

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- PROFSAÚDE

Ellen Mara Braga Reis Malta

PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO  
CUIDADO ÀS DEMÊNCIAS

Montes Claros  
2019

Ellen Mara Braga Reis Malta

PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO  
ÀS DEMÊNCIAS

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família- PROFSAÚDE -da Universidade Estadual de Montes Claros, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde, Acesso e Qualidade na Atenção Básica em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

Montes Claros, MG

2019

M261p Malta, Ellen Mara Braga Reis.  
Práticas de profissionais da atenção primária à saúde no cuidado às demências  
[manuscrito] / Ellen Mara Braga Reis Malta. – 2019.  
106 f. : il.

Inclui Bibliografia.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -  
UNIMONTES, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/PROFSAÚDE,  
2019.

Orientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho.  
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

1. Idosos. 2. Demência. 3. Cuidados primários de saúde – Montes Claros. I.  
Pinho, Lucinéia de. II. Brito, Maria Fernanda Santos Figueiredo. III. Universidade  
Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor Antônio Avilmar Souza

Vice-reitora: Professora Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitor de Pesquisa: Professor José Reinaldo Mendes Ruas

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professor Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professora Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Professor André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Professor Marcos Flávio Silveira Vasconcelos  
D'Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Professor Marcelo Perim Baldo

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- PROFSAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Simone de Melo Costa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA



CANDIDATA: ELLEN MARA BRAGA REIS MALTA

DATA: 22/04/2019

HORÁRIO: 09:00

TÍTULO DO TRABALHO: "PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO ÀS DEMÊNCIAS"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE FAMÍLIA

LINHA DE PESQUISA: ATENÇÃO À SAÚDE, ACESSO E QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROFª DRª LUCINÉIA DE PINHO (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

PROFª. DRª MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO (COORIENTADORA)

PROFª. DRª SIMONE DE MELO COSTA

PROF. DR. DIEGO DIAS DE ARAÚJO

*Lucineia de Pinho*  
*Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito*  
*Simone de Melo Costa*  
*Diego Dias de Araújo*

BANCA (SUPLENTE)

ASSINATURAS

PROFª DRª ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

PROFª DRª ALANNA FERNANDES PARAÍSO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
<http://www.unimontes.br> / [mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br](mailto:mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br)  
Telefone: (0xx38) 3229-8292  
Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, por ser o meu maior incentivador, por ter me apoiado nos meus momentos difíceis e por ter acreditado em meu potencial.

Às minhas orientadora e coorientadora, por me direcionarem na construção deste trabalho e pela paciência que tiveram nesta árdua trajetória.

À professora Marise, pelas contribuições.

Às alunas de Iniciação Científica que trabalharam com afinco na realização da pesquisa.

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.*

*(Leonardo Boff)*

## RESUMO

**Introdução:** O Brasil vem passando por uma transformação em seu perfil demográfico, caracterizado pelo envelhecimento de sua população. Esse cenário se traduz, também, em uma mudança no perfil epidemiológico, com aumento da incidência e prevalência dos quadros demenciais, conseqüentemente, tem ocorrido o aumento na demanda por atendimento a esses quadros na Atenção Primária à Saúde e, por conseguinte, a necessidade de um cuidado qualificado por seus profissionais. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do sistema de saúde e deve estar preparada para atender as demandas da sociedade, tais como o envelhecimento populacional e as demências. **Objetivo:** Analisar as práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado na Atenção Primária de municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. No período de março a outubro do ano de 2018, foi realizada a aplicação dos questionários aos profissionais médicos e enfermeiros; estimou-se uma população aproximada de 685 profissionais. O questionário aplicado continha questões sobre aspectos sociodemográficos, econômicos, de formação, ocupacionais e das práticas dos profissionais no cuidado às demências, sendo usado para essas o instrumento “Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica” nas versões para médicos e enfermeiros. Utilizou-se o *software* IBM- SPSS, versão 20.0, para análise dos dados. Para análise estatística descritiva das variáveis, utilizaram-se médias, frequências absolutas e relativas; e para a análise comparativa, foi utilizado o teste Qui-quadrado, com nível de significância de 0,05. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes sob o parecer nº2.483.632. **Resultados:** Participaram deste estudo 316 profissionais, sendo 138 médicos e 178 enfermeiros. Observou-se que 73% do total de profissionais não possuíam agenda específica para atendimento a idosos. Os enfermeiros apresentaram maior frequência (30,5%) em não realizar consulta mensal ao paciente com demência. Para avaliar função cognitiva, observou-se que o Mini Exame do Estado Mental foi citado por 52,5% dos profissionais. Foi observada associação estatisticamente significativa entre tempo de experiência profissional na ESF e participação em atividade de capacitação em demência (médico  $p=0,026$ ; enfermeiros  $p=0,049$ ), e dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave ( $p=0,006$ ) entre os médicos. Detectou-se que a participação em atividade de capacitação em demência



(médico  $p=0,028$ ; enfermeiro  $p=0,003$ ) e frequência de acompanhamento ao cuidador (médico  $p=0,034$ ; enfermeiro  $p= 0,051$ ) foi associada estatisticamente à formação dos profissionais médicos e enfermeiros. **Conclusão:** Constatou-se uma prática incipiente de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência, o que revela a importância da criação de estratégias de educação voltadas a qualificar o cuidado.

**Palavras-chave:** Demência. Profissionais de saúde. Atenção Primária.

## ABSTRACT

**Introduction:** Brazil has been undergoing a transformation in its demographic profile characterized by the aging of its population. This scenario also translates into a change in the epidemiological profile, with increased incidence and prevalence of dementia. Thus, there has been an increase in the demand for care of these tables in primary health care and, therefore, the need for a care qualified by their professionals. Primary health care is the gateway to the health system and must be prepared to meet the demands of society, such as population ageing and dementia. **Objective:** To analyze the practices of physicians and nurses of primary health care in the care of the elderly with dementia. **Method:** This is a cross-sectional and analytical study, carried out in the primary care of municipalities of the family and Community Medicine residency and multiprofessional residency in family Health of the State University of Montes Claros-Unimontes. In the period from March to October of the year 2018, the questionnaires were applied to medical professionals and nurses. An approximate population of 685 professionals was estimated. The questionnaire applied contained questions about socio-demographic, economic, training, occupational and professional practices in the care of dementia, being used for these, the instrument "sanitary attention to demences: the vision of Basic attention "in the versions for physicians and nurses. The software IBM-SPSS version 20.0 was used for data analysis. For descriptive statistical analysis of the variables, means, absolute and relative frequencies and for the comparative analysis were used the chi-square test, with a significance level of 0.05. The research project was approved by the Research Ethics Committee of Unimontes under the opinion n° 2.483.632. **Results:** 316 professionals participated in this study, 138 physicians and 178 nurses. It was observed that 73% of the total number of professionals did not have a specific agenda for elderly care. The nurses presented higher frequency (30.5%) Not to perform a monthly consultation of patients with dementia. To assess cognitive function, it was observed that the Mini Mental State examination was cited by 52.5% of the professionals. A statistically significant association was observed between time of professional experience in the FHS and participation in training activity in dementia (physician  $P = 0,026$ ; nurses  $P = 0,049$ ) and difficulties to care for patients with severe dementia ( $p = 0.006$ ) among physicians. It was detected that participation in training activity in dementia (physician  $P = 0,028$ ; nurse  $p = 0.003$ ) and frequency of follow-up for the caregiver (physician  $P = 0,034$ ; nurse  $p = 0.051$ ) were statistically associated with the

training of professionals Physicians and nurses. **Conclusion:** It was found an incipient practice of physicians and nurses of primary health care in the care of the elderly with dementia, which reveals the importance of creating educational strategies aimed at qualifying care.

**Key words:** Dementia. Health professionals. Primary care.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....	12
1.1	Envelhecimento: perfil demográfico.....	12
1.2	Envelhecimento: perfil epidemiológico.....	16
1.3	Demências: conceito e epidemiologia.....	18
1.4	Diagnóstico da demência.....	20
1.5	Tratamento e o cuidado do idoso com demência.....	25
1.6	Atenção Primária à Saúde e o modelo de atenção ao idoso.....	27
2	OBJETIVOS.....	31
2.1	Objetivo geral.....	31
2.2	Objetivos específicos.....	31
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	Tipo de estudo.....	32
3.2	Cenário do estudo.....	32
3.3	População.....	33
3.4	Instrumento.....	33
3.5	Coleta de dados.....	34
3.6	Análise de dados .....	35
3.7	Aspectos éticos.....	35
4	PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	37
4.1	Artigo 1: Práticas de profissionais da atenção primária à saúde no cuidado aos idosos com demência.....	38
5	CONCLUSÕES.....	64
	REFERÊNCIAS.....	66

APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	77

## 1INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A partir do século passado, os estudos sobre o envelhecimento ganharam força com o vislumbre do aumento do número de idosos em todo o mundo. O entendimento do processo de envelhecer passou do enfoque meramente biológico, e seu caráter multifacetado e multifatorial foi compreendido. Seus aspectos sociais, psíquicos, econômicos e legais passaram a figurar, também, entre os interesses nas pesquisas e estudos sobre o envelhecimento (FREITAS et al., 2016).

Apesar de heterogêneo entre os seres humanos, o envelhecimento é um *continuum* universal e, até então, inevitável. A perda da capacidade de adaptação ao meio, pelas modificações morfológicas, psicológicas, bioquímicas e funcionais que ocorrem nos indivíduos, e de adaptação ao próprio organismo, com redução da homeostase, caracteriza o envelhecimento. Porém, é uma experiência única para cada pessoa e, portanto, variável. Envelhecer pode seguir pela senescência, definida como o “somatório de alterações orgânicas, funcionais, e psicológicas próprias do envelhecimento normal” ou pela senilidade “caracterizada por modificações determinadas por afecções que frequentemente acometem a pessoa idosa” (FREITAS et al., 2016).

*A priori* a conceituação de idoso, dever-se-iam considerar as diversas dimensões que constituem o indivíduo: biológica, psicológica, social e funcional. Mas, como existe a dificuldade de mensuração da idade biológica e a definição das demais, considerando aspectos subjetivos, a idade cronológica é estabelecida como referencial (FREITAS et al., 2016). Tem-se como idoso todo indivíduo com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos e, com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, como o Brasil (OMS, 2002).

### 1.1 Envelhecimento: perfil demográfico

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a proporção de pessoas com 60 anos ou mais irá dobrar entre 2000 e 2050, passando de 10 para 21% da população mundial (ONU, 2003). A população com 60 anos ou mais de idade passou de 14,3 milhões, em 2000, para 19.6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030, e 73,5 milhões em 2060, no Brasil (IBGE, 2015). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios (PNAD), divulgada pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), estimou uma população de 30,2 milhões de idosos no Brasil, em 2017 (IBGE, 2016). Estima-se que até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos (OMS, 2005; RAMOS, 2009).

O fenômeno de envelhecimento da população é mundial, mas ao contrário de países desenvolvidos, em que essa transição demográfica ocorreu de forma lenta, ao longo de um século, e em um período em que esses países já estavam economicamente estáveis; no Brasil, a transição ocorre de forma acelerada, não havendo preparo para essa mudança, visto que não se alcançou o patamar de desenvolvimento necessário para enfrentá-la (ONU, 2003; OMS, 2005; MENDES, 2010; IBGE, 2015). Em 100 anos, a França passou de 7% para 14% de pessoas com 65 anos ou mais; o Brasil alcançará o mesmo patamar em duas décadas apenas (OMS, 2005; OMS, 2011).

A transição demográfica, no Brasil, iniciou-se com a queda da taxa de mortalidade, em meados de 1950; mas as altas taxas de fecundidade ainda se mantinham nesse período, o que gerava uma alta taxa de crescimento populacional. O processo de envelhecimento no Brasil se iniciou, de fato, a partir da década de 60, em decorrência da queda da taxa de fecundidade, que se traduziu em mudança na estrutura etária do país, ganhando força na década de 70 (CARVALHO; GARCIA, 2003; VASCONCELOS; GOMES, 2012; IBGE, 2015).

Esse processo de constante queda da taxa de fecundidade total (TFT) é constatado por um valor que era de 6,2, em 1960, passando a 1,77 em 2019, segundo projeção do IBGE (IBGE, 2018). A TFT apresenta-se, atualmente, em nível abaixo da taxa de reposição, estimada em 2,1, o que leva a uma redução acentuada da base da pirâmide etária e conseqüente envelhecimento populacional, com perspectivas de crescimento populacional negativo futuramente, fenômeno que pode ser chamado de “segunda transição demográfica” (VASCONCELO; GOMES, 2012; IBGE, 2015). Atribui-se a queda dessa taxa a fatores como urbanização, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos e maior participação da mulher no mercado de trabalho (OPAS, 2008; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A expectativa de vida ao nascer também contribui para o envelhecimento populacional, uma vez que mantém uma tendência ascendente ao longo dos anos. Segundo projeções do IBGE, será de 73 anos para homens e 80 anos para mulheres, com média de 76,5 anos, em

2019 (IBGE, 2018). Esses dados são reflexo da melhoria das condições de vida e saúde da população e mostram uma característica do envelhecimento no Brasil, a feminização, aspecto que aproxima o Brasil de países desenvolvidos (ONU, 2003; OMS, 2005).

Sabe-se que, no Brasil, a feminização vem ocorrendo como resultado da maior mortalidade observada para o gênero masculino, mas, ainda que as mulheres possuam uma expectativa de vida maior, elas apresentam mais anos vividos com incapacidade (LEITE et al., 2015; IBGE, 2015). Tal fato pode ser parcialmente explicado em razão de a maior sobrevivência estar atrelada à maior prevalência de doenças crônicas e suas consequências; outra explicação seria que as desigualdades sociais, econômicas e culturais enfrentadas pelas mulheres ao longo da vida poderiam influir em seu status de saúde (ONU, 2003). Além disso, as mulheres, habitualmente, procuram mais os serviços de saúde e, assim, recebem diagnósticos mais precoces, o que levaria também a mais anos vividos com menos saúde (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), os idosos longevos, que são aqueles com 85 anos ou mais (OMS, 2011), são a parte da população que vem apresentando crescimento mais rápido. No Brasil, o aumento dessa população, com 80 anos ou mais, também é outra característica do fenômeno brasileiro de envelhecimento. Entre os longevos, o processo de feminização é mais expressivo (OMS, 2005). Tais aspectos constituem uma alteração da composição etária dentro do próprio grupo dos idosos (BRASIL, 2006), entre os quais, espera-se, ainda, um aumento global no número de centenários (OMS, 2011).

A razão de dependência, outro indicador reflexo da transição demográfica, experimenta redução ao longo das décadas, e uma inversão, com queda no componente juvenil e aumento na proporção de idosos, sendo estimada em 13,72 para esses em 2019, e se refere à porcentagem de dependentes a partir de 60 anos (IBGE, 2018). Isso, para além do caráter econômico, também é um indicador de envelhecimento populacional (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Diz-se que o Brasil estaria vivendo o “bônus demográfico”, ainda, período em que a proporção de pessoas economicamente ativas é maior que a de pessoas dependentes (VASCONCELOS; GOMES, 2012; IBGE, 2015).

Muitos idosos se mantêm contribuindo em vários setores da sociedade, como no mercado de trabalho, seja de subsistência, remunerado ou voluntário; na renda das famílias, por meio dos



benefícios previdenciários e assistenciais; e no cuidado com os membros da família, tornando relativa essa “dependência”, cabendo nessa avaliação não somente o peso econômico, mas também a solidariedade intergeracional (ONU, 2003; OMS, 2005; IBGE, 2015). Portanto, ao se analisar a razão de dependência, tem-se que tomar cuidado para não se cometer a chamada “discriminação etária”, em que se pode incorrer no erro de considerar que todas as pessoas idosas são dependentes ou representam um fardo para a família, para a sociedade e para o Estado (ONU, 2003; OMS, 2005; BRASIL, 2018).

Outro indicador a ser usado na análise da mudança demográfica é o índice de envelhecimento (IE), que é definido como o número de pessoas de 60 ou mais anos de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (OPAS, 2008). Esse indicador serve para avaliar se há uma tendência ao rejuvenescimento ou ao envelhecimento da população, de acordo com o segmento que apresente elevação, jovem ou idoso. Considera-se como idosa uma população com IE maior que 30. No Brasil, observa-se um aumento progressivo do IE, 11,7% em 1950, 27,1% em 2000, 44,8% em 2010, com projeção de 118,7% em 2050 (CLOSS; SCHWANKEL, 2012).

Assim como ocorre com as diferentes regiões do mundo, ao se analisarem características do envelhecimento no Brasil, tem-se que considerar as peculiaridades e discrepâncias socioeconômicas das unidades federativas, notando-se um atraso das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em relação ao Sul e Sudeste no processo de transição demográfica (VASCONCELOS; GOMES, 2012; IBGE, 2015). Esses diferenciais devem servir de parâmetros para a descentralização das políticas públicas. Ainda nesse sentido, tem-se um importante diferencial entre o envelhecimento das regiões, enquanto no Sul e Sudeste, esse é atribuído às quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade, em estados do Nordeste, o fenômeno migratório foi o responsável pelo envelhecimento populacional, dada a emigração de jovens e adultos (IBGE, 2015).

Esse panorama de transição, marcado pelo aumento da longevidade no Brasil, constitui-se uma pressão demográfica por mudanças nas políticas públicas sociais, econômicas e de saúde, devendo essas ser direcionadas, principalmente, para idosos (IBGE, 2015). Destaca-se que pressões sobre o sistema de saúde devam ser mais intensas que as sobre a seguridade social, uma vez que, junto ao envelhecimento, vem o aumento da prevalência de doenças crônicas e

seus custos, pelo maior consumo de serviços de saúde, da maior frequência de internações hospitalares e tempo de ocupação do leito, que é maior quando comparado a outras faixas etárias (LEITE et al., 2015; VERAS; OLIVEIRA, 2018). E ainda que se envelheça sem doenças, algum grau de perda funcional é esperado, com impacto social e financeiro (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

## 1.2 Envelhecimento: perfil epidemiológico

Em paralelo à mudança no perfil demográfico, uma importante e impactante mudança no perfil epidemiológico das doenças vem ocorrendo (ONU, 2003; RAMOS, 2009). No Brasil, tem-se uma agenda ainda não concluída de enfrentamento de doenças infecciosas, nutricionais e condições maternas e perinatais que, ao longo dos anos, vem sendo somadas a um aumento das doenças crônico-degenerativas, influenciado pelo envelhecimento da população. E essa sobrecarga ainda é reforçada pelo aumento de doenças em consequência de causas externas. Tem-se, assim, um cenário de tripla carga de doença, em que predominam as doenças crônicas e que se constitui no desafio a ser enfrentado não somente na área da saúde, mas também da assistência social e previdenciária (MENDES, 2010).

Mesmo que coexistam essas três cargas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam 66% do cenário de doenças no Brasil e impactam diretamente em morbimortalidade (GOULART, 2011). De acordo com a OMS, em 2008, as DCNTs representaram 86% da carga de doença em países de alta renda, 65% nos de renda média e 37% naqueles de baixa renda; até 2030, projeta-se que as DCNTs responderão por mais da metade da carga de doenças em países de baixa renda e mais de três quartos em países de renda média, dentre eles, o Brasil (OMS, 2011). As maiores taxas dessas enfermidades estão na faixa etária idosa, correspondendo a mais de 87%, por conseguinte, doenças próprias do envelhecimento ganham expressão, dentre elas as neurodegenerativas (OMS, 2011; SILVA et al., 2015).

De acordo com dados da situação epidemiológica do sistema de Vigilância de DCNT, em 2013, observa-se que 72,6% do total de óbitos registrados no país foram por DCNT, dos quais 79,4% foram devido às quatro principais DCNTs: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e *Diabetes mellitus* (BRASIL, 2014). Já entre as principais DCNTs que causam incapacidade e dependência, tem-se a Demência (OMS, 2017).

