

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA

LUCAS SAMUEL ARAÚJO DA COSTA

**DOENÇA DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIO BRANCO:
PERCEPÇÕES DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE,
NO ANO DE 2021
(VERSÃO FINAL)**

RIO BRANCO
2023

LUCAS SAMUEL ARAÚJO DA COSTA

**DOENÇA DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIO BRANCO:
PERCEPÇÕES DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE,
NO ANO DE 2021
(VERSÃO FINAL)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Medicina da
Universidade Federal do Acre como pré-requisito
para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos
Santos

RIO BRANCO

2023

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

C837d Costa, Lucas Samuel Araújo da, 1998 -

Doença de Alzheimer na atenção primária à saúde de Rio Branco: percepções de cuidadores e profissionais de saúde, no ano de 2021 / Lucas Samuel Araújo da Costa; Orientador: Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos. - 2023.

118 f.: il.; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências Da Saúde e do Desporto, Bacharel em Medicina, Rio Branco, 2023.

Inclui referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Idoso. 3. Doença de Alzheimer. I. Santos, Cleber Ronald Inácio dos. (Orientador). II. Título.

CDD: 610

Bibliotecária: Nádia Batista Vieira CRB-11º/882

LUCAS SAMUEL ARAÚJO DA COSTA

**DOENÇA DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIO BRANCO:
PERCEPÇÕES DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE,
NO ANO DE 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Bacharelado em Medicina da
Universidade Federal do Acre como pré-requisito
para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos
Santos

DATA DA APROVAÇÃO: 01 de fevereiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos - Presidente
Universidade Federal do Acre (UFAC)

Prof. Me. Osvaldo de Sousa Leal Júnior - Membro
Universidade Federal do Acre (UFAC)

Prof.^a Me. Kátia Fernanda Constância Ferrão Campos - Membro
Universidade Federal do Acre (UFAC)

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia aos meus pais, pelo exemplo de esforço e perseverança; por me educarem e me direcionarem ao caminho da moralidade; por serem minha inspiração e terem permitido que eu alcançasse voo rumo aos meus mais ambiciosos sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e por ter permitido que tivesse saúde e ânimo para concluir este trabalho.

Aos meus pais, José Nilton Moreira da Costa e Raimunda Neide Araújo da Costa, por todo o incentivo e apoio; por acreditarem nos meus objetivos e por terem sempre me dado as condições para alcançá-los.

À Universidade Federal do Acre, por me proporcionar o acesso à educação pública, gratuita e de qualidade.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos, por sua disponibilidade, empenho, seus conselhos e amizade.

Aos meus professores, por me guiarem e instruírem durante esta formação; por incentivarem meus projetos e transmitirem seus saberes.

Aos gestores das Unidades de Saúde da Família que, compreendendo a relevância social deste trabalho, me auxiliaram e impulsionaram.

Aos profissionais de saúde e cuidadores participantes da pesquisa, por terem cedido seu tempo e seus espaços, possibilitando a concretização deste estudo.

Aos meus diletos amigos, Alan Francisco dos Santos Conceição, Ana Karina Maia Dias, Daniel Gomes dos Santos, Diego Cauã Lopes Cardoso, Marcus Vinícius Lira Padilha e Pamella Hagnes Lima Gadelha, por estarem ao meu lado e me apoiarem nos momentos difíceis.

Por fim, um agradecimento especial a Ana Clara Freitas Costa, por todo o amor e companheirismo; pelo carinho e dedicação; pelos sorrisos e abraços; por me ensinar a viver a vida com mais leveza e me inspirar todos os dias. Levá-la-ei sempre em meu coração.

RESUMO

Introdução – Com a ascensão das doenças e agravos não transmissíveis no Brasil, afecções comuns à senescência, como a Doença de Alzheimer, vêm ganhando destaque no cenário da Saúde Pública. Considerando o papel da Estratégia de Saúde da Família no cuidado domiciliar, as equipes de Saúde da Família se apresentam como recurso humano de relevância ímpar para a promoção do cuidado integral, territorializado e continuado dos idosos acometidos e de seus cuidadores.

Objetivo – O estudo buscou analisar o conjunto de ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família visando o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer e de seu cuidador. **Método** – Realizou-se uma pesquisa de natureza aplicada e abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso. Participaram da pesquisa os profissionais de saúde vinculados a equipes de Saúde da Família de Rio Branco e os cuidadores de idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer residentes deste município. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e sistematizados por intermédio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O Modelo de Análise utilizou a Teoria das Representações Sociais. **Resultados** – Dentre intervenções de saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde de Rio Branco, a visita domiciliar se destacou como a principal estratégia utilizada na prestação de cuidado à pessoa com Doença de Alzheimer e como meio para o acompanhamento mais minucioso pela equipe de Saúde da Família. Identificou-se, contudo, a ausência de ações coordenadas voltadas à saúde do cuidador, de forma que o cuidado dispensado a esse indivíduo tem sido relegado à posição de secundário, limitando-se ao campo da Educação em Saúde e à facilitação do acesso aos serviços de saúde. Os principais entraves na prestação do cuidado foram a ausência de uma linha de cuidado definida; défices na formação técnica dos profissionais de saúde e inadequação das ações de formação continuada; sobrecarga de trabalho; aporte insuficiente de recursos; ausência de planejamento conjunto de ações e a dificuldade de acesso ao apoio multi e interprofissional. **Considerações finais** – O atual perfil da atenção, em suma, permanece marcado pela informalidade e fragmentação do cuidado, implicando atos não coordenados que debilitam o potencial da Atenção Primária à Saúde em Rio Branco e, não raro, deixam o idoso, seu cuidador e o núcleo familiar desamparados frente à doença e seus agravos.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde do Idoso; Doença de Alzheimer; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Introduction – With the rise of non-communicable diseases and health problems in Brazil, frequent illnesses among older people, such as Alzheimer's disease, have been gaining prominence in the Public Health scenario. Considering the role of the Family Health Strategy in home care, the Family Health team is recognized as a human resource of unique relevance for the promotion of integral, territorial, and continuous care of the elderly with dementia and their caregivers. **Objective** – The study aimed to analyze the set of actions developed by the Family Health teams regarding home care of the elderly suffering from Alzheimer's disease and of their caregiver. **Method** – We performed an applied and qualitative research Case Study type. Had been enrolled in this study Family Health team professionals from Rio Branco, and caregivers of elderly with Alzheimer's disease living in this same city. Data were obtained through semi-structured interviews and systematized through the Collective Subject Discourse method. The Analysis Model used the Theory of Social Representations. **Results and Discussion** – Among health interventions developed in the Primary Health Care of Rio Branco, home visits stood out as the main strategy used in the provision of care to people living with Alzheimer's Disease and as a means for a more detailed follow-up by the Family Health teams. The absence of coordinated actions aimed at the caregiver's health was, however, identified, so that the care given to this individual is relegated to a secondary position, limiting itself to the field of health education and facilitating access to health services. The main obstacles in the provision of care were the absence of a defined line of care, deficits in technical training of health professionals and inadequacy of continuing education actions, work overload, an insufficient supply of resources, lack of collaborative planning for healthcare actions, and the difficulty of access to multiprofessional and interprofessional support. **Final considerations** – The current profile of care, in short, remains marked by informality and fragmentation of care, implying uncoordinated acts that undermine the potential of Primary Health Care in Rio Branco and often leave the elderly, their caregiver, and their family helpless in the face of the illness and its consequences.

Descriptors: Unified Health System; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health of the Elderly; Alzheimer's Disease; Qualitative Research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AC	Ancoragens
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AF	Assistência Farmacêutica
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
APA	American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
APS	Atenção Primária à Saúde
CCSD	Centro de Ciências da Saúde e do Desporto
CEP	Comitê de Ética da Pesquisa
CEP- UFAC	Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade Federal do Acre
CONEP	Comissão Nacional de Ética na Pesquisa
COVID-19	Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus)
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DA	Doença de Alzheimer
DAE	Doença de Alzheimer Esporádica
DAIT	Doença de Alzheimer de Início Tardio
DOCX	Microsoft Word Open XML Format Document
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressões-Chave
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família

eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideias Centrais
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
MP3	Mpeg-layer 3
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
URAP	Unidades de Referência da Atenção Primária
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER	14
2.1.1 Histórico.....	14
2.1.2 O processo patológico	15
2.2 A PERSPECTIVA DA FAMÍLIA FRENTE À DOENÇA.....	17
2.2.1 A família e o diagnóstico.....	17
2.2.2 As peculiaridades do cuidado	18
2.3 O CUIDADO NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER	19
2.3.1 A definição do cuidador.....	20
2.3.2 A hierarquia do cuidado	22
2.3.3 A sobrecarga do cuidador	23
2.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ANTE ÀS NECESSIDADES DE CUIDADO ..	24
2.4.1 A integralidade do cuidado	25
2.4.2 O suporte domiciliar	26
2.4.3 A Educação em Saúde	27
2.4.4 O cuidado interdisciplinar.....	28
2.4.5 O Apoio multiprofissional	29
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	34
4.3 CENÁRIO DA PESQUISA.....	35
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	36
4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
4.5.1 O Pré-Teste do Instrumento de Coleta	37
4.5.2 O Campo da Pesquisa.....	38

4.6 O TRATAMENTO DO MATERIAL COLETADO.....	39
4.6.1 Técnica de Registro de Dados.....	39
4.6.2 Síntese dos Dados.....	39
4.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1 O CUIDADO DISPENSADO AO IDOSO.....	44
5.2 O APOIO AO CUIDADOR E AO NÚCLEO FAMILIAR.....	55
5.3 OS ENTRAVES NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO.....	62
5.4 OS DESAFIOS DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES E ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

Com a melhoria do perfil médico-sanitário e a expansão do acesso à Saúde Pública, o Brasil experimentou uma notável elevação da expectativa de vida e concomitante involução das taxas de natalidade e mortalidade (WONG; CARVALHO, 2013). Como reflexo dessas mudanças, o perfil demográfico brasileiro também sofreu alterações substanciais nas últimas décadas, com notório crescimento relativo da população acima dos 60 anos, a qual representou, em 2021, 14,7% dos habitantes do país (IBGE, 2021b).

O acréscimo no tempo de vida médio da população, apesar de refletir esse processo contínuo de melhoria da qualidade de vida, implica também na emergência de défices fisiológicos que propiciam o surgimento e instalação de doenças menos características em indivíduos mais jovens (JECKEL-NETO; CUNHA, 2016). Dessa forma, paralelamente ao processo de transição demográfica, deflagram-se mudanças nos padrões de morbimortalidade do brasileiro, levando a uma maior incidência de doenças e agravos não transmissíveis, com particular destaque para as desordens de natureza crônica (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Segundo Figueiredo e Tonini (2009), as doenças de características crônico-degenerativas demonstram perfis longitudinais, com pouca ou nenhuma perspectiva de cura e que, embora nem sempre levem o indivíduo à morte, exercem influência direta sobre sua qualidade de vida. Entre as doenças pertencentes a esse escopo, as síndromes demenciais passaram a representar uma das mais importantes formas de morbidade presentes na terceira idade, caracterizando-se, sobretudo, pelo declínio da memória e de outros aspectos cognitivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Em julho de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o “Plano Global de Ação para uma Resposta de Saúde Pública à Demência 2017-2025”, no qual, além de ressaltar a importância das políticas públicas voltadas à doença, estimou que, aproximadamente, 47 milhões de pessoas vivem com essa condição no mundo, representando cerca de 5% de toda a população idosa. No contexto brasileiro, por sua vez, as estimativas da Organização revelaram que essa doença comprometia, proporcionalmente, o dobro de pessoas quando comparada à média global, afetando em torno de 13% dos habitantes acima dos 60 anos (WHO, 2017).

