declaração da Prefeitura



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

**PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P319425/2016**

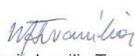
Título do Projeto de Pesquisa: **CLÍNICA AMPLIADA NO CUIDADO A PESSOA COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA – UMA PESQUISA - AÇÃO**

Pesquisadora Responsável: **BRIGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO**

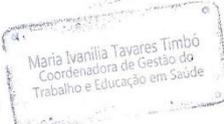
Instituição Proponente: **UECE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 5 de Agosto de 2016.



Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde



Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 60.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
(85) 3105 1473 / 3131 1694

ANEXO G - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CLINICA AMPLIADA NO CUIDADO A PESSOA COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA & UMA PESQUISA-AÇÃO

Pesquisador: BRÍGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55341016.6.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.794.886

Apresentação do Projeto:

O presente trabalho pretende a partir de uma pesquisa-ação realizar um reconhecimento da realidade quanto ao conhecimento dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a Demência. E a partir de uma séria de técnicas e instrumentos conseguir implementar planos de ações, melhorando a evolução destes pacientes. Buscando a partir de oficinas montar uma guia para ser seguida pelos diversos profissionais envolvidos na APS. O estudo terá como cenário uma Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) localizada na Regional VI, no município de Fortaleza.

Objetivo da Pesquisa:

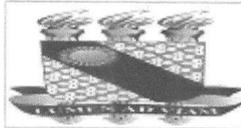
Objetivo Primário:

Realizar ações educativas que promovam o cuidado integral em pessoa com demência na atenção primária em saúde numa perspectiva da educação permanente em saúde.

Objetivo Secundário:

- Identificar os saberes, práticas dos trabalhadores da ESF para a promoção do cuidado integral às pessoas com demência;
- Conhecer as necessidades dos trabalhadores na ESF para desenvolver para desenvolver EPS no cuidado integral às pessoas com demência;

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.794.886

- Identificar a linha do cuidado oferecidas às pessoas com demência em uma unidade de saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora os riscos da pesquisa envolvem a possibilidade de o participante sentir-se envergonhado ou constrangido ao longo de alguma etapa da pesquisa, e cansaço durante o processo.

Quanto aos benefícios, a pesquisadora cita o desenvolvimento a prática de educação permanente no cuidado a pessoas com demência na atenção Primária à saúde.

Desenvolvimento de ações educativas dentro do próprio território, envolvendo uma realidade cada vez mais prevalente na prática do profissional que trabalha na equipe de saúde da família (eESF) e na atenção primária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois visa sensibilizar os profissionais na atenção primária quanto ao cuidado integral às pessoas com demência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a resolução 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_629378.pdf	14/10/2016 20:37:40		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	002.jpg	14/10/2016 20:37:05	BRÍGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	02/04/2016 21:29:35	BRÍGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOBREGIDA.pdf	02/03/2016 22:17:05	BRIGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	02/03/2016 22:06:30	BRÍGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/03/2016 21:52:31	BRÍGIDA EMÍLIA PEREIRA QUEZADO	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

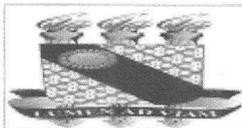
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.794.886

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 27 de Outubro de 2016

Assinado por:

ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)



Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.714-903

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br