As DCNTs, além de grande impacto na taxa de mortalidade, trazem consigo variação dos graus de incapacidade que afetam a qualidade de vida dos indivíduos e de suas famílias, bem como afetam a economia do país (RAMOS, 2009). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e dentre esses, existe uma importante parcela de portadores de alguma DCNT; além daqueles que, mesmo sem doença, já apresentam alguma limitação funcional (VERAS, 2009; SILVA et al., 2015). Essa “epidemia” de DCNT e de incapacidades funcionais leva ao uso maior e mais prolongado dos serviços de saúde, destacando-se a parcela idosa da população como sendo amplamente afetada (MORAES, 2012).

Diante disso, os indicadores de mortalidade, somente, não podem mais ser a base para se mensurar o estado de saúde das populações. Adotada pela OMS, o DALY, anos de vida perdidos ajustados pela incapacidade, é um indicador do estudo da carga de doença que combina mortalidade e morbidade (LEITE et al., 2015). É considerada a medida mais adequada dos efeitos das doenças ou agravos que afetam a saúde das populações, do tempo gasto ou perdido por doença ou morte prematura (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015; LEITE et al., 2015; ROCHA, 2017). Um DALY equivale a um ano de vida saudável perdido (LEITE et al., 2015).

Todo esse cenário apresentado preocupa, visto que reflete uma sociedade que apresenta aumento na expectativa de vida, o que *a priori* é uma conquista mas, ao mesmo tempo, apresenta um aumento na prevalência de DCNT, o que leva ao mesmo questionamento da OMS, “Estamos vivendo vidas mais saudáveis e mais longas, ou os nossos anos adicionais são gastos com problemas de saúde?” (OMS, 2005). Conforme citado por Leite et al. (2015), as evidências mostram que os anos ganhos, devido ao aumento da expectativa de vida, não têm se traduzido, necessariamente, em anos vividos com saúde (LEITE et al., 2015). O envelhecimento, então, deverá ser considerado uma conquista se vier acompanhado de qualidade nos anos adicionais de vida (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, um em cada três idosos brasileiros apresentou alguma limitação funcional e estima-se que 6,5 milhões precisem de ajuda para realizar atividades da vida diária, sendo que 6,8% das pessoas idosas possuíam limitação funcional para realizar sozinhas atividades básicas da vida diária, e 17,3% para realizar atividades instrumentais da vida diária (IBGE, 2014). A demência é uma das principais causas

de incapacidade entre idosos; ao longo de todo o seu curso, demanda cuidados, variando o grau dessa necessidade, progredindo até o estágio de dependência total (RAMOS, 2009; BURLÁ et al., 2013).

### 1.3 Demências: conceito e epidemiologia

Demência pode ser definida como uma síndrome clínica que cursa com deterioração dos domínios cognitivos, transtornos de comportamento e prejuízo funcional (PESSOA et al., 2016). É o tipo mais comum e mais grave de comprometimento da função cognitiva (WILLIAMS; CHANG; AMALT, 2015). O desafio dos profissionais de saúde está em distinguir as mudanças fisiológicas do envelhecimento – a senescência, das patológicas – a senilidade (VERAS et al., 2013; FREITAS et al., 2016). Habitualmente, déficits discretos, isolados, estáveis ao longo do tempo e que não provocam impacto na funcionalidade do idoso não são patológicos (CHAIMOWICS, 2013).

Na última publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM V, a denominação demência foi substituída por Transtorno Neurocognitivo Maior (TNCM), e os casos mais leves de prejuízo cognitivo sem interferência funcional, antes chamados de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), receberam a denominação de Transtorno Neurocognitivo Leve (TNCL) (APA, 2014; PESSOA et al., 2016).

Os tipos mais frequentes de demência são a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência com Corpos de Lewy e a Demência Frontotemporal (CARAMELLI; BARBOSA, 2002). Existem várias formas de categorizar ou classificar as demências, como em degenerativas e não degenerativas; corticais e subcorticais; com início precoce (ou pré-senil – antes dos 65 anos de idade) e tardio (a partir dos 65 anos); reversíveis ou irreversíveis; e rapidamente ou lentamente progressivas (PARMERA; NITRINI, 2015). As demências mais típicas e importantes, contudo, são as degenerativas, mais prevalentes em pessoas idosas, de natureza crônica e progressiva, exemplificada pela Doença de Alzheimer.

Desde 1990, a literatura aponta que os quadros demenciais na população idosa apresentam uma prevalência que duplica a cada cinco anos, com evidências mais atuais de um caso novo a cada três segundos (JORM, 1990; ADI, 2018). Com o envelhecimento populacional, espera-se que a prevalência das demências aumente, uma vez que o risco de desenvolvê-la aumenta

acentuadamente com a idade (OMS, 2011). A demência afeta, principalmente, idosos, mas 9% dos casos ocorrem em pessoas fora dessa faixa etária (OMS, 2017).

De acordo com a OMS, a demência afetou 5% dos idosos no mundo, cerca de 47 milhões em 2015. Esse número deverá aumentar para 75 milhões em 2030 e 132 milhões em 2050. A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência, contribuindo para 60 a 70% dos casos (OMS, 2017).

Aproximadamente, 60% das pessoas com demência vivem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, sendo que se espera que a maioria dos novos casos, isto é, 71%, surjam nesses países (OMS, 2017). Uma revisão sistemática encontrou uma prevalência das demências no Brasil que varia de 5,1% a 17,5% (BOFF; SEKAYA; BOTTINO, 2015). Em estudo brasileiro, a taxa de prevalência foi calculada em 7,6%, valor semelhante ao observado para a média dos países da América Latina, 7,1%; e, tanto em prevalência quanto em incidência, a doença é mais encontrada entre os idosos longevos, entre os menos escolarizados e entre aqueles com nível socioeconômico mais baixo (BURLÁ et al., 2013). Estima-se uma prevalência de 25 a 30% de demência entre os longevos (OMS, 2011).

O custo, em 2018, com demências foi de aproximadamente 1 trilhão de dólares ao ano, com previsão de que esse valor duplique até 2030, conforme o Informe Mundial sobre o Alzheimer 2018. Nessa cifra, estão incluídos os custos estimados dos cuidadores informais, em geral, os familiares (ADI, 2018).

Nesse cenário de epidemia, a OMS publicou o relatório “Demência: uma prioridade de saúde pública” conjuntamente com a *Alzheimer’s Disease International* (ADI), em 2012, apresentando dados sobre a doença no mundo e mostrando que a maioria dos países não possuía plano de enfrentamento dessa. Esse relatório serviu de base para o Plano de Ação Global sobre a resposta da saúde pública à demência, cujo objetivo principal é melhorar a vida das pessoas com essa doença, seus cuidadores e familiares, bem como, diminuir o impacto dessa enfermidade tanto no cenário individual quanto coletivo (OMS, 2017).

Nas Estimativas de Saúde Global, de 2016, da OMS, as mortes, devido às demências, mais que dobraram entre 2000 e 2016, o que elevou essas à posição de 5ª causa de mortes global em 2016, sendo que, em 2000, ocupava a 14ª colocação (OMS; 2018). Em países como a

Inglaterra e Gales, a demência já se constitui a principal causa de morte entre as mulheres (ADI, 2018).

#### 1.4 Diagnóstico da demência

O diagnóstico sindrômico da demência é, eminentemente, clínico e depende de avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e do desempenho em atividades de vida diária (AVD), isto é, da funcionalidade (FREITAS et al., 2016). O DSM V apresenta estes critérios diagnósticos para demência (TNM):

A. Evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social), com base em:

1. preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva; e
2. prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por outra investigação clínica quantificada.

B. Os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (i.e., no mínimo, necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagamento de contas ou controle medicamentoso).

C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*.

D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia) (APA, 2014).

Nesses critérios, destacam-se algumas mudanças, como o comprometimento de memória não mais sendo essencial para diagnosticar demência, a possibilidade de se fazer o diagnóstico com o prejuízo de apenas um domínio cognitivo; além da inclusão de cognição social como domínio cognitivo (PESSOA et al., 2016).

Para o diagnóstico da síndrome demencial, é importante uma anamnese completa, muitas vezes corroborada pelo inquérito de um informante do convívio próximo ao idoso, o exame físico e neurológico e a aplicação de instrumentos para avaliar a cognição e a funcionalidade do idoso. Para o diagnóstico diferencial e etiológico dos tipos de demência, lança-se mão dos

exames laboratoriais e de neuroimagem e da avaliação neuropsicológica (PARMERA; NITRINI, 2015; FREITAS et al., 2016).

Na avaliação inicial da cognição de indivíduos com suspeita de demência, deve-se, habitualmente, usar testes de rastreio; naqueles sem suspeita, não está indicado o rastreamento de rotina. De acordo com o *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF), a evidência é insuficiente para avaliar os benefícios e danos dessa triagem em pacientes idosos sem sinais ou sintomas de declínio cognitivo na atenção primária (MOYER, 2014). O *Canadian Task Force on Preventive Health Care* (CTFPHC) também não recomenda essa triagem em idosos com 65 anos ou mais, considerando, apesar de uma evidência de baixa qualidade, uma recomendação forte (CTFPHC, 2016).

Para avaliação da cognição em idosos, vários testes estão disponíveis. Na Atenção Primária à Saúde (APS), sugere-se o uso do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) no rastreio de pacientes com suspeita de demência. O MEEM é considerado um teste de rastreio breve, amplamente difundido e utilizado no contexto clínico, validado para diversas populações, de aplicação fácil e rápida, com um gasto médio de 10 minutos na sua aplicação. Esse teste examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e de evocação, cálculo, praxia, habilidades de linguagem, habilidades visuoespaciais e construtivas (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2013; CHAVES et al., 2011; FREITAS et al., 2016). A pontuação total é 30, e o ponto de corte varia de acordo com a escolaridade, sendo de 19 pontos para analfabetos; 23 pontos para 1 a 3 anos de escolaridade; 24 pontos para 4 a 7 anos de escolaridade; e 28 pontos para os com mais de 7 anos de escolaridade. Esse score é usado na APS, porém, existem muitas divergências quanto a esses valores e não se dispõe de estudo definitivo que padronize esses pontos de corte; o que se sabe é que a adoção de notas de corte mais altas pode aumentar a sensibilidade do instrumento, evitando-se a subdetecção da doença. Esse método de triagem tem uma sensibilidade em torno de 83% e uma especificidade de 82% para detecção de demência (FREITAS et al., 2016).

Como forma de complementar o MEEM, aconselha-se o emprego de outros testes de avaliação cognitiva como o Teste do Relógio, o Teste de Fluência Verbal, a Lista de palavras do CERAD e o Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Além desses, existem os que servem para casos em que as limitações do idoso não permitem uma avaliação direta, sendo

então realizados com os informantes, em geral, familiares e/ou cuidadores, como, por exemplo, o Questionário de Pfeffer (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2016).

Recomenda-se, ainda, na avaliação de um idoso com suspeita de demência, o uso de instrumentos que avaliem a funcionalidade desses pacientes, pois se devem afastar declínios no desempenho de atividades da vida diária, provavelmente, provenientes do déficit cognitivo. Habitualmente, o comprometimento funcional nas demências acompanha uma sequência em que as atividades instrumentais (como usar o telefone, cozinhar ou administrar contas bancárias, por exemplo) são acometidas mais precocemente que as atividades básicas (como autocuidado) (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; FREITAS et al., 2016). No caso das demências, a avaliação funcional auxilia não só no diagnóstico, como no prognóstico e na tomada de decisões quanto ao plano de cuidados, direcionando as intervenções terapêuticas, tendo em vista que o idoso com síndrome demencial, por si só, já é considerado como frágil (BRASIL, 2006).

Para avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), sugere-se o emprego da Escala de Lawton; e para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), a Escala de Katz. Ambas as escalas são baseadas em um questionário, sendo que a primeira avalia nove funções e classifica o idoso em independente, dependente parcial e dependente; e a segunda, seis funções, classificando-o em dependente ou independente (BRASIL, 2006). A associação de um teste de avaliação cognitiva com um de avaliação funcional aumenta a acurácia diagnóstica da demência (RAMOS et al., 2009).

Para estadiamento da síndrome demencial, recomenda-se o uso do Escore Clínico da Demência (*Clinical Dementia Rating- CDR*) que avalia a cognição e o comportamento, além da influência das perdas cognitivas na capacidade de realizar adequadamente as atividades da vida diária (MONTAÑO RAMOS, 2005; RAMOS et al., 2009; FREITAS et al., 2016). Essa escala classifica de acordo com a ausência ou presença de demência e seu estágio e gravidade em Saudável, Questionável, Leve, Moderada ou Grave. A classificação Questionável se refere aos quadros de Transtorno Neurocognitivo Leve, o antigo CCL (MONTAÑO RAMOS, 2005). O estadiamento pelo CDR serve, também, para nortear o tratamento farmacológico (BRASIL, 2017).



A demência degenerativa por seu caráter progressivo e gradual apresenta três estágios hierárquicos pelos quais avança, habitualmente, no início, com sinais e sintomas de comprometimento da memória e da orientação no tempo e espaço; na fase intermediária, há a deterioração de domínios cognitivos como afasia (distúrbios da fala), agnosia (incapacidade de reconhecer objetos) e apraxia (incapacidade de executar movimentos e gestos precisos), além de sintomas neuropsiquiátricos com alterações comportamentais; e no estágio avançado, o grave comprometimento das funções cognitivas leva ao mutismo, às incontinências e à imobilidade total, configurando a fase terminal da doença (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2016).

Para afastar quadros demenciais secundários e potencialmente reversíveis, de origem não degenerativa, está indicada a solicitação de exames laboratoriais e de imagem. Dentre os exames laboratoriais, devem ser solicitados: hemograma completo, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, proteínas totais e frações, enzimas hepáticas, T4 livre e TSH, vitamina B12, ácido fólico, cálcio sérico, sorologia para Sífilis e sorologia para HIV, em pacientes com idade inferior a 60 anos ou com sintomas atípicos. Há uma pequena variação da recomendação, com a inclusão ou supressão de um ou outro exame pela literatura (RAMOS et al., 2009; FREITAS et al., 2016; BRASIL, 2017). A recomendação é a de que, na APS, exames de imagem, como a tomografia computadorizada de crânio (TCC), deveriam ser solicitados apenas em casos atípicos de demência (RAMOS et al., 2009). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas –Doença de Alzheimer estabelece o exame de imagem, TCC sem contraste ou a ressonância nuclear magnética, como parte do processo diagnóstico para preencher seus critérios (BRASIL, 2017).

Os avanços tecnológicos e as pesquisas trouxeram outras possibilidades de investigação diagnóstica por meio de exames, como a tomografia computadorizada por emissão simples de fótons ou a tomografia por emissão de pósitrons, a genotipagem da ApoE para DA, eletroencefalograma, punção lombar, marcadores biológicos no líquido cefalorraquidiano, dentre outros. Esses exames fazem parte do escopo de serviços especializados e de centros de pesquisa, não havendo evidências suficientes que sustentem a indicação na prática clínica rotineira, embora alguns, como os biomarcadores para DA, sejam considerados bastante promissores (FREITAS et al., 2016; BRASIL, 2017).

A Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa é um instrumento para identificação de problemas de saúde associados ao declínio funcional. Trata-se de uma avaliação breve a qual, ao se identificar um problema, orienta o profissional quanto ao passo seguinte, seja no prosseguimento da investigação, no encaminhamento do idoso dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ou na necessidade de fornecer educação em saúde. Dentre as áreas avaliadas nesse instrumento, destaca-se a cognição e memória que, por meio de um teste de evocação de três palavras, pode se levantar a suspeita de um quadro demencial em pacientes cujo motivo inicial de busca ao serviço não tenha sido esse. Muitas das informações solicitadas nesse instrumento auxiliam na avaliação global da pessoa idosa e encontram-se na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

Quando existem dúvidas quanto ao diagnóstico, ou nos casos de Transtorno Neurocognitivo Leve, a recomendação é o seguimento em longo prazo do idoso, com reavaliações periódicas e intervenções em fatores que possam influenciar no quadro e na avaliação, como medicamentos, transtornos de humor e déficits sensoriais. Na persistência da dúvida após seguimento, o encaminhamento para serviço especializado deve ser considerado (RAMOS et al., 2009; FREITAS et al., 2016).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) estabelece que uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias, recomendando que todos os membros da equipe de saúde estejam vigilantes e que instrumentos de avaliação e de testes de triagem sejam aplicados para detecção de distúrbios cognitivos e do comprometimento precoce da funcionalidade (BRASIL, 2006).

A vantagem de um diagnóstico precoce não está somente na possibilidade da intervenção farmacológica, mas também da aplicação de terapias alternativas no auxílio da manutenção da atividade cognitiva, como a terapia de estimulação cognitiva, terapias psicossociais, seguindo o cuidado centrado na pessoa e não na enfermidade. Os profissionais podem sentir-se limitados quanto ao tratamento farmacológico e, portanto, sem capacidade de intervenção, mas o apoio aos cuidadores, orientações a esses e modificações nos ambientes dos lares podem fazer muita diferença na evolução das demências e na qualidade de vida dos pacientes e familiares. O diagnóstico correto e precoce de uma demência permite que o idoso e sua família se preparem para a evolução da doença (CHAIMOWICS, 2013).

Conforme o Caderno de Atenção Básica nº19, após o diagnóstico da síndrome demencial, a pessoa idosa deve ser encaminhada à atenção especializada, seguindo o fluxo da RAS, ressaltando que a equipe da APS deverá manter o acompanhamento dessa, conjuntamente (BRASIL, 2006). De acordo com Ramos et al., a maioria dos pacientes com demência pode ser avaliada, tratada e medicada adequadamente por médicos em atenção primária à saúde (RAMOS et al., 2009). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas –Doença de Alzheimer, a ser usado pelos serviços públicos de saúde, destaca a importância da APS na identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial, mas estabelece que, para o diagnóstico da DA, os pacientes com suspeita devem ser encaminhados para serviço especializado em neurologia, geriatria ou psiquiatria, ou para atendimento por médico com o treinamento na avaliação de quadros demenciais (BRASIL, 2017). Os pacientes com demência devem ser encaminhados ao neurologista ou ao geriatra em casos de maior dificuldade diagnóstica e em casos de difícil manejo comportamental; e, ainda, ao geriatra, aqueles com mais de 80 anos, com múltiplas comorbidades e/ou outras síndromes geriátricas concomitantes (DUNCAN, 2013).

### 1.5 Tratamento e o cuidado do idoso com demência

O manejo das demências é complexo e o modelo biomédico unicamente não permite uma efetividade do cuidado. A integralidade, que envolve ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em um contexto biopsicossocial, atende a essa necessidade (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O tratamento farmacológico das demências, principalmente da DA, objetiva retardar a progressão da doença, estabilizando o comprometimento cognitivo, além de tentar controlar ou minimizar os sintomas comportamentais e melhorar o desempenho funcional, embora esses efeitos não sejam mantidos em longo prazo e seus benefícios sejam limitados (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2016; BRASIL, 2017). A terapia farmacológica disponível conta com as drogas anticolinesterásicas, a rivastigmina, a donepezila e a galantamina; e antiglutamatérgica, apenas a memantina (FREITAS et al., 2016; BRASIL, 2017).

O tratamento não farmacológico, por sua vez, envolve não só a abordagem do paciente, como da família e dos cuidadores, formais e informais, tendo como finalidade a melhora na qualidade de vida de todos. A demência pode ser considerada uma doença de caráter familiar

e social devido aos rearranjos e mudanças que provoca nas relações interpessoais, na dinâmica das famílias, no contexto financeiro dos lares e pode provocar o adoecimento dos envolvidos, os familiares e os cuidadores (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2016).

Existe uma variedade de estratégias e técnicas de tratamentos não farmacológicos, mas os estudos ainda não foram suficientes para padronizá-las e ainda pairam questionamentos sobre a eficácia. Ainda assim, são muito difundidas. O que se sabe é que os benefícios dependem da técnica usada, da indicação correta e da capacitação do profissional que irá empregá-la (BRASIL, 2017). Como exemplo de técnicas de reabilitação cognitiva, têm-se a “orientação para realidade”, o “treinamento de memória”, a “reminiscência”, o “livro de memória”. Outras terapias como a terapia ocupacional, as de recreação, como dança e musicoterapia, também são usadas. Os exercícios físicos por sua vez, de qualquer modalidade, demonstraram efeito benéfico sobre a cognição de pacientes com demência (BRASIL, 2006; FREITAS et al., 2016; BRASIL, 2017). Um artigo de revisão concluiu que o exercício físico demonstra bons resultados na preservação e/ou melhora cognitiva, funcional e física de pacientes com DA (KAMADA et al., 2018).

