



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

**Julia Cabral**

**DOENÇA DE ALZHEIMER: DESAFIOS PARA A SOCIEDADE**

**Rio de Janeiro**

**2017**

**Julia Cabral**

## **DOENÇA DE ALZHEIMER: DESAFIOS PARA A SOCIEDADE**

**Monografia apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio –  
Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz)  
como requisito parcial para aprovação no  
Curso Técnico em Gerência em Saúde.**

**Orientador(a): Daniel Groisman**

**Rio de Janeiro**

**2017**

*Dedico esse trabalho a minha família, pela sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família por sempre me ajudarem em tudo o que podem, além de me proporcionarem a melhor educação que puderam.

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio por me dar a oportunidade de aprender mais sobre o Sistema Único de Saúde e sobre meus direitos enquanto cidadã, além de ter conhecido pessoas maravilhosas e muito inteligentes nessa instituição.

Agradeço aos meus professores por sempre darem o melhor de si em sala de aula, possibilitando que eu agregasse mais conhecimento, não só de conteúdo, mas de mundo, contribuindo assim, para minha formação de forma integral.

Agradeço à banca de avaliadoras por me avaliarem da melhor maneira possível e contribuírem para o meu trabalho desde o início.

Agradeço a minha supervisora de estágio na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Germana Perissé, que me ajudou a conhecer as ferramentas do governo disponíveis para os portadores de DA, além, de abrir diversas portas na minha caminhada.

Agradeço, principalmente, ao meu orientador, Daniel Groisman, por me ajudar tanto nesse processo, sempre me ensinando e orientando. A participação dele foi essencial para a conclusão desse trabalho e para minha formação.

*"Em última análise,  
precisamos amar para não  
adoecer" (Freud)*

## **RESUMO**

Levar a melhoria das condições de vida em todo mundo levaram a um aumento da longevidade e diminuição das taxas de mortalidade, o que influenciou no aumento do número de idosos. Com isso, novas políticas de saúde voltadas para essa população são necessárias, inclusive aquelas destinadas a doenças que afetam mais especificamente esse grupo etário, como as demências. Tendo em vista que a sociedade não lidava com esse problema com tanta frequência antes, os recursos existentes na rede de assistência não estão completos, seja para o idoso, ou para os cuidadores. Este trabalho visa apresentar informação sobre a Doença de Alzheimer, as políticas de públicas de saúde voltadas para a doença e os obstáculos que impedem o estabelecimento de ações mais consistentes no SUS para esse segmento da população. Como metodologia, estão previstas a revisão bibliográfica e a realização de entrevistas com um gestor e um profissional de saúde.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer; Políticas públicas; SUS

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1: Diferentes regiões do cérebro, com as áreas mais afetadas pela DA.....	p.13
Figura 2: Diferença entre um cérebro saudável e um cérebro com Alzheimer.....	p.14
Figura 3: Critérios para Doença de Alzheimer, segundo o NINCDS-ADRDA.....	p.15
Figura 4: Mini Exame do Estado Mental .....	P.17
Figura 5: Distribuição das áreas programáticas .....	p.23
Figura 6: Índice de Barthel .....	p.25
Figura 7: Critérios de inclusão e exclusão da PCDT .....	p.27

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>CAPITULO 1: A DOENÇA DE ALZHEIMER .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 EFEITOS DA DOENÇA NO ORGANISMO .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 O DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 ESTÁGIOS DA DOENÇA .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 TRATAMENTOS E CUIDADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>CAPITULO 2: PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS QUE ATENDEM OS PORTADORES DE ALZHEIMER.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 ATENÇÃO DOMICILIAR PARA AS PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS MODALIDADES .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3 DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DA NA PERSPECTIVA DE UMA PROFISSIONAL DE SAÚDE (ENTREVISTA).....</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>35</b>

## INTRODUÇÃO

O ser humano passa por fases marcadas ao longo da vida, desde o seu nascimento até a sua morte. O envelhecimento acarreta mudanças, tanto físicas, psicológicas, emocionais e socioeconômicas. Uma das mudanças que observamos é a habilidade de armazenar memórias, que diminui ao longo da vida. A memória armazena aquilo que é realizado durante a vida, desde coisas simples como andar, falar, tomar banho e etc. até a lembrança de nomes e a própria vivência. O esquecimento começa a ocorrer e muitas vezes não é percebido por aqueles que cercam o idoso, até que ações significativas começam a causar preocupações. O bom funcionamento da memória de alguém é um fator relevante para viver de forma independente. Com o esquecimento, ocorre o aumento da necessidade de acompanhamento e cuidados no dia a dia, levando o idoso a uma situação de dependência.

A demência é caracterizada principalmente pela perda progressiva da memória, comprometendo o pensamento, julgamento e a capacidade de adaptação a situações. A incidência das demências aumenta de acordo com a idade. Uma delas é a Doença de Alzheimer (DA), que é uma doença irreversível e faz com que o idoso tenha dificuldade no aprendizado de coisas novas, além de outros comprometimentos na cognição. Não se sabe inteiramente quais fatores desencadeiam o seu surgimento, mas a diminuição da acetilcolina (neurotransmissor na passagem do impulso nervoso para as células musculares), traumas cranianos, infecções virais, fatores genéticos e a presença de proteína betaamiloide sugerem seu aparecimento.

Progressiva e irreversível, a DA traz transtornos da memória, da cognição, incapacitando progressivamente o indivíduo para o autocuidado. A doença possui três estágios, conforme o seu grau de desenvolvimento. Na fase inicial, é frequente a perda de concentração, desatenção, perda de iniciativa, retraimento social, abandono dos passatempos, mudanças de humor, alterações de comportamento e ideias delirantes. Na fase intermediária, os sintomas se agravam, começando a deterioração da memória e ocorrendo o esquecimento de nomes, com dificuldade na escrita, empobrecimento de vocabulário. Por fim, no estágio terminal as funções já estão gravemente comprometidas, tendo o indivíduo dificuldades para reconhecer as pessoas e os espaços familiares e também para se

comunicar, usando muitas vezes sons, ao invés de palavras. Com a progressão da doença ocorrem comprometimentos nas funções motoras necessárias para a continência, mobilidade e ingestão de alimentos, o que faz com que os indivíduos acabem falecendo por alguma complicação, sobretudo na etapa terminal. (COSTAS, 2008)

A doença de Alzheimer causa a morte das células nervosas, atrapalha a função dos neurotransmissores e da base de memórias, além de encolher o cérebro atrapalhando todas as áreas gradativamente. O portador da doença vive, em média oito anos, podendo chegar, entretanto, aos vinte anos. Embora não existam ainda medicamentos capazes de curar a doença, é possível retardar o seu avanço e ter mais controle sobre os sintomas com o uso de medicação e outras terapias voltadas para a reabilitação e estimulação cognitiva.

Com a melhora das condições de vida em todo o mundo, a população de idosos aumentou e está apresentando a sociedade problemas de saúde antes desconhecidos. A incidência da doença de Alzheimer vem crescendo mundialmente, atingindo 35,6 milhões de pessoas em todo mundo, esse número dobra a cada vinte anos (ABRAZ, 2012). A DA é responsável por 50 a 60% dos casos de demência na população idosa.

O aumento da população idosa é decorrente de alguns fatores, como a redução da taxa de fecundidade, da queda da mortalidade infantil e dos avanços em gerais na qualidade de vida das pessoas. Porém gera impactos para outras esferas, como econômica e social, gerando a necessidade da adequação de novas políticas públicas voltadas para a saúde do idoso.

Após o diagnóstico, se inicia o tratamento. Assim, é de fundamental importância conscientizar o familiar ou cuidador da nova realidade, prepara-lo para enfrentar os sintomas, estimular o cuidado e a segurança, já que muitas vezes a demência causa depressão nos idosos, assim o cuidado melhora significativamente na qualidade de vida. Para que isso ocorra, as políticas públicas possuem papel importante, no sentido de favorecerem um acompanhamento aos familiares cuidadores e darem sustentação ao desenvolvimento de propostas com atenção voltada à família.

As limitações do paciente com DA envolvem incapacidade de realizar as atividades da vida diária e exigem do cuidador familiar sua presença constante no desempenho das tarefas de higiene e conforto, criando no cuidador sentimentos diversos, tanto pela dificuldade de cuidar de um portador de DA, e por ter um familiar portador de uma doença

progressiva e irreversível. Um cuidador é necessário quando, revela-se a incapacidade de cuidar de si de maneira satisfatória sem a ajuda de outros, bem como na perda da capacidade de tomar decisão (KUCMANSKI et al, 2016).