Respondendo por 60 a 70% dos casos de demência, a Doença de Alzheimer (DA) ganha destaque como principal diagnóstico diferencial dessa afecção (WHO, 2017). Como uma doença neurodegenerativa, a DA leva à deterioração definitiva de células nervosas e, por consequência, à diminuição de funções motoras e cognitivas, comprometendo a integridade física, mental e social do indivíduo afetado, sendo, por isso, reconhecida como a principal causa geral de incapacidade e dependência funcional na velhice (ALVES *et al.*, 2017).

Sem um tratamento definitivo, o enfrentamento dessa enfermidade volta-se ao retardo da progressão dos sintomas e à melhoria da qualidade de vida. O diagnóstico da DA costuma, portanto, ter um efeito devastador não apenas sobre a vida do idoso, mas também sobre o grupo familiar que o cerca, visto que a deterioração dos padrões cognitivos é seguida pela perda do controle emocional e pela distorção do comportamento social, afetando consideravelmente as relações interpessoais da pessoa acometida e levando a profundas alterações em seu núcleo de convivência (FREITAS *et al.*, 2008; BURLA *et al.*, 2013).

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), as ações de saúde voltadas a esse grupo devem mantê-lo inserido em sua comunidade e junto do núcleo familiar, de forma digna e confortável (BRASIL, 2006a). Dessa forma, a assistência longitudinal conferida ao indivíduo com DA deve localizar-se no domínio da Atenção Primária à Saúde (APS), e ser executada em concordância com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), de forma a garantir um atendimento descentralizado e consolidar o vínculo do idoso afetado com o Sistema de Saúde (KESSLER *et al.*, 2018).

A equipe de Saúde da Família (eSF) insere-se nesse contexto como um recurso humano de relevância ímpar para a promoção do cuidado integral, continuado e singular aos idosos com incapacidade, parcial ou total, resultante dos agravos da Doença de Alzheimer (GALVÃO *et al.*, 2016). É a eSF que, por meio da Educação em Saúde (ES), orienta a família e, sobretudo, o membro do grupo encarregado dos cuidados intensivos, contribuindo para o melhor entendimento das características da doença, seus fatores de risco e os métodos de tratamento, de forma a guiar o planejamento, a realização e a manutenção do cuidado (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Considerando-se a dinâmica da APS no município de Rio Branco e a sua importância para o vínculo contínuo entre o idoso com demência e o Sistema Único

de Saúde (SUS), enunciou-se a seguinte Pergunta de Pesquisa: **“Como se desenvolve o cuidado conferido pelas equipes de Saúde da Família de Rio Branco ao idoso com Doença de Alzheimer e ao seu cuidador?”**.

A partir deste questionamento, admitiu-se como hipótese que as equipes de Saúde da Família detinham formação insuficiente para abordar seus pacientes de forma integral, tendendo a reduzir o manejo das condições de saúde ao aspecto farmacoterápico, característico do Modelo Biomédico de Atenção à Saúde.

Levando-se em conta a tendência global de transição demográfica experimentada nas últimas décadas, o sistema de saúde local tem lidado cada vez mais com as peculiaridades do envelhecimento e seus respectivos desdobramentos na Saúde Pública. Nessa perspectiva, a disponibilidade limitada de produções científicas que abordem essa temática no município de Rio Branco, sobretudo aquelas voltadas ao recorte da Doença de Alzheimer, torna-se um entrave à compreensão integral dessa nova demanda.

Assim, o presente Estudo adquire relevância ao discutir essa problemática no contexto da Atenção Primária à Saúde do município de Rio Branco, onde a investigação do cuidado dedicado à população com DA e aos seus cuidadores, no contexto da visita domiciliar, buscou auxiliar o melhor entendimento das limitações das ações da eSF, pretendendo-se contribuir para a revisão do gerenciamento das ações de cuidado e para possíveis reformulações na condução da Estratégia de Saúde da Família.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER

2.1.1 Histórico

As raízes do entendimento da demência e, conseqüentemente, da Doença de Alzheimer, remontam ao final do século XIX, quando Blocq e Marinesco descreveram pela primeira vez a presença de placas na substância cinzenta do cérebro de indivíduos em idade avançada submetidos à necropsia (BLESSED; TOMLINSON; ROTH, 1968).

Foi somente na primeira década do século XX, no entanto, que Simchowicz, em sua colaboração com o psiquiatra alemão Alöis Alzheimer, relacionou a presença dessas placas ao processo patológico da demência senil, dando a estas o nome de “placas senis” (BLESSED; TOMLINSON; ROTH, 1968).

O primeiro relato de grandes proporções sobre a Doença de Alzheimer foi realizado pelo próprio Alöis, em 1907, com auxílio de seu pupilo, Gaetano Perusini (AMADUCCI *et al.*, 1986). A partir da observação detalhada dos sintomas de Auguste Deter, uma mulher de 51 anos que apresentava um caso atípico de demência, o cientista elaborou:

A memória dela está seriamente prejudicada. Se os objetos são mostrados a ela, ela os nomeia corretamente, mas quase imediatamente depois ela se esquece de tudo. Ao ler um teste, ela pula de linha em linha ou lê soletrando as palavras individualmente ou tornando-as sem sentido por meio de sua pronúncia. Ao escrever, ela repete sílabas separadas muitas vezes, omite outras e rapidamente se perde completamente. Ao falar, ela usa o preenchimento de lacunas e algumas expressões parafraseadas (“derramador de leite” em vez de xícara); às vezes é óbvio que ela não pode continuar. Obviamente, ela não entende certas perguntas. Ela não se lembra do uso de alguns objetos (STELZMANN; SCHNITZLEIN; MURTAGH, 1995, p. 429).

Apesar disso, um consenso sobre a designação dos achados de Alzheimer como uma nova neuropatia tardou a ser adotado pela comunidade científica que, até o final da década de 1960, ainda não se referia à Doença de Alzheimer como um processo patológico singular (BLESSED; TOMLINSON; ROTH, 1968).

Lugaro (1916, p. 378 apud BERRIOS, 1990, p. 362), em seu trabalho intitulado “*A psiquiatria alemã na história e na atualidade*” escreveu:

Por um tempo acreditou-se que um certo distúrbio aglutinativo da neurofibrila poderia ser considerado o principal “marcador” de uma forma presenil, que foi “batizado às pressas” como “doença de Alzheimer”.

Simchowicz (1924, p. 221 apud BERRIOS, 1990, p. 362), que trabalhou pessoalmente com Alzheimer, adotou a mesma postura de Lugaro ao declarar que “Alzheimer e Perusini não sabiam na época que as placas eram típicas de demência senil e acreditavam que poderiam ter descoberto uma nova doença”.

Apesar dessas declarações, Alöis Alzheimer jamais considerou o fato de ter relatado uma nova doença, algo que foi reforçado em sua publicação nomeada “*Sobre doenças peculiares da idade avançada*”, em que o psiquiatra afirma que seu interesse no relato de caso feito alguns anos antes era enfatizar que a demência senil não se restringia apenas a indivíduos em idade avançada, podendo acometer também pacientes de meia idade (ALZHEIMER, 1911).

Apesar da incerteza quando à definição da DA como uma doença distinta, seu uso se consagrou durante as décadas que se seguiram, sendo o termo utilizado para designar casos de demência pré-senil, em oposição aos mais frequentes e melhor documentados casos de demência senil (em indivíduos com 65 anos ou mais) (BERRIOS, 1990).

Foi apenas em 1976 que Robert Katzman sistematizou dados que colaboraram para a tese de que as formas de demência senil e pré-senil seriam histopatologicamente idênticas, levando a Doença de Alzheimer a ser reconhecida como o acometimento demencial mais comum no mundo (KATZMAN, 1976).

2.1.2 O processo patológico

Mesmo após um século de sua descoberta, os processos fisiopatológicos que culminam no desenvolvimento da DA permanecem pouco elucidados, levando à incerteza da comunidade científica sobre esta ser propriamente uma doença, em sentido técnico, ou uma síndrome (HANE *et al.*, 2016). De uma forma ou de outra, as múltiplas frentes de pesquisa têm trabalhado duas variações etiológicas dessa enfermidade: a de hereditariedade familiar e a esporádica (KOZLOV *et al.*, 2017).

A forma hereditária da DA é caracterizada por um início precoce, sendo comumente relatada em pacientes na faixa dos 50 anos e está associada a

mutações no gene que codifica a proteína precursora amiloide e naqueles voltados à produção das enzimas do complexo γ -secretase (KOZLOV *et al.*, 2017).

Em contraste, a segunda forma, denominada Doença de Alzheimer Esporádica (DAE) ou de Início Tardio (DAIT) só causa sintomas aparentes após os 65 anos e afeta uma porcentagem significativa da população, sendo responsável por algo entre 95 a 99% dos casos (KOZLOV *et al.*, 2017).

Apesar de suas peculiaridades, as duas formas da doença se manifestam de modo bastante similar: com instalação insidiosa, ambas apresentarão um desenvolvimento progressivo em um período entre 5 e 10 anos, tempo no qual causará elevada deterioração cognitiva, comprometendo as memórias de curto e, após certo tempo, de longo prazo. Além disso, a capacidade visoespacial, as habilidades de linguagem, os padrões de comportamento e uma variedade de outras funções cognitivas também se deteriorarão com a evolução do quadro (KOZLOV *et al.*, 2017; SANTOS; ALMEIDA; FERREIRA, 2020).

De acordo com Tiwari *et al.* (2019, p. 5.541), as alterações fisiológicas responsável pelo espectro sintomático da DA é

[...] causada principalmente pelo processamento anormal e polimerização de proteínas normalmente solúveis [que] [...] adquirem conformações alteradas, devido a mutações genéticas, fatores externos, ou ao próprio envelhecimento, e se agregam, levando à perda ou anormalidade das funções neurais.

Assim, a anatomopatologia da DA é caracterizada principalmente pelo acúmulo extracelular de fibrilas beta-amiloides e intracelularmente pela hiperfosforilação da proteína tau, afetando, sobretudo, os neurônios hipocámpais e o córtex cerebral como um todo (KOZLOV *et al.*, 2017).

O processo patogênico da Doença de Alzheimer não pode, contudo, ser reduzido apenas ao metabolismo de espécimes proteicos (HANE *et al.*, 2016). Distúrbios no metabolismo de íons metálicos, deficiência em vias de sinalização, disfunções do metabolismo lipídico, estresse oxidativo, reativação de ciclo celular em neurônios pós-mitóticos e distúrbios na estrutura e função mitocondriais, dentre outras alterações ainda não bem elucidadas, também contribuem para a gênese da doença (KOZLOV *et al.*, 2017).

2.2 A PERSPECTIVA DA FAMÍLIA FRENTE À DOENÇA

O envelhecimento é uma fase inevitável do ciclo vital de todos os indivíduos e, apesar de muitos destes chegarem à senescência de forma ativa e sem défices cognitivos consideráveis, existem aqueles que não poderão gozar dessa etapa de forma plena, devido ao fato de terem suas capacidades físicas, motoras e psíquicas reduzidas por morbidades características da fase mais tardia da vida (LUZARDO e WALDMAN, 2004)

Dentre as mais comuns destaca-se o processo demencial, que, segundo Diogo (2021), caracteriza-se como sendo uma enfermidade de progressão lenta e sofrível e implica profundas transformações no cotidiano individual e coletivo, levando, via de regra, à dependência precoce do idoso afetado. Para a autora:

[...] os cuidados cotidianos relacionados às atividades de vida diária (AVDS) são fundamentais [...] possibilitando melhora na qualidade de vida e evitando maiores riscos de acidentes, o que torna indispensável a figura do cuidador (DIOGO, 2021, p. 50).