A abordagem das demências deve ser interdisciplinar, pela sua característica de não fragmentar o cuidado. Nas intervenções não farmacológicas, a interdisciplinaridade ganha maior importância. A construção de um plano de cuidados para o idoso pode englobar o acompanhamento nutricional para prevenir ou tratar alterações nutricionais previstas na demência, o tratamento fisioterápico, principalmente na manutenção do equilíbrio e da marcha; a intervenção fonoaudiológica, tanto para os distúrbios de linguagem quanto para os da deglutição com o progredir da doença; além do acompanhamento psicológico de pacientes, familiares e cuidadores (FREITAS et al., 2016).

O controle do ambiente é uma estratégia para auxiliar no tratamento, principalmente, de sintomas neuropsiquiátricos e comportamentais, bem como na diminuição da morbimortalidade, como na prevenção de quedas e de úlceras por pressão naqueles com imobilidade. As intervenções nesse cenário podem ser tanto para pacientes quanto para cuidadores. Para avaliação e proposição de um plano, a visita ao domicílio ou à instituição de longa permanência é necessária. Muitas vezes, adaptações simples já tem impacto na qualidade de vida, como a sugestão de ambientes tranquilos, com pouco estímulo auditivo e boa iluminação, a retirada de tapetes e de objetos que possam oferecer riscos, bem como a

manutenção de uma rotina para o idoso. Outras mudanças requerem gastos, como emprego de barras de apoio em banheiro, ampliação de espaços e uso de pisos antiderrapantes (FREITAS et al., 2016).

Na ESF, é importante organizar encontros entre os familiares e cuidadores dos idosos portadores de demência e, nesses, esclarecer dúvidas sobre a doença e fornecer orientações para o tratamento não farmacológico (CHAIMOWICS, 2013). O Ministério da Saúde publicou o Guia Prático do Cuidador que pode servir de referência a esses grupos (BRASIL, 2006). A saúde emocional do cuidador também deve ser avaliada, o estresse pessoal gerado pela tarefa e as alterações comportamentais do idoso demente podem acarretar-lhe ansiedade e depressão, que necessitam de diagnóstico e tratamento oportunos. Na APS, sugere-se a aplicação da avaliação da sobrecarga dos cuidadores, por meio do instrumento Zarit, para estabelecer o grau de estresse do cuidador e a necessidade de se traçar um plano assistencial para esse também (BRASIL, 2006).

O cuidado efetivo do idoso deve considerar o contexto em que esse se insere, família e comunidade; e as intervenções devem objetivar, principalmente, a prevenção e a progressão das incapacidades com as AVD (WILLIAMS; CHANG; AHALT, 2015). Medidas de prevenção têm sido também o foco da atenção em demência; o estudo *Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability*- FINGER, baseado em intervenção multimodal (treinamento cognitivo, exercício físico, dieta e monitoramento do risco vascular), é um exemplo de que programas de intervenção em populações em risco para demência podem diminuir a chance de declínio cognitivo (ADI, 2018).

#### 1.6 Atenção Primária à Saúde e o modelo de atenção ao idoso

Os profissionais da APS precisam conhecer as peculiaridades clínicas do envelhecimento que incluem a apresentação atípica das doenças e a sua demanda por uma abordagem diferenciada e uma avaliação e manejo integrais. Nesse sentido, o processo de “geriatrização” é citado como sendo mais viável economicamente para se enfrentar o envelhecimento, uma vez que não se pode ter como única estratégia a formação de geriatras. Tal processo se refere à difusão do enfoque geriátrico para outras especialidades, aqui se destaca a medicina de família e comunidade, que não demanda tanto tempo quanto à formação de novos recursos humanos especializados e, ao contrário, permite que se ganhe tempo no enfrentamento de uma

realidade que já se impõe. Isso significa usar a capacidade humana já instalada, por meio de sua qualificação (BRITO; CABRERA; ROCA, 2009).

O Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), orienta suas residências para formação de médicos especialistas que têm como principal cenário de atuação a APS. Nele, são listadas como competências essenciais a esses especialistas: realizar avaliação multidimensional do idoso e conhecer aspectos da avaliação geriátrica global; manejar as condições clínicas mais frequentes e relevantes nos idosos; aplicar as escalas geriátricas mais usadas; reconhecer, acompanhar e coordenar o cuidado de pacientes com doenças neurodegenerativas, dando o suporte adequado ao paciente e à família; manejar situações terminais de doenças crônicas como as demências; demonstrar habilidades de comunicação com paciente, seus cuidadores e sua família, com ênfase na comunicação de más notícias; manejar os problemas mais frequentes nos cuidados domiciliar (SBMFC, 2015).

A PNSPI define a Atenção Primária como a porta de entrada para a atenção à saúde do idoso, sendo essa um dos principais níveis de atenção em que se dará a efetivação dessa política, e propõe:

“incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes de Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial” (BRASIL, 2006).

A maioria dos serviços de atenção à saúde da pessoa idosa prestados ainda está fragmentada, onerosa, pouco eficiente e sem grandes benefícios para a qualidade de vida dos idosos (MENDES, 2010). Modelos adequados baseiam-se em uma linha de cuidados que prevê ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (OMS, 2005; MENDES, 2010). O enfoque deve ser não a cura, mas a estabilização do quadro clínico e a prevenção de incapacidades (OMS, 2005). Propõe-se um modelo no qual cabe ao médico assistente, um generalista ou médico de família,

conduzir e coordenar o cuidado e, quando preciso, encaminhar ao especialista na rede, para um parecer ou intervenção que considere necessário. Esse cuidado se dará desde a entrada do idoso no sistema de saúde, por meio de seu acolhimento, até o fim de sua vida (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Estratégias para qualificar o cuidado ofertado aos idosos pelos profissionais da APS/ ESF vêm sendo usadas, como a edição e distribuição do Caderno de Atenção Básica nº 19– Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (CAB 19), a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a realização do Curso de Educação à Distância em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa – EAD, a edição e distribuição do Guia Prático do Cuidador (FERNANDES; SOARES, 2012). Além dessas, na plataforma da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), estão disponíveis, para os profissionais com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), cursos de educação permanente por meio de EAD relacionados à saúde da pessoa idosa, com temas que vão desde o envelhecimento da população brasileira até a abordagem domiciliar de pacientes em cuidados paliativos (UNASUS, 2019). Ambos, CAB 19 e caderneta da pessoa idosa, são instrumentos que permitem uma avaliação multidimensional do idoso, disponíveis aos profissionais da APS.

Diante de um arcabouço legal, de políticas públicas voltadas à saúde do idoso, de publicações e cursos fomentados pelas instâncias do governo e por órgãos internacionais, questionam-se as causas da não efetivação do cuidado integral aos idosos e às enfermidades que lhes são peculiares, como a Demência. Para a OMS, a maioria dos países tem sido lenta para produzir e usar evidência para desenvolver uma resposta de saúde eficaz para novos padrões de doença e envelhecimento das populações (OMS, 2011). O Brasil, a exemplo disso e diferente do cenário internacional, ainda não possui um plano de ação nacional de atenção à Demência.

A qualificação do cuidado perpassa pela aquisição e aplicabilidade de competências e sua operacionalização, cabendo esforços dos profissionais, principalmente da APS, e dos gestores nessa implementação (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). As atividades educacionais constituem-se em estratégias para fomentar essa qualificação e as residências voltadas para a formação de profissionais que atuarão na APS devem primar por atender as necessidades das populações. Portanto, avaliar as práticas dos profissionais da APS na atenção ao idoso com demência em polos de residência constitui-se uma contribuição para

estabelecer um panorama da assistência prestada com vistas a reflexões e ações de enfrentamento dessa doença no cenário da APS.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Analisar as práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência nos municípios polo de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico, de formação e ocupacional dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.
- Analisar as práticas de médicos da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência e os fatores associados.
- Analisar as práticas de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência e os fatores associados.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico.

#### 3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Atenção Primária de municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes.

A oferta do primeiro curso de especialização na Unimontes, na modalidade Residência em Saúde da Família, para médicos e enfermeiros, cuja denominação original era “Residência Multiprofissional em Saúde da Família para Médico e Enfermeiro”, deu-se em 1999. Em 2005, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) credenciou essa especialização para médicos, no formato de residência em medicina de família e comunidade. O Curso de Especialização em Saúde da Família permaneceu para as outras profissões em saúde, como a enfermagem (BRASIL, 2006). A lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu a Residência em Área Profissional de Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS (BRASIL, 2005).

Em 2017, a Residência de Medicina de Família e Comunidade foi expandida para outros municípios do Norte de Minas Gerais, além de Montes Claros, com abertura de mais vagas, em um total de 63 vagas credenciadas. Essa medida atendeu à Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Foram estabelecidos, como cenários, os municípios polo: Montes Claros, Taiobeiras, Salinas, Pirapora, Janaúba, Porteirinha, Coração de Jesus e Bocaiúva.

### 3.3 População

A pesquisa foi realizada com médicos, médicos residentes, enfermeiros e enfermeiros residentes que atuavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) dos municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

A Atenção Primária dos municípios era composta por 17 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Salinas, 15 equipes em Taiobeiras, 17 equipes em Pirapora, 13 equipes em Coração de Jesus, 24 equipes em Janaúba, 17 equipes em Porteirinha, 13 equipes em Bocaiúva, 158 equipes em Montes Claros, totalizando, aproximadamente, 274 médicos e 274 enfermeiros, do quadro de funcionários dos referidos municípios, além de 122 residentes médicos e 15 residentes enfermeiros. Esse levantamento baseou-se no número de equipes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e nas vagas ofertadas nos editais de residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Foram utilizados como critérios de inclusão ser profissional atuante na APS e, de exclusão, os profissionais de saúde em afastamento das atividades laborais por licença, por qualquer motivo, e em período de férias. Sendo assim, de 685 potenciais participantes na pesquisa, 316 profissionais – 138 médicos e 178 enfermeiros – concordaram em participar, com a devolutiva do questionário preenchido.

### 3.4 Instrumento

Foi utilizado um questionário que contemplava as características sociodemográficas, econômicas, de formação, ocupacionais e as práticas dos profissionais no cuidado ao idoso com demência.

As características sociodemográficas e econômicas contemplaram: sexo (masculino, feminino), idade (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 anos ou mais), cor da pele autodeclarada (branca, negra, parda ou amarela), estado civil (casado/união estável, solteiro, separado/divorciado), renda (até 5 salários mínimos, de 5 a 10, acima de 10). As características de formação foram: ter cursado faculdade pública ou privada, maior nível de

escolaridade (graduação, especialização, residência, mestrado, doutorado), área de especialização ou de residência, estar cursando residência em saúde da família (englobando Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade). As características ocupacionais foram: receber incentivo por título de especialização, tipo de vínculo profissional na APS (contratado, efetivo), carga horária na APS (20, 32,40 horas, outro), possuir outro vínculo profissional além da APS, receber incentivo financeiro por produtividade, satisfação com o trabalho na APS (muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito e nem insatisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito) e tempo de trabalho na ESF e na equipe atual de ESF.

Para avaliação das práticas dos profissionais sobre o cuidado do idoso com demência foi aplicado o instrumento *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica* nas versões para médicos (ANEXO A) e enfermeiros (ANEXO B). O instrumento original foi desenvolvido e aplicado em Dublin pelo *Dementia Services Information and Development Centre*. A partir desse instrumento, foi realizada uma adaptação na Catalunha, sendo aplicado na atenção primária da Região Sanitária de Girona (TUERO et al., 2011). Baseada na versão Catalã, foi feita a adaptação desse instrumento para o contexto brasileiro, seguindo as etapas de tradução, síntese, retrotradução, revisão por um comitê de especialistas e pré-teste. Esse instrumento é composto por questões discursivas e de múltipla escolha, 28 no formato para médicos e 16 para enfermeiros, relacionadas ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com demência. Não se trata de um questionário baseado em respostas corretas e incorretas, mas um meio de se conhecer a prática clínica dos profissionais no atendimento a pacientes com demência (COSTA et al., 2015).

### 3.5 Coleta de dados

Para a coleta de dados, inicialmente, foi realizado contato com a gestão de saúde de cada município, sendo entregues as cópias do projeto, do parecer da Comissão de Ética em Pesquisa e do Termo de Consentimento da Instituição na secretaria municipal de saúde de Montes Claros, e enviados, por e-mail, para as coordenações de Atenção Primária dos demais municípios. Após autorização dos gestores ou dos coordenadores da Atenção Primária à Saúde dos municípios, procedeu-se à aplicação dos questionários.

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora e pelas alunas de Iniciação Científica, no período de março a outubro do ano de 2018, por meio de visitas *in loco* em cada unidade básica de saúde, em reuniões previamente agendadas e pactuadas com as gestões. Para os profissionais que não foram localizados nas visitas, o instrumento foi enviado por e-mail.

Previamente à coleta de dados, o instrumento utilizado na pesquisa foi testado em um estudo piloto com cerca de 10 participantes para se verificar a adequação das perguntas e para treinamento dos entrevistadores. Entre os participantes desse piloto, alguns foram profissionais da APS, médicos e enfermeiros, porém, de municípios que não fizeram parte do estudo, Francisco Sá e Jaíba; e os outros, em município integrante do posterior estudo, Montes Claros, mas que trabalhavam em outros cenários, diferentes da APS, como docência.

### 3.6 Análise de dados

Utilizou-se o *software* IBM – SPSS, versão 20.0, para análise dos dados. Para análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas, econômicas, de formação e ocupacionais utilizaram-se as frequências absolutas e relativas. Para a análise comparativa entre práticas de médicos e enfermeiros e para verificar a associação entre o tempo de experiência profissional na ESF e práticas, e entre formação e as práticas de médicos e enfermeiros no cuidado às demências foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 0,05.

### 3.7 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer nº2.483.632 (ANEXO C).

Foi solicitada a aprovação por parte da Coordenação da Atenção Primária à Saúde e/ou dos gestores de saúde dos municípios, por meio do Termo de Concordância da Instituição (TCI) (APÊNDICE A). Aos participantes da pesquisa foi entregue ou enviado por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), para se esclarecer sobre a pesquisa e se obterem a sua concordância e assinatura. Para aqueles em que foi aplicado o

questionário na modalidade presencial, houve, ainda, a prévia informação da natureza da pesquisa, seu objetivo, os benefícios e os riscos de sua realização, bem como as precauções tomadas, incluindo anonimato e confidencialidade das informações fornecidas, além da utilização dessas exclusivamente para fins científicos. Aos indivíduos, foi facultada a opção de participar da pesquisa, bem como desistir em qualquer momento, sem qualquer tipo de ônus.

## 4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

4.1 Artigo: O artigo PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO AOS IDOSOS COM DEMÊNCIA, produto desta dissertação, será apresentado à Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação (ISSN 1807-5762, Área Saúde coletiva, Classificação B1). O artigo foi redigido conforme normas do periódico.

4.2 Resumo 1: Resumo simples AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS NA PRÁTICA CLÍNICA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE apresentado na modalidade pôster no 2 Congresso Nacional de Oncologia da Associação Presente em Setembro de 2018(ANEXO D).

4.3 Resumo 2: Resumo simples FUNÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE apresentado na modalidade pôster e nos anais da XIII Mostra Científica de Enfermagem da Unimontes e I Simpósio da Liga Acadêmica Norte Mineira de Lesões Cutâneas em Setembro de 2018 (ANEXO E).

4.4 Resumo 3: Resumo expandido PRÁTICAS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE apresentado no formato de pôster e nos anais do 12º Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG) promovido pela Unimontes, no período de 27 de novembro a 01 de dezembro de 2018. (ANEXO F)

#### 4.1 Artigo

### **Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência**

### **Practices of primary health care professionals in caring for elderly people with dementia**

### **Prácticas de profesionales de la salud primaria en el cuidado de personas mayores con demencia**

#### **Resumo**

O objetivo da presente pesquisa foi analisar as práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência. Trata-se de estudo transversal e analítico, realizado na Atenção Primária de municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros. Foi aplicado um questionário nas versões para médicos e enfermeiros. Participaram deste estudo 316 profissionais. Constatou-se uma prática incipiente de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência, o que aponta para a importância da criação de estratégias de educação voltadas a qualificar o cuidado, trazendo impacto na qualidade de vida de idosos, familiares e cuidadores.

**Palavras-chave:** Demência. Profissionais de saúde. Atenção Primária.

#### **Abstract**

The objective of this research was to analyze the practices of physicians and nurses of primary health care in the care of the elderly with dementia. This is a cross-sectional and analytical study, carried out in the primary care of municipalities of the family and Community Medicine residency and multiprofessional residency in family Health of the State University of Montes Claros. A questionnaire was applied in the versions for physicians and nurses. 316 professionals participated in this study. It was observed an incipient practice of physicians and nurses of primary health care in care for the elderly with dementia, which points to the importance of creating



educational strategies aimed at qualifying care, bringing an impact on the quality of life of Elderly, relatives and caregivers

**Keywords:** Dementia. Health professional. Primary care.

### **Resumen**

El objetivo de esta investigación fue analizar las prácticas de los médicos y enfermeras de la atención primaria de salud en el cuidado de los ancianos con demencia. Se trata de un estudio transversal y analítico, realizado en la atención primaria de los municipios de la familia y residencia de medicina comunitaria y residencia multiprofesional en salud familiar de la Universidad Estatal de Montes claros. Se aplicó un cuestionario en las versiones para médicos y enfermeras. participaron en este estudio 316 profesionales. Se observó una práctica incipiente de médicos y enfermeras de atención primaria de salud en el cuidado de los ancianos con demencia, lo que apunta a la importancia de crear estrategias educativas destinadas a la atención calificada, lo que repercute en la calidad de vida de Ancianos, parientes y cuidadores

**Palabras clave:** Demencia. Profesionales de la salud. Atención primaria.

### **Introdução**

O fenômeno de envelhecimento da população é mundial e estima-se que, até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos<sup>1</sup>. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e, dentre esses, existe uma importante parcela de portadores de alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), além daqueles que, mesmo sem doença, já apresentam alguma limitação funcional<sup>2</sup>.

Entre os idosos, a demência é uma das principais DCNTs que causam incapacidade e dependência<sup>3</sup>. Essa doença cursa com deterioração dos domínios cognitivos, transtornos de comportamento e prejuízo funcional<sup>4</sup> e é o tipo mais comum e mais grave de comprometimento da função cognitiva<sup>5</sup>. Nas Estimativas de Saúde Global de 2016 da Organização Mundial da Saúde (OMS), as mortes devido às demências mais que dobraram entre 2000 e 2016, o que elevou essa à posição de 5ª causa de mortes global em 2016<sup>6</sup>. Em países como a Inglaterra e Gales, a

demência já se constitui na principal causa de morte<sup>7</sup>. Para a média dos países da América Latina, a taxa de prevalência de demência foi de 7,1%<sup>8</sup>; a prevalência desse agravo no Brasil varia de 5,1% a 17,5%<sup>9</sup>.

A Atenção Primária à Saúde constitui-se em um contexto privilegiado para o cuidado da pessoa idosa com demência. Nesse cenário, espera-se uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce para detecção de distúrbios cognitivos, do comprometimento da funcionalidade e das suas complicações<sup>10</sup>. Para tanto, os profissionais de saúde devem estar qualificados para o atendimento ao paciente com demência e aos seus cuidadores. Estratégias para qualificar o cuidado ofertado aos idosos pelos profissionais de saúde podem incluir educação continuada, como a residência, cursos de especialização *lato sensu* e *stricto sensu* e a educação permanente<sup>11</sup>.