A reabilitação cognitiva tem o objetivo de desbloquear as funções comprometidas pela demência e estimula na comunicação, além de ajudar na luta contra a depressão. Porém, alguns idosos apresentam o transtorno cognitivo não reversível, precisando de maior atenção na hora da alimentação e higiene. O cuidador sendo contratado ou alguém da família também deve estar atento a sua saúde, já que o idoso se torna frágil e de fácil adoecimento e esse agora se torna responsável não só pelos cuidados, mas pelas questões legais e financeiras também, tendo uma necessidade de aprender sobre a doença; lidar com a culpa; enfrentar situações de dor, dependência e de sofrimento físico e psíquico. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para a Doença de Alzheimer (BRASIL, 2013), os critérios de inclusão para tratamento são um diagnóstico provável para Alzheimer, a pontuação do mini exame de estado mental, que definirá em que estágio está a doença, e o questionário de avaliação clínica da demência, feita com o cuidador do idoso. Quanto aos critérios de exclusão, serão excluídos os pacientes que não forem capazes de aderir o tratamento, pacientes que possuem problemas cardíacos, hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos.

Cuidar de idosos com Alzheimer é tarefa árdua, o cuidador inúmeras vezes limita a atenção à suas próprias necessidades, incluído o conforto, segurança, ajuda em atividades de vida diária (AVD) e as tarefas relacionadas aos afazeres domésticos. O cuidador primário é o sujeito diretamente responsável por todas essas ações, já os cuidadores secundários, diferentemente, podem até realizar as mesmas tarefas que o cuidador primário, mas o que os distingue dos primeiros é o fato de não terem o mesmo nível de responsabilidade e decisão. Os cuidadores terciários são coadjuvantes, substituem o cuidador primário por curtos períodos e, geralmente, realizam tarefas especializadas, tais como compras, ajudar no transporte do paciente, receber pensão e pagar contas. Todos desempenham importante papel no cuidado, porém, é inegável a necessidade de atenção e zelo para com o cuidador primário (KUCMANSKI et al, 2016).

No Brasil a assistência fornecida para as pessoas idosas pelo Estado é bem precária. Apesar dos avanços na cobertura da atenção primária, que ainda é insuficiente. Centros de

convivência, hospitais-dia e instituições de longa permanência para idosos acabam tendo grande custo, sendo restritos para aqueles que possuem maior condição socioeconômica. Muitas vezes, a falta de recursos econômicos obriga cuidadores familiares a largar o emprego e se dedicar ao idoso. A DA é uma doença que aumenta significativamente os custos dos cuidados de saúde e afeta a vida das pessoas acometidas e seus cuidadores, sendo portanto de suma importância pensar na reorganização dos serviços e em formas de favorecer o acesso à assistência (GUTIERREZ et al, 2014).

Além dos danos emocionais causados pela doença, o gasto econômico também é alarmante. Segundo Veras e cols (2007), em média, 66% da renda familiar, são usados com gastos que podem alcançar até 80% da renda familiar, quando a demência está associada com outra doença crônica. Nas famílias de menor renda, com o avançar da doença, esses autores apontam que pode ocorrer um “desinvestimento” no tratamento, com a tendência aos gastos representarem o mínimo necessário para a manutenção do cuidado. Em grupos sociais com mais recursos, os investimentos em tratamento e cuidados podem se manter por mais tempo, representando gastos maiores para as famílias.

No Brasil, o modelo empregado pelo Estado é conservador, passando a responsabilidade de cuidar do idoso para a família, assim a participação estatal se torna mínima. De acordo com Kucheman (2010), esse modelo é uma herança dos anos de 1950 e 1960, onde a divisão de tarefas por gênero era bem demarcada, uma família era constituída por um casal heterossexual, onde o homem seria o responsável por sustentar sua família e a mulher era encarregada da reprodução e cuidados domésticos, encarregando o sexo feminino do trabalho de cuidar. Com a crise dos anos oitenta, o Estado passou a realizar corte nos gastos e cada vez ia se distanciando mais da participação nos cuidados, no qual não já não tinha um papel de visibilidade, fortalecendo esse modelo conservador. Hoje em dia, ainda podemos observar que entre os cuidadores existe um predomínio do sexo feminino, um fato atribuído à divisão histórica do trabalho e a diferença entre gêneros.

Essa pesquisa busca contribuir para a discussão sobre a inclusão do idoso na sociedade, visando abordar a necessidade de políticas assistenciais no SUS para o idoso portador de demência e seus cuidadores, identificando obstáculos que atrapalham o seu fortalecimento. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo, compreendendo revisão bibliográfica e prevendo a realização de entrevistas com pessoas envolvidas nessa temática.

Assim, temos o objetivo de esclarecer aspectos sobre a doença de Alzheimer e os desafios que esta representa para a sociedade.

O objetivo desse trabalho é compreender as políticas públicas para a promoção do cuidado com as pessoas com Doença de Alzheimer no Brasil, especificamente, identificando as ações existentes no SUS para o cuidado das pessoas com Doença de Alzheimer, discutindo os principais desafios para o fortalecimento das políticas voltadas para as pessoas com Doença de Alzheimer e seus cuidadores.

Como metodologia realizei revisão bibliográfica e uma entrevista com uma profissional de saúde com experiência no atendimento a pessoas com Doença de Alzheimer. Além disso, realizei um estágio na Secretária Municipal de Saúde, especificamente no setor de Gerência da Área Técnica de Saúde do Homem e da Pessoa Idosa. Assim, incorporarei informações sobre o funcionamento desse programa nessa monografia, enfatizando as estratégias de cuidado existentes na rede pública para pessoas com DA. Dentre as ações dessa gerência, destacam-se a distribuição de medicamento e o Programa de Atendimento Domiciliar do Idoso (PADI).

Para realizar esse trabalho, elaborarei no capítulo 1 uma apresentação da Doença de Alzheimer, seus estágios, o diagnóstico e os tratamentos possíveis. No segundo capítulo apresentarei os programas de saúde que beneficiam os portadores da doença e seus cuidadores. Além disso, apresentarei nesse capítulo a entrevista realizada com a profissional de saúde, a qual aborda os desafios para o atendimento às pessoas com Doença de Alzheimer e seus familiares.

## **CAPITULO 1: A DOENÇA DE ALZHEIMER**

A palavra demência significa “perda do juízo” ou “privação da mente”. As doenças ligadas à demência são resultado de um ou mais processos patológicos que alteram drasticamente o comportamento das pessoas e gradualmente arruinam suas vidas e as vidas de famílias inteiras (MOONEY, 2011).

Há diversas condições que fazem parte da doença, ou seja, diversos fatores. Tais como: hipertensão arterial, diabetes, processos isquêmicos cerebrais e dislipidemia. Assim como, fatores genéticos também são relevantes, pois a existência de um familiar com demência é o único fator associado. Escolaridade elevada e atividade intelectual intensa estão associadas com a menor frequência de demência. Estimular os idosos a manter a mente ativa pode ser uma medida preventiva.

Segundo o DATASUS, foram registrados, de 2010 a 2015, o número de 82.979 óbitos de idosos portadores de DA, em todo o Brasil. A taxa de mortalidade, registrada pelo DATASUS, é de 16.46% para os portadores de Alzheimer. Ou seja, esse é o número de óbitos em relação ao número de habitantes.

Nesse capítulo, pretendemos apresentar os principais aspectos da DA. Na primeira parte, descreveremos a doença e como ela afeta o organismo do portador, na segunda parte, abordaremos o diagnóstico, os estágios da doença e os tratamentos possíveis. Por fim, na terceira parte abrangiremos os cuidados e tratamentos recomendados.

### **1.1 EFEITOS DA DOENÇA NO ORGANISMO**

Nosso encéfalo possui principais partes: o cérebro que armazena as lembranças, resoluções de problemas, sentimentos e pensamentos, além de controlar os movimentos do corpo. O cerebelo, que controla a coordenação e o equilíbrio e, o tronco cerebral, que faz ligação com a medula espinhal e controla os movimentos involuntários. O cérebro, além de possuir 100 milhões de células nervosas, que ao se conectarem formam uma rede densa de sinais e sua base de memórias, possui neurotransmissores que transportam informações de uma célula para outra.