Adotando essa perspectiva, os indivíduos não doentes que mais serão afetados pelas mudanças impostas pela Doença de Alzheimer serão os próprios familiares da pessoa acometida, pois é a parentela a primeira

[...] a reconhecer os sinais de alterações na saúde de seus membros, como também a primeira a realizar o cuidado, uma vez que o desequilíbrio na saúde do indivíduo afeta não só a ele, mas também à dinâmica familiar (LUZARDO; WALDMAN, 2004, p. 136)

Dessa forma, uma vez estabelecido o diagnóstico e assumida a reponsabilidade pelo cuidado desse sujeito, as obrigações do núcleo familiar se manterão até um dos dois possíveis desfechos: sua institucionalização ou seu óbito (CRUZ; HAMDAN, 2008).

2.2.1 A família e o diagnóstico

A identificação e o diagnóstico da doença podem ser bastante tardios, tendo em vista que os primeiros sintomas, por vezes, se confundem com características tidas como “normais” ao envelhecimento, pelo julgamento do senso comum. O início do processo demencial apresenta características sutis, com episódios de

esquecimento mais relacionados a situações cotidianas, impedindo que a família reconheça a enfermidade. Apenas com o avanço da doença e o agravamento dos sintomas pode-se fazer a distinção (AVILA; MIOTTO, 2003; LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Conforme Luzardo e Waldman (2004), uma vez ciente do diagnóstico, a família se depara com inúmeras dúvidas, tanto sobre a doença em si quanto sobre o panorama prospectivo do doente e de seu núcleo familiar. Muitas das questões, todavia, não podem ser sanadas com facilidade, tendo em vista tratar-se de uma enfermidade pouco elucidada.

Além disso, para os autores, a consulta médica não costuma valorizar a transmissão de informações que instruem os familiares quanto ao quadro, centrando-se “num modelo tecnológico e curativista que contempla apenas aspectos intervencionistas da doença” (LUZARDO e WALDMAN, 2004, p. 138). O diagnóstico médico, nesse caso, não é necessariamente apresentado em conjunto com as informações necessárias ao entendimento da doença ou, quando o é, faz-se através de linguagem pouco acessível, própria dos profissionais de saúde.

O desconhecimento sobre a doença torna-se, então, um aspecto gerador de ansiedade e desespero no ambiente familiar. Sem saber como lidar com os sintomas e com a evolução da doença, é comum que o grupo familiar se apoie unicamente no tratamento farmacológico e, somente a partir da experiência empírica das dificuldades vivenciadas é que passa a compreendê-la melhor, o que auxilia no fornecimento de um cuidado mais efetivo (SILVA; RIBEIRO; MARTINEZ, 2017).

2.2.2 As peculiaridades do cuidado

O idoso acometido pela DA torna-se mais frágil que aquele sem o infortúnio de uma doença demencial. Devido à natureza progressiva desse mal, a pessoa com DA perde gradativamente suas funções cognitivas, fazendo com que a dinâmica em seu entorno demande uma estrutura específica, diferente daquela normalmente dedicada à pessoa idosa (DIOGO, 2021).

Esse indivíduo passa a depender de seu círculo familiar para a realização de atividades mais complexas, voltadas à administração de sua vida dentro e fora do lar, como o controle financeiro, o transporte e a manutenção de tarefas domésticas. Conhecidas como “atividades instrumentais da vida diária” (AIVD), estas tarefas

acabam prejudicadas pelos lapsos de memória ou pelo déficit no próprio conceito de ação de si, ambos característicos da Doença de Alzheimer (GARCIA *et al.*, 2017).

Com a progressão dessa enfermidade, o grau de incapacidade do idoso com DA torna-se ainda mais proeminente, e este passa a depender do auxílio de terceiros inclusive na realização de tarefas mais simples, como ao alimentar-se, ir ao banheiro ou vestir-se — conhecidas como atividades básicas de vida diária (ABVD). Nesse ponto a família torna-se responsável por ainda mais tarefas e a dedicação ao idoso afetado passa a ser contínua (BARREIRA, 2017).

A incerteza quanto às formas de proceder, a não compreensão da pessoa afetada e, muitas vezes, de seus próprios sentimentos, inflige desgastes de ordem física e psicológica àqueles que convivem com idoso demenciado, causando temor e descrença quanto ao fato de que estejam proporcionando um cuidado digno. Esses aspectos somados levam esses indivíduos à condição de vítimas secundárias da doença, fazendo da DA uma “doença familiar” (XIMENES; RICO; PEDREIRA, 2014).

Nessa perspectiva, Grabher (2018) estabelece que tanto o estresse físico quanto o emocional são fardos comuns às famílias submetidas aos desdobramentos cotidianos que a doença impõe. Em sua revisão narrativa, a autora estabelece que 47% das mulheres e 24% dos homens que assumem o papel do cuidado majoritário demonstram características de estresse físico, enquanto que 62% das mulheres e 52% dos homens consideraram suas atividades de cuidado emocionalmente estressantes.

Conforme o quadro degenerativo progride, a família passa a vivenciar situações cada vez mais difíceis, uma vez que, além do surgimento da incapacidade e acamamento, perde-se qualquer relação compartilhada entre o paciente, sua família e as demais pessoas ao seu redor (XIMENES; RICO; PEDREIRA, 2014).

2.3 O CUIDADO NO CONTEXTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Com o diagnóstico definitivo da Doença de Alzheimer, além dos diversos sentimentos que afligirão o grupo familiar, são enfrentadas também as primeiras questões relativas aos provimentos que o idoso afetado demandará (MATIAS *et al.*, 2021).

Devido aos estigmas social e cultural associados às instituições de longa permanência para idosos (ILPI), que associam essas entidades a um lugar de

abandono e desprezo, a maioria dos indivíduos com a doença passa a receber cuidado em âmbito familiar (MATTOS; KOVÁCS, 2020).

Garcia *et al.* (2017) afirmam que devido à natureza da DA, a relação entre doente e cuidador pode ser especialmente conflituosa. De forma geral, os familiares costumam apresentar dificuldades em administrar o convívio, já que a aceitação da doença e suas implicações no comportamento do indivíduo acometido precede a reconstrução de sua identidade e sua função na dinâmica do grupo.

Neste sentido, o entendimento da complexa transição de sujeito passivo para a difícil tarefa de cuidador de um idoso com a DA, torna necessário um *olhar para além da doença*, buscando-se perceber o significado do processo de adoecimento de maneira multidimensional (GARCIA *et al.*, 2017).

2.3.1 A definição do cuidador

Cuidar de um indivíduo nesse contexto é uma tarefa árdua, em que o cuidador, não raramente, suprime suas próprias necessidades em prol das necessidades cotidianas da pessoa adoecida, (KUCMANSKI *et al.*, 2016).

Garcia *et al.* (2017, p. 411), em complemento, postulam que “poucas são as famílias que conseguem dividir o trabalho entre seus componentes de uma maneira igualitária, favorecendo a sobrecarga de papéis na pessoa que cuida.”

A eleição do cuidador torna-se, portanto, um dos principais impasses desse momento e os conflitos familiares passam a ser comuns, sobretudo por implicar uma condição de dedicação constante, especialmente trabalhosa (DE-LIMA; GARCIA, 2020). Esse indivíduo estará, a parti dali, envolvido na maior parte das atividades de vida diária do idoso, desde as mais complexas (como administrar finanças e controlar medicações) até os cuidados de natureza mais simples (a exemplo da higiene e da alimentação) (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Esse grau de dedicação contínua tem reflexos na vida financeira do cuidador e finda por afetar até mesmo o tempo que este dedica a si mesmo, motivo provável pelo qual, na maioria dos casos, não há outros membros do grupo familiar envolvidos nessa tarefa (LENARDT *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2017; GARCIA *et al.*, 2017).

A motivação pessoal do indivíduo que se dispõe a assumir essa tarefa geralmente consiste em um gesto de retribuição pelo cuidado recebido da pessoa

com DA ao longo da vida (OLIVEIRA; CALDANA, 2012; MENDES; SANTOS, 2016). No entanto, como afirmam Lenardt *et al.* (2010), esse anseio sozinho não é determinante para a escolha daquele que prestará suporte ao idoso, uma vez que fatores como a estabilidade financeira e a possibilidade de prover moradia e qualidade de vida adequados são levados em conta para que o familiar assuma ou não a responsabilidade de cuidar.

Dito isto, em muitas famílias o cuidado não é delegado de forma consentida (visando o bem-estar da pessoa sob cuidado), mas a partir de uma imposição, seja gerada por influência ativa do grupo familiar, seja pela passividade de familiares que se eximem de suas obrigações (BAPTISTA *et al.*, 2012).

Assim, o cuidador familiar é, em grande parte das vezes, uma figura solitária que encara as consequências da não colaboração do núcleo familiar e, por isso, não raro vem a apresentar sintomas de esgotamento físico e emocional (BAPTISTA *et al.*, 2012; SCHMIDT *et al.*, 2018; NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021).

Além disso, devido a determinantes culturais, essa função costuma seguir normas de parentesco que priorizam os indivíduos mais próximos ao idoso afetado, como cônjuge, filho (a) e genro/nora (MENDES; SANTOS, 2016). Isso ocorre porque as famílias identificam o ato de cuidar como um dever moral condicionado à dignidade humana, ao vínculo familiar e à herança cultural: “cuidar de um parente com DA não é uma questão de escolha, é uma missão, é um encargo que foi destinado a essa cuidadora, que deve cumprir porque foi eleita para desempenhar tal papel” (MENDES; SANTOS, 2016, p. 127)

Muito embora a característica descrita por estes autores implique um grau de obrigatoriedade à tarefa de cuidar, destaca-se também um componente voluntário no contexto dessa atividade: a percepção do ato como retribuição suscita um sentimento de autorrealização e crescimento pessoal, o que motiva o cuidador em sua tarefa (OLIVEIRA; CALDANA, 2012; MENDES; SANTOS, 2016).

Outro aspecto marcante da tarefa de cuidar está na predominância de mulheres (sobretudo cônjuges e filhas) entre os indivíduos que cumprem esse papel (CRUZ; HAMDAN, 2008; CAMARGO, 2010; LENARDT *et al.*, 2010; MENDES; SANTOS, 2016; CESÁRIO *et al.*, 2017; GARCIA *et al.*, 2017).

Na visão de Cesário *et al.* (2017, p. 176), isso ocorre porque

[...] cultural e socialmente, ainda é considerada como sendo uma característica da mulher adaptar-se às exigências dos familiares, prover assistência e organização da vida familiar, em virtude de exercer o cuidado dos filhos, atividades domésticas e familiares e, portanto, estar mais preparada para desempenhar o referido papel.

Os autores afirmam que essa responsabilidade é ainda mais acentuada quando se considera o fato de que, no Ocidente, as mulheres apresentam maior expectativa de vida e, por vezes, acabam herdando essa obrigação pela ausência de outros familiares com quem poderiam compartilhar a atividade (CESÁRIO *et al.*, 2017).

2.3.2 A hierarquia do cuidado

Com base nesta perspectiva, Vieira *et al.* (2012, p. 349) classificam os cuidadores conforme o seu grau de responsabilidade pela assistência prestada à pessoa com DA:

Os cuidadores primários são os principais responsáveis pela pessoa idosa, pelo cuidado e pela maior parte das tarefas. Os secundários podem até realizar as mesmas tarefas, mas não possuem nível de responsabilidade e decisão, atuando quase sempre de forma pontual em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário. Os cuidadores terciários são coadjuvantes e não possuem responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas especializadas, como compras, pagamentos de contas e recebimento de pensões.