As evidências para desenvolver uma resposta de saúde eficaz nesse padrão de doença e envelhecimento das populações precisam ser produzidas pelos serviços de saúde<sup>12</sup>. O conhecimento sobre o cuidado à pessoa idosa com demência pode contribuir para subsidiar políticas públicas para a promoção da qualidade de vida dessa população. A investigação sobre as práticas do cuidado primário à demência ainda são incipientes no cenário nacional, especialmente no Norte de Minas Gerais. O objetivo deste estudo foi analisar as práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado aos idosos com demência.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado na Atenção Primária dos municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros. Foram estabelecidos como cenários os municípios polo: Montes Claros, Taiobeiras, Salinas, Pirapora, Janaúba, Porteirinha, Coração de Jesus e Bocaiúva.

A pesquisa foi realizada com médicos, médicos residentes, enfermeiros e enfermeiros residentes que atuavam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) desses municípios. A Atenção Primária dos municípios era composta por 274 equipes de ESF, totalizando aproximadamente 274 profissionais médicos e 274 profissionais enfermeiros, do quadro de funcionários desses municípios, além de 122 residentes médicos e 15 residentes enfermeiros. Foram utilizados como critérios

de inclusão ser profissional atuante na APS e, de exclusão, estar em afastamento das atividades laborais por licença, por qualquer motivo e em período de férias.

Foi utilizado um questionário que contemplava as características sociodemográficas e econômicas (sexo, cor da pele autodeclarada, estado civil e renda), de formação (tempo de graduação, escolaridade, estar cursando residência em saúde da família) e ocupacionais (vínculo profissional, tempo na ESF e tempo na equipe atual) e as práticas dos profissionais sobre o cuidado do idoso com demência. Para tanto, foi aplicado o instrumento “Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica” nas versões para médicos e enfermeiros<sup>13</sup>, adaptados para o contexto brasileiro<sup>14</sup>. O instrumento é composto por questões discursivas e de múltipla escolha, 28 no formato para médicos e 16, para enfermeiros, relacionadas ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com demência<sup>14</sup>. Não se trata de um questionário baseado em respostas corretas e incorretas, mas um meio de se conhecer a prática dos profissionais no atendimento a pacientes com demência.

Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores e alunas de Iniciação Científica, no período de março a outubro do ano de 2018, por meio de visitas *in loco* em cada unidade básica de saúde ou em reuniões previamente agendadas e pactuadas com as gestões. Para os profissionais que não foram localizados nas visitas, o instrumento foi enviado por e-mail.

Para análise, utilizou-se o *software* IBM - SPSS, versão 20.0. Para análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas, econômicas, de formação e ocupacionais, utilizaram-se as frequências absolutas e relativas. Para a análise comparativa entre práticas de médicos e enfermeiros e para verificar a associação entre o tempo de experiência profissional na ESF e práticas de médicos e, entre formação e as práticas no cuidado às demências foi utilizado o teste Qui-quadrado, com nível de significância de 0,05.

O estudo foi conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob o parecer nº2.483.632.

## Resultados

Participaram deste estudo 316 profissionais, sendo 138 médicos e 178 enfermeiros. A maioria dos participantes era do sexo feminino (65,2% médicos, 84,8% enfermeiros). A média de idade foi de 32,4 anos ( $\pm 7,5$ ) para médicos e 33,4 anos ( $\pm 5,9$ ) para enfermeiros. Para tempo de formação, a média foi de 5,7 anos ( $\pm 7,1$ ) para médicos e 8,3 anos ( $\pm 4,3$ ) para enfermeiros, sendo que 65,7% dos médicos possuíam menos de 5 anos de formação, enquanto os enfermeiros, 47,1% possuíam entre 5 a 10 anos de formados. O maior nível de escolaridade entre os médicos foi a graduação, 44,2%; já entre os enfermeiros foi a especialização, 54,2%. Quanto ao tempo de experiência na ESF, os médicos apresentaram uma média de 4,3 anos ( $\pm 4,5$ ) e os enfermeiros, 6,5 anos ( $\pm 7,9$ ), sendo que o tempo na equipe atual de ESF foi em média 2,2 anos ( $\pm 3,4$ ) para médicos e 2,7 ( $\pm 3,1$ ) para enfermeiros (Tabela 01).

**Tabela 01** – Caracterização sociodemográfica e profissional dos médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (N= 316)

Variáveis	Médicos n (%)	Enfermeiros n (%)	Total n (%)
<b>Sexo</b>			
Masculino	48(34,8)	27(15,2)	75(23,7)
Feminino	90(65,2)	151(84,8)	241(76,3)
<b>Idade</b>			
20 a 29	61(44,2)	46(25,8)	107(33,9)
30 a 39	53(38,4)	94(52,8)	147(46,5)
40 a 49	15(10,9)	22(12,4)	37(11,7)
50 ou mais	9(6,5)	16(9,0)	25(7,9)
<b>Cor de pele</b>			
Branca	71(51,4)	61(34,3)	132(41,8)
Negra	4(2,9)	16(9,0)	20(6,3)
Parda	61(44,2)	99(55,6)	160(50,6)
Amarela	2(1,5)	2(1,1)	4(1,3)
<b>Estado civil</b>			
Casado/união estável	54(39,2)	105(59,0)	159(50,3)
Solteiro	75(54,3)	65(36,5)	140(44,3)
Separado/divorciado	9(6,5)	8(4,5)	17(5,4)
<b>Renda</b>			
Até 5s.m.*	7(5,1)	132(82,5)	139(46,6)
5 a 10 s.m.	82(59,4)	28(17,5)	110(36,9)
Acima de 10 s.m.	49(35,5)	-	49(16,5)
<b>Tempo de graduação</b>			
Menos de 5 anos	88(65,7)	42(24,4)	130(42,5)
5 a 10 anos	29(21,6)	81(47,1)	110(35,9)
Acima de 10 anos	17(12,7)	49(28,5)	66(21,6)
<b>Escolaridade</b>			
Graduação	61(44,2)	45(25,4)	106(33,7)
Especialização	38(27,5)	96(54,2)	134(42,5)
Residência	31(22,5)	28(15,9)	59(18,7)
Mestrado/Doutorado	8(5,8)	8(4,5)	16(5,1)
<b>Residência</b>			
Sim	29(21,0)	36(20,3)	65(20,6)
Não	109(79,0)	141(79,7)	250(79,4)
<b>Cursando saúde da família</b>			
Sim	49(35,5)	14(8,0)	63(20,1)
Não	89(64,5)	163(92,0)	250(79,9)
<b>Vínculo profissional</b>			
Contratado	121(88,3)	147(84,5)	268(86,2)
Efetivo	12(8,7)	19(10,9)	31(10,0)
Residência	2(1,5)	5(2,9)	7(2,3)
Outros	2(1,5)	3(1,7)	5(1,5)
<b>Tempo trabalho na ESF</b>			
< 5 anos	99(71,7)	85(47,8)	184(58,2)
5 ou mais	39(28,3)	93(52,2)	132(41,8)
<b>Tempo na equipe atual</b>			
Até 2 anos	102(73,9)	103(57,9)	205(64,9)
Acima de 2 anos	36(26,1)	75(42,1)	111(35,1)

\*s.m. salários mínimos

A avaliação das práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado a idosos com demência foi demonstrada na Tabela 2. Observou-se que 73% do total de profissionais da APS não possuíam agenda específica para atendimento a idosos, com diferença significativa para as categorias de formação, sendo 81,2 % dos médicos e 66,7% dos enfermeiros ( $p=0,004$ ).

Entre os pesquisados, 98,1% consideraram necessário realizar capacitação específica em demência. A ausência de participação em atividades de capacitação específica sobre diagnóstico e o tratamento de demência foi relatada por 62,9%.

Os enfermeiros apresentaram maior frequência (30,5%) em não realizar consulta mensal ao paciente com demência ( $p<0,001$ ), quando comparado aos médicos. Na avaliação dos sinais e sintomas usados para suspeitar de uma possível demência, observou-se que o comprometimento cognitivo com alterações da memória foi avaliado por 79,9% dos profissionais e, sem alterações de memória, por 33,8% desses.

Na análise dos testes utilizados para avaliar a função cognitiva, houve diferença significativa entre os profissionais. Detectou-se que os testes Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ( $p<0,001$ ), Teste de Fluência Verbal ( $p=0,007$ ) e Teste do desenho do relógio ( $p=0,016$ ) foram utilizados em maior frequência por médicos. Habitualmente 55,1% dos enfermeiros não realizavam nenhum dos testes de função cognitiva para o rastreio de demência ( $p<0,001$ ).

Quanto aos testes para avaliar a capacidade funcional, 73,5% dos profissionais habitualmente não utilizam nenhum teste. A dificuldade para cuidar de pacientes com demência grave foi relatada por 81,3% dos profissionais. Em relação ao acompanhamento do cuidador, 59,1% afirmaram realizá-lo nunca ou raramente.

**Tabela 02** – Comparação das práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência

Variáveis	Médicos n(%)	Enfermeiro n(%)	Total n (%)	p-valor
Agenda específica para atendimento a idosos				
Sim	26(18,8)	59(33,3)	85(27,0)	<b>0,004</b>
Não	112(81,2)	118(66,7)	230(73,0)	
Considera necessário realizar capacitação em demência				
Sim	135(97,8)	173(98,3)	308(98,1)	0,763
Não	3(2,2)	3(1,7)	6(1,9)	
Participação em atividade de capacitação em demência				
Sim	54(39,1)	63(35,6)	117(37,1)	0,519
Não	84(60,9)	114(64,4)	198(62,9)	
Percentual de idosos entre os pacientes				
< 10%	8(5,8)	20(11,6)	28(9,0)	0,057
10 a 14%	22(16,1)	28(16,2)	50(16,1)	
15 a 19%	25(18,2)	45(26,0)	70(22,6)	
20% ou mais	82(59,9)	80(46,2)	162(52,3)	
Número de consultas/mês a pacientes com demência				
Nenhuma	12(8,7)	54(30,5)	66(21,0)	<b>&lt;0,001</b>
< 10	118(85,5)	115(65,0)	233(74,0)	
10 ou mais	8(5,8)	8(4,5)	16(5,0)	
<b>Sinais e sintomas usados para suspeitar de uma possível demência</b>				
Sintomas psicológicos e comportamentais				
Sim	99(72,3)	135(76,3)	234(74,5)	0,419
Não	38(27,7)	42(23,7)	80(25,5)	
Comprometimento cognitivo com alterações da memória				
Sim	113(82,5)	138(78,0)	251(79,9)	0,322
Não	24(17,5)	39(22,0)	63(20,1)	

continua

Continuação da Tabela 02

Variáveis	Médicos n(%)	Enfermeiro n(%)	Total n (%)	p-valor
Comprometimento cognitivo sem alterações da memória				
Sim	46(33,6)	60(33,9)	106(33,8)	0,952
Não	91(66,4)	117(66,1)	208(66,2)	
Comprometimento das AVDs				
Sim	100(73,0)	115(65,0)	215(68,5)	0,129
Não	37(27,0)	62(35,0)	99(31,5)	
<b>Testes utilizados para avaliar Função Cognitiva</b>				
Miniexame do estado mental				
Sim	98(71,0)	68(38,2)	166(52,5)	<b>&lt;0,001</b>
Não	40(29,0)	110(61,8)	150(47,5)	
Avaliação Função Global (CDR)				
Sim	26(18,8)	26(14,6)	52(16,5)	0,314
Não	112(81,2)	152(85,4)	264(83,5)	
Teste de Fluência Verbal				
Sim	38(27,5)	27(15,2)	65(20,6)	<b>0,007</b>
Não	100(72,5)	151(84,8)	251(79,4)	
Teste do desenho do Relógio				
Sim	47(34,1)	39(21,9)	86(27,2)	<b>0,016</b>
Não	91(65,9)	139(78,1)	230(72,8)	
Habitualmente não utiliza				
Sim	29(21,0)	98(55,1)	127(40,2)	<b>&lt;0,001</b>
Não	109(79,0)	80(44,9)	189(59,8)	
<b>Testes utilizados para avaliar Capacidade Funcional</b>				
Teste de Pfeffer				
Sim	19(13,9)	18(10,2)	37(11,8)	0,322
Não	118(86,1)	158(89,8)	276(88,2)	

continua



Continuação da Tabela 02

Variáveis	Médicos n(%)	Enfermeiro n(%)	Total n (%)	p-valor
Testes de Katz				
Sim	24(17,5)	30(17,0)	54(17,3)	0,913
Não	113(82,5)	146(83,0)	259(82,7)	
Teste de Lawton				
Sim	16(11,7)	21(11,9)	37(11,8)	0,945
Não	121(88,3)	155(88,1)	276(88,2)	
Habitualmente não utiliza				
Sim	96(70,1)	134(76,1)	230(73,5)	0,228
Não	41(29,9)	42(23,9)	83(26,5)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência				
Sim	103(74,6)	128(72,3)	231(73,3)	0,644
Não	35(25,4)	49(27,7)	84(26,7)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave				
Sim	112(81,2)	145(81,5)	257(81,3)	0,946
Não	26(18,8)	33(18,5)	59(18,7)	
Frequência de acompanhamento ao cuidador				
Nunca	27(20,8)	33(19,1)	60(19,8)	0,078
Raramente	60(46,2)	59(34,1)	119(39,3)	
Às vezes	34(26,2)	59(34,1)	93(30,7)	
Frequentemente	9(6,8)	22(12,7)	31(10,2)	

Na análise entre tempo de experiência profissional na ESF e práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência foram observadas associação estatisticamente significativa para a participação em atividade de capacitação em demência (médico  $p=0,026$ ; enfermeiros  $p=0,049$ ) e dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave ( $p=0,006$ ) entre os médicos (Tabela 03).

**Tabela 03-** Associação entre tempo de experiência profissional na Estratégia de Saúde da Família e práticas de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado aos idosos com demência

Variáveis	Médicos			Enfermeiros		
	< 5 anos n(%)	5 ou mais n(%)	p-valor	< 5 anos n(%)	5 ou mais n(%)	p-valor
Agenda específica para atendimento a idosos						
Sim	15(15,2)	11(28,2)	0,077	29(34,1)	30(32,6)	0,832
Não	84(84,8)	28(71,8)		56(65,9)	62(67,4)	
Considera necessário realizar capacitação em demência						
Sim	98(99,0)	37(94,9)	0,135	84(98,8)	89(97,8)	0,601
Não	1(1,0)	2(5,1)		1(1,2)	2(2,2)	
Participação em atividade de capacitação em demência						
Sim	33(33,3)	21(53,8)	<b>0,026</b>	24(28,2)	39(42,4)	<b>0,049</b>
Não	66(66,7)	18(46,2)		61(71,8)	53(57,6)	
Número de consultas/mês para pacientes com demência						
Nenhuma	6(6,1)	6(15,4)	0,165	25(29,4)	29(31,5)	0,691
< 10	88(88,8)	30(76,9)		55(64,7)	60(65,2)	
10 ou mais	5(5,1)	3(7,7)		5(5,9)	3(3,3)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência						
Sim	74(74,7)	29(74,4)	0,962	66(78,6)	62(66,7)	0,077
Não	25(25,3)	10(25,6)		18(21,4)	31(33,3)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave						
Sim	86(86,9)	26(66,7)	<b>0,006</b>	69(81,2)	76(81,7)	0,926
Não	13(13,1)	13(33,3)		16(18,8)	17(18,3)	

continua

Continuação da Tabela 03

Variáveis	Médicos			Enfermeiros		
	< 5 anos n(%)	5 ou mais n(%)	P-valor	< 5 anos n(%)	5 ou mais n(%)	P-valor
Frequência de acompanhamento ao cuidador						
Nunca	21(22,8)	6(15,8)	0,261	17(20,7)	16(17,5)	0,866
Raramente	44(47,9)	16(42,1)		29(35,4)	30(33,0)	
Às vezes	23(25,0)	11(28,9)		27(32,9)	32(35,2)	
Frequentemente	4(4,3)	5(13,2)		9(11,0)	13(14,3)	

Na análise de associação entre formação dos profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e práticas no cuidado aos idosos com demência, observou-se que a participação em atividade de capacitação em demência (médico  $p=0,028$ ; enfermeiro  $p=0,003$ ) e frequência de acompanhamento ao cuidador (médico  $p=0,034$ ; enfermeiro  $p=0,051$ ) foram estatisticamente significativas (Tabelas 04 e 05).

**Tabela 04-** Associação entre Formação de médicos da Atenção Primária à Saúde e práticas no cuidado aos idosos com demência

Variáveis	Graduação n(%)	Especia lização n(%)	Residên cia n(%)	Mest./ Dout. n(%)	P-valor
Agenda específica para atendimento a idosos					
Sim	9(14,8)	10(26,3)	5(16,1)	2(25,0)	0,493
Não	52(85,2)	28(73,7)	26(83,9)	6(75,0)	
Considera necessário realizar capacitação em demência					
Sim	61(100)	37(97,4)	30(96,8)	7(87,5)	0,135
Não	0(0)	1(2,6)	1(3,2)	1(12,5)	
Participação em atividade de capacitação em demência					
Não	45(73,8)	18(47,4)	18(58,1)	3(37,5)	<b>0,028</b>
Sim	16(26,2)	20(52,6)	13(41,9)	5(62,5)	
Número de consultas/mês para pacientes com demência					
Nenhuma	4(6,6)	3(7,9)	4(12,9)	1(12,5)	0,727
< 10	54(88,5)	31(81,6)	26(83,9)	7(87,5)	
10 ou mais	3(4,9)	4(10,5)	1(3,2)	0(0,0)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência					
Sim	41(67,2)	29(76,3)	27(87,1)	6(75,0)	0,224
Não	20(32,8)	9(23,7)	4(12,9)	2(25,0)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave					
Sim	52(85,2)	27(71,1)	27(87,1)	6(75,0)	0,249
Não	9(14,8)	11(28,9)	4(12,9)	2(25,0)	
Frequência de acompanhamento ao cuidador					
Nunca	18(32,1)	5(13,5)	3(10,3)	1(12,5)	<b>0,034</b>
Raramente	17(30,4)	18(48,6)	21(72,4)	4(50,0)	
Às vezes	17(30,4)	10(27,0)	5(17,3)	2(25,0)	
Frequentemente	4(7,1)	4(10,9)	0(0,0)	1(12,5)	

**Tabela 05.** Associação entre Formação de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e práticas no cuidado aos idosos com demência

Variáveis	Graduação n(%)	Especialização n(%)	Residência n(%)	Mestrado/dou- torado n(%)	p-valor
Agenda específica para atendimento a idosos					
Sim	15(33,3)	35(36,8)	5(17,9)	3(37,5)	0,306
Não	30(66,7)	60(63,2)	23(82,1)	5(62,5)	
Considera necessário realizar capacitação em demência					
Sim	44(97,8)	94(98,9)	26(96,3)	8(100,0)	0,780
Não	1(2,2)	1(1,1)	1(3,7)	0(0,0)	
Participação em atividade de capacitação em demência					
Não	37(82,2)	58(61,1)	12(42,9)	7(87,5)	<b>0,003</b>
Sim	8(17,8)	37(38,9)	16(57,1)	1(12,5)	
Número de consultas/mês para pacientes com demência					
Nenhuma	14(31,1)	25(26,3)	12(42,9)	3(37,5)	0,691
< 10	30(66,7)	65(68,4)	15(53,6)	5(62,5)	
10 ou mais	1(2,2)	5(5,3)	1(3,6)	0(0,0)	
Programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência					
Sim	36(80,0)	68(71,6)	18(64,3)	6(75,0)	0,697
Não	9(20,0)	27(28,4)	10(35,7)	2(25,0)	
Encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave					
Sim	36(80,0)	81(84,4)	22(78,6)	6(75,0)	0,977
Não	9(20,0)	15(15,6)	6(21,4)	2(25,0)	

continua

Continuação da Tabela 05

Variáveis	Graduação n(%)	Especialização n(%)	Residência n(%)	Mestrado/dou- torado n(%)	<i>p</i> -valor
Frequência de acompanhamento ao cuidador					
Nunca	13(30,2)	16(17,0)	4(14,8)	0(0,0)	<b>0,051</b>
Raramente	11(25,6)	28(29,8)	14(51,9)	6(75,0)	
Às vezes	14(32,6)	35(37,2)	8(29,6)	2(25,0)	
Frequentemente	5(11,6)	15(16,0)	1(3,7)	0(0,0)	

## Discussão

Neste estudo, constatou-se uma prática incipiente de médicos e enfermeiros da APS no cuidado aos idosos com demência. O atendimento a esses pelos profissionais tem sido realizado de forma não sistematizada. Estudo anterior verificou que o acesso ao serviço de saúde é uma das necessidades não atendidas mais relatadas pelos idosos<sup>15</sup>, sendo maior entre aqueles que usam o Serviço Único de Saúde, quando comparados aos que utilizam planos de saúde privados<sup>16</sup>.