O cérebro é alimentado por uma rede de vasos sanguíneos que incluem artérias, veias e capilares. O córtex é a área que interpreta sensações do seu corpo, imagens e sons, controla movimentos involuntários, cria pensamentos e guarda as lembranças. A doença de

Alzheimer causa a morte das células nervosas e perda de tecido em todo o cérebro. Com o passar do tempo, o cérebro encolhe muito, o que afeta o córtex danificando a região de pensamento e lembranças, com ênfase no hipocampo que sofre ainda mais com o encolhimento e a quantidade de fluidos dentro do cérebro fica maior. (ALZ,2017)

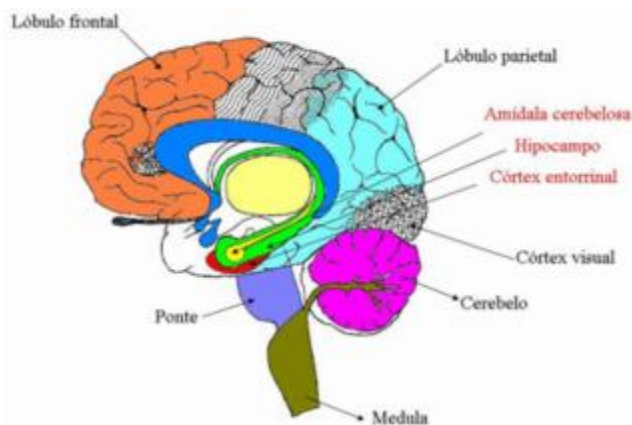


Figura 1: Diferentes regiões do cérebro, com as áreas mais afetadas pela DA destacadas em vermelho (fonte: FALCO 2016).

Quando analisamos o tecido com o microscópio, percebemos a menor presença de células nervosas no portador de DA, os fragmentos de proteínas se abrigam no meio das células nervosas, até hoje não se conhece o motivo da morte das células e perda de tecido, mas se desconfia das placas de proteínas B12 e dos aglomerados enveloados. As placas são formadas quando pedaços da proteína chamada beta-amilóide se agrupam. As beta-amilóides vêm de uma proteína maior encontrada na membrana gordurosa que envolve as células nervosas. Os pequenos agrupamentos podem bloquear a sinalização entre as células nas sinapses (região de ação dos neurotransmissores que transportam o impulso nervoso de um neurônio a outro). Eles também podem ativar as células do sistema imunológico que causam inflamações e devoram células deficientes. Os emaranhados destroem um sistema de transporte de células essencial formado por proteínas.

Em uma pessoa saudável, o sistema de transporte é organizado em filamentos paralelos ordenados como os trilhos dos trens. As moléculas de nutrientes, partes de células e outros materiais essenciais viajam nesses “trilhos.” Uma proteína chamada tau ajuda os trilhos a permanecerem retos. Em regiões com formação de emaranhados: a tau se converte em filamentos torcidos chamados de emaranhados. Os trilhos não conseguem mais se

manter retos. Eles se rompem e se desintegram. Nutrientes e outros suprimentos essenciais não conseguem mais se movimentar através das células, que acabam morrendo.(ALZ,2017)

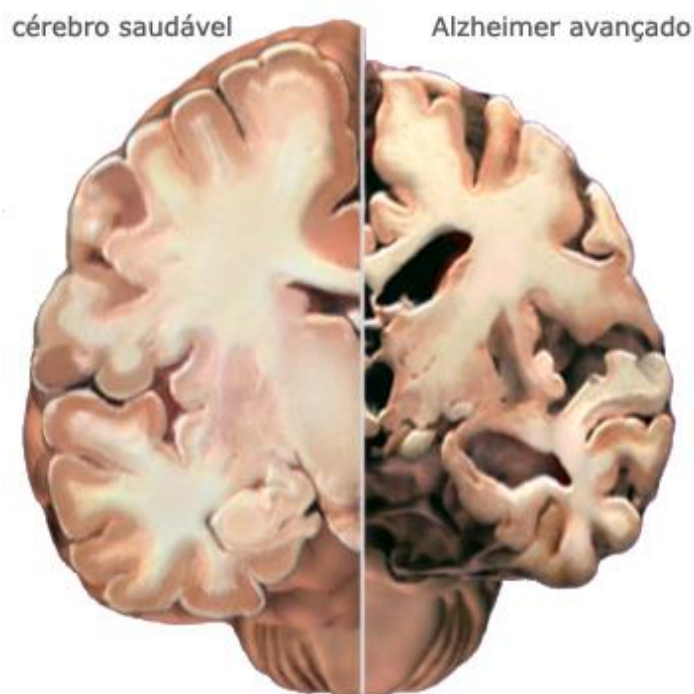


Figura 2: Diferença entre um cérebro saudável e um cérebro com alzheimer  
(fonte:ALZ,2017)

## 1.2 DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

A demência é um doença caracterizada pelo comprometimento das funções corticais superiores, os da memória, do pensamento, da orientação, da compreensão, da linguagem, do cálculo, da capacidade de aprendizagem, do pensamento abstrato e do julgamento. O idoso com possível transtorno será submetido ao Mini Exame de Estado Mental (MEEM), que pode ser realizado por profissionais da saúde.

Para Mooney (2011), o diagnóstico de Alzheimer é um processo de eliminação e exclusão. Em geral, uma única consulta médica e uma única tese não são suficientes. O diagnóstico positivo de DA faz-se em duas fases: Primeiro, o reconhecimento da existência de uma demência; e, em seguida, o diagnóstico da DA. No início, trata-se, de uma crise de amnésia que raramente é notada, sendo normalizada. Geralmente são queixas em relação ao trabalho, como diminuição no desempenho e esquecimentos simples, sendo esse episódio

verificado pelos colegas de trabalho, podendo ocorrer repetição de erros que não lhe eram habituais. Em relação às donas de casa, serão os filhos ou conjugues que referirão os esquecimentos e os erros, cada vez mais frequentes na forma cotidiana (SILVA, 2007).


Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer, publicado em 2013, pela portaria nº 1298 do Ministério da Saúde, para o diagnóstico, deve incluir avaliação de depressão e exames de laboratório especialmente na função da tireoide e níveis de vitamina B12. O diagnóstico de DA no paciente que apresenta problemas de memória é baseado na identificação das modificações cognitivas específicas.

<b>DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de síndrome demencial;</li> <li>• <i>Deficits</i> em 2 ou mais áreas da cognição;</li> <li>• Piora progressiva da memória e de outra função cognitiva;</li> <li>• Início entre os 40 e 90 anos de idade; e</li> <li>• Ausência de doenças sistêmicas que podem causar a Síndrome.</li> </ul>
<b>ACHADOS QUE SUSTENTAM DA PROVÁVEL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia, apraxia e agnosia progressivas (incluindo disfunção visoespacial);</li> <li>• Atividades de vida diária (AVDs) comprometidas e alteração comportamental;</li> <li>• História familiar; e</li> <li>• Achados inespecíficos (ou exames normais) de líquido, eletroencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada (TC) de crânio.</li> </ul>
<b>ACHADOS CONSISTENTES COM DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Platô no curso da progressão da doença.</li> <li>• Sintomas psiquiátricos e vegetativos associados (depressão, insônia, delírio, alucinações, problemas de controle comportamental, transtorno de sono e perda de peso).</li> <li>• Outras anormalidades neurológicas na doença avançada (aumento do tônus muscular, mioclonia ou distúrbios da marcha).</li> <li>• Convulsões na doença avançada.</li> <li>• TC normal para a idade.</li> </ul>
<b>AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS REDUZEM MUITO A CHANCE DE DIAGNÓSTICO DE DA PROVÁVEL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início súbito, apoplético;</li> <li>• Achado neurológico focal precoce no curso da doença; ou</li> <li>• Convulsões ou distúrbios da marcha precoces no curso da doença.</li> </ul>
<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DA POSSÍVEL</b>
<p>Pode ser feito com base na síndrome demencial quando as seguintes condições são preenchidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de outros transtornos neurológicos, psiquiátricos ou sistêmicos suficientes para causar demência; ou</li> <li>• Presença de achados atípicos no início, na apresentação ou no curso clínico.</li> <li>• Pode ser feito na presença de um segundo transtorno que possa levar à demência, mas que não seja a única causa provável de demência.</li> </ul>

Figura 3: critérios para Doença de Alzheimer, segundo o NINCDS-ADRDA (Brasília, 2013)

A depressão é comum e tratável em pacientes com demência e deve ser identificada. A deficiência de vitamina B12 é comum em idosos, a dosagem de nível de B12 ser incluída na rotina de avaliação. Devido à frequência, hipotireoidismo deve ser rastreado nos pacientes idosos. O diagnóstico de DA conclusivo não é realizado com o portador em vida. O tecido cerebral utilizado para exame conformativo é obtido por necropsia ou biopsia cerebral, que por ser invasivo, não é utilizado na rotina.