É quase invariável, então, que os desdobramentos negativos da tarefa de cuidar recaiam sobre o cuidador primário (BARREIRA, 2017). Este, além de submeter-se às profundas mudanças de cotidiano (visando o ajuste ou desenvolvimento de estratégias para lidar com a pessoa doente e seus sintomas) ainda sofre com a sobrecarga relacionada à tarefa de cuidar que, geralmente, advém da qualidade ou quantidade de demanda ao qual estão expostos, e que ultrapassam suas capacidades, por insuficiência técnica ou de tempo (DE-LIMA; GARCIA, 2020).

2.3.3 A sobrecarga do cuidador

Oliveira *et al.* (2011), em seu estudo descritivo com cuidadores familiares, constataram que 7 em cada 10 cuidadores dedicavam mais de 10 horas por dia à tarefa de cuidar. Além disso, 2 em cada 3 não realizavam qualquer tipo de rodízio com outros membros do grupo familiar e cerca de um terço já desempenhava essas atividades por pelo menos 10 anos

Essa forma de assistência, desenvolvida em tempo integral e por longos períodos de tempo, pode, segundo os autores, favorecer a um “maior desgaste, piora na qualidade de vida, e podem desencadear problemas de saúde, como estresse e depressão no cuidador” (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 238).

Cesário *et al.* (2017, p. 177) destacam que essa é uma realidade comum no dia a dia de familiares encarregados do cuidado, mas que também leva a uma maior sobrecarga na vida desses indivíduos, visto que

[...] ações cotidianas – como banho, alimentação, administração de medicações, higienização – tornam-se situações desgastantes pela resistência do idoso a realizá-las, devido aos seus distúrbios comportamentais e de memória, que o induzem a acreditar que são dispensáveis, inadequadas ou imposições repressoras.

Diante dessa perspectiva, deve-se considerar ainda que o desenvolvimento dessas ações de cuidado geralmente ocorre em concomitância com outras atividades, muitas delas igualmente desgastantes e que elevam a chance de os cuidadores virem a desenvolver desordens de saúde física e psíquica (LENARDT *et al.*, 2010; MATIAS *et al.*, 2021).

Para além do estresse diário, a pior qualidade de vida dos cuidadores familiares pode estar relacionada à devastadora experiência de cuidar, que promove comprometimentos nos aspectos físico, emocional e social daqueles que realizam essa função (CESÁRIO *et al.*, 2017).

Conforme Matias *et al.* (2021), uma parcela significativa dos cuidadores encara a assistência ao idoso sob uma ótica negativa e desarmoniosa, pela qual abdicam de muitos aspectos de sua vida pessoal e profissional.

Assim, fatores como o esgotamento físico, a baixa autoestima e o isolamento social somam-se à preocupação sobre a evolução e o prognóstico da doença e até ao receio de herda-la, tornando a experiência de cuidar, por vezes, devastadora (CESÁRIO *et al.*, 2017).

Uma vez que o estado de saúde desses familiares gera reflexos diretos sobre a qualidade de vida dos idosos demenciados, evidencia-se, também, a necessidade de uma maior aproximação do profissional de saúde, dispensando especial atenção às fragilidades do grupo, de forma que a família passe a ser, além de unidade cuidadora, uma unidade a ser cuidada (CESÁRIO *et al.*, 2017).

2.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ANTE ÀS NECESSIDADES DE CUIDADO

Levando-se em consideração que a família e, principalmente, o cuidador têm necessidades diversas, em âmbito emocional ou material, o gerenciamento de uma atenção ao idoso que vincule familiares, comunidade e os serviços de apoio se faz essencial para a integração e criação de estratégias que favoreçam o planejamento das intervenções em saúde, contribuindo com a qualidade de vida de seus cuidadores (PEREIRA; SOARES, 2015).

Neste sentido, Malta *et al.* (2020) apontam a Atenção Primária à Saúde como locus privilegiado no provimento das necessidades da pessoa idosa, sobretudo daquela que convive com a demência, de forma que seja possível agir preventivamente e intervir de forma precoce na detecção dos distúrbios cognitivos, do comprometimento da funcionalidade e de suas complicações.

A origem da APS remonta da segunda década do século XX, com o advento do Relatório Dawson, na Inglaterra. No Brasil, os primeiros esboços dessa forma de organização datam dos anos 1940, mas sua consolidação como eixo organizador da Saúde Pública ocorreu somente após a instituição do Sistema Único de Saúde, contexto no qual passou a ser denominada “Atenção Básica” (AB) (FAUSTO; MATTA, 2007; CARNUT, 2017; ANDRADE *et al.*, 2020).

Orientada na APS, a Estratégia Saúde da Família surgiu como modelo operacional no ano de 1994 e é considerada como reorganizadora do Modelo de Atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo apontada, por sua extensão e cobertura, como um modelo a ser seguido (COUTINHO, BARBIERI, SANTOS, 2015; CECCON *et al.*, 2021).

Desta forma, a ESF fundamenta-se na atenção integral à saúde ao idoso e seu cuidador, incluindo ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos (CECCON *et al.*, 2021), privilegiando, para isso, aspectos como

o da Atenção Domiciliar (AD), da Educação em Saúde e do cuidado interdisciplinar (PROCÓPIO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019; MEDEIROS *et al.*, 2022)

Apesar disso, no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas de atenção ao idoso no Brasil, o Estado ainda se apresenta com responsabilidades reduzidas, sendo as maiores atribuições acerca do cuidado transferidas à família. Soma-se a isso o fato de não existirem políticas voltadas a papel delegado à família e ao cuidador, fazendo com que o apoio e a rede de suporte ao idoso se desenvolvam de maneira informal (PEREIRA; SOARES, 2015).

2.4.1 A integralidade do cuidado

A Integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, instituído e assegurado pela Constituição Federal em 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/90, pode ser definida como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990, p. 3).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em sua terceira edição, (BRASIL, 2010, p.13) afirma ainda que, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a Integralidade implica na

[...] ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

Segundo Carnut (2017) ela deve, assim, ser entendida como uma forma de estender a visão dos profissionais para além da lógica da “intervenção pura”, levando-os a vislumbrar todas as nuances do que se compreende como cuidar no contexto de suas atribuições e da construção dos serviços de saúde.

Embora seja um princípio-diretriz estruturante do SUS, é na Atenção Básica que o conceito de Integralidade encontra um lócus privilegiado para sua aplicação (CARNUT, 2017).

2.4.2 O suporte domiciliar

Um dos muitos preceitos da Estratégia de Saúde da Família é precisamente o estabelecimento de vínculo e o acompanhamento dos diferentes aspectos da dinâmica familiar, sobretudo daqueles que possam se relacionar, de alguma forma, com a manutenção da saúde (NORO; TORQUATO, 2015).

A Atenção Domiciliar mostra-se, portanto, como uma modalidade de atenção privilegiada na busca por esse fim, uma vez que sua execução se volta ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e palição no domicílio (PROCÓPIO *et al.*, 2019).

Segundo definem Oliveira Neto e Dias (2014, p. 45.826), “a AD, por suas características, possui grande potencialidade no cuidado a usuários com doenças crônicas não transmissíveis, que demandam atenção longitudinal prestado por equipe multiprofissional”.

Isso ocorre porque ela se insere em um contexto “transição da saúde”, secundária tanto às mudanças no perfil de agravos (com alterações na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde) quanto à transição da atenção sanitária, uma resposta social organizada a essa nova conformação epidemiológica, representada pela emergência dos novos modelos de atenção à saúde (OLIVEIRA NETO; DIAS, 2014).

Assim, tanto no Brasil quanto no cenário mundial, as conjunturas demográfica, epidemiológica, social e cultural têm levado à expansão dessa modalidade de cuidado. Visando muito mais do que a mera sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde (até pouco hospitalocêntricos), a AD traz uma proposta de cuidado que, acima de tudo, busca promover maior bem-estar aos usuários e às suas famílias, reduzindo as iniquidades no âmbito da saúde (PROCÓPIO *et al.*, 2019).

No contexto da Atenção Primária, a AD volta-se mais propriamente aos cuidados que demandam menor densidade tecnológica, podendo contar ou não com o auxílio dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação. Por demandarem menor atuação multiprofissional e serem desempenhados com menor frequência, esse cuidado é, naturalmente, uma atribuição da equipe de Saúde da Família, que o realizará por meio das “visitas domiciliares” (BRASIL, 2016).

2.4.3 A Educação em Saúde

Em face das dificuldades enfrentadas pelo cuidador, Kucmanski *et al.* (2016) afirmam que as nuances negativas da tarefa de cuidar podem ser menos pronunciadas caso esse indivíduo tivesse maior conhecimento sobre a condição enfrentada, seus agravos e estivessem qualificados para agir frente a maior parte das adversidades.

A Educação em Saúde mostra-se, portanto, como a intervenção de maior valor no sentido de garantir o cuidado adequado à pessoa com Doença de Alzheimer, abarcando o processo saúde-doença em suas duas facetas: na saúde, se faz necessária para sua manutenção ou para evitar e/ou retardar a presença de doença; e, na doença, torna-se essencial para trazer qualidade de vida e/ou retardar as complicações do processo de adoecimento (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007; SANTOS *et al.*, 2019)

Esse processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde tem por principal mediador à sua concretização o profissional de saúde. Uma vez que a maior parte do cuidado será desenvolvida pelo cuidador leigo, cabe ao profissional a difusão de informações úteis e inteligíveis ao familiar encarregado, com vistas a facilitar o processo de cuidado e torná-lo mais eficiente (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Souza, Wegner e Gorini (2007, p. 5) destacam que as abordagens na ES podem ser sumarizadas em duas propostas: a Educação em Saúde Tradicional e a Educação em Saúde Radical. A primeira,

[...] como base a prevenção de doenças, expressando o modelo hegemônico da assistência biomédica. Nela, o foco da ação é a doença e a mudança de comportamento individual, sendo gerada e imposta pelos profissionais saúde.

A segunda delas, elaborada à luz da medicina biopsicossocial,

[...] propõe-se a trabalhar com uma perspectiva moderna de educação, despertando a consciência crítica das pessoas e grupos sociais, envolvendo-os nos aspectos relacionados à saúde. Essa proposta busca atingir suas metas por meio do trabalho com grupos, com o objetivo de despertar a consciência coletiva, que subsidiará a transformação social.

A partir dessa segunda concepção, Santiago e Luz (2012) estabelecem que, em vez de respeitar e valorizar a participação e a autonomia dos sujeitos, a forma

como essa ferramenta da atenção é atualmente utilizada favorece transferência e depósito de conteúdo sem o devido compromisso com a realidade vivenciada por cada indivíduo ou com o contexto no qual se encontra inserida essa população.

Essa configuração se mostra inadequada porque a condição de saúde do idoso e seu meio social não são estáticos, mas sim componente de um grande espectro que se altera com o passar do tempo. Por isso, é importante que se considere os contextos fisiopatológico, psicoemocional, socioeconômico e cultural no qual o idoso e sua família encontram-se inseridos, em diferentes momentos do acompanhamento (SANTIAGO; LUZ, 2012).

Apesar disso, quando fornecida de forma adequada, a prática educativa em saúde demonstra-se uma importante ferramenta no endosso de princípios que regem o autocuidado e o processo de construção da consciência crítica e da autonomia do cuidador leigo, visando sempre reduzir agravos à saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa com DA e daqueles que constituem seu núcleo familiar (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

2.4.4 O cuidado interdisciplinar

No âmbito da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) estabelece as atribuições comuns a todos os profissionais atuam na Atenção Básica:

Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração [...]