O idoso com demência requer uma agenda específica, com dia e horários pré-determinados, para garantir tempo e espaço para a avaliação multidimensional, que exige do profissional a aplicação de instrumentos que podem demandar mais tempo, fator elencado como limitante do atendimento às demências<sup>13</sup>.

A dificuldade do acesso do idoso ao acompanhamento clínico existe mesmo com o aumento da cobertura da ESF no cenário nacional<sup>16</sup>. Essa situação pode comprometer a qualidade do manejo das demências. A limitação de acesso pode contribuir para a busca de atendimento em hospitais, comprometendo o atributo de primeiro contato da APS, posto que esse apresenta os mais baixos escores em estudos de avaliação da qualidade dos serviços de APS<sup>18</sup>. Pode também prejudicar o atributo da longitudinalidade, com a diminuição do número de consultas de retorno para reavaliações dos idosos com demência e do seu cuidado, o que é imprescindível devido à característica progressiva e ao manejo complexo dessa síndrome<sup>19</sup>. Esse contexto pode contribuir para o aumento das internações dos idosos por condições sensíveis à APS<sup>17</sup>.

A maioria dos profissionais, de ambas as categorias, informou não ter realizado curso de capacitação em demência nos últimos anos, embora tenha considerado necessário realizar capacitação nesse tema, assim como encontrado por Tuero et al<sup>13</sup>. A capacitação em demência é importante para a aquisição de competências no cuidado ao idoso, para a atualização e/ou a aquisição de novas informações. Estudos internacionais mostraram que participação em capacitação sobre demência possibilita aos profissionais maior conhecimento, atitudes positivas e êxito no cuidado frente aos pacientes com demência<sup>20, 21</sup>.



O aperfeiçoamento profissional é importante visto que atende à necessidade advinda da realidade vivenciada no serviço, frente à crescente demanda de cuidados com demência. Todavia, os profissionais ainda apresentam dificuldade em reconhecer que os problemas vivenciados no dia a dia são os propulsores das atividades de educação, e despertar essa capacidade reflexiva é um desafio<sup>22</sup>. Para tanto, há necessidade de que os gestores promovam e incentivem essa atividade em horário protegido no serviço, uma vez que estudos prévios mostraram uma baixa adesão dos profissionais em atividades de educação continuada e permanente<sup>23, 24</sup>. O Ministério da Saúde tem investido na educação dos profissionais de saúde de forma ampla, mas o impacto desses programas na prática cotidiana de produção do cuidado ainda tem sido baixo<sup>25</sup>.

O processo de educação profissional incorporado ao trabalho nas equipes de saúde da família permite problematizar a realidade, refletir sobre as práticas e planejar ações, na perspectiva de transformar e qualificar as práticas do cuidado<sup>22</sup>. Nesse sentido, as residências tanto em Medicina de Família e Comunidade quanto Multiprofissional em Saúde da Família constituem-se em espaço de formação de profissionais com competência para atender às necessidades em saúde da população no âmbito do SUS<sup>26</sup>. O Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), lista como essencial a seus especialistas, dentre outras, reconhecer, acompanhar e coordenar o cuidado de pacientes com doenças neurodegenerativas, dando o suporte adequado ao paciente e à família, o que inclui as demências<sup>27</sup>.

Um dos motivos do atraso no diagnóstico das demências é a crença de que o comprometimento cognitivo em pessoas idosas é normal<sup>28</sup>, seja por parte dos familiares, que protelam a busca por serviços de saúde, seja por parte dos profissionais, que não realizam o rastreio, uma vez que não suspeitam do declínio cognitivo. Neste estudo, a maioria dos profissionais utilizou a avaliação dos sinais e sintomas como sintomas psicológicos e comportamentais, comprometimento cognitivo com alterações de memória e comprometimento das atividades de vida diária para suspeitar de uma possível demência. Aproximadamente dois terços dos profissionais não consideram o comprometimento cognitivo sem alterações da memória, esse aspecto pode levar

ao subdiagnóstico dos idosos com demência e demonstra o desconhecimento dos critérios diagnósticos<sup>28</sup>.

As taxas de diagnóstico formal de demência na Atenção Primária à Saúde aumentam quando são aplicados testes de triagem<sup>29</sup>. No presente estudo, os profissionais médicos relataram usar o MEEM para avaliar a função cognitiva, como visto na literatura<sup>12, 26, 27</sup>. Esse teste foi elencado como recurso isolado pela maior parte dos pesquisados para o rastreio das demências, o que pode ser uma causa de falha no processo, uma vez que o MEEM não deve ser utilizado isoladamente nas síndromes demenciais<sup>25, 28</sup>. Faz-se necessário associá-lo ao teste do desenho do relógio ou ao de fluência verbal<sup>29</sup>, o que não foi encontrado na prática médica dos que responderam ao questionário.

Verificou-se ainda que parte expressiva dos profissionais não utilizava, habitualmente, nenhum teste de rastreio, porcentagem maior que a da literatura, 7%<sup>30</sup>, e nenhum teste de avaliação da capacidade funcional. Esse achado demonstra a incoerência da prática, na qual se suspeita de quadros demenciais mas a avaliação, habitualmente, não segue com a utilização de testes preconizados. Isso pode ocorrer porque o manejo de DCNT privilegia doenças como hipertensão arterial e *diabetes mellitus* e os profissionais podem não considerar o cuidado específico das demências como uma de suas atribuições<sup>34, 39</sup>. Deve-se estimular a implementação do cuidado ao idoso com demência pelas equipes de ESF na perspectiva de diminuir as internações por condições sensíveis à APS<sup>17</sup>; estratégia já valorizada na Inglaterra, por meio de incentivo financeiro<sup>35</sup>.

O manejo das demências graves foi elencado como dificuldade para a maioria dos profissionais. O comprometimento do manejo nessa fase pode levar a complicações como pneumonia, com aumento do número de hospitalizações repetidas e da mortalidade<sup>36</sup>. Nessa fase da demência, os pacientes são eleitos para cuidados paliativos, e a falta de capacitação também nesse tema pode ser uma das causas dessa dificuldade em manejar tais pacientes<sup>37</sup>.

Entre os principais objetivos do manejo da demência está minimizar o estresse do familiar e cuidador, além de melhorar a qualidade de vida, manter a independência funcional do doente e diminuir os riscos à saúde<sup>3, 38</sup>. Neste estudo, os profissionais de ambas as categorias, habitualmente não

disponibilizam acompanhamento ao cuidador formal ou informal de forma sistematizada, concordante com estudo brasileiro que mostrou que a maioria dos serviços de APS realiza apenas o suporte informativo aos cuidadores de idosos, e ações como avaliação do estresse, investigação de sua rede de apoio ou grupos de apoio são realizadas em menos da metade dos serviços<sup>23</sup>.

O cuidado incipiente de idosos com demência na APS pode ser devido à restrição no seu acesso ao serviço de saúde, à limitação da gama de serviços oferecidos, à subutilização de recursos e o despreparo das equipes para as necessidades específicas que acometem os idosos com demência. Alguns fatores elencados em estudos internacionais podem estar relacionados à dificuldade do cuidado profissional do idoso com demência como a falta de confiança em habilidades de diagnóstico e manejo<sup>13, 20, 21, 28,30, 31,39</sup>, a falta de tempo para o atendimento adequado<sup>13, 31,39</sup> e a dificuldade no seguimento e no controle<sup>13</sup>, o que pode ser originado de uma lacuna na formação do profissional na graduação ou na pós-graduação<sup>18, 34</sup>.

Os resultados obtidos poderão propiciar a sensibilização e as reflexões sobre a realidade do processo de cuidado ao idoso com demência na APS e fundamentar mudanças nas práticas dos profissionais médicos e enfermeiros. A implementação de intervenções que aprimorem a prática profissional poderá impactar na qualidade de vida dos idosos, familiares e cuidadores. A criação de estratégias de educação voltadas aos profissionais de saúde no cuidado às demências é necessária para a modificação das práticas.

Este estudo teve como limitações o número de recusas dos profissionais em participar da pesquisa e os vieses de informação. Todavia, trata-se de um levantamento pioneiro realizado em municípios do Norte de Minas Gerais.

## **Conclusão**

Os profissionais, em sua maioria, não possuíam agenda específica para o atendimento a idosos na APS, principalmente entre os médicos. A atividade de capacitação em demência foi considerada necessária, porém, a maior parte dos profissionais não participou. A prática dos médicos e enfermeiros no atendimento aos idosos com déficit cognitivo é limitada, quanto a sinais e sintomas que levam

a suspeitar da doença e de testes empregados para rastreá-la, fatores que podem contribuir para um atraso no diagnóstico.

A participação em atividade de capacitação em demência foi associada ao maior tempo de experiência na ESF e ao grau de formação dos profissionais. Entre médicos, o menor tempo de experiência profissional na ESF foi também associado à dificuldade no cuidado do idoso com demência grave. A frequência de acompanhamento ao cuidador do idoso com demência foi associada, entre médicos e enfermeiros, ao grau de formação.

## Referências

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 [acesso em 07 abr. 2019]; 43(3):548-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en).
3. World Health Assembly. Draft global action plan on the public health response to dementia: report by the Director-General. World Health Organization [Internet]. 2017 [acesso em 14 abr. 2019]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/274881>.
4. Pessoa RMP, Faria SM, Morais D, Chagas MHN. Da Demência ao Transtorno Neurocognitivo Maior: Aspectos Atuais. Rev Ciências Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 14 de abr. 2019];6(4):1-13. Disponível em: [http://rcs.fmit.edu.br/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/606/384](http://rcs.fmit.edu.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/606/384).
5. Williams BA, Chang A, Ahalt C. Geriatria. 2.ed. Current geriatria: diagnostico e tratamento, Porto Alegre: Amgh Editora; 2015.
6. World Health Organization The top 10 causes of death. [Internet]. 2018. [acesso em 14 abr. 2019]. Disponível em: <http://fmrglobalhealth.com/frame/top10.html>.
7. Alzheimer's Disease International (ADI). Informe mundial sobre el Alzheimer 2018. La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras.

- Londres [Internet]. 2018 [acesso em 14 abr. 2019]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerrreport2018-spanish.pdf>.
8. Burlá C, Camarana AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [acesso em 14 abr. 2019];18(10):2949-56. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=en).
  9. Boff MS, Sekyia F, Bottino C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. *Rev de Medicina* [Internet]. 2015 [acesso em 14 abr. 2019];94(3):154-61. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108745>.
  10. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* nº 202 [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 2006 [acesso em 05 mar 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html).
  11. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. Ver *Kairós Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 14 abr. 2019];18(1):325-39. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>.
  12. World Health Organization. Global Health and Aging. National Institute on Aging National Institutes of Health [Internet]. 2011 [acesso em 14 abr. 2019]. Disponível em: [https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf).
  13. Tuero GC, Garre-Olmo J, Lòpez-Pousa S, Vilalta J, Limon E, Caja C. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria com relacióanal paciente com demencia. *Atención Primaria* [Internet]. 2011 [acesso em 14 abr. 2019];43(11):585-94. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000679>.
  14. Costa GD, Souza RA, Yamashita CH, Pinheiro JCF, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Evaluation of professional knowledge and attitudes on dementia patient care: a trans-cultural adaptation of an evaluation

- instrument. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [acesso em 14 abr. 2019];49(2):296-306. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/0080-6234-reeusp-49-02-0298.pdf>.
15. Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 17 mar.2019];23(3):923-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000300923&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300923&lng=en).
  16. Macinko J, Andrade FB, Júnior PRBS, Lima-Costa MF. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). Rev Saúde Pú [Internet]. 2018 [acesso em 14 abr. 2019];52(Suppl 2):6s. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254960/>.
  17. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline of unnecessary hospitalization. Health Aff [Internet]. 2010 [acesso em 14 abr. 2019];29(12):2149-60. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2010.0251>.
  18. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2016 [acesso em 24 mar. 2019];40(4):547-59. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e02492014>.
  19. Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
  20. Travers CM, Beattie E, Martin-Khan M, Fielding E. A survey of the Queensland healthcare workforce: attitudes towards dementia care and training. BMC Geriatr [Internet]. 2013 [acesso em 14 abr. 2019];13(101). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3853034/>.
  21. Smyth W, Fielding E, Beattie E, Gardner A, Moyle W, Franklin S, et al. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. BMC Geriatrics [Internet]. 2013 [acesso em 14 abr. 2019];13(2).

Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-13-2>

22. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [acesso em 14 abr. 2019];21(4):e2016031. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf)
23. Placideli N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de atenção primária. Kairós Gerontol [Internet]. 2017 [acesso em 14 abr. 2019];20(2):247–69. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/35055>.
24. Li Y, Wang S, Li J, Dong BR, Li XZ, Yu MJ, et al. A survey of physicians who care for older persons in Southwest China. Journal of Nutrition Health Aging [Internet]. 2013 [acesso em 14 abr. 2019];17(2):192–95. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12603-012-0086-0#citeas>
25. Campos KA, Santos FM. A educação a distância no âmbito da educação permanente em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Serv. Público [Internet]. 2016 [acesso em 14 abr. 2019]; 67 (4): 603-626. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/1055>
26. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde Interface [Internet]. 2015. [acesso em 14 abr. 2019]; 19 (55). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n55/1221-1232/>
27. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. [Internet]. 2015. [acesso em 14 abr. 2019]. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca\\_em\\_saude/006\\_material\\_saude\\_curriculo\\_competencias\\_mfc.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/006_material_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf)>
28. Miranda LFJR, Matoso RO, Rodrigues MV, Lima TOL, Nascimento AF, Carvalho FC, et al. Factors influencing possible delay in the diagnosis of Alzheimer's disease Findings from a tertiary Public University Hospital. Dement. neuropsychol [Internet]. 2011 [acesso em 14 abr. 2019];5(4):328-

31. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980-57642011000400328&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642011000400328&lng=en).
29. Eichler T, Thyriana JR, Hertela J, Michalowskya B, Wucherera D, Dreier A, et al. Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: The effect of screening. *Alzheimer's Dementia* [Internet]. 2015 [acesso em 14 abr. 2019];1(1):87-93. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4876881/>.
30. Baloch S, Moss SB, Nair R, Tingle L. Practice patterns in the evaluation and management of dementia by primary care residents, primary care physicians, and geriatricians. *ProcBaylUnivMedCent* [Internet]. 2010 [acesso em 14 abr. 2019];23(2):121-25. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2848086/>.
31. Murphy K, O'Connor DA, Browning CJ, D' Francês S, Michie S, Francis JJ, et al. Understanding diagnosis and management of dementia and guideline implementation in general practice: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implement Sci* [Internet]. 2014 [acesso em 14 abr. 2019];9(31). Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015883/>
32. Rodriguez IA, Smailagic N, FigulsMRI, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Library* [Internet]. 2015 [acesso em 14 abr. 2019]; Issue 3:CD010783. Disponível em:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010783.pub2/full>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde 2006.192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
34. Wang Y, Xiao LD, Luo Y, Shui-Yuan X, Whitehead C, Davies O. Community health professionals' dementia knowledge, attitudes and care approach: a



- cross-sectional survey in Changsha, China. *BMC geriatrics* [Internet]. 2018 [acesso em 14 abr. 2019];18(1):122-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5970511/>.
35. Liffle S, Wilcock J. The UK experience of promoting dementia recognition and management in primary care. *ZGerontolGeriatr* [Internet]. 2017 [acesso em 14 abr. 2019];50(Suppl 2):63-67. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408038/>
36. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. *N Engl J Med* [Internet]. 2009 [acesso em 14 abr. 2019];361(16):1529-38. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0902234>.
37. Santos FR, Junior AGS, Pessalacia JDR. Challenges for hospice care in primary health care: integrative review literature. *Journal Nursing UFPE* [Internet]. 2016 [acesso em 14 abr. 2019];10(7). Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11332>.
38. Oliveira APP, Caldana RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde soc* [Internet] 2012 [acesso em 26 mar. 2019];21(3):675-685. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300013&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 26 Mar. 2019.
39. Turner S, Liffle S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, et al. General Practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age Ageing* [Internet]. 2004 [acesso em 14 abr. 2019];33(5):461-67. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/33/5/461/40069>.

## 5 CONCLUSÕES

O estudo traz um panorama das práticas de médicos e enfermeiros da APS no cuidado às demências nos municípios polos de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Montes Claros.

Constatou-se uma prática incipiente de médicos e enfermeiros da APS no cuidado às demências. Os profissionais, em sua maioria, não possuíam agenda específica para o atendimento a idosos na APS, principalmente entre os médicos; entre os enfermeiros, uma parcela importante dos profissionais informou não realizar consulta mensal para pacientes portadores de demência. A atividade de capacitação específica em demência foi considerada necessária, porém, a maior parte dos profissionais não participou. A prática dos médicos e enfermeiros no atendimento aos idosos com suspeita de demência é limitada quanto a sinais e sintomas que levam a suspeitar da doença e de testes empregados para rastreá-la, fatores que podem contribuir para um atraso no diagnóstico.

Quanto ao acompanhamento dos cuidadores, os profissionais, em grande parte responderam raramente desenvolvê-lo, o que pode representar uma lacuna no cuidado, com repercussões na saúde, tanto dos cuidadores quanto dos idosos portadores de demência.

A participação em atividade de capacitação em demência foi associada ao tempo de experiência na ESF e ao grau de formação dos profissionais. Entre médicos, o tempo de experiência profissional na ESF foi também associado à dificuldade no cuidado do idoso com demência grave. A frequência de acompanhamento ao cuidador do idoso com demência foi associada, entre médicos e enfermeiros, ao grau de formação.

A sensibilização dos profissionais para a necessidade de se qualificar e, por conseguinte, de qualificar o cuidado dispensado aos idosos portadores de demências e seus familiares e/ou cuidadores constitui-se um desafio no âmbito

da APS. Os achados desta pesquisa possibilitam a discussão para criação de estratégias de educação voltada para os profissionais médicos e enfermeiros da APS no cuidado dos idosos com demências que sejam mais efetivas na modificação das práticas.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso com demência, no ensino de graduação e pós-graduação. A formação de recursos humanos com competências para o atendimento a idosos com demência deve ser pauta dos setores de saúde e educacionais, de modo a atender uma necessidade em saúde que, a cada dia, tem maior destaque na sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. *Informe mundial sobre el Alzheimer 2018*. La investigación de vanguardia sobre la demencia: Nuevas fronteras Alzheimer's Disease International (ADI), Londres: setembro de 2018. Disponível em: <<https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerrreport2018-spanish.pdf>>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. American Psychiatric Association. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARRETO, M.S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. 2015. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v.18, n.1, p.325-339. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>>. Acesso em: 14 abr., 2019.

BOFF, M. S.; SEKYIA, F.; BOTTINO, C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. *Revista de Medicina*, São Paulo, v.94, n.3, p.154-161, 21 dez. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108745>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BRASIL. Decreto nº 9.328, de 3 de Abril de 2018. Institui a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 de abr. 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/decreto/D9328.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9328.htm).

\_\_\_\_\_. Portaria conjunta nº 13, de 28 de Novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 de nov. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/465660-17-10-MINUTA-de-Portaria-Conjunta-PCDT-Alzheimer-27-11-2017---COMPLETA.pdf>>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 de out. 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm)>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 out. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde 2006. 192 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

BRITO, A.E.; CABRERA, A.J.R.; ROCA, A.A.E. La geriatización de los servicios y de los profesionales de la salud. *Rev cubana med*, Ciudad de la Habana, v.48, n.4, p.135-138, Dez. 2009. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232009000400001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000400001&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2949-2956, out. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

CAMARGOS, M.C.S.; GONZAGA, M.R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1460-1472, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000701460&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701460&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults. *CMAJ*. v.188, n.1, p.37-46. January 5, 2016. Disponível em: <https://canadiantaskforce.ca/canadian-medical-association-journal-publishes-ctfphcs-guideline-on-screening-for-cognitive-impairment-in-older-adults/> Acesso em: 14 abr. 2019.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência?. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.24, supl.1, p.7-10, Abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-

733, Jun2003. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

CHAIMOWICZ, F. *Saúde do Idoso*. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 179p.