Um exame de imagem cerebral – tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) - excluir lesões estruturais que podem contribuir para demência, como infarto cerebral, neoplasia, coleções de líquido extra cerebral ou identificar lesões que podem excluir o diagnóstico de DA. O processo de investigação diagnóstica para preencher os critérios inclui história completa (com paciente e familiar ou cuidador), avaliação clínica (incluindo a escala de avaliação clínica da demência – CDR(22, 23), rastreio cognitivo (testes cognitivos como o Mini Exame do Estado Mental - MEEM), exames laboratoriais (hemograma, eletrólitos (sódio e potássio), glicemia, ureia e creatinina, TSH e ALT/AST), sorologia sérica para sífilis (VDRL) e imagem cerebral (TC sem contraste ou RM).

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que ano estamos?
	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
Registro (3 pontos)	Em que cidade nós estamos?
	Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	"Nem aqui, nem ali, nem lá"
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção
	

Fonte: Brucki SMJ, Nitrini J, Caramelli P, Bertolucci PHH, Okamoto JH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

Figura 4: Mini Exame do Estado Mental (LENARDT, 2009)

A avaliação detalhada é importante nos estágios iniciais da demência, onde testes superficiais podem apresentar resultados normais ou alterados. A avaliação com testes de rastreio, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e é complementada por testes que avaliam outros comportamentos do funcionamento cognitivo, como testes de memória, atenção, linguagem, funções executivas, funções perceptivas, habilidades construtivas, entre outros. Diversas escalas e questionários podem ser utilizados para a avaliação do desempenho em atividades da vida diária do paciente, sendo aplicados tanto ao paciente quanto aos familiares e cuidadores (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; NITRINI et al., 2005).

### 1.3 OS ESTAGIOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

As manifestações clínicas, segundo Mooney (2011), apresentam no estágio inicial, a duração em média de dois a quatro anos. Os sintomas iniciais são vagos e difusos e incluem perda da memória, confusão e desorientação. Os acontecimentos recentes são esquecidos e pode ocorrer desorientação com o tempo e espaço, além de distúrbios de fala e de

linguagem. O portador começa a perder objetos e esquecer coisas simples. Pode haver uma progressiva incapacidade para nomear objetos ou elaborar sentenças, julgamento enfraquecido, falta de discernimento e crescente dificuldade para discriminar, entender e completar tarefas, mesmo aquelas que eram bem conhecidas pelo indivíduo. A depressão quase sempre acompanha o primeiro estágio da Doença de Alzheimer, podendo ocorrer mudança de personalidade e de disposição. Não é incomum, também ocorrerem dificuldades com a higiene pessoal, fazendo com que as pessoas possam parecer desleixadas ou descuidadas.

No estágio intermediário, à medida que a Doença de Alzheimer progride, os sintomas do primeiro estágio se intensificam, a perda da memória torna-se mais profunda, o comportamento mais perturbador, esquisito e imprevisível. Essa fase dura em média, entre dois a dez anos. Além da perda contínua e progressiva da memória, os acontecimentos passados e recentes não são mais lembrados. A desorientação e confusão é progressiva e completa. Os idosos se tornam incapazes de reconhecer as pessoas, inclusive membros da família, assim como o próprio reflexo no espelho. Ocorrem os distúrbio da fala, de comunicação e de linguagem. As pessoas que estão no segundo estágio de Alzheimer são cada vez mais incapazes de expressar-se e completar sentenças, é comum a repetição de palavras, perguntas e frases. O aprendizado também é comprometido e a habilidade de fazer contas. Os sintomas incluem oscilações de humor ou mudança de personalidades, explosão de ira, desconfiança, paranoia, perambulação, inquietação, pressa no andar. A atividade motora também sofre modificações. No segundo estágio muitos doentes perdem progressivamente a capacidade de se dedicar as atividades que exigem coordenação das mãos e dedos. Os doentes tendem a perda do equilíbrio, com risco de queda quando a coordenação se enfraquece e ocorrem as manifestações de dificuldades para se alimentar e controlar o sistema excretor.

No estágio avançado, os sintomas incluem a intensificação dos sintomas do segundo e, criam a necessidade de cuidado total. Inicialmente é necessário muita supervisão e assistência para todas as atividades da vida cotidiana. A dificuldade de controlar a excreção aumenta, o doente perde a habilidade de andar sem auxílio e seus reflexos tornam-se anormais devido à rigidez muscular. O ato de engolir também fica prejudicado e o paciente corre risco de desidratação, desnutrição e pneumonia relacionada com a aspiração.

## 1.4 TRATAMENTO E CUIDADOS

Em 2002, foi publicada a Portaria nº 843 do Ministério da Saúde, que aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer. Esse protocolo contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação desse tratamento. É de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação da dispensação dos medicamentos nele previsto. O protocolo define que o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes portadores da Doença de Alzheimer deverá se dar nos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, definidos pela Portaria GM/MS nº 702 e a Portaria SAS/MS nº 249, ambas de 12 de abril de 2002.

O tratamento costuma ter duas principais finalidades, controlar os distúrbios de comportamento, para buscar amenizar a confusão, a agressividade e a depressão, muito comuns nos idosos com demência. Além disso, é feito um tratamento específico: dirigido para tentar melhorar o déficit de memória, corrigindo o desequilíbrio químico do cérebro. Drogas como a rivastigmina (Exelon ou Prometax), donepezil (Eranz), galantamina (Reminyl), entre outras, podem funcionar melhor no início da doença, até a fase intermediária. Porém seu efeito pode ser temporário, pois a doença de Alzheimer continua progredindo. (LOPES, 2006)

Estas drogas possuem, entretanto, efeitos colaterais (principalmente gastrointestinais) que podem inviabilizar o seu uso. Também, somente uma parcela dos idosos melhora efetivamente com o uso destas drogas chamadas anticolinesterásicos, ou seja, não produz efeito para todos os idosos demenciados. Outra droga, recentemente lançada, é a memantina (Ebix ou Alois), que atua diferente dos anticolinesterásico. A memantina é um antagonista não competitivo dos receptores NMDA do glutamato. É mais usado na fase intermediária para avançada, melhorando, em alguns casos, a dependência do portador para tarefas do dia-a-dia.

A saúde não é caracterizada apenas pela ausência de doença, e sim, por um bem estar geral psicológico, físico, financeiro e social. Sendo assim, o cuidado com o portador da doença é fundamental para a estabilização e controle do avanço da DA. O cuidado

abrange o sentimento afetivo e a importância com a melhora da outra, se dedicando a essa pessoa e buscando estar juntos em todos os momentos.

Além do tratamento medicamentoso, são recomendados programas educacionais e treinamento do cuidador, sendo ele, familiar ou uma pessoa de fora, vinculados ao suporte psicológico e dos serviços de saúde. Considera-se que este tipo de intervenção melhora os níveis de estresse, melhorando a relação com o portador, e evita, muitas vezes, o uso de fármacos (ENGELHARDT, 2005). É importante que o cuidador possa receber apoio de pessoas da família, mesmo que este ocorra nos momentos de visita, pois a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do indivíduo e seu conseqüente sentimento de sobrecarga pelos efeitos psicossociais da doença (LUZARDO; GORINI ; SILVA, 2006).

## **CAPITULO 2: PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS QUE ATENDEM AO PORTADOR DE ALZHEIMER**

Nesse capítulo, abordaremos os programas proporcionados pelo serviço público para os portadores de DA. O SUS oferece a internação domiciliar, em pequena quantidade, e o atendimento domiciliar regular, em maior quantidade, além de fornecer os medicamentos para amenizar e controlar o avanço da doença. Assim como outras modalidades, como casas de repouso e centros dia. Os familiares e cuidadores são fundamentais nesse processo. Apesar dos avanços nos cuidados, há ainda uma carência de recursos terapêuticos que são indicados na atenção aos idosos portadores de DA.

A atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe no domicílio do usuário/família. Esta articula promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo o desenvolvimento e adaptação das funções do indivíduo de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia. A Atenção Domiciliar é um recurso importante para favorecer a desospitalização, liberando leitos e contribuindo para a redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização. A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas, a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

A Internação Domiciliar no âmbito do SUS, Portaria GM N° 2529 de 20 de outubro de 2006, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas, clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa, sendo atendidos por equipe específica. A Assistência Domiciliar é realizada por profissionais da Atenção Básica / Saúde da Família ou da atenção especializada. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (Brasil, 2006).

O modelo empregado pelo Estado é conservador, passando para a família a responsabilidade de cuidar do idoso, o que muitas vezes leva ao abandono e a negligência, uma vez que muitos familiares não possuem a disponibilidade de cuidar. É preciso que sejam elaborados programas de maior complexidade voltados para a população idosa.

## **2.1 ATENÇÃO DOMICILIAR PARA AS PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) está vinculado ao Programa “Melhor em Casa”, do Ministério da Saúde, o qual possui dentre os seus objetivos, reduzir o tempo médio de internação, minimizar riscos de infecções hospitalares, otimizar a oferta de leitos na rede SUS e manter o usuário integrado à família e meio ambiente, (BRASIL/MS, 2016). A equipe é formada pelo médico, nutricionista, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e técnico em enfermagem, que atendem os usuários nas residências. A captação dos pacientes é feita em hospitais de grande porte, na qual se localizam as bases do PADI (IABAS, 2017).

No caso do PADI, a busca ativa por novos pacientes é realizada na sala amarela das emergências, enfermarias e Coordenações de Emergência Regional (CER). Para os pacientes com alta definida é feito o preenchimento do cadastro para o PADI e agendamento da visita ao domicílio e para os pacientes ainda em tratamento do quadro agudo, porém com perfil para o programa, a equipe preenche o cadastro para o PADI, esclarece o familiar sobre o PADI, solicita a identificação do cuidador e mantém contato até a alta. Em outras unidades, o usuário é encaminhado com um laudo médico especificando a necessidade de inclusão no PADI e a estabilidade clínica, ou é feita a inclusão pelo Sistema de Regulação - SISREG(RIO DE JANEIRO,2017).

O PADI atende no município do Rio de Janeiro, prioritariamente a pessoas com mais de 60 anos, mas não possuindo restrição de faixa etária, atendendo aos critérios de escolha. A gestão dos serviços do PADI é executada pela Organização Social IABAS(RIO DE JANEIRO,2017).

Desde sua criação, o PADI já atendeu 15.960 usuários no Município do Rio de Janeiro, sendo 212 com Alzheimer apenas no ano de 2017. O programa tem cobertura em 75 bairros no município do Rio de Janeiro, dentro de todas as Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro e mantém suas sedes nos Hospitais Salgado Filho, Lourenço Jorge, Francisco da Silva Telles, Pedro II e Miguel Couto(RIO DE JANEIRO,2017)

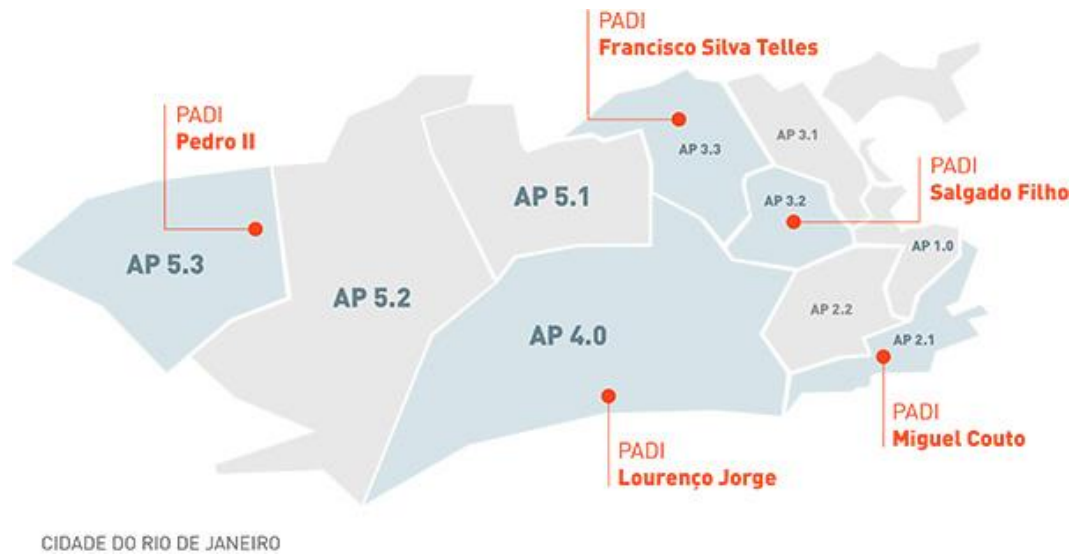


Figura 5: Distribuição das áreas programáticas (IABAS, 2017).

Para inclusão do paciente no programa é necessário que o mesmo apresente os critérios de avaliação para inclusão, que são os administrativos, assistenciais e clínicos. Os critérios administrativos são baseados no local de moradia do usuário, que deve ser coberto pelo Programa de Atenção Domiciliar, tem que oferecer o acesso a carro, o usuário tem que ter contato com as unidades da rede SUS, é necessário a presença de um acompanhante (cuidador) que assine o Termo de Compromisso do PADI, haver disponibilidade de unidade hospitalar para suprimento das demandas de material e medicamentos para a assistência do usuário e haver vaga no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso(RIO DE JANEIRO,2017).

Os critérios clínicos priorizam pessoas idosas, acamadas, portadoras de doenças crônico degenerativas na fase aguda ou que necessitam de cuidados paliativos, com incapacidade funcional provisória ou permanente, internações prolongadas e recorrentes. Ainda segundo esses critérios, o paciente não pode depender de equipamentos para manter as funções vitais, precisa estar estável (conforme avaliação do médico no encaminhamento para o PADI) e ter classificação funcional de acordo com o Índice de Barthel (vide figura 6). Aqueles que apresentarem a necessidade de oxigenoterapia deverão ser avaliados com o objetivo de analisar a viabilidade de atendimento de acordo com o caso clínico e segurança ambiental(RIO DE JANEIRO,2017)

Quanto aos critérios sócio-assistenciais, é necessário ter um responsável que assuma a função de cuidador, sendo um familiar ou não, o domicílio precisa ter recursos mínimos de infra-estrutura, saneamento básico e ventilação, mas também, é preciso ter o encaminhamento para o PADI, recomendado por médico da unidade de origem, baseado em critérios clínicos, garantindo a estabilidade clínica necessária para a transição para a modalidade de assistência de atenção domiciliar (desospitalização ou atendimento domiciliar) com registro em formulário próprio e resumo clínico(RIO DE JANEIRO,2017).

Os critérios de exclusão estão baseados na inexistência de um cuidador que se responsabilize pelo paciente e assine o termo de compromisso com o PADI, ser dependente de equipamento para manter os sinais vitais, não morar na área de cobertura do programa, não ser oriundo da rede SUS, não ter meio de comunicação de fácil acesso e não ter domicílios com infraestrutura que garanta à equipe condições mínimas de atendimento(RIO DE JANEIRO,2017). A necessidade da existência de um cuidador é relevante para a exclusão de muitos idosos do programa, uma vez que, nem todos possuem condições financeiros ou familiares que podem se dedicar ao idoso.

Para o usuário receber alta do programa é necessário atingir os objetivos propostos pelo plano terapêutico, mudança de complexidade ou a mudança de residência fora da área de abrangência. O tempo médio de permanência no PADI é de 120 dias, objetivando a melhora do paciente e é monitorado pelo Índice de Barthel. Trata-se de indicador que considera a diferença entre o resultado da alta e o da entrada no PADI. A interpretação do resultado é feita da seguinte forma: 100 pontos significa a completa recuperação, de 95-85 pontos está próximo da completa independência, de 80-60 pontos é necessário de acompanhamento, de 55-40 pontos é dependente de acompanhante e menos que 40 pontos é preciso de cuidado constante(RIO DE JANEIRO,2017).