A colaboração interdisciplinar é, portanto, o processo pelo qual profissionais de diferentes áreas da saúde e da assistência social trabalham juntos no planejamento e na implementação de ações com o objetivo de impactar positivamente no cuidado.

Essa forma de atuação envolve a interação regular e o compartilhamento de experiências, valorizando a expertise e as contribuições os profissionais de saúde das diferentes áreas trazem para o atendimento ao usuário (MEDEIROS *et al.*, 2022).

Tomando-se por base o conjunto de princípios que orientam o Sistema de Saúde, uma das características que justifica a colaboração interprofissional na reorientação das práticas de saúde é a centralidade do usuário na produção dos serviços de saúde.

É essa centralidade que demanda os demais princípios da colaboração: compartilhamento dos objetivos comuns; parceria que estimula o processo permanente de interação; interdependência enquanto reconhecimento do caráter complementar das diferentes profissões; e equilíbrio de poderes entre elas (FREIRE-FILHO *et al.*, 2018, p. 6)

Objetiva-se, portanto, a prestação de um atendimento de qualidade, desempenhado por um conjunto de profissionais que deverão propor soluções conjuntas às queixas de saúde do usuário, bem como a outras questões levantadas pela equipe de profissionais desde seu acolhimento, por meio de um olhar multiprofissional e interdisciplinar que somente acrescentará ao plano de tratamento de cada paciente (MEDEIROS *et al.*, 2022).

Essa forma de cooperação evita a produção de uma saúde fragmentada e a exposição do usuário a atos duplicados, além de diminuir a possibilidade de erros de diagnóstico e de tratamento, melhorando a capacidade resolutiva do sistema público de saúde e tornando-o menos dispendioso (MEDEIROS *et al.*, 2022).

2.4.5 O Apoio multiprofissional

A prestação de cuidados ao final da vida pela ESF ainda é muito restrita, estando limitada a procedimentos de retaguarda, como a articulação de internações e outros procedimentos necessários ao bem-estar do doente, o providenciamento de transporte para o acesso a serviços de maior complexidade, além da identificação de necessidades e fornecimento de medicações e outros recursos (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Queiroz *et al.* (2013), no entanto, acredita ser fundamental a consolidação de uma atenção organizada pela eSF em articulação com os demais profissionais atuantes no domicílio, como aqueles que atuam no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

O NASF-AB, criado pelo Ministério da Saúde (MS) a partir da Portaria Nº 154/2008, tem por objetivo central a ampliação da abrangência e do escopo das

ações desenvolvidas pelas eSF. Ele poderá ser composto por psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, psiquiatras, farmacêuticos, educadores físicos, dentre outros profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que devem atuar de forma conjunta e com foco nas necessidades identificadas nos territórios que estão sob a responsabilidade da ESF (BRASIL, 2008).

A atuação integrada entre a eSF e os NASF-AB facilita e melhora o cuidado dispensado à população, pois “possibilita a discussão compartilhada entre os profissionais, tanto nas UBS como na assistência domiciliar, permitindo a criação de planos de intervenção mais adequados e que se enquadrem na política de atenção integral”, ou seja, considerando o paciente de forma integral, buscando suprir todas as suas necessidades físicas e psicológicas (PLACA, 2018, p. 29).

Placa, Wanderbroocke e Poli, (2020, p. 340) afirmam, em acréscimo, que a corresponsabilidade entre as equipes do NASF-AB e da ESF

[...] é fator essencial para a vinculação dos usuários. O trabalho em equipe, de maneira a fortalecer a rede, também possibilita a criação de um projeto terapêutico singular, pois as duas equipes compartilham suas visões sobre cada caso, possibilitando maior qualidade nas intervenções para a população.

É de entendimento dos autores, no entanto, que existe dificuldade em dividir as responsabilidades e somar os saberes no cotidiano dessas equipes, o que acaba dificultando a troca de informações e o planejamento das ações conjuntas (PLACA; WANDERBROOCKE; POLI, 2020).

Em seu trabalho, destacam a escassez de casos que recebam atendimento contínuo e conjunto. Para eles, ao ser solicitado atendimento da Assistência Social e da Psicologia, por exemplo, os profissionais envolvidos trabalharão separadamente e, provavelmente, farão um atendimento pontual (PLACA; WANDERBROOCKE; POLI, 2020).

O Serviço de Atenção Domiciliar, regulamentado e organizado pela Portaria GM/MS Nº 936/2013, define-se como “substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial”, e é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2013c).

A diferença fundamental entre as duas equipes, segundo Oliveira Neto e Dias (2014) é que, enquanto a EMAD pode contar com médicos, enfermeiros e auxiliares

ou técnicos de enfermagem, a EMAP não comportará essas categorias de profissionais em sua equipe, podendo ser composta por assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, dentre outros profissionais listados na referida portaria (BRASIL, 2013c).

Savassi (2016, p. 5) deixa claro, contudo, que a função exercida pelas equipes deve acontecer em concomitância à atenção domiciliar já desenvolvida pela ESF, uma vez que, ao considerar parte da AD como responsabilidade da eSF,

[...] o MS reconhece o seu trabalho como um eixo fundamental, ao mesmo tempo em que as EMAD se apresentam como uma possibilidade de serem complementares, quando as demandas dos pacientes superam a capacidade de resposta das equipes de APS.

Nesse contexto, Lage (2018, p. 19), ressalta a importância da articulação entre as equipes do SAD e da APS enquanto uma garantia para o funcionamento da atenção domiciliar. Uma boa vinculação entre os nichos de cuidado, para a autora, pode “avalizar uma assistência mais resolutiva e de qualidade, sem a necessidade de hospitalização”.

Além disso, ainda que o usuário assistido não esteja sob a responsabilidade direta das equipes da Atenção Primária à Saúde, é importante que estas acompanhem e apoiem as EMAD, com vistas a facilitar o processo de alta do serviço de atenção domiciliar para o âmbito da APS no momento devido (LAGE, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conjunto de ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família visando o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer e de seu cuidador.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Discutir as características do cuidado conferido pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à pessoa com Doença de Alzheimer;
- 3.2.2 Relatar as ações de apoio fornecidas pelas equipes da Atenção Primária ao núcleo familiar e ao cuidador;
- 3.2.3 Descrever os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde da Atenção Primária no âmbito do cuidado direcionado ao indivíduo com Doença de Alzheimer e ao seu cuidador.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente trabalho definiu-se como um estudo qualitativo de caráter analítico cuja elaboração se fundou na interpretação das realidades particulares de cuidadores familiares e profissionais de saúde envolvidos no cuidado da pessoa com Doença de Alzheimer.

O método qualitativo, enquanto forma de abordagem em pesquisa, caracteriza-se pela utilização de instrumentos não estatísticos e não quantificadores no desenvolvimento das produções científicas. Mais que mera escolha do pesquisador, ele se apresenta como exigência do enfoque com que se pretende analisar o fenômeno, justificando-se por sua adequação ao entendimento do objeto de estudo (RICHARDSON, 2010).

Silva *et al.* (2018b, p. 22) definem que na pesquisa qualitativa

[...] desenvolve-se um fluxo circular, que permite idas e vindas, entre as suas etapas: ideia, definição do problema, imersão no campo, definição do desenho de estudo, definição da amostra e acesso do pesquisador ao grupo, coleta de dados, análise, interpretação e elaboração do relatório final.

É a partir dessa não linearidade que o investigador tem a possibilidade de imergir no ambiente natural do sujeito e produzir sua perspectiva interpretativa, levando em conta não apenas o que foi exprimido diretamente, mas considerando também as motivações individuais não explícitas e todo o conjunto de preceitos éticos, valores e crenças atrelados a cada pessoa (SILVA, *et al.*, 2018b).

Quanto ao objetivo analítico da pesquisa, Thomas, Nelson e Silverman (2012, p. 38) afirmam que sua utilização na produção científica implica “o estudo e a avaliação, em profundidade, das informações disponíveis na tentativa de explicar fenômenos complexos”.

Como um “Estudo de Caso”, técnica comumente utilizada dentro da abordagem qualitativa, a Pesquisa utilizou dados coletados a partir de um cenário incólume, visando a descrição e exploração do fenômeno pesquisado em seu contexto original.

Para Yin (2010, p. 24) esse método de estudo

[...] permite que os investigadores retenham características holísticas e significativas dos eventos da vida real — como os ciclos individuais de vida, o comportamento dos pequenos grupos, os processos organizacionais administrativos, a mudança de vizinhança, o desempenho escolar, as relações internacionais e a maturação das indústrias.

Os estudos que se utilizam dessa técnica costumam ser bastante detalhados e, por vezes, exaustivos, mas capazes de fornecer uma perspectiva aprofundada do objeto em análise (EISENHARDT, 1989; YIN, 2010).

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de referência da Pesquisa foi constituída por cuidadores de idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer e por profissionais de saúde vinculados a uma equipe de Saúde da Família do município de Rio Branco, Acre.

A seleção dos participantes teve caráter não probabilístico e utilizou-se o modelo de amostra por intencionalidade, favorecendo a inclusão de grupos etários, sociais e culturais distintos. A Pesquisa foi realizada a partir da comparação dos discursos de ambos os grupos anteriormente considerados e, para isso, contou com a participação de 24 pessoas.

Selecionou-se uma Unidade de Saúde da Família de cada um dos Segmentos de Saúde (ANEXO A) a partir dos quais se organiza a Atenção Primária à Saúde do sistema municipal de saúde de Rio Branco, totalizando 12 unidades.

A partir de cada uma das unidades, foi escolhida uma equipe de Saúde da Família. Cada equipe sugeriu um profissional de saúde que, então, foi convidado a participar da pesquisa, tendo sido integrados ao Estudo um total de 12 participantes, sendo: 1 médico, 1 técnico de enfermagem, 4 enfermeiros e 6 agentes comunitários de saúde (ACS).

Foram incluídos no Estudo os profissionais de saúde, de ambos os sexos, que exerciam suas atividades laborais nas Unidades de Saúde da Família, no ano de 2021. Foram excluídos aqueles que se encontravam lotados há menos de 6 meses nestas mesmas unidades e os que estavam em usufruto de férias, licença prêmio, licença maternidade ou licença de saúde, no período da coleta de dados.

Além disso, foi identificada uma família na área de abrangência de cada uma das USF consideradas, totalizando 12 famílias envolvidas. As famílias foram as

responsáveis por identificar o cuidador, que, então, foi convidado a participar da Pesquisa.

Foram incluídos os cuidadores de idosos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que residiam na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família escolhidas para compor o estudo. Excluíram-se os indivíduos que não gozavam de capacidade física, mental e cognitiva suficientes para participar da Pesquisa.

De ambos os grupos foram excluídos os indivíduos autorreferidos como pertencentes a etnias indígenas. Embora se reconheça a importância e a representatividade destes indivíduos na sociedade acriana, sua não inclusão deveu-se às limitações de tempo para a finalização do Estudo, frente às exigências burocráticas para obtenção do aval da Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A exclusão, portanto, não se constitui em ato discriminatório e os pesquisadores esperam que novos estudos possam ser conduzidos de modo a abranger essa população.