CHAVES, M.L. F. et al. Avaliação cognitiva, funcional e comportamental: doença de Alzheimer. *Dement. neuropsychol.*, São Paulo, v.5, n.3, p.153-166, set. 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980-57642011000300153&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642011000300153&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 de abr. 2019.

CLOSS, V.E.; SCHWANKE, C.H.A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.443-458, Set. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial:condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.46, n.6, p.1494-1502, Dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FREITAS, S. et al. Importância do Rastreio Cognitivo na População Idosa. *Revista E-Psi*, v.3, n.1, p.4-24, 2013. Disponível em:<<https://revistaepsi.com/artigo/2013-ano3-volume1-artigo1/>>. Acesso em: 14abr. 2019.

FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GOULART, F. A. A. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde. Disponível em:<[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

IBGE. *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população*- Rio de Janeiro; IBGE, 2015. 156p.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional de saúde 2013*. Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92p.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; IBGE, 2014. 156 p.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015* / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro:IBGE, 2016.108p.

\_\_\_\_\_. *Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2018*. Indicadores básicos para a saúde no Brasil. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

JORM, A.F. *The Epidemiology of Alzheimer's Disease and Related Disorders*. London: Chapman and Hill; 1990.

KAMADA, M. et al. Correlação entre exercício físico e qualidade de vida em pacientes com doença de Alzheimer. *Rev Soc Bras Clin Med.*, São Paulo, v.16, n.2, p.119-122, abr-jun 2018. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913374/162119-122.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

LEITE, I. C. et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p.1551-1564, Jul 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000701551&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701551&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, Ago2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Situação Epidemiológica: Dados*. 2014. Disponível em: [http://portalms.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11232&catid=671&Itemid=250](http://portalms.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11232&catid=671&Itemid=250). Acesso em: 14abr. 2019.

MONTAÑO, M. B. M.; RAMOS, L. R. Validade da versão em inglês da Clinical Dementia Rating. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.6, p.912-917, dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14abr. 2019.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

MOYER, V. A. Preventive Services Task Force. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. Mar. 2014, p.1-8. Disponível em: <https://annals.org/aim/fullarticle/1850963/screening-cognitive-impairment-older-adults-u-s-preventive-services-task>. Acesso em: 14 abr. 2019.

OLIVEIRA, M. P. R. et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v.40, n.4, p.547-559, Dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*, 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. p. 86.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Draft global action plan on the public health response to dementia: report by the Director-General*. OMS. Organização Mundial de Saúde, 70. Abril de 2017. 28p. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/274881?locale-attribute=pt>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.0p

\_\_\_\_\_. *Global Health and Aging*. 2011. Disponível em: [http://d2cauhfh6h4x0p.cloudfront.net/s3fs-public/global\\_health\\_and\\_aging.pdf](http://d2cauhfh6h4x0p.cloudfront.net/s3fs-public/global_health_and_aging.pdf). Acesso em: 14 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. *The top 10 causes of death*. 2018. Disponível em: <http://fmrglobalhealth.com/frame/top10.html>. Acesso em: 14 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa*. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

PARMERA, J. B.; NITRINI, R. Demências: da investigação ao diagnóstico. *Ver Med*, São Paulo, v.94, n.3, p.179-184, jul-set 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/108748/107177>. Acesso em: 14 abr. 2019.

PEDRAZA, D. F. et al. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p.923-933, Mar. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000300923&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300923&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 mar. 2019.

PESSOA, R. M. P. et al. Da Demência ao Transtorno Neurocognitivo Maior: Aspectos Atuais. *Rev. Ciências em Saúde*, Itajubá, v.6, n.4, 2016. Disponível em: <[http://rcs.fmit.edu.br/index.php/rcsfmit\\_zero/article/view/606/384](http://rcs.fmit.edu.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/606/384)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

RAMOS, A. M. et al. *Demência do idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde*. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Academia Brasileira de Neurologia, Jul.2009. Disponível em: <https://docplayer.com.br/8427160-Demencia-do-idoso-diagnostico-na-atencao-primaria-a-saude.html>. Acesso em: 14 abr. 2019.

RAMOS, L. R. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, São Paulo, n.47, Abr. 2009. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122009000200010&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.



ROCHA, E. A carga global de doença: fonte de informação para a definição de políticas e avaliação de intervenções em saúde. *Rev Port Cardiol.*, Portugal, v.36, n.4, p.283-285, Abr. 2017. Disponível em:<<http://www.revportcardiol.org/pt-a-carga-global-doenca-fonte-articulo-S0870255117301439>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SILVA, J. V. F. et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio da saúde pública. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde*, Alagoas, v 2, n.3 p. 91-100, Maio 2015. Disponível em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/%20fitsbiosauade/article/viewFile/2079/1268>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca\\_em\\_saude/006\\_material\\_saude\\_curriculo\\_competencias\\_mfc.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/biblioteca_em_saude/006_material_saude_curriculo_competencias_mfc.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

TUERO, G. C. et al. Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia. *Atención Primaria*. v. 43, n.11, p.585-94, 2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711000679>. Acesso em 14 abr. 2019.

UNASUS. *Cursos UNASUS*. 2019. Disponível em:<https://www.unasus.gov.br/cursos/busca?status=com%20oferta%20aberta&busca=&ordenacao=relev%C3%A2ncia%20na%20busca>. Acesso em: 14 abr. 2019.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.21, n.4, p.539-548, dez. 2012. Disponível em:<[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 fev. 2019.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1929-1936, Jun 2018. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 abr. 2019.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, Jun 2009. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, Dez. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Mar. 2019.

WILLIAMS, B. A.; CHANG, A.; AHALT, C. CURRENT geriatria: diagnóstico e tratamento- 2 ed -Porto Alegre: AMGH, 2015. 581p.

## APÊNDICES

APÊNDICE A -Termo de concordância da instituição para participação em pesquisa (TCI)

**Título da pesquisa:** Avaliação de práticas e atitudes de profissionais de saúde da Atenção Primária no cuidados às demências

**Instituição/empresa onde será realizada a pesquisa:** Secretarias Municipais de Saúde

**Pesquisador responsável:** Ellen Mara Braga Reis Malta

**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1-Objetivo:** O objetivo geral do estudo será avaliar as práticas e as atitudes frente à demência em médicos, médicos residentes e enfermeiros dos polos de residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros.

**2-Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo transversal e analítico que será realizado na Atenção Primária de municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros. Será aplicado um questionário intitulado de *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica* nas versões para médicos e enfermeiros. O questionário é composto por questões discursivas e de múltipla escolha, 28 no formato para médicos e 16, para enfermeiros, relacionadas ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com demência. Não se trata de um questionário baseado em respostas corretas e incorretas, mas sim um meio de se conhecer a prática clínica dos profissionais no atendimento a pacientes com demência. Um questionário adicional com 8 questões abertas foi elaborado para ser aplicado, a fim de coletar mais dados sobre características dos participantes e serviços.

**3-Justificativa:** A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, essa deve estar preparada para atender às demandas da sociedade, sendo o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência dos quadros demenciais uma demanda atual em saúde pública. Deste modo, conhecer as práticas e atitudes desenvolvidas pelos profissionais que atendem aos pacientes com demência se torna um assunto atual e importante para planejamento de ações de enfrentamento e de educação nessa área.

**4-Benefícios:** Não existem benefícios diretos ou financeiros aos participantes da pesquisa. A pesquisa trará aos seus participantes benefícios indiretos, visto que ao estabelecer o

cenário atual de práticas e atitudes dos profissionais no cuidado de pacientes com demência poderá subsidiar políticas públicas de atenção à saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde.

**5-Desconfortos e riscos:** A pesquisa envolve riscos mínimos aos seus participantes, como gasto de tempo, desconforto ou cansaço ao responder o questionário. Para minimizá-los, será acordado com o participante o melhor horário para responder ao questionário.

**6-Danos:** A pesquisa não traz danos aos seus participantes.

**7-Confidencialidade das informações:** Trata-se de uma pesquisa que garante a confidencialidade das informações e o sigilo dos participantes, uma vez que o questionário não possui identificação.

**8- Compensação/indenização:** A participação na pesquisa é voluntária e gratuita, sem compensação financeira pela participação.

**9- Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

---

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/empresa

---

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/empresa

---

\_\_/\_\_/\_\_  
Data

---

Ellen Mara Reis Malta  
Nome do pesquisador responsável  
pela pesquisa

---

Ellen Mara Reis Malta  
Assinatura do coordenador  
da pesquisa

---

\_\_/\_\_/\_\_  
Data

**Endereço do Pesquisador:** Rua João Pessoa, n 246, Bairro Saudade, Janaúba/ Minas Gerais.

**Telefone:** (38) 991218402

## APÊNDICE B - Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa - TCLE

**Título da pesquisa:** Avaliação de práticas e atitudes de profissionais de saúde da Atenção Primária no cuidado às demências

**Instituição promotora:** Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES

**Patrocinador:** Sem patrocinador

**Coordenador:** Ellen Mara Braga Reis Malta

**Atenção:**

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1-Objetivo:** Avaliar as práticas e as atitudes frente à demência em médicos, médicos residentes e enfermeiros dos polos de residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros.

**2-Metodologia/procedimentos:** Trata-se de um estudo transversal e analítico que será realizado na Atenção Primária de municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros. Será aplicado um questionário intitulado de *Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica* nas versões para médicos e enfermeiros. O questionário é composto por questões discursivas e de múltipla escolha, relacionadas ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com demência. Não se trata de um questionário baseado em respostas corretas e incorretas, mas sim um meio de se conhecer a prática clínica dos profissionais no atendimento a pacientes com demência.

**3-Justificativa:** A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada e o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, essa deve estar preparada para atender às demandas da sociedade, sendo o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência dos quadros demenciais uma demanda atual em saúde pública. Deste modo, conhecer as práticas e atitudes desenvolvidas pelos profissionais que atendem aos pacientes com demência se torna um assunto atual e importante para planejamento de ações de enfrentamento e de educação nesta área.

**4-Benefícios:** Não existem benefícios diretos ou financeiros aos participantes da pesquisa. A pesquisa trará aos seus participantes benefícios indiretos, na medida em que ao estabelecer o cenário atual de práticas e atitudes dos profissionais no cuidado de pacientes com demência, poderá subsidiar políticas públicas de atenção à saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde.

**5-Desconfortos e riscos:** A pesquisa envolve riscos mínimos aos seus participantes, como gasto de tempo, desconforto ou cansaço ao responder o questionário. Para minimizá-los, será acordado com o participante o melhor horário para responder ao questionário.

**6-Danos:** A pesquisa não traz danos aos seus participantes.

**7-Confidencialidade das informações:** Trata-se de uma pesquisa que garante a confidencialidade das informações e o sigilo dos participantes, uma vez que o questionário não possui identificação.

**8-Compensação/indenização:** A participação na pesquisa é voluntária e gratuita, sem compensação financeira pela participação.

**9 – Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

---

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/empresa

---

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/ empresa \_/\_/\_/\_\_\_\_  
Data

---

<p>Ellen Mara Reis Malta Nome do pesquisador responsável pela pesquisa</p>	<p>Ellen Mara Reis Malta Assinatura do coordenador da pesquisa</p>	<p>_/_/_/____ Data</p>
--	--	----------------------------

**ENDEREÇO DO PESQUISADOR:** Rua João Pessoa, nº 246, Bairro Saudade, Janaúba/Minas Gerais.

**TELEFONE:** (38) 991218402

Campus Universitário "Professor Darcy Ribeiro" - Reitoria - Prédio 05

Caixa Postal nº 06 - Montes Claros/MG - CEP: 39.401-089 [www.unimontes.br](http://www.unimontes.br)

**email:** comite.etica@unimontes.br      Telefone: (38) 3229-8182

## ANEXOS

ANEXO A - Questionário aplicado aos médicos

*Pesquisa: Avaliação de práticas e atitudes de profissionais de saúde da Atenção Primária no cuidado às demências*

**Equipe técnica**

- **Profa.Dra. Lucinéia de Pinho**  
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros  
Universidade Estadual de Montes Claros  
[lucineiapinho@hotmail.com](mailto:lucineiapinho@hotmail.com)
- **Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito**  
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros  
Universidade Estadual de Montes Claros  
[nanda\\_sanfig@yahoo.com.br](mailto:nanda_sanfig@yahoo.com.br)
- **Ellen Mara Braga Reis Malta**  
Mestranda em Saúde da Família- PROFSAÚDE  
[ellenmara.reis@hotmail.com](mailto:ellenmara.reis@hotmail.com)  
(38)991218402

**Médicos**

**2018**

## IDENTIFICAÇÃO

ESF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### Orientação para responder o questionário

O questionário é composto por perguntas que possuem diferentes tipos de respostas. Por esse motivo, solicitamos que, **antes** de responder, **leia atentamente** a forma de resposta de cada uma das perguntas.

Há perguntas com respostas múltiplas. Para assinalar cada uma das respostas, utilize um **X**.

Há perguntas em que uma série de fatores devem ser identificados e classificados quanto a sua importância (**da maior para a menor importância**). Responda essas questões conforme apresentado no exemplo a seguir.

#### Exemplo:

*Quais problemas considera que o sistema de saúde apresenta?*

- Carga de trabalho
- Falta de tempo para o paciente **1**
- Estrutura organizacional **2**
- Falta de profissionais

Com essa resposta, indica-se que o principal problema é a falta de tempo para o paciente, seguido pela estrutura organizacional. Não são considerados problemas a carga de trabalho e a falta de profissionais.

No caso de alguma dúvida sobre como responder a alguma das perguntas, solicite informações ao responsável por esta pesquisa.

O questionário é **absolutamente anônimo** e será considerado em conjunto com os outros instrumentos respondidos nesta pesquisa.

Também pedimos para não deixar **nenhuma pergunta sem resposta**, pois isso pode invalidar o questionário.



Perfil socioeconômico e demográfico	
<b>Q1</b>	Sexo: 1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Feminino
<b>Q2</b>	Idade: _____ anos
<b>Q3</b>	Cor da pele autodeclarada: 1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Negra 3. <input type="checkbox"/> Parda (moreno) 4. <input type="checkbox"/> Amarela (ocidental) 5. <input type="checkbox"/> Indígena
<b>Q4</b>	Estado civil: 1. <input type="checkbox"/> casado(a) / união estável 2. <input type="checkbox"/> solteiro(a) 3. <input type="checkbox"/> separado/divorciado(a) 4. <input type="checkbox"/> viúvo(a)
<b>Q5</b>	Renda: _____ salários mínimos
Caracterização do profissional	
<b>Q6</b>	Qual o ano de conclusão da sua graduação? _____
<b>Q7</b>	Onde você realizou o curso de Graduação em Medicina? 1. <input type="checkbox"/> Brasil 2. <input type="checkbox"/> Outro país (especifique): _____
<b>Q8</b>	Estudou em faculdade? 1. <input type="checkbox"/> pública 2. <input type="checkbox"/> privada
<b>Q9</b>	Seu maior nível de escolaridade atualmente é: 1. <input type="checkbox"/> Graduação 2. <input type="checkbox"/> Especialização 3. <input type="checkbox"/> Residência 4. <input type="checkbox"/> Mestrado 5. <input type="checkbox"/> Doutorado
<b>Q10</b>	Possui especialização? Se sim, em qual área? 1. <input type="checkbox"/> sim _____ 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q12</b>	Está cursando residência em Saúde da Família? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não

<b>Q13</b>	Recebe incentivo financeiro por título de especialização na sua atuação na Estratégia Saúde da família (ESF)? 3. <input type="checkbox"/> sim 4. <input type="checkbox"/> não
<b>Q14</b>	Qual o seu vínculo profissional no município? 1. <input type="checkbox"/> contratado 2. <input type="checkbox"/> efetivo
<b>Q15</b>	Qual sua carga horária na ESF? 1. <input type="checkbox"/> 20 horas semanais 2. <input type="checkbox"/> 32 horas semanais 3. <input type="checkbox"/> 40 horas semanais 4. <input type="checkbox"/> outra (especifique): _____
<b>Q16</b>	Possui outro vínculo profissional de trabalho além da ESF? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q17</b>	Recebe algum incentivo financeiro por produtividade na ESF? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q18</b>	Você está satisfeito com seu trabalho na ESF? (autopercepção) 1. <input type="checkbox"/> muito satisfeito 2. <input type="checkbox"/> satisfeito 3. <input type="checkbox"/> nem satisfeito e nem insatisfeito 4. <input type="checkbox"/> insatisfeito 5. <input type="checkbox"/> muito insatisfeito
<b>Questionário para Médicos - Avaliação de práticas e atitudes na demência</b>	
<b>Q19</b>	Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na Atenção Básica? _____ ano(s)/ _____meses
<b>Q20</b>	Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na ESF? _____ ano(s)/ _____meses
<b>Q21</b>	Há quanto tempo você trabalha nesta equipe da ESF? _____ ano(s)/ _____meses
<b>Q22</b>	Possui agenda específica para atendimento a idosos na ESF? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q23</b>	Você considera necessário realizar atividades de capacitação específica em demência? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

<b>Q24</b>	<p>Você tem participado de atividades de capacitação específica em demência?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Não, nunca</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Sim, no último ano</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Sim, entre 2 e 4 anos atrás</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Sim, há 5 anos ou mais</li> </ol>
<b>Q25</b>	<p>Com que frequência você faz diagnóstico de demência?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Nunca</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Raramente</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Às vezes</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Frequentemente</li> </ol>
<b>Q26</b>	<p>Qual é o percentual aproximado de pessoas com 60 anos ou mais entre os seus pacientes?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> &lt;5%</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 5-9%</li> <li>3. <input type="checkbox"/> 10-14%</li> <li>4. <input type="checkbox"/> 15-19%</li> <li>5. <input type="checkbox"/> 20-24%</li> <li>6. <input type="checkbox"/> &gt;=25%</li> </ol>
<b>Q27</b>	<p>Nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos novos casos de demência você atendeu durante a consulta médica?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Nenhum</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 4</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Entre 5 e 9</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Entre 10 e 14</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Entre 15 e 20</li> <li>6. <input type="checkbox"/> 20 ou mais</li> </ol>
<b>Q28</b>	<p>Qual é o número aproximado de consultas que você realiza por mês para pacientes com demência?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Nenhum</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 4</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Entre 5 e 9</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Entre 10 e 14</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Entre 15 e 20</li> <li>6. <input type="checkbox"/> 20 ou mais</li> </ol>
<b>Q29</b>	<p>Em qual fase da demência você diagnostica mais frequentemente seus pacientes?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Leve</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Moderada</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Grave</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Não diagnostico, encaminhado ao especialista</li> </ol>