<b>ÍNDICE DE BARTHEL</b>		
	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>ESCORE</b>
Alimentação	Independente (o paciente pode alimentar-se sozinho quando alguém coloca a comida a seu alcance. Ele precisa conseguir colocar dispositivos de assistência, caso sejam necessários e cortar a comida sozinho. Ele precisa fazer isto em tempo razoável).	10
	Alguma ajuda é necessária (por ex. cortar alimentos)	5
	Dependente	0
Mover-se da cadeira de rodas para a cama e retornar	Independente em todas as fases dessa atividade. O paciente pode abordar seguramente a cama e sua cadeira de rodas, travar os breques, levantar os apoios dos pés, mover-se com segurança para a cama, deitar, colocar-se na posição sentada sobre a cama se necessário, para transferir-se para trás com segurança e retornar para a cadeira de rodas.	15
	Ou é necessário alguma ajuda em algum passo dessa atividade ou o paciente precisa ser lembrado ou supervisionado para fazer com segurança uma ou mais partes dessa atividade.	10
	O paciente pode colocar-se na posição sentada sem ajuda de uma pessoa, mas precisa ser levantado da cama, ou quando ele transfere-se requer bastante ajuda.	5
	Dependente	0
Higiene pessoal	O paciente pode lavar as mãos e a face, pentear o cabelo, escovar os dentes e barbear-se. Ele pode usar qualquer tipo de barbeador, mas precisa ser capaz de colocar a lâmina ou o <i>plug</i> sem ajuda, assim como retirá-lo da gaveta ou do gabinete. Pacientes do sexo feminino precisam ser capazes de fazer a maquiagem.	5
	Dependente	0
Entrar e sair do banheiro	O paciente é capaz de entrar e sair do banheiro, soltar e abotoar as roupas, impedir que as roupas se sujem e usar papel higiênico sem ajuda. Se for necessário uma "comadre" em vez de banheiro, ele precisa ser capaz de colocá-la sobre uma cadeira, esvaziá-la e lavá-la.	10
	O paciente precisa de ajuda devido ao desequilíbrio ou para lidar com as roupas ou usar o papel higiênico.	5
	Dependente	0
Banhar-se	O paciente usa uma banheira, chuveiro ou toma banho completo de esponja. Ele precisa ser capaz de fazer todos os passos envolvidos, seja qual for o método empregado, sem que outra pessoa esteja presente.	5
	Dependente	0
Andar sobre superfícies niveladas	O paciente pode andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão. Ele pode usar aparelhos ou próteses e usar muletas, bengalas ou andador, mas não andador com rodas. Ele precisa ser capaz de travar e destravar os aparelhos, se usados, assumir a posição de pé e sentar, deixando os auxílios mecânicos necessários para uso e dispondos quando senta. (a colocação e retirada dos aparelhos está pontuada em "vestir-se").	15
	O paciente precisa de ajuda ou supervisão em qualquer item acima, mas pode andar pelo menos 50 metros com ajuda.	10
Propulsão da cadeira de rodas	Quando o paciente não pode deambular, mas pode fazer propulsão da cadeira de rodas independentemente. Ele precisa ser capaz de contornar cantos, fazer voltas, manobrar a cadeira para mesa, cama, banheiro, etc. Ele precisa ser capaz de empurrar a cadeira por pelo menos 50 metros. Não assinalar esse item se o paciente obteve pontos em andar.	5
	Dependente	0
Subir e descer escadas	O paciente é capaz de subir e descer um lance de escada com segurança, sem ajuda ou supervisão. Ele pode e deve usar corrimões, bengalas ou muletas quando necessário. Ele deve ser capaz de usar bengalas e muletas à medida que sobe e desce escadas.	10
	O paciente precisa de ajuda ou supervisão em um dos itens acima.	5
	Dependente	0
Vestir-se e despir-se	O paciente é capaz de colocar e remover e desabotoar todas as roupas, assim como amarrar cadarços do sapato (a menos que seja necessário utilizar adaptações para isso). A atividade inclui colocar, remover e desabotoar coletes e aparelhos quando estes estão prescritos.	10
	O paciente precisa de ajuda para colocar e remover ou desabotoar alguma roupa. Ele precisa fazer pelo menos a metade deste trabalho sozinho. Ele precisa fazer isto em tempo razoável. Mulheres não precisam ser pontuadas no uso de sutiãs ou cintos, a menos que sejam utensílios prescritos.	5
	Dependente	0
Continência intestinal	O paciente é capaz de controlar seu intestino e não tem acidentes. Ele pode usar um supositório ou enema quando necessário.	10
	O paciente precisa de ajuda para usar um supositório ou enema e tem acidentes ocasionais	5
	Dependente	0
Controle da bexiga	O paciente é capaz de controlar sua bexiga dia e noite. Pacientes que usam um dispositivo externo e bolsa presa a perna precisam colocá-los independentemente, lavar e esvaziar a bolsa e permanecer seco dia e noite.	10
	O paciente tem acidentes ocasionais e não pode esperar pela "comadre" ou para chegar ao banheiro a tempo, ou precisa de ajuda com um dispositivo externo.	5
	Dependente	0
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>		
<p>Interpretação do Índice de Barthel: um paciente com qualificação 100 é capaz de cuidar-se de si mesmo, mas não significa que é capaz de viver só. Qualificação acima de 60 é capaz de viver independente, abaixo requerer ajuda. Se a capacidade do paciente for inferior à descrita, considera-se o escore 0. Não utilizar o maior escore se necessitar de ajuda, ainda que mínima. MAHONEY, F.I.; &amp; BARTHEL, D.W. (1965) Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 14, 61-65.</p>		

Figura 6: Índice de Barthel (Fonte: UFPR, 2017)

## 2.2 PROGRAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS MODALIDADES DE ATENDIMENTO

Segundo ALMEIDA-BRASIL et al (2016), no Sistema Único de Saúde (SUS), os medicamentos donepezila, galantamina e rivastigmina são disponibilizados gratuitamente aos usuários e seu fornecimento está sujeito ao cumprimento dos critérios e normas estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença de Alzheimer.

### 5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo de tratamento pacientes que preencherem todos os critérios abaixo:

- diagnóstico de DA provável, segundo os critérios do *National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) Criteria for Alzheimer Disease – NINCDS-ADRDA20* (ver Quadro 1);
- MEEM com escore entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade ou entre 8 e 21 para pacientes com até 4 anos de escolaridade;
- escala CDR 1 ou 2 (demência leve ou moderada); e
- TC ou RM do encéfalo e exames laboratoriais que afastem outras doenças frequentes nos idosos que possam provocar disfunção cognitiva: hemograma (anemia, sangramento por plaquetopenia), avaliação bioquímica (dosagem alterada de sódio, potássio, glicose, ureia ou creatinina), avaliação de disfunção tireoidiana (dosagem de TSH), sorologia para lues (VDRL) e nível sérico de vitamina B12.

### 6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos deste Protocolo de tratamento pacientes que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- identificação de incapacidade de adesão ao tratamento;
- evidência de lesão cerebral orgânica ou metabólica simultânea não compensada (conforme exames do item Critérios de Inclusão);
- insuficiência cardíaca ou arritmia cardíaca graves; ou
- hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos.

Além dos citados, o uso de galantamina está contraindicado em casos de insuficiência hepática ou renal graves.

Figura 7: Critérios de inclusão e exclusão da PCDT(fonte: Brasil, 2013).

A gratuidade do medicamento, entretanto, não configura o acesso, uma vez que existem outras barreiras no caminho para o acesso ao medicamento, sendo elas: disponibilidade (volume de medicamentos disponíveis de acordo com as necessidades do usuário); acessibilidade geográfica (relação entre a localização do serviço e a localização dos usuários); acomodação (como os serviços são fornecidos e organizados para atender aos usuários); capacidade aquisitiva (capacidade do usuário em arcar com os custos do tratamento); e aceitabilidade (atitudes de profissionais de saúde e usuários em relação às características e práticas do serviço). As barreiras de acesso aos medicamentos prejudicam a efetividade do tratamento devido.