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

A Pesquisa teve como cenário o município de Rio Branco, Capital do Estado do Acre, que possui uma área territorial de 8.835,154 km², e contava, no ano de 2021, com uma população estimada em 419.452 habitantes, constituindo-se, portanto, na cidade mais populosa e povoada dentre as 22 que compõem o estado (IBGE, 2021a). A zona urbana abriga a grande maioria da população, e tem sua organização administrativa dividida em 10 regionais, distribuídas em 2 distritos e agregando, no total, 132 bairros (RIO BRANCO, 2014; 2016).

A Rede de Atenção Primária do município é organizada em 12 Segmentos de Saúde, que orientam o referenciamento do usuário, a partir das USF, para uma das 11 Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) ou para a Policlínica Barral y Barral. Essa estrutura cobria, no ano de 2021, cerca de 54,91% dos habitantes, incluindo aqueles que residiam em áreas rurais e ribeirinhas, os quais, juntos, somavam mais de um décimo da população rio-branquense (RIO BRANCO, 2018; RIO BRANCO, 2022).

Nesses Segmentos estão dispostas cada uma das 74 Unidades de Saúde da Família existentes em Rio Branco, organizadas conforme sua localização territorial e

cuja atividade está ancorada na ação de 81 eSF (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021a; RIO BRANCO, 2022).

A rede é composta ainda por 1 (um) Centro de Especialidades Odontológicas tipo I, 1 (um) Laboratório de Prótese Dentária, 2 (dois) Centros de Apoio Diagnóstico, 1 (um) Complexo Farmacêutico Municipal, 1 (um) Centro de Referência de Atenção Multiprofissional com 1 (uma) Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, 1 (um) Ambulatório Integrado de Ensino, 1 (uma) Farmácia Central, 3 (três) Unidades de Vigilância, 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial tipo II, 2 (duas) Unidades de Atenção a Saúde Indígena, 4 (quatro) Polos de Academia da Saúde, 1 (uma) Central de Regulação de Acesso, 1 (uma) Central Municipal de Rede de Frio, 1 (uma) Unidade de Acolhimento Adulta e 1 (uma) Equipe de Consultório na Rua (RIO BRANCO, 2022).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Estudo seguiu as normas para pesquisa científica envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013a), tendo sido cadastrado na Plataforma Brasil da CONEP e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (CEP-UFAC). A coleta de dados se iniciou somente após o recebimento do Parecer Consubstanciado do CEP-UFAC Nº 4.846.345, de 14 de julho de 2021 (ANEXO B).

4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas, as quais Gil (2019, p. 128) define como “entrevistas mais abertas, em que as perguntas são previamente estabelecidas, mas não são oferecidas alternativas de resposta”, tornando possível que o sujeito entrevistado manifeste suas visões e opine livremente sobre a temática abordada, sendo limitado apenas pelo delineamento que o entrevistador precisa dar à pesquisa.

De acordo com Marques *et al.* (2016, p.145) essa técnica

[...] obedece a um guião aberto e flexível, que contempla um conjunto de perguntas e questões básicas a explorar, em jeito de recordatória, mas deixa que a formulação ou a ordem das perguntas flua no decurso da

entrevista, permitindo a livre expressão do entrevistado e a preservação do seu quadro de referência.

Como esclarecido pelos autores, devido à flexibilidade permitida pela aplicação da entrevista semiestruturada, ambos, o entrevistado e o entrevistador, podem desenvolver seu diálogo de forma orgânica, sem preocupar-se com as limitações que um roteiro estruturado imporia.

Essa característica, aplicada ao contexto da pesquisa, viabilizou tanto a obtenção de informações previamente almejadas quanto daquelas que os discursos suscitaram.

4.5.1 O Pré-Teste do Instrumento de Coleta

Visando a identificação de incorreções e fragilidades no roteiro (APÊNDICES A e B) a ser utilizado nas entrevistas semiestruturadas, foi realizado um pré-teste do instrumento de coleta de dados com um total de 4 indivíduos com as mesmas características da população de estudo, sendo estes 2 profissionais da saúde e 2 cuidadores, os quais não foram incluídos na amostra do estudo.

Sua realização ocorreu após a autorização do CEP-UFAC, precedendo a ida a Campo. Todas as providências e cautelas destinadas a minimizar possíveis riscos e danos aos participantes foram cumpridas nesta etapa.

No dia 5 de agosto de 2021, foi feito o contato preliminar, via telefone, com a coordenação de uma USF selecionada por intencionalidade e a primeira visita presencial ocorreu no dia 12 do mesmo mês, oportunidade na qual foi entregue o Termo de Liberação expedido pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Rio Branco, tal como o Parecer Consubstanciado emitido pelo CEP-UFAC.

A partir do provimento dos contatos telefônicos pela unidade, no dia 23, todos os 4 participantes selecionados foram contatados e, após os devidos esclarecimentos, consentiram em participar da pesquisa. No dia 27 de agosto finalizou-se a última entrevista.

Apesar da morosidade constatada na colaboração entre pesquisadores e a coordenação da Unidade, o pré-teste da Pesquisa ocorreu sem maiores dificuldades e todos os indivíduos selecionados consentiram em participar do Estudo desde o primeiro contato. Nenhuma incorreção foi percebida nas questões orientadoras, sendo, portanto, dispensados ajustes no instrumento de coleta de dados.

4.5.2 O Campo da Pesquisa

A fase de Campo da Pesquisa teve início na semana compreendida entre 3 e 9 de outubro de 2021. Neste período foram realizados, presencialmente, os contatos preliminares com as coordenações de 10 Unidades de Saúde da Família. As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas, oportunamente, logo após o contato preliminar, enquanto as entrevistas com cuidadores foram agendadas conforme sua disponibilidade.

Fatores como a falta de colaboração de coordenadores das USF, ausência de idosos com DA na área de abrangência e a impossibilidade de localizar os cuidadores levaram ao desligamento de 4 unidades ao longo da pesquisa, as quais foram substituídas por outras que cumpriam os mesmos pré-requisitos. Durante a semana de 24 a 30 de outubro, foram realizadas as últimas entrevistas, finalizando-se o Campo.

Essa etapa da Pesquisa se mostrou bastante desafiadora ao trazer situações que não haviam sido previamente consideradas no desenho do estudo. Entre os principais entraves pode-se citar a dificuldade do contato com os coordenadores ou outros responsáveis pelas USF visitadas; a morosidade na colaboração das coordenações de Unidades com os pesquisadores; a impossibilidade de identificar pacientes com Doença de Alzheimer sem que estes fossem cobertos por algum dos ACS alocados na Unidade e a dificuldade na localização dos domicílios de cuidadores participantes da Pesquisa.

Sob outra ótica, todas as entrevistas ocorreram sem maiores intercorrências ou interrupções. Dentre os indivíduos apontados pelas coordenações de Unidades, sejam eles profissionais ou cuidadores, somente um profissional de saúde recusou-se a participar devido à obrigatoriedade de a entrevista ser gravada, sendo devidamente substituído. Todos os participantes foram ouvidos em locais privativos, reservados exclusivamente a este fim, onde os únicos presentes foram o entrevistador e o entrevistado, de modo a resguardar a espontaneidade do participante, a fidedignidade e a confidencialidade das informações fornecidas.

4.6 O TRATAMENTO DO MATERIAL COLETADO

4.6.1 Técnica de Registro de Dados

Todas as entrevistas foram gravadas e salvas em arquivos no formato MP3. O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra e armazenado em arquivo no formato “DOCX”. Tanto os arquivos de áudio quanto os de texto foram codificados e armazenados, em nuvem e disco rígido, protegidos com senha de acesso de conhecimento exclusivo dos pesquisadores. Ambos os tipos de registro foram identificados por códigos ordenados, visando resguardar a identidade dos participantes do estudo e, assim, garantir a confidencialidade dos dados.

4.6.2 Síntese dos Dados

Para a síntese dos dados coletados, o Estudo utilizou o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), o qual se constitui em uma técnica de tabulação e organização de dados proposta por Lefèvre e Lefèvre, no final da década de 1990 (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). De acordo com seus idealizadores, o DSC é

Uma forma de metodologicamente resgatar e apresentar as [...] [Representações Sociais] obtidas de pesquisas empíricas. [...] [nas quais] as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014, p. 503).

Em outras palavras, ao buscar o resgate das Representações Sociais, a técnica assume que o indivíduo, mesmo em sua singularidade, compartilha das ideias, opiniões, crenças e representações difundidas na sociedade onde se insere. Assim, a expressão de seus pensamentos, via de regra, comporta uma componente comum à de seus correlacionados, tornando parte do conteúdo de seu discurso generalizável e permitindo a construção de um discurso-síntese (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

O processo de coletivização do discurso a partir das contribuições individuais, para encontrar sua validade representativa, utiliza procedimentos sistemáticos e padronizados. Assim, o DSC, enquanto técnica de síntese, conta com 4 operadores:

as Expressões-chave (ECH), as Ideias Centrais (IC), a Ancoragem (AC) e o Discurso do Sujeito Coletivo propriamente dito (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

A primeira dessas figuras metodológicas, a “Expressão-Chave”, constitui-se de fragmentos dotados de sentido que revelam a essência do conteúdo subjacente à fala. A seleção das ECH

[...] significa, em suma, depurar o discurso de tudo o que é irrelevante, não essencial, secundário, buscando ficar, o máximo possível, com a essência do pensamento, tal como ela aparece, literalmente, no discurso analisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, p. 74).

É a partir desses trechos contínuos ou descontínuos do discurso que são identificadas as Ideias Centrais ou Ancoragens do conteúdo não primário do depoimento, que apenas reforça o entendimento de seu conteúdo nuclear (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Outro operador do discurso é a Ideia Central. Este componente da técnica é, basicamente, “[...] um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido ou os sentidos das ECHs [sic]” presentes em cada um dos discursos analisados e que darão origem, posteriormente, ao discurso coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, p. 76).

Diferentemente das Expressões-chave (abundantes, expressivas, descritivas e concretas), as Ideias Centrais são menos numerosas, “frias”, sintéticas e dotadas de característica conceitual. Elas basicamente representam a ideia final do sujeito: o que este tentou exprimir por meio da materialização de seu pensamento em discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Além das IC, as expressões-chave também podem remeter-se às Ancoragens, que podem ou não estar presentes nos discursos analisados. Para Lefèvre *et al.* (2002, p. 37), essa figura metodológica é entendida como uma

[...] manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica.

Isto é, afirmações proferidas pelo autor do discurso, mesmo sem grande importância aparente, podem carregar um significado que as associa a um conjunto de ideais subjacentes (LEFÈVRE *et al.*, 2002). Expressões genéricas como “homem que é homem” ou “mulher que é mulher”, segundo Lefèvre e Lefèvre (2012),

configuração, assim, marcadores de generalidade que auxiliarão na identificação desse “senso comum compartilhado” e, por conseguinte no estabelecimento das AC.

Por fim, a reunião das Expressões-chave que compartilham de uma mesma Ideia Central ou Ancoragem permite a redação de um discurso-síntese:

Estes conteúdos de mesmo sentido, reunidos num único discurso, [...] [e] redigidos na primeira pessoa do singular, buscam produzir no leitor um efeito de “coletividade falando”; além disso, dão lugar a um acréscimo de densidade semântica nas Representações Sociais, fazendo com que uma idéia ou posicionamento dos depoentes apareça de modo “encorpado”, desenvolvido, enriquecido, desdobrado (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009, p. 1194).

O quarto e último dos operadores, o próprio Discurso do Sujeito Coletivo, é construído a partir da consideração das Ancoragens e das Ideias Centrais semelhantes (também ditas “categorias”). Esses componentes, por expressarem o conjunto das contestações individuais, devem ser capazes de responder prontamente às questões incluídas no instrumento de coleta (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Nessa pesquisa as ECH foram manualmente identificadas com auxílio de tabelas de elaboração própria dos autores (APÊNDICES C e D), permitindo a definição das IC e AC que, posteriormente orientaram a síntese dos discursos. Houve, portanto, na Pesquisa, um DSC para cada uma das IC e AC que emergiram da fala de cuidadores e profissionais de saúde.