<b>Q30</b>	<p>Quais são as dificuldades que você encontra para identificar um caso de demência? <i>(selecione e ordene <u>somente aquelas que são uma dificuldade para você, da maior para menor dificuldade</u>)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Diferenciar os sinais e sintomas de demência do envelhecimento normal</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Diferenciar os sinais e sintomas da demência da depressão geriátrica</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Pouca confiabilidade dos testes de memória</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Pouca utilidade dos exames complementares (neuroimagem e/ou laboratoriais)</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Outras (especifique): _____</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Não tenho dificuldades para identificar um caso de demência</li> </ol>
<b>Q31</b>	<p>Quais são os sinais e os sintomas que você utiliza como base para suspeitar de uma possível demência?<i>(selecione e ordene <u>somente aquelas que você utiliza, da maior para menor importância</u>)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade, etc.)</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Comprometimento cognitivo com alterações de memória</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Comprometimento cognitivo sem alterações de memória</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária(AVDs)</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____</li> </ol>
<b>Q32</b>	<p>Quais são os aspectos que dificultam você no momento de realizar um diagnóstico de demência? <i>(selecione e ordene <u>somente aquelas que dificultam você, da maior para menor importância</u>)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Pouca confiança sobre o diagnóstico (dúvidas quanto ao paciente realmente ter uma demência)</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Pensar que o diagnóstico deve ser feito pelo serviço especializado</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Pouca utilidade do diagnóstico (não traz benefício nenhum para o paciente)</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Efeito negativo do diagnóstico sobre o paciente</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Efeito negativo do diagnóstico no ambiente familiar e social do paciente</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Dificuldades em dar más notícias</li> <li>7. <input type="checkbox"/> Falta de tempo para realizar o processo de diagnóstico (aplicar testes, análises, etc.)</li> <li>8. <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____</li> <li>9. <input type="checkbox"/> Nenhum aspecto me dificulta, tento diagnosticar todos os casos detectados</li> </ol>
<b>Q33</b>	<p>Com base na lista a seguir, de testes para avaliar a função cognitiva, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica?<i>(selecione e ordene <u>somente aquelas que você utiliza, da maior para menor utilização</u>)</i></p> <p>Função Cognitiva</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Mini exame do estado mental</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Avaliação cognitiva-funcional global (CDR)</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas</li> <li>4. <input type="checkbox"/> MOCA</li> </ol>

	<p>5. ( ) Lista de palavras do CERAD</p> <p>6. ( ) Teste de nomeação de Boston</p> <p>7. ( ) Teste do desenho do relógio</p> <p>8. ( ) Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE)</p> <p>9. ( ) Inventário Neuropsiquiátrico</p> <p>10. ( ) Escala isquêmica de Hachinski</p> <p>11. ( ) Outros (especifique):</p> <p>12. ( ) Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a função cognitiva</p>
<b>Q34</b>	<p>Com base na lista a seguir, de testes para avaliar a capacidade funcional, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica? (<i>selecione e ordene <u>somente aquelas que você utiliza</u>, da maior para menor utilização</i>)</p> <p>Capacidade Funcional</p> <p>1. ( ) Teste de Pfeffer</p> <p>2. ( ) Índice de Katz</p> <p>3. ( ) Teste de Lawton</p> <p>4. ( ) Índice de Barthel</p> <p>5. ( ) Outros (especifique):</p> <p>6. ( ) Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a capacidade funcional</p>
<b>Q36</b>	<p>Com qual frequência você informa o diagnóstico de demência?</p> <p>Ao paciente:</p> <p>1. ( ) Nunca</p> <p>2. ( ) Raramente</p> <p>3. ( ) Às vezes</p> <p>4. ( ) Frequentemente</p>
<b>Q37</b>	<p>Com qual frequência você informa o diagnóstico de demência?</p> <p>Aos familiares:</p> <p>1. ( ) Nunca</p> <p>2. ( ) Raramente</p> <p>3. ( ) Às vezes</p> <p>4. ( ) Frequentemente</p>
<b>Q38</b>	<p>Quais são os fatores que mais têm influência para você não informar ao paciente que ele sofre de uma demência? (<i>selecione e ordene <u>somente aquelas que influenciam você</u>, da maior para menor influência</i>)</p> <p>1. ( ) Estar em um estágio avançado da doença</p> <p>2. ( ) Ter mais de 80 anos</p> <p>3. ( ) Não ter capacidade suficiente para compreender a informação sobre o diagnóstico</p> <p>4. ( ) Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre o humor do paciente</p>

	<p>5. ( ) Possibilidade de o diagnóstico provocar efeitos negativos sobre a vida diária do paciente</p> <p>6. ( ) A família não querer que o paciente conheça o diagnóstico</p> <p>7. ( ) A impossibilidade de realizar um tratamento farmacológico específico</p> <p>8. ( ) Não existe nenhum fator que me influencie, sempre informo ao paciente e à família sobre o diagnóstico de demência</p>
<b>Q39</b>	<p>Em sua programação diária, você habitualmente programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência?</p> <p>1. ( ) Sim</p> <p>2. ( ) Não</p>
<b>Q40</b>	<p>Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?</p> <p>1. ( ) Sim (vá para a questão 41)</p> <p>2. ( ) Não (vá para a questão 42)</p>
<b>Q41</b>	<p>Por quais motivos? (<i>resposta múltipla, <u>selecione todos os motivos que você considerar</u></i>)</p> <p>1. ( ) O tratamento farmacológico é complexo</p> <p>2. ( ) Exigem muitas visitas domiciliares</p> <p>3. ( ) Não há suporte de atendimento especializado</p> <p>4. ( ) Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica</p>
<b>Q42</b>	<p>Com qual frequência você costuma planejar acompanhamento específico <u>para o cuidador</u> do paciente com demência?</p> <p>1. ( ) Nunca</p> <p>2. ( ) Raramente</p> <p>3. ( ) Às vezes</p> <p>4. ( ) Frequentemente</p>
<b>Q43</b>	<p>Em sua opinião, quais são as principais dificuldades para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes com demência na Atenção Básica?(<i>selecione e ordene <u>somente aquelas que você considerar como dificuldade, da maior para menor importância</u></i>)</p> <p>1. ( ) O tratamento com fármacos específicos (anticolinesterásicos e/ou memantina)</p> <p>2. ( ) O tratamento farmacológico com antidepressivos</p> <p>3. ( ) O tratamento farmacológico com antipsicóticos (típicos ou atípicos)</p> <p>4. ( ) O tratamento farmacológico com sedativos, benzodiazepínicos e hipnóticos</p> <p>5. ( ) O tratamento farmacológico da rigidez, do tremor e de outros distúrbios neurológicos</p> <p>6. ( ) As necessidades de apoio do cuidador e/ou da família</p> <p>7. ( ) O acompanhamento e o tratamento do paciente com demência requer uma grande quantidade de tempo, não disponível na Atenção Básica</p> <p>8. ( ) Não encontro dificuldade nenhuma em realizar o acompanhamento e o</p>

	tratamento dos pacientes com demência
<b>Q44</b>	<p>Quando você planeja o encaminhamento de pacientes para diagnóstico e/ou controle, quais serviços médicos especializados existem na sua área de referência? <i>(resposta múltipla, selecione todas as respostas aplicáveis)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> AME</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Ambulatório de Especialidades em Demências</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Centro de Referência do Idoso</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Serviço de neurologia hospitalar</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Neurologista de referência</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____</li> </ol>
<b>Q45</b>	<p>Em porcentagem, quantos pacientes com demência você encaminha aos serviços especializados <u>para confirmar o diagnóstico?</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> &lt;10%</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 11-25%</li> <li>3. <input type="checkbox"/> 26-50%</li> <li>4. <input type="checkbox"/> 51-75%</li> <li>5. <input type="checkbox"/> &gt;75%</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Não encaminho nenhum caso de demência aos serviços especializados</li> </ol>
<b>Q46</b>	<p>Em porcentagem, quantos pacientes com demência você encaminha aos serviços especializados <u>para controle de distúrbios comportamentais?</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> &lt;10%</li> <li>2. <input type="checkbox"/> 11-25%</li> <li>3. <input type="checkbox"/> 26-50%</li> <li>4. <input type="checkbox"/> 51-75%</li> <li>5. <input type="checkbox"/> &gt;75%</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Não encaminho nenhum caso de demência aos serviços especializados</li> </ol>
<b>Q47</b>	<p>Dê pontuação ao seu nível de satisfação (de1a10) referente aos serviços médicos especializados em relação aos casos de demência que encaminhou (<u>1 significa a mínima satisfação possível e 10 a máxima satisfação possível</u>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Tempo de espera desde a solicitação de visita até a visita ao paciente</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Devolução de informações ao serviço de Atenção Básica</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Capacidade de solucionar</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Acompanhamento do paciente</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Acessibilidade do serviço em situações de emergência</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Não encaminhei nenhum caso de demência aos serviços especializados</li> </ol>

**Q48****Caso clínico**

Imagine que você está no seu consultório e observa que na sala de espera está o Sr. João (71 anos de idade), sentado com a esposa dele. Você se aproxima dele e o cumprimenta, mas percebe que ele não o reconhece. Ainda que tenha sido o médico dele nos últimos 15 anos e que até há um ano o Sr. João ajudava no açougue da esposa dele, onde você geralmente faz compras, ele só o reconheceu quando a esposa explicou quem você era. A esposa informa que veio ao consultório porque nos últimos meses o Sr. João tem demonstrado alguns problemas de memória, tem esquecido onde deixa suas coisas, tem tido problemas para lidar com as contas da casa, tem estado triste e, em determinada ocasião, ficou desnorreado com o carro quando voltavam para a casa por uma rua conhecida. A esposa dele comenta que teme que o Sr. João tenha Alzheimer.

Após realizar o estudo e diagnosticar a doença de Alzheimer no Sr. João, indique o nível de recomendação das intervenções a seguir:

Indique o nível de recomendação para cada intervenção conforme a seguinte codificação numérica

Nunca [1]

Quase nunca [2]

Poucas vezes [3]

Algumas vezes [4]

Quase sempre [5]

Sempre [6]

Não recomendaria:

1. ( ) Vitaminas
2. ( ) Tratamentos naturais/ervas
3. ( ) Remédios anticolinesterásicos
4. ( ) Memantina
5. ( ) Antidepressivos tricíclicos
6. ( ) Antidepressivos ISRS
7. ( ) Antipsicóticos típicos
8. ( ) Antipsicóticos atípicos

Recomendaria:

1. ( ) Exercícios de memória (gerais)
2. ( ) Estimulação cognitiva (específica)
3. ( ) Musicoterapia, aromaterapia
4. ( ) Assistência em um centro dia para idosos
5. ( ) Ingresso em uma instituição de longa permanência
6. ( ) Encaminhamento a um especialista
7. ( ) Visita de um(a) assistente social
8. ( ) Associação de familiares de pacientes com Alzheimer



ANEXO B - Questionário aplicado aos enfermeiros

*Pesquisa: Avaliação de práticas e atitudes de profissionais de saúde da Atenção Primária no cuidado às demências*

**Equipe técnica**

- **Profa. Dra. Lucinéia de Pinho**  
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros  
Universidade Estadual de Montes Claros  
[lucineiapinho@hotmail.com](mailto:lucineiapinho@hotmail.com)
- **Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito**  
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros  
Universidade Estadual de Montes Claros  
[nanda\\_sanfig@yahoo.com.br](mailto:nanda_sanfig@yahoo.com.br)
- **Ellen Mara Braga Reis Malta**  
Mestranda em Saúde da Família- PROFSAÚDE  
[ellenmara.reis@hotmail.com](mailto:ellenmara.reis@hotmail.com)  
(38)991218402

**Enfermeiros**

**2018**

## IDENTIFICAÇÃO

ESF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

### Orientações para responder o questionário

O questionário é composto por perguntas que possuem diferentes tipos de respostas. Por esse motivo, solicitamos que, **antes** de responder, **leia atentamente** a forma de resposta de cada uma das perguntas.

Há perguntas com respostas múltiplas. Para assinalar cada uma das respostas, utilize um **X**.

Há perguntas em que uma série de fatores devem ser identificados e classificados quanto a sua importância (**da maior para a menor importância**). Responda essas questões conforme apresentado no exemplo a seguir.

#### **Exemplo:**

*Quais problemas considera que o sistema de saúde apresenta?*

- Carga de trabalho
- Falta de tempo para o paciente **1**
- Estrutura organizacional **2**
- Falta de profissionais

Com essa resposta, indica-se que o principal problema é a falta de tempo para o paciente, seguido pela estrutura organizacional. Não são considerados problemas a carga de trabalho e a falta de profissionais.

No caso de alguma dúvida sobre como responder a alguma das perguntas, solicite informações ao responsável por esta pesquisa.

O questionário é **absolutamente anônimo** e será considerado em conjunto com os outros instrumentos respondidos nesta pesquisa.

Também pedimos para não deixar **nenhuma pergunta sem resposta**, pois isso pode invalidar o questionário.

<b>Perfil socioeconômico e demográfico</b>	
<b>Q1</b>	Sexo: 3. <input type="checkbox"/> Masculino 4. <input type="checkbox"/> Feminino
<b>Q2</b>	Idade: _____ anos
<b>Q3</b>	Cor da pele autodeclarada: 6. <input type="checkbox"/> Branca 7. <input type="checkbox"/> Negra 8. <input type="checkbox"/> Parda (moreno) 9. <input type="checkbox"/> Amarela (ocidental) 10. <input type="checkbox"/> Indígena
<b>Q4</b>	Estado civil: 5. <input type="checkbox"/> casado(a) / união estável 6. <input type="checkbox"/> solteiro(a) 7. <input type="checkbox"/> separado/divorciado(a) 8. <input type="checkbox"/> viúvo(a)
<b>Q5</b>	Renda: _____ salários mínimos (Salário Mínimo vigente: R\$ 954,00)
<b>Caracterização do profissional</b>	
<b>Q6</b>	Qual o ano de conclusão da sua graduação? _____
<b>Q7</b>	Onde você realizou o curso de Graduação em Enfermagem? 3. <input type="checkbox"/> Brasil 4. <input type="checkbox"/> Outro país (especifique): _____
<b>Q8</b>	Estudou em faculdade? 1. <input type="checkbox"/> pública 2. <input type="checkbox"/> privada
<b>Q9</b>	Seu maior nível de escolaridade atualmente é: 1. <input type="checkbox"/> Graduação 2. <input type="checkbox"/> Especialização 3. <input type="checkbox"/> Residência 4. <input type="checkbox"/> Mestrado 5. <input type="checkbox"/> Doutorado
<b>Q10</b>	Possui especialização? Se sim, em qual área? 1. <input type="checkbox"/> sim _____ 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q11</b>	Possui residência? Se sim, em qual área?

	1. <input type="checkbox"/> sim _____ 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q12</b>	Está cursando residência em Saúde da Família? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q13</b>	Recebe incentivo financeiro por título de especialização na sua atuação na Estratégia Saúde da família (ESF)? 1. <input type="checkbox"/> sim 2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q14</b>	Qual o seu vínculo profissional no município? 1. <input type="checkbox"/> contratado 2. <input type="checkbox"/> efetivo
<b>Q15</b>	Qual sua carga horária na ESF? 1. <input type="checkbox"/> 20 horas semanais 2. <input type="checkbox"/> 32 horas semanais 3. <input type="checkbox"/> 40 horas semanais 4. <input type="checkbox"/> outra (especifique): _____
<b>Q16</b>	Possui outro vínculo profissional de trabalho além da ESF? 1. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>Q17</b>	Recebe algum incentivo financeiro por produtividade na ESF? 1. <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>Q18</b>	Você está satisfeito com seu trabalho na ESF? (autopercepção) 1. <input type="checkbox"/> muito satisfeito 2. <input type="checkbox"/> satisfeito 3. <input type="checkbox"/> nem satisfeito e nem insatisfeito 4. <input type="checkbox"/> insatisfeito 5. <input type="checkbox"/> muito insatisfeito
<b>Questionário para Enfermeiros - Avaliação de práticas e atitudes na demência</b>	
<b>Q19</b>	Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na Atenção Básica? _____ ano(s)/ ____meses
<b>Q20</b>	Quanto tempo de experiência de trabalho você tem na Estratégia Saúde da Família (ESF)? _____ ano(s)/ ____meses
<b>Q21</b>	Há quanto tempo você trabalha nesta equipe da ESF? _____ ano(s)/ ____meses
<b>Q22</b>	Possui agenda específica para atendimento a idosos na ESF? 1. <input type="checkbox"/> sim

	2. <input type="checkbox"/> não
<b>Q23</b>	Você considera necessário realizar atividades de capacitação específica em demência? 1. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Q24</b>	Você tem participado de atividades de capacitação específica em demência? 1. <input type="checkbox"/> Não, nunca 2. <input type="checkbox"/> Sim, no último ano 3. <input type="checkbox"/> Sim, entre 2 e 4 anos atrás <input type="checkbox"/> Sim, há 5 anos ou mais
<b>Q25</b>	Qual é o percentual aproximado de pessoas com 60 anos ou mais entre os seus pacientes? 1. <input type="checkbox"/> <5% 2. <input type="checkbox"/> 5-9% 3. <input type="checkbox"/> 10-14% 4. <input type="checkbox"/> 15-19% 5. <input type="checkbox"/> 20-24% 6. <input type="checkbox"/> >=25%
<b>Q26</b>	Nos últimos 12 meses, aproximadamente, quantos novos casos de demência você atendeu durante a consulta de enfermagem? 1. <input type="checkbox"/> Nenhum 2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 4 3. <input type="checkbox"/> Entre 5 e 9 4. <input type="checkbox"/> Entre 10 e 14 5. <input type="checkbox"/> Entre 15 e 20 6. <input type="checkbox"/> 20 ou mais
<b>Q27</b>	Qual é o número aproximado de consultas que você realiza por mês para pacientes com demência? 1. <input type="checkbox"/> Nenhum 2. <input type="checkbox"/> Entre 1 e 4 3. <input type="checkbox"/> Entre 5 e 9 4. <input type="checkbox"/> Entre 10 e 14 5. <input type="checkbox"/> Entre 15 e 20 6. <input type="checkbox"/> 20 ou mais
<b>Q28</b>	Quais são os sinais e os sintomas que você utiliza como base para suspeitar de uma possível demência e encaminhar o paciente para o médico?( <i>selecione e ordene <u>somente aqueles que você utiliza</u>, de maior para a menor importância</i> )  1. <input type="checkbox"/> Sintomas psicológicos e comportamentais das demências (depressão, delírios, agitação, alterações de personalidade, etc.) 2. <input type="checkbox"/> Comprometimento cognitivo com alterações de memória 3. <input type="checkbox"/> Comprometimento cognitivo sem alterações de memória 4. <input type="checkbox"/> Comprometimento da capacidade de executar atividades da vida diária(AVDs) 5. <input type="checkbox"/> Outros (especifique):_____

<b>Q29</b>	<p>Com base na lista a seguir de testes para avaliar a função cognitiva, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica? (<i>selecione e ordene <u>somente aqueles que você utiliza, da maior para a menor utilização</u></i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Miniexame do estado mental</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Avaliação cognitiva-funcional global (CDR)</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Teste de fluência verbal categoria animal e/ou frutas</li> <li>4. <input type="checkbox"/> MOCA</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Lista de palavras do CERAD</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Teste de nomeação de Boston</li> <li>7. <input type="checkbox"/> Teste do desenho do relógio</li> <li>8. <input type="checkbox"/> Questionário de avaliação do comprometimento cognitivo do idoso por informante (IQCODE)</li> <li>9. <input type="checkbox"/> Inventário Neuropsiquiátrico</li> <li>10. <input type="checkbox"/> Escala isquêmica de Hachinski</li> <li>11. <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____</li> <li>12. <input type="checkbox"/> Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a função cognitiva</li> </ol>
<b>Q30</b>	<p>Com base na lista a seguir de testes para avaliar a capacidade funcional, quais você utiliza habitualmente em sua prática clínica? (<i>selecione e ordene <u>somente aqueles que você utiliza, da maior para a menor utilização</u></i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Teste de Pfeffer</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Índice de Katz</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Teste de Lawton</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Índice de Barthel</li> <li>5. <input type="checkbox"/> Outros (especifique): _____</li> <li>6. <input type="checkbox"/> Habitualmente não utilizo nenhum teste para avaliar a capacidade funcional</li> </ol>
<b>Q31</b>	<p>Em sua programação diária, você habitualmente programa visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sim</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Não</li> </ol>
<b>Q32</b>	<p>Você encontra dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Sim (vá para a questão 33)</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Não (vá para a questão 34)</li> </ol>
<b>Q33</b>	<p>Por quais motivos? (<i>resposta múltipla, <u>selecione todos os motivos que você considerar</u></i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> Por serem pacientes difíceis</li> <li>2. <input type="checkbox"/> Exigem muitas visitas domiciliares</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Não há suporte de atendimento especializado</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Suas demandas não são solucionáveis na Atenção Básica</li> </ol>