Segundo ALMEIDA-BRASIL et al (2016), em função das barreiras de acesso e dificuldades burocráticas, somente 60% das requisições para recebimento desses medicamentos costumam ser deferidas, indicando como o acesso aos tratamentos para a Doença de Alzheimer ainda está muito restrito.

Além dos tratamentos farmacológicos, a Política Nacional do Idoso(PNI) prioriza o apoio ao cuidado familiar e comunitário nas propostas de serviços alternativos ao asilamento, como os centros de convivência e os centro-dia, na qual o idoso pode permanecer durante o período diurno, com atividades recreativas e educativas, que estimulam as atividades cognitivas, além de oferecerem assistência multiprofissional. Porém, o território brasileiro carece de políticas que satisfaça a população em processo de velhice.

Outro serviço de grande importância são os grupos de apoio ao cuidador, que podem ser realizados em unidades de saúde. O apoio ao cuidador é essencial, visto que esse está encarregado de funções que desgastantes, ficando encarregado de cuidar do idoso que enfrenta grandes mudanças na vida, o cuidador ganha a responsabilidade de cuidar do outro de forma integral, não podendo esquecer do próprio cuidado. Normalmente, as famílias conseguem apenas acesso ao atendimento ambulatorial e a alguns medicamentos destinados ao controle da demência, uma vez que, os serviços de centro-dia e os grupos de reuniões de cuidadores são limitados no país. Pensando na ampliação da oferta de atenção psicossocial, os grupos de orientação para cuidadores, e as atividades oferecidas nos centros-dia, sejam implementados em diversos dispositivos da rede de saúde, assim como a propagação dessas informações.(GROISMAN, 2014)

No Estado de São Paulo, foi implementado o Programa de Acompanhamento do Idoso (PAI), que disponibiliza a prestação de serviços de profissionais, acompanhante de idosos, cuidadores, para o apoio e suporte nas atividades diárias e para suprir outras necessidade relacionadas a saúde e social. Dessa forma, o Estado proporciona um suporte para aqueles que encontram-se em situações de fragilidade e vulnerabilidade, atendendo as necessidades da população idosa e de seus familiares, infelizmente, esse programa não foi implementado de forma abrangente no território brasileiro ainda. A falta de investimento de espaços adequados para a pessoa idosa é um dos desafios presentes na realidade brasileira.

### **2.3 DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DA NA PERSPECTIVA DE UMA PROFISSIONAL DE SAÚDE (ENTREVISTA)**

Esta entrevista foi realizada em Outubro de 2017, com uma profissional de saúde, com experiência de atendimento às pessoas com Doença de Alzheimer em serviços públicos. As perguntas seguiram um roteiro de entrevista semiestruturado. A entrevista foi gravada, e seu conteúdo transcrito.

1) Na sua opinião, os programas oferecidos pelo Estado são suficientes para o portador de Alzheimer? Por que?

“Não, porque a principal diretriz, na minha opinião, é diminuir a discriminação e o preconceito e os programas ainda deixam muito aberto esse espaço, o espaço de convivência. Existem os serviços, existe cada vez mais um atendimento para as necessidades, objetivas e concretas do idoso, (...) não tenho dúvidas que já avançamos muito, mas ainda é muito difícil o convívio, por exemplo, entre as gerações, espaços aonde isso possa ser espontâneo e também provocado, acho que os programas devem provocar condições para esse estímulo ao idoso e ao jovem. Porque as crianças de hoje vão ser os futuros velhos e a gente envelhece conforme vivemos, e se não compartilhamos de questões que vão acontecer quando estivermos em idade avançada isso fica excluído do seu mundo, ficando excluído do seu olhar, então, eu acho que é uma questão muito importante. A outra questão é a violência, que continua crescendo. Talvez em geral falte um pouco de cuidado em relação a isso e a situação que vivemos no momento, político, econômico e social reflete na violência do idoso, são muitas famílias que acabam deixando, esquecendo, o idoso porque precisam dar conta de outras coisas, mas isso é inadmissível, a pessoa mais velha tem que estar incluída nessa avaliação das decisões de que uma família precisa tomar, de que um serviço precisa tomar. O Estado é uma autoridade que interfere nas situações de negligência e de omissão”.

2) Como você acha que as políticas para o cuidado das pessoas com Doença de Alzheimer poderiam se fortalecer? E qual as dificuldades para isso?

“Aqui no serviço onde trabalho, por exemplo, dentro do Centro de Estudos já foram apresentadas, só esse ano, pelo menos duas sessões nas quais se discutiam questões

relacionadas a demência, a Doença de Alzheimer principalmente. Uma foi a questão do tratamento, por ser uma questão importante no idoso em geral, ainda mais no portador de Alzheimer (...) porque os cuidadores ficam muito tempo com a pessoa, ficam mais tempo cuidando, ao lado, pode ser um familiar ou um profissional, mas essas pessoas também adoecem, é uma carga emocional e física também, muito grande, então eles precisam ser acompanhados também. Aqui no serviço nós temos um Centro-dia para pessoas com Alzheimer. São poucos os espaços que oferecem esse tipo de cuidado para demência, um espaço multidisciplinar, que possa atender e apoiar a família com ações educativas, formação de recursos humanos, preparando pessoas para trabalhar com essa população, cuidando dos cuidadores, cuidando de quem cuida, e atendendo as diversas facetas da doença de Alzheimer, que é o acompanhamento médico e clínico, com a medicação necessária, ações de estimulação cognitiva, o convívio com outras gerações e outros recursos de estímulo, de bem estar, como a música, como as atividades lúdicas, atividades com o corpo, manutenção de equilíbrio, todas essas questões são fundamentais. Nós sabemos que na rede pública existe muito pouco espaço e [também] poucos recursos para manter esse tipo de atividade que é fundamental. Outra questão que foi abordada no centro de estudos foi a abordagem psicológica das pessoas que estão demenciando. Quando eu me formei em medicina, as demências eram consideradas fim de linha, como se não houvesse nada para fazer, mas essa ideia ainda existe, no imaginário popular e de muitos profissionais, então a quebra desse estigma, desse preconceito, é algo constante que nós fazemos na medida em que tratamos e lidamos de uma maneira respeitosa, sempre lembrando ou fazendo lembrar que essa pessoa que está demenciando, perdendo a si mesma, tem uma história, tem uma identidade, ela carrega com consigo isso, em uma memória que pode ser dos familiares, que pode ser do terapeuta inclusive, estou falando isso porque a questão é: é possível uma abordagem psicológica as demências? É, e a pessoa sofre muito nos primeiros estágios da doença de Alzheimer, da tomada do diagnóstico ou da percepção que está perdendo sua memória, ou a perda de uma capacidade, o comprometimento de uma capacidade, por exemplo, se é uma pessoa que está trabalhando, não consegue realizar uma tarefa que sempre realizou bem, ou de ir ao mercado e realizar suas compras, cuidar de uma casa, é um momento que pode vir com um transtorno emocional que deve ser acessível para a pessoa entender suas emoções e falar

sobre isso. Nem sempre no meio familiar a pessoa está disposta a falar das situações em que está se sentindo mais fragilizado, então o profissional, por isso falei da importância da formação de recursos humanos, é também dever do Estado, dos nossos Ministérios da Educação e da Saúde, ter essa meta, essa diretriz, porque nossa população, principalmente nos países menos desenvolvidos, o número de idosos vai aumentar e é preciso que tenhamos uma meta de proporcionar um espaço de convívio, um espaço de vida com qualidade para todos nós.”.

3) Na sociedade em que vivemos, na sua opinião, o idoso, principalmente, o portador de Alzheimer, possui a visibilidade e a importância que deveria?

“Bom, quando o metrô está muito cheio, ninguém enxerga o velho, e isso acaba sendo uma falta de respeito até consigo mesmo, as pessoas acabam deixando de olhar fora de si mesmo, olhar o outro, existe uma invisibilidade, só não é pior que a dos índios, que é de um povo inteiro, a invisibilidade é de uma faixa etária. (...) A maioria das pessoas que envelhecem, fazem isso de forma normal, com um comprometimento cognitivo leve e apresentando as doenças que são comuns na idade metabólica, que podemos cuidar. Com a doença de Alzheimer, nesse caso a invisibilidade é maior ainda, os familiares esquecem do paciente para comer, para desenvolver as atividades do dia a dia na casa, para estar junto, para conversar, porque a pessoa que possui uma demência, ela possui muitos recursos até determinados estágios da doença, e quando nos estados mais avançados, nos níveis mais graves, ainda possui recursos do cuidado, do bem estar, de manter uma qualidade de vida, então muitos entendem que apenas a medicação é importante, [porém] não, importante é inserir ao máximo o idoso na vida, e isso significa muitas atividades, as atividades possíveis, podendo ser com a ajuda de alguém ou sozinho, mas sempre deixando algum nível de participação, de envolvimento da pessoa, porque até se perder completamente a capacidade cognitiva, nós temos algum nível de percepção, seja no tato, no contato agradável, quem tem uma pessoa com Alzheimer em sua casa, e está observando ela (...), percebe quando [a pessoa] está mais contente, quando fica mais tranquila, ou que as vezes, uma música ou um lugar da casa seja melhor que um medicamento (...), cada um tem o seu jeito, ainda com Alzheimer somos humanos e [as pessoas] devem ser tratadas como qualquer ser humano”.

#### 4) Qual a importância do cuidador no cotidiano do idoso portador de Alzheimer?

“Eu acho que com as outras perguntas nós já respondemos um pouco dessa, porque falamos da importância desse que está ao lado, o que acompanha e que muitas vezes, eu acho que é uma das funções fundamentais, ser um pouco da memória de quem está perdendo a memória, (...). Uma das funções do cuidador a gente sabe que é o cuidado, especialmente da definição do cuidado, o conforto, a alimentação, a higiene, manter aquela pessoa o mais apresentável na própria ideia do que foi e do que é aquela pessoa, não é vestir como uma bonequinha, como essa pessoa viveu e vive sua vida, ela tem suas roupas, tem o seu jeito de ser, ela tem seu gosto, tentar manter o mais longe possível os hábitos, porque nossa vida é feita de uma determinada rotina, um determinado hábito, e muitas vezes cabe ao cuidador manter isso, já que a pessoa vai esquecendo e não sendo mais capaz de manter aquelas coisas que eram importantes na sua vida. O cuidador é uma memória, é um pouco esse prolongamento da história do paciente, da pessoa com Alzheimer. Quando o cuidador é um familiar muitas emoções vão estar envolvidas. [Já] o cuidador profissional, tem uma capacidade de se afastar um pouco e perceber o que é o seu sentimento, o que o paciente está fazendo ele sentir, mas muitas vezes com a família isso se torna um pouco confuso, e muitas emoções ambivalentes, turbulentas, podem surgir nesse momento. Então, é papel do cuidador que é familiar, ter o espaço seu, que é separado de quem ele cuida, para ele saber quem é ele e quem é o seu familiar, por que muitas vezes isso fica muito misturado. (...) [O cuidador] tem as obrigações dos acompanhamentos de medicamentos, conhecendo a pessoa, perceber alterações, uma agitação maior pode ser um desconforto com a roupa, pode ser uma infecção urinária, e quem está muito próximo a pessoa, conhece, sabe até o jeito quando aquele não está podendo mais se comunicar, sabe o jeito que a pessoa fica quando quer alguma coisa, é diferente, então eu acho que definição do cuidador é primordial da definição do cuidado”.

## CONCLUSÃO

A Doença de Alzheimer, é uma enfermidade que traz impactos tanto para a vida do paciente quanto da sua família, sobretudo naqueles que são cuidadores. Além disso, as dificuldades crescentes com o cuidado da pessoa portadora da D.A. aumentam a chance de que esta venha a ser institucionalizada, causando grande impacto nos serviços de saúde disponíveis para o atendimento dessa população. No desenvolvimento desse trabalho procuramos entender a situação na qual o portador de Alzheimer está submetido em nossa sociedade, além dos programas governamentais que lhe são oferecidos, identificando os desafios para um cuidado de maior abrangência .

Na entrevista realizada com uma profissional de saúde, é perceptível que apesar dos avanços nas políticas voltada para pessoas idosas, essa ainda não é suficiente, existindo ainda muito preconceito e discriminação referentes a essas pessoas. Para o fortalecimento dessas políticas foi identificada a necessidade do fortalecimento nos serviços e instituições que possuem atendimento ou atividades para essa população. Além disso, a oferta de orientações e apoios para os cuidadores é muito importante por proporcionar um espaço em que ele é o usuário, na qual ele também pode ser cuidado e ouvido.

As questões relativas ao doloroso processo de adoecimento, me instigaram a refletir sobre as formas de enfrentamento necessárias, que invistam na divulgação de informações de conscientização, junto à população em geral, promovendo campanhas de esclarecimento a respeito da Doença de Alzheimer. Além disso, é necessária a reivindicação de mudanças no atendimento pelo sistema de saúde objetivando minorar o sofrimento do cuidador e que permita um atendimento diferenciado ao doente de Alzheimer. Uma das estratégias para tal pode ser o investimento nos atendimentos na residência, disponibilizando um acompanhante ou cuidador qualificado para os casos em que não for possível contar com um cuidador familiar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAZ. Doença de Alzheimer. **Associação Brasileira de Alzheimer**, 06/08/2012. Disponível em: <http://abraz.org.br/abraz-na-midia/release-institucional-doenca-de-alzheimer>. Acesso em abril de 2017.

ALMEIDA-BRASIL, Celline Cardoso et al . Acesso aos medicamentos para tratamento da doença de Alzheimer fornecidos pelo Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 7, e00060615, 2016 .

ALZ. Viagem ao Cérebro. **Alzheimer's Association**. Fundada em 20 de abril de 1980. Disponível em: [http://www.alz.org/brain\\_portuguese/01.asp](http://www.alz.org/brain_portuguese/01.asp), Acesso em maio de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2529, DE 20 DE OUTUBRO DE 2006. Redefine a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1298, de 21 de novembro de 2013. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da Doença de Alzheimer (anexo). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, 2016.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 1, abr. 2002.

COSTAS; A.M.S., SILVA; C.E.A., SOBRINHO, C.E. Assistência de Enfermagem ao Paciente com Alzheimer. Saúde Beleza, Marília, n. , p.1-14, 17 nov. 2008.

ENGELHARDT, E. (2005). Tratamento da Doença de Alzheimer - recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia

FALCO, Anna De et al . Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. **Quím. Nova**, São Paulo , v. 39, n. 1, p. 63-80, Jan. 2016.

GROISMAN, D. Saúde Mental e envelhecimento: um passo necessário para as políticas públicas. In: JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. DE A.; FAGUNDES, P. R. (Org). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 229–277.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello et al . Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4479-4486, Nov. 2014 .

INSTITUTO DE ATENÇÃO BÁSICA E AVANÇADA À SAÚDE (IABAS), Áreas atendidas pelo Padi com atuação do Iabas. Disponível em: [http://iabas.org.br/?page\\_id=322](http://iabas.org.br/?page_id=322), 2017. acesso em: Nov 2017.

KÜCHEMANN, B. A. Mulheres , Estado e cuidados: tensões e desafios do feminismo. **Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**. Anais eletrônicos. Florianópolis: 2010. Disponível em: <<http://www.fazendogenero.ufsc.br>> Acesso em: fev 2017.

KUCMANSKI, Luciane Salete et al . Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 6, p. 1022-1029, Dec. 2016 .

LENARDT, Maria Helena et al . O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 5, p. 638-644, Oct. 2009 .

LOPES, A.C. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Roca Ltda, 2006. 2245 p. MACIEL JÚNIOR, J.A. Demência primárias e doença de Alzheimer: como diagnosticar e tratar. Ver. Bras. Med. V 63 p. 88-94, dez. 2006.

MOONEY, S.F. Alzheimer: Cuidar de seu ente querido e cuidar de você mesmo. 2ª São Paulo: Paulinas, 2011. 336 p.

NITRINI, Ricardo et al . Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo , v. 63, n. 3a, p. 713-719, Sept. 2005 .

RIO E JANEIRO. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso(PADI). Não publicado, 2017.

SILVA, M.B.M. Gritos de Silêncio: na voz de familiares cuidadores de Portares de Doença de Alzheimer. 2007. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL. Escala de avaliação funcional (Índice de Barthel). Disponível em: <https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/c3adndice-de-barthel.pdf>, acesso em Nov 2017.

VERAS, Renato Peixoto et al . Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, n. 1, p. 5-12, 2007