4.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados deste estudo teve como modelo teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) e a definição das categorias de análise foi realizada *a posteriori*, após emergirem do Campo de Estudo.

Utilizou-se como critério para a análise das Ideias Centrais a presença de três ou mais Expressões-Chave na sua composição, de modo que foram incluídas no Estudo 33 Ideias Centrais, agrupadas em 4 Eixos de Análise: “o cuidado dispensado ao idoso”; “o apoio ao cuidador e ao núcleo familiar”; “os entraves na prestação do cuidado”; e “os desafios do cuidado no contexto da pandemia” (APÊNDICE E).

De acordo com Duarte, Mamede e Andrade (2009), as Representações Sociais constituem-se num conjunto de conceitos, proposições e explicações radicadas na dinâmica das comunicações interpessoais. Elas se demonstram como “saber popular, mitos, crenças, costumes, que convergem no senso comum e que são socialmente compartilhados”.

Os autores destacam ainda que as Representações Sociais

[...] funcionam como um sistema de interpretação da realidade, atuando nas relações estabelecidas pelos indivíduos no meio em que estão inseridos, orientando, assim, seus comportamentos e práticas. Embora as Representações Sociais não determinem inteiramente as decisões tomadas pelos indivíduos, elas limitam e orientam o universo de possibilidades colocadas a sua disposição (DUARTE, MAMEDE e ANDRADE, 2009, p. 3).

Em concordância, Jodelet (2001) estabelece que a Representação Social, enquanto forma de conhecimento socialmente elaborado, contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social, uma vez que traz esclarecimentos sobre os processos cognitivos e as interações sociais, sendo designado como “saber de senso comum” ou “saber ingênuo”, “natural”.

Essas representações, no entanto, diferem entre si e são únicas para cada membro da sociedade, tendo em vista sua correlação tanto com conhecimento popular quanto com o contexto sociocultural em que os indivíduos estão inseridos (DUARTE, MAMEDE e ANDRADE, 2009).

Como relata Arruda (2002), a Teoria das Representações Sociais teve origem no ano de 1961, quando Sèrge Moscovici publicou “*A psicanálise, sua imagem e seu público*”, obra que continha a matriz da teoria. Sua tese, apesar de ter gerado um primeiro impacto significativo na comunidade científica da época, acabou limitada a poucas escolas de Psicologia Social, sendo retomada somente na década de 1980, quando ganhou relevância.

Segundo a autora, essa teoria

[...] operacionalizava um conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade. Partia da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, formas que são móveis, e define duas delas, pregnantes nas nossas sociedades: a consensual e a científica (ARRUDA, 2002, p. 129).

Enquanto no espaço científico vigora a tecnicidade e o preciosismo com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna, o universo consensual se constitui

majoritariamente pela conversação informal, típica da vida cotidiana, sendo, portanto, a esfera onde as Representações Sociais constroem-se mais facilmente (ARRUDA, 2002).

Com sua sistematização, Moscovici buscava uma reabilitação do senso comum, do saber popular e do conhecimento cotidiano, o “conhecimento pré-teórico”. O autor questiona a racionalidade científica e insurge contra a ideia de que as pessoas comuns, na vida diária, pensam irracionalmente (ARRUDA, 2002).

Essa modalidade do saber, antes considerado confuso, inconsistente, equivocado, ganha, a partir de sua teoria, protagonismo na Pesquisa Social (ARRUDA, 2002), constituindo-se no substrato sobre o qual se desenvolveu esta Pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O CUIDADO DISPENSADO AO IDOSO

A Atenção Primária, pela forma como foi concebida socio-historicamente, tem no conceito de Integralidade o alicerce de seu *modus operandi* e se consolidou como lócus privilegiado para o exercício desse princípio (CARNUT, 2017). É nesse nível de atenção que se encontra a “porta de entrada para um atendimento horizontal, que deve permear todos os níveis da assistência, buscando atender às necessidades de saúde de cada indivíduo” (SILVA *et al.*, 2018a, p. 395).

A eSF, núcleo humano responsável pelo cuidado, deve ser gestor desse projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo em todas as suas etapas, garantindo o acesso do usuário aos outros níveis de assistência e sua recepção após a contrarreferência, para que o vínculo continue na Atenção Básica e seja dada continuidade ao cuidado iniciado (FRANCO; JÚNIOR, 2004).

No âmbito desta Pesquisa, essas nuances refletiram-se lucidamente no discurso do profissional de saúde:

Na verdade, a gente tem que ter a visão holística desse idoso, né. Eles recebem todo um aparato da unidade, todos os meses. Nossas consultas são mensais, mas se precisar, se ela tiver necessidade, a gente antecipa a consulta assim que ele precisa. A gente entra em contato com a família através do telefone para fazer o esse acompanhamento, esse monitoramento... Já deixa o contato e quando acontece algum episódio que necessita de uma atenção eles já comunicam para a gente. Aí a gente já fala certinho o dia que ele é para vir para consulta médica ou do enfermeiro para o atendimento na unidade e já coloca também um horário específico, para ele não ficar muito tempo esperando ou mesmo o cuidador, aí na recepção. O médico já fica sabendo, o enfermeiro, a equipe e ele tem prioridade nesse atendimento, né. Todos os serviços aqui ficam à disposição deles, desde vacinas, curativos, orientações da equipe e consulta médica de rotina (PROFISSIONAL – DSC 01).

A visão para o cuidado perpassada neste discurso segue uma linha bem próxima daquela idealizada no escopo da Atenção Primária. Nela, o cuidado dispensado ao idoso com Doença de Alzheimer, mais que “se debruçar” sobre os aspectos biológicos e degenerativos da doença, deve considerar todas as peculiaridades que essa mazela lhe impõe, além de se estabelecer num âmbito

contínuo, sendo prestado mesmo após o encaminhamento do usuário à assistência especializada.

Segundo Nascimento e Figueiredo (2021, p. 124), contudo, há ainda uma maioria de profissionais que conserva uma “visão hospitalocêntrica da demência como restrita ao fator biológico”.

Isso ocorre porque a medicina biopsicossocial ainda enfrenta dificuldades para se estabelecer como modelo hegemônico, prevalecendo uma concepção limitada das manifestações da doença, que tolhe o potencial da Estratégia de Saúde da Família e minimiza as possibilidades de atuação da equipe de Saúde da Família diante do idoso demenciado e do cuidador (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021; PINHEIRO, 2021).

Nesse sentido, os participantes da Pesquisa (fossem eles cuidadores ou profissionais) não raro sugeriram a predominância de um cuidado reducionista, focado na identificação das alterações orgânicas e na medicalização do indivíduo afetado:

A pessoa nessa situação ele faz um acompanhamento direcionado com o clínico, mas para saber o que ele tá sentindo, como é que pode ajudar... Mas não direcionado totalmente ao Alzheimer, né, sempre a gente cuida do paciente porque ele tem outro tipo de doença: ele tem diabetes, ele tem hipertensão, aí precisa renovar receita, mas na doença em si, Alzheimer, a gente não tem esse cuidado com o paciente. De uma forma geral o atendimento é igual ao dado para o idoso, seja o acamado, o domiciliado... Porque geralmente eles são dessa forma, né. (PROFISSIONAL – DSC 02)

Esse Modelo de Atenção vai na contramão do que é preconizado pela Estratégia de Saúde da Família: enquanto neste nicho de Atenção busca-se a prestação do cuidado integral, a concepção dos profissionais reproduz características do Modelo Biomédico ainda predominante, valorizando “os procedimentos e os exames em detrimento da escuta, do acolhimento e do vínculo” e evidenciando “a produção do distanciamento emocional entre o profissional de saúde e aquele que necessita da assistência” (NASCIMENTO e FIGUEIREDO, 2021, p. 120).

Mais do que distanciar o profissional do usuário, o reducionismo do cuidado pode ser traduzido como uma forma de controle do sujeito, já que, em prol de uma

maior tecnicidade e padronização do tratamento, ignora-se a experiência subjetiva da doença pelo indivíduo e todas as suas dimensões (RAIMUNDO; SILVA, 2020).

Contrários a essa perspectiva, Silva *et al.* (2018a, p. 396) afirmam que, por sua complexidade, o indivíduo não pode ser dissociado de seu contexto múltiplo ou ter priorizada somente a doença que apresenta. Para eles, essa dissociação, característica do modelo biomédico, “aproxima os profissionais da patologia e os afasta do sujeito, fazendo com que ocorra um afastamento da tão almejada integralidade”.

No contexto da Doença de Alzheimer, o processo patológico vai muito além da “bagagem orgânica” implicada nessa forma de demência. O quadro degenerativo e irreversível, característico da DA, estende a vivência da doença também aos familiares (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021), que passarão aqui ao papel de vítimas secundárias dessa forma de demência (XIMENES *et. al.*, 2014) levando, portanto, à prevalência da dimensão psicossocial no quadro clínico estabelecido, algo que não é bem abordado dentro do Modelo Flexneriano.

Uma vez que a doença se manifesta e a autonomia do idoso é prejudicada, a integralidade e a singularidade do atendimento passam a ser imprescindíveis para a prestação de um cuidado adequado tanto às necessidades do idoso quanto ao grupo familiar a ele atrelado. Essa necessidade, embora própria de todo indivíduo, é ainda mais acentuada nesse contexto, sobretudo devido à deflagração de toda uma nova dinâmica familiar de cuidados, frequentemente permeada pela sobrecarga física e emocional dos indivíduos aos quais foi delegada a tarefa de cuidar (NASCIMENTO, 2018).

Neste sentido, considerando as limitações impostas pela instalação da DA e visando a contemplação integral da saúde dos sujeitos envolvidos em sua progressão, a equipe de Saúde da Família age possibilitando melhorias na qualidade de vida do idoso e seu cuidador, primeiramente por meio do acolhimento e da vinculação entre o indivíduo e o seu ambiente social (FRANCO; JÚNIOR, 2004) e, posteriormente, possibilitando o acesso aos serviços e programas desenvolvidos no cerne da Atenção Básica (SILVA; CALDEIRA, 2010).

Para que esse acesso seja pleno, Hébert (2015) destaca a necessidade por uma mudança de abordagem que privilegie a oferta dos serviços onde eles são necessários: mais eficiente do que obrigar o idoso a buscar os serviços onde são prestados seria trazer até ele os serviços demandados. Assim, para a pessoa com

DA, a assistência domiciliar tem se mostrado uma das formas mais eficientes de cuidado, dando maior autonomia ao idoso e, sobretudo, ao núcleo familiar, além de tirá-los da marginalidade imposta pelas dificuldades de acesso à saúde.

Oliveira Neto e Dias (2014) estabelecem que a formulação de novos mecanismos de cuidado (sobretudo que auxiliem a contemplação do indivíduo em perspectiva integral), como a Atenção Domiciliar, vêm sendo motivadas por necessidades emergentes que se instituíram em todo o mundo com o advento da transição demográfica e das demandas por melhor qualidade da Atenção.

O estabelecimento de vínculo e o acompanhamento dos diferentes aspectos da dinâmica familiar, sobretudo daqueles que possam se relacionar, de alguma forma, com a manutenção da saúde (NORO; TORQUATO, 2015), facilita a aproximação das necessidades da comunidade e permite a aproximação do serviço de saúde ao domicílio, envolvendo o grupo familiar e dando à equipe de Saúde da Família um papel ativo na promoção da saúde (MARTINS, PEREIRA; SOUSA, 2013).

A visita domiciliar (VD) mostra-se, assim, como uma estratégia essencial na manutenção do cuidado e é considerada um instrumento privilegiado para alcançar tal objetivo (NORO; TORQUATO, 2015). É por meio dela que a equipe de Saúde da Família amplia sua visão a respeito das condições reais de vida da família e viabiliza sua interação com os indivíduos, dentro do seu ambiente familiar e social, adentrando sua cultura, costumes e crenças.

Neste estudo, a VD esteve entre as principais modalidades de cuidado citados pelo profissional de saúde das equipes de Saúde da Família:

O meu trabalho é mais com visita, né. No caso, como Agente de Saúde eu realizo a visita domiciliar, eu vou na casa aí eu vejo as medicações, o cuidado que a família tem e dou uma atenção maior para ele, né. Quando a gente tá com o médico na unidade a gente trabalha com o suporte, às vezes, ele vai comigo lá para avaliar a condição do paciente e geralmente as visitas são regulares, em média, a cada 15 dias ou 30 dias, dependendo da situação. A gente vai lá ver como é que tá a família, ver como é que tá o paciente, se o cuidador também tá bem, que a gente olha sempre também essa questão do cuidador. São pessoas idosas que precisam dessa atenção e o que a gente pode estar fazendo são as visitas mesmo, ter um maior olhar. (PROFISSIONAL – DSC 03)

Mais do que um fazer, contudo, esse é um momento de “vivenciar” com o indivíduo e a família, em seu lócus de habitação, situações de saúde-doença, de relações e de significado de vida. É dentro desse espaço que o profissional, detentor do saber científico, deve se mostrar como facilitador do processo de autodeterminação do indivíduo para o autocuidado, por meio das variadas estratégias que lhe cabem: educando, advogando ou gerenciando as queixas de saúde estabelecidas, tenham sido elas relatadas ou não (LACERDA, 2010).

Quanto à eficácia e à efetividade dessa modalidade de cuidado, Lima, Silva e Bouso (2010) afirmam que, para que a visita domiciliar atinja seus objetivos, é fundamental que haja um planejamento prévio do ato e que ambas as partes envolvidas compreendam a finalidade dessa atividade.

É compreensível, portanto, que a VD não deve ser um mero deslocamento da equipe ao domicílio. Pelo contrário, essa importante ferramenta deve ser utilizada mediante o planejamento de ações concretas que se voltem às queixas e realidades pessoais intrínsecas ao indivíduo e seu grupo familiar.

Além disso, tendo em vista as especificidades encontradas no cuidado dispensado ao indivíduo demenciado, a elaboração de outras tecnologias de cuidado (mesmo que informais), com o objetivo de abarcar mais amplamente as necessidades do idoso com DA e seu núcleo familiar, foi um aspecto assinalado no Estudo:

Nós aqui da unidade tínhamos um grupo de idosos, né. Aí a quando a gente trabalhava com esse grupo realmente a gente abrangia até as pessoas que tinham Doença de Alzheimer, encaminhava, né, com cuidador... A gente tinha acho que uns dois, né. E fazia esse trabalho.

Uma das coisas que a gente procura fazer também é principalmente a visita domiciliar, fazer aquela visita mais próxima, tá mais junto da família, procurar saber... E o ACS se aproximar mais porque vai ser uma família que vai precisar de mais suporte, né. Geralmente já tem um período que a gente vai a casa... Depende do estado do paciente. Não dá para fazer aquela visita de a cada 3 meses, a gente procura tá mais próximo dependendo da necessidade que vir a surgir. Quando chega na minha vez, por exemplo, eu vou lá e levo a médica para saber como ele tá para renovar umas receitas também, já para evitar para eles virem aqui. Finda que a gente troca até telefone e tudo, que se a família precisar vem e fala com a gente, se alguma coisa fugir da normalidade. (PROFISSIONAL – DSC 04)

Em face da necessidade de manter o idoso em seu domicílio, é necessário que o sistema de saúde esteja pronto para fornecer a assistência demandada, acompanhe a organização do cuidado e observe as dificuldades dos familiares, visando dar suporte ao doente e ao cuidador.

Como o acompanhamento longitudinal no território favorece esse tipo de abordagem, é natural que a ESF assuma o protagonismo dessas ações, representando “a possibilidade de um cuidado mais próximo da pessoa e de sua família, com grande potencial de estabelecimento de vínculo de confiança e de acompanhamento humanizado” (QUEIROZ *et al.*, 2013, p. 2621).

Assim, mesmo que não haja uma definição clara dos aspectos a serem considerados no escopo das atividades da equipe de Saúde da Família, o fato de existir um mecanismo de acompanhamento longitudinal se mostra importante na atualização do estado de saúde da pessoa com DA e, portanto, na definição das ações de cuidados dirigidas ao idoso acometido.

Nesse contexto, o papel do agente comunitário de saúde se faz mister, levando-se em conta que é este o profissional que mais diretamente estabelece contato com o usuário e a comunidade e, também, quem fará o “rastreamento” e a atualização das condições de saúde diante da equipe de Saúde da Família, possibilitando a definição de estratégias e o esboço interventivo dentro da APS.

Esses profissionais são “agentes fundamentais na identificação das questões da família do idoso demenciado”, já que serão eles os responsáveis por perceber as dificuldades iniciais, intermediárias e tardias do processo demencial, além de identificar as mudanças que a doença provoca na dinâmica familiar do paciente (NASCIMENTO; FIGUEIREDO, 2021, p. 123).

No decorrer desta Pesquisa, o discurso do profissional reafirma o agente comunitário de saúde como uma “ponte” entre a equipe de Saúde da Família e o grupo familiar do idoso demenciado:

*Nas minhas visitas eu vejo se ela tá precisando que a doutora vai lá ou se só eu posso resolver. O que depender de mim eu faço, eu vou na casa, visito, vejo se ela tá precisando de alguma coisa, medicação, renovar uma receita, alguma visita domiciliar ou agendar uma consulta na unidade, né, que a gente pode agendar as consultas para eles, por questão da idade e da doença também.
[...]*

[...] Aí eu levo pro médico e pro enfermeiro, né, que são os que são carregados. Se precisar, eu sou elo entre a unidade e a casa da família. (PROFISSIONAL – DSC 05)

No contexto da Doença de Alzheimer, o papel desse profissional denota-se ainda mais essencial, tendo em vista que tanto o indivíduo acometido quanto o seu grupo familiar serão largamente afetados por suas manifestações (LUZARDO; WALDMAN, 2004). O ACS, portanto, é o responsável por levar à eSF as mais variadas demandas do grupo familiar, além de garantir o acesso do idoso demenciado e de seu(s) cuidador(es) aos serviços e programas de saúde.

É preciso levar em conta que, embora esse profissional já atue nesse sentido em outras situações, neste caso específico há vulnerabilidades que o tornam imprescindível: fatores como a solidão do cuidador, a agressividade do idoso com DA e a falta de recursos para o deslocamento dificultam o acesso dos usuários à unidade de saúde e tornam o acesso aos programas e aos serviços praticamente inviável, sem a intercessão do ACS perante a equipe.

Apesar da larga contribuição do ACS no cuidado, Rabelo, Bueno e Andrade (2018) chamam atenção para a desfiguração do papel do ACS. Segundo os autores, sem um treinamento adequado e conhecimentos específicos sobre o cuidado, esses profissionais findam tornando-se “marcadores de consulta” ou “garotos de recado”, o que reduz sua profissão a uma ação mecânica e fragmentada, trazendo prejuízos para a assistência.

Neste sentido, Mattos, Barbosa e Mendes (2019) destacam a falta de compreensão dos ACS quanto ao seu papel na identificação das doenças comuns ao processo de envelhecimento. Conseqüentemente, a falta de informação e de capacitação acerca da doença podem gerar ou reforçar (até mesmo nos profissionais de saúde) a falsa crença de que a demência é uma consequência normal do processo de envelhecimento, evitando que intervenham enquanto profissionais.

No caso da Doença de Alzheimer, essa deficiência torna-se ainda mais preocupante, uma vez que as primeiras manifestações dessa forma de demência geralmente não são reconhecidas pela família e, caso não sejam identificadas pelo agente comunitário de saúde, podem levar a uma instabilização grave do ambiente familiar (SILVA; RIBEIRO; MARTINEZ, 2017).

Além disso, o exercício de cuidar do idoso em domicílio é, para Kucmanski *et al.* (2016, p. 1.026), “um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do idoso”. Nesse sentido, o cuidado pode não se desenvolver corretamente nesse contexto, tendo em vista a inexperiência do cuidador em atender às diferentes demandas que emergirão com a progressão da doença.

Santiago e Luz (2012, p. 137) reforçam essa concepção ao afirmarem que “o ato de cuidar, muitas vezes, é realizado com base apenas no senso comum”, pois e de acordo com Lenardt *et al.* (2010), os cuidadores frequentemente apresentam déficit de conhecimentos sobre as manifestações da DA e os cuidados que devem ser dispensados ao idoso.

Diante das dificuldades enfrentadas pelo cuidador, seja em face das manifestações da doença, seja pelo reflexo do cuidado em sua própria saúde, é concebível que esses obstáculos teriam menor impacto sobre esse indivíduo caso este tivesse maior conhecimento sobre a condição enfrentada, as possíveis situações encontradas e soubesse como agir frente a cada uma delas (KUCMANSKI *et al.*, 2016).

É plausível dizer, portanto, que a busca pela melhoria nas condições de saúde e na qualidade de vida de idosos e cuidadores passarão, obrigatoriamente, pelo campo da Educação em Saúde. Esta ferramenta teórica, mesmo figurando como um dos pontos mais abordados por profissionais de saúde, ainda parece ser subutilizada no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista as necessidades apresentadas pelo cuidador:

Seria bom a vinda de um médico ou então de um psicólogo, de alguém para conversar comigo, para me orientar, para explicar o que que eu tenho que fazer, como é que é... Que eu não tenho experiência nenhuma. E a cada dia eu descubro uma novidade na minha mãe. A doença a cada dia ela se renova. Ela não vai ela vai progredindo, ela regredindo... (CUIDADOR – DSC 06)

Nesta linha de raciocínio, Couto, Caldas e Castro (2018, p. 1.021) afirmam que a intervenção do profissional “previne que o cuidado seja apenas empírico ou tecnicista e alcança uma prática alicerçada em uma fundamentação teórica e científica”.

Assim, a Educação em Saúde é, provavelmente, a intervenção de maior valor no sentido de garantir o cuidado adequado à pessoa com Doença de Alzheimer. Essa prática é, para Souza, Wegner e Gorini (2007), um processo de ensino-aprendizagem que visa a promoção da saúde e tem por principal mediador de sua concretização o profissional de saúde, preparado para propor estratégias e alternativas que possibilitem transformações nos indivíduos e na comunidade como um todo.

Essa prática se constitui tanto como um “espaço importante de construção e difusão de conhecimentos e práticas” quanto como uma “instância de produção de sujeitos e identidades sociais” (SANTOS *et al.*, 2019, p. 33). Além disso, permite a edificação conjunta do conhecimento e da compreensão das diferentes formas de cuidado, construídas a partir da interação entre o senso comum e saber científico, o que possibilita a conquista de maior autonomia pelos usuários (ACIOLI *et al.*, 2008).

No decorrer da Pesquisa, a prática de Educação em Saúde foi relatada como inerente ao exercício de diferentes profissionais que, em boa parte das vezes, sugeriram a orientação