<b>Q34</b>	<p>Com qual frequência você costuma planejar acompanhamento específico para o cuidador do paciente com demência?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <input type="checkbox"/> Nunca</li><li>2. <input type="checkbox"/> Raramente</li><li>3. <input type="checkbox"/> Às vezes</li><li>4. <input type="checkbox"/> Frequentemente</li></ol>
<b>Q35</b>	<p>Em sua opinião, quais são as funções que a equipe de enfermagem deve desenvolver para acompanhamento de pacientes com demência na Atenção Básica? (selecione e ordene todas as que você considerar, da maior para a menor importância)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <input type="checkbox"/> Avaliação periódica do comprometimento cognitivo</li><li>2. <input type="checkbox"/> Avaliação periódica do comprometimento funcional</li><li>3. <input type="checkbox"/> Controle da(s) comorbidade(s) apresentada(s) pelo(a) paciente</li><li>4. <input type="checkbox"/> Controle da prescrição farmacológica e acompanhamento terapêutico</li><li>5. <input type="checkbox"/> Avaliação de riscos no domicílio</li><li>6. <input type="checkbox"/> Realização de atividades de estimulação cognitiva</li><li>7. <input type="checkbox"/> Apoio às necessidades do cuidador e/ou da família</li><li>8. <input type="checkbox"/> Outras</li></ol> <p>(especifique): _____</p>

## ANEXO C - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação de práticas e atitudes de profissionais de saúde da Atenção Primária no cuidado às demências

**Pesquisador:** ELLEN MARA BRAGA REIS MALTA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80958217.5.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.483.632

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo transversal e analítico. O estudo será realizado na Atenção Primária de municípios polo de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros. Os municípios são: Montes Claros, Taiobeiras, Salinas, Pirapora, Janaúba, Porteirinha e Monte Azul. A pesquisa será realizada com médicos, médicos residentes e enfermeiros que estejam trabalhando na estratégia de saúde da família (ESF) dos municípios polos de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros. Estima-se um número de 223 médicos, 49 médicos residentes e 223 enfermeiros, com um total de 495 profissionais. Será aplicado um instrumento intitulado de Atenção Sanitária às Demências: a visão da Atenção Básica nas versões para médicos e enfermeiros. Este instrumento foi submetido a uma adaptação transcultural a partir da versão Catalã, que por sua vez, também é uma adaptação de um questionário desenvolvido e aplicado em Dublin. A adaptação deste instrumento para o contexto brasileiro seguiu as etapas de tradução, síntese, retro-tradução, revisão por um comitê de especialistas e pré-teste (COSTA, 2015). O questionário é composto por questões abertas e fechadas, 28 no formato para médicos e 16, para enfermeiros, relacionadas ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com demência (COSTA 2015). Não se trata de um questionário baseado em respostas corretas e incorretas, mas sim um meio de se conhecer a prática clínica dos profissionais no atendimento de pacientes com demência. Um questionário adicional com 8 questões abertas foi elaborado para ser aplicado, a fim de coletar

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univer Prof Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricélia **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 2.403.832

mais dados sobre características dos participantes e serviços. Para a coleta de dados, inicialmente, será realizado contato com a gestão de saúde de cada município. Em sequência será realizada a sensibilização dos profissionais para a participação no estudo. Será agendada uma reunião com os profissionais das equipes de saúde da família, médicos, médicos residentes e enfermeiros, conforme sua disponibilidade para a aplicação do questionário. Nos municípios em que não for possível a realização da reunião, o questionário será aplicado in loco, em cada unidade básica de saúde. Todos os questionários serão aplicados pela mestranda, que fará as visitas aos referidos municípios, com agendamento prévio.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar as práticas e as atitudes frente à demência em médicos, médicos residentes e enfermeiros dos polos de residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa envolve riscos mínimos aos seus participantes, como gasto de tempo, desconforto ou cansaço ao responder o questionário. Para minimizá-los será acordado o melhor horário com o participante para responder o questionário.

**Benefícios:**

Não existem benefícios diretos ou financeiros aos participantes da pesquisa. A pesquisa trará aos seus participantes benefícios indiretos, na medida em que ao estabelecer o cenário atual de práticas e atitudes dos profissionais no cuidado de pacientes com demência. Esse estudo poderá subsidiar políticas públicas de atenção à saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Tema relevante e a metodologia está bem descrita e de acordo com os objetivos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos os termos necessários.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profª Darcy Rib  
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089  
UF: MG Município: MONTES CLAROS  
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelo costa@gmail.com

## ANEXO D - Resumo 1

**Avaliação da capacidade funcional em idosos na prática clínica de profissionais da Atenção Primária à Saúde**

*Evaluation of functional capacity in the elderly in the clinical practice of primary health care professionals*

*Evaluación de la capacidad funcional en ancianos en la práctica clínica de profesionales de la Atención Primaria a la Salud*

Ellen Mara Braga Reis Malta<sup>1</sup>, Lucinéia de Pinho<sup>2</sup>, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito<sup>3</sup>, Ana Rúbia Rockenbach<sup>4</sup>, Jéssica Fernanda César Silva<sup>5</sup>, Thainá Raissa Mendes Magalhães<sup>6</sup>

**Introdução:** A avaliação da funcionalidade pode contribuir tanto no planejamento dos cuidados como na tomada de decisões terapêuticas na assistência a idosos na Atenção Primária à Saúde (APS). **Objetivo:** Analisar o emprego de testes de avaliação da capacidade funcional de idosos por médicos da APS. **Métodos:** Estudo transversal e quantitativo, parte da pesquisa em curso, “*Avaliação de Práticas e Atitudes de Profissionais de Saúde da Atenção Primária no Cuidado às Demências*”. Dados parciais foram obtidos a partir de um questionário estruturado aplicado em uma amostra de 65 médicos da APS do município de Montes Claros. Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequência simples e percentual, utilizando-se o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 32,4 ( $\pm 7,64$ ) anos, 70, 8% (n=46) eram do sexo feminino, 41,5% (n=27) possuíam graduação como maior nível de escolaridade, 23,1% (n=15) possuíam residência, sendo que, somente 16,8% (n=11) do total de médicos possuíam residência em Medicina de Família e Comunidade. Quanto aos instrumentos utilizados para avaliação da capacidade funcional dos idosos, 17,2% (n=11) responderam usar o Índice de Katz, 14,1% (n=9) o Teste de Pfeffer, 12,5% (n=8) o Teste de Lawton e 6,3% (n=4) o Índice de Barthel. **Conclusão:** Observou-se um baixo percentual de emprego de instrumentos de avaliação da capacidade funcional, podendo interferir na qualidade da assistência prestada a idosos no âmbito da APS.

**Palavras-chave:** Funcionalidade; Idosos; Atenção Primária.

1. Mestranda em Saúde da Família - PROFSAÚDE - Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros, Brasil. E-mail: [ellenmara.reis@hotmail.com](mailto:ellenmara.reis@hotmail.com)

2. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS. – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Doutora em Ciências da Saúde. Montes Claros, Brasil. E-mail: [lucineiapinho@hotmail.com](mailto:lucineiapinho@hotmail.com)

3. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS. – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Doutora em Ciências da Saúde. Montes Claros, Brasil. E-mail: [nanda\\_sanfig@yahoo.com.br](mailto:nanda_sanfig@yahoo.com.br)

4. Discente do curso de Enfermagem. – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros, Brasil. E-mail: [enf.rubia@hotmail.com](mailto:enf.rubia@hotmail.com)

5. Discente do curso de Medicina. – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros, Brasil. E-mail: [jehf22@gmail.com](mailto:jehf22@gmail.com)

6. Discente do curso de Medicina. – Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros, Brasil. E-mail: [thainarmm1@gmail.com](mailto:thainarmm1@gmail.com)

## ANEXO E - Resumo 2

## FUNÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ROCKENBACH, Ana Rúbia<sup>1</sup>; MAGALHÃES, Thainá Raissa Mendes<sup>2</sup>; SILVA, Jéssica Fernanda César<sup>3</sup>; MALTA, Ellen Mara Braga Reis<sup>4</sup>; PINHO, Lucinéia de<sup>5</sup>; BRITO, Maria Fernanda Santos Figueiredo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Acadêmico de Enfermagem, Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup>Acadêmico de Medicina, Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup>Acadêmico de Medicina, Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

<sup>4</sup>Mestranda em Saúde da Família, PROFSAÚDE, Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

<sup>5</sup>Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários à Saúde – PPGCPS. Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

<sup>6</sup>Docente do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Primários à Saúde – PPGCPS. Universidade Estadual de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

**Objetivo:** Identificar as funções mais relevantes que a equipe de enfermagem deve desenvolver no acompanhamento de pacientes com demência na Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** Estudo transversal e quantitativo, parte da pesquisa “*Avaliação de Práticas e Atitudes de Profissionais de Saúde da Atenção Primária no Cuidado às Demências*”, em curso. Dados parciais foram usados a partir de um questionário aplicado a uma amostra de 53 enfermeiros da APS do município de Montes Claros. Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequência simples e percentual, utilizando-se o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética da UNIMONTES sob o parecer nº 2.483.632. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 32,49 anos ( $\pm 6,41$ ), 81,3% (n=43) eram do sexo feminino. No que se

refere ao estado civil, 52% (n=28) declararam-se casados/união estável. No que tange aos rendimentos mensais dos profissionais houve uma variação de 2 a 10 salários mínimos nacional. Em relação ao maior nível de escolaridade atual, observou-se que 4,1% (n=2) possuíam mestrado, 56,3% (n=30) concluíram especialização, 22,9% (n=12) finalizaram residência e 16,7% (n=9) concluíram a graduação. Dentre as funções mais importantes que a equipe de enfermagem devem desempenhar no atendimento à demência, 89,6% (n=43) indicaram o apoio às necessidades do cuidador e/ou da família, seguido de 85,4%(n=41) que indicaram a avaliação de riscos no domicílio e avaliação periódica do comprometimento cognitivo, 77,1% (n=37) recomendaram a avaliação periódica do comprometimento funcional e controle da(s) comorbidade(s) apresentadas(s), 75% (n=36) sugeriram o controle da prescrição farmacológica/acompanhamento terapêutico e 72,9% (n=35) recomendam a realização de atividades de estimulação cognitiva. **Conclusão:** Entre os profissionais enfermeiros, observou-se um alto percentual de consonância em relação as funções prioritárias que a equipe de enfermagem deve executar no atendimento à demência no âmbito da APS. Esses arcos de ações viabilizam uma assistência à saúde com qualidade e cuidado integral, melhorando a qualidade de vida dessa população.

**Palavras chaves:** Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Demência.

*Apoio financeiro: PIBIC/FAPEMIG/UNIMONTES.*

*Aprovação Comitê de Ética: CEP/ UNIMONTES nº 2.483.632.*

ANEXO F - Resumo 3

## **PRÁTICAS DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEMÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Autores:** THAINÁ RAISSA MENDES MAGALHÃES, ANA RÚBIA ROCKENBACH, JÉSSICA FERNANDA CÉSAR SILVA, ELLEN MARA BRAGA REIS MALTA, MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO, LUCINÉIA DE PINHO

### **Introdução**

O mundo está passando por um processo de transição demográfica acentuado, o que vem contribuindo para o envelhecimento populacional frente a população geral. As Nações Unidas (2015) projetam um crescimento substancial de idosos, alcançando a casa dos 2,1 bilhões de idosos em 2050. Para tanto o critério de idade, atrelado a idade e cronológica, foi adotado para servir como referencial (FREITAS et al., 2016). O limite cronológico de idade utilizado para considerar a pessoa idosa é de 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (WHO, 2015).

De acordo com a tendência mundial, expectativa de vida populacional média no Brasil, projetada para 2030 é de 79 anos (UNITED NATIONS, 2015). Frente às mudanças do atual panorama, o Brasil, tem construído uma rede de cuidados ao idoso, enquanto política pública de saúde e social. Essa rede é constituída pela Atenção Primária à Saúde (APS), Centro de Referência do Idoso, Ambulatórios de especialidades, Serviço de neurologia hospitalar e outros serviços relacionados à assistência à pessoa idosa. O processo de envelhecimento perpassa por manifestações somáticas e psicossociais, que incluem desde o declínio das capacidades cognitiva e funcional, implicando em perdas de papéis sociais, psicológicas e afetivas, frente seu caráter progressivo e permanente (FREITAS et al., 2016). Dentre as principais manifestações somáticas e psicossociais está a demência, considerada um problema na saúde pública dada seu potencial de incapacitação na velhice. A doença de Alzheimer é a demência mais prevalente na prática clínica da enfermagem (KRUGER RAMOS et al., 2015).

A equipe de enfermagem tem um papel fundamental no gerenciamento do cuidado e acompanhamento de pacientes com demência na Atenção Primária à Saúde, dado que o gerenciamento do cuidado em demência pode proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente e ao cuidador. Nesta perspectiva a atuação do enfermeiro é imprescindível no cuidado à saúde, uma vez que esse é seu objeto de trabalho. Além disso, ele é considerado referência dentro da equipe de saúde, tornando-se fundamental no atendimento e acompanhamento dos idosos, favorecendo o vínculo com a unidade de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

O vínculo é estabelecido visto que é realizada a consulta de enfermagem. A consulta de enfermagem, como é usualmente chamada, se refere ao processo de enfermagem. Esse método clínico orienta a prática, a partir cinco etapas inter-relacionadas, sendo a primeira delas o histórico do indivíduo. Nesse momento a obtenção de dados junto ao idoso com demência pode ser deficiente, especialmente na ausência de um cuidador ou familiar, uma vez que se faz necessário colher informações mais detalhadas e específicas. A consulta de enfermagem direcionada à pessoa com demência requer conhecimento quanto às especificidades da saúde do idoso, que na maioria das vezes ultrapassam o conhecimento adquirido durante a graduação (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Nesse sentido, o estudo objetivou-se identificar a prática de atendimento e/ou acompanhamento do enfermeiro à pessoa idosa com ou sem demência no âmbito da APS. Acredita-se, que pelo não conhecimento de trabalhos semelhantes, o estudo apresenta relevância e possibilita identificar as práticas dos profissionais enfermeiros no atendimento ao idoso no âmbito da Atenção Primária, dada a importância do planejamento de ações e educação no enfrentamento à demência.

### **Material e métodos**

Este estudo faz parte da pesquisa: “Avaliação de Práticas e Atitudes de Profissionais de Saúde da Atenção Primária no Cuidado às Demências”, em curso. Trata-se de um estudo transversal e analítico, realizado no período de março a julho de 2018, nas unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Montes Claros- MG. Os dados parciais da pesquisa, se referem a amostra composta por 79 profissionais enfermeiros e enfermeiros residentes, atuantes na Atenção Primária à Saúde no município de Montes Claros/MG. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro contratado ou efetivo, ou

enfermeiro residente, ser atuante na Estratégia de Saúde da Família, ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados foi aplicado um instrumento submetido a uma adaptação transcultural a partir da versão Catalã e adaptada para o contexto brasileiro. O questionário composto por questões discursivas e de múltipla escolha, relacionadas ao rastreamento, diagnóstico e acompanhamento de pacientes com demência, foi aplicado por alunos de Iniciação Científica, *in loco*. As variáveis selecionadas para o estudo foram: disponibilidade de agenda específica para atendimento ao idoso, programação de visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência e apresentação de dificuldades para cuidar de pacientes com demência grave. Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de frequência simples e percentual, utilizando *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0. O estudo foi conduzido em consonância com as normas para pesquisas envolvendo seres humanos, estipuladas pela Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A aplicação da pesquisa passou por aprovação prévia por parte da Coordenação da Atenção Primária à Saúde do município, por meio do Termo de Concordância da Instituição. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UNIMONTES.

### **Resultados e discussão**

Na avaliação das práticas do enfermeiro no acompanhamento à demência observou-se que dos 79 profissionais que participaram da pesquisa, 52 (65,8%) informaram não possuir agenda, enquanto 27 (34,2%) possuem agenda específica para atendimento à pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Tabela 1). Ressalta-se que das atividades relacionadas às práticas e atitudes do profissional enfermeiro quanto ao cuidado profissional, inclui-se a consulta de enfermagem, prevista na Resolução COFEN - nº 358/2009, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e norteia o processo de enfermagem. Enquanto método clínico, o processo de enfermagem, que ocorre por meio de cinco etapas inter-relacionadas comumente denominado como consulta de enfermagem, oportuniza o estabelecimento de uma relação de ajuda, aprendizagem significativa e promoção da saúde no atendimento ao idoso na APS, sendo de competência exclusiva do enfermeiro (COFEN, 2009).



Um estudo de revisão aponta que das práticas realizadas nos serviços de saúde, a consulta de enfermagem teve destaque, considerando as demais práticas executadas pela categoria profissional. No entanto, o estudo não delimita o perfil dos usuários assistidos pela enfermagem por meio consulta de enfermagem junto às Unidades Básicas e às Equipes de Saúde da Família (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016).

Quanto à disponibilidade para realizar visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com demência na programação diária, 65 (82,3%) enfermeiros responderam que habitualmente programam visitas domiciliares (Tabela 1). Um estudo de revisão ressalta que das práticas realizadas na comunidade, a visita domiciliar se destacou, sendo considerada uma estratégia que possibilita conhecer as condições de vida, as relações familiares promovendo o vínculo da ESF com a família e comunidade. A visita domiciliar é considerada um instrumento que, além de propiciar a assistência integral, oportuniza ações de educação em saúde no ambiente domiciliário (BARBIANI; DALLA NORA; SCHAEFER, 2016). Em outro estudo, realizado com as Equipes de Atenção Básica que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade revelou que aproximadamente 98,6 e 99% dos profissionais enfermeiros realizam visita domiciliar no âmbito das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de saúde da família respectivamente (DE-CARLI et al., 2015).

Outro aspecto evidenciado por 59 (74,7%) dos enfermeiros é a dificuldade em relação ao atendimento à pessoa idosa com demência grave (Tabela 1). Um estudo realizado no interior de Minas Gerais, enfermeiros sugerem que as dificuldades relacionadas ao atendimento do idoso com demência grave poderiam ser superadas mediante capacitações e busca de formação continuada, no entanto também demandam do apoio familiar e de maior disponibilidade de tempo para acompanhar esses pacientes, dada as peculiaridades da pessoa idosa com demência (FONSECA; BITTAR, 2014).

### **Considerações finais**

Os dados parciais da pesquisa revelam que a maioria dos profissionais enfermeiros não possui agenda específica para os idosos e assinalam ter dificuldades no atendimento à pessoa

idosa com demência grave na Atenção Primária à Saúde. No entanto, a maioria desses enfermeiros inclui as visitas domiciliares às pessoas com demência em sua programação diária, o que proporciona a construção de um plano de assistência à saúde condizente com a realidade em que o indivíduo e sua família se inserem.

Vale destacar, que não foram encontrados estudos que avaliassem as práticas do profissional enfermeiro no atendimento ao idoso com demência na Estratégia de Saúde da Família, o que demonstra a relevância do presente estudo. Acredita-se que avaliar as práticas dos profissionais enfermeiros possibilite identificar as fragilidades contidas no atendimento e/ou acompanhamento à saúde e a partir delas elaborar estratégias de atuação que atendam à demanda no atendimento à pessoa idosa com demência no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

### **Agradecimentos**

Agradecimentos Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV) da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e à Fundação De Amparo À Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão de bolsa de Iniciação Científica.

### **Referências bibliográficas**

COSTA, Gislaine Desani. *et al.* Avaliação de conhecimentos e atitudes profissionais no cuidado às demências: adaptação transcultural de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0298-0308, abr. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342015000200298&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000200298&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 out.2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov>>. Acesso em: 06 de out. de2018.

DE-CARLI, Alessandro Diogo *et al.* Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 441-450, Jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200441&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200441&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Out.2018. .

FONSECA, Laura Moreira de Sousa; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 11, n. 2, p. 178-192, Mar 2014. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/4080/pdf>>. Acesso em 08 Out. 2018.

FREITAS, Elizabete Viana *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

KRUGER RAMOS, Aline *et al.* Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, dic. 2015. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192015000400009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400009&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 02 Out. 2018.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, Set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Out. 2018.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015).World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390).Acesso em 28 set. 2018. Disponível em: <[http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Resumo*. Genebra: WHO; 2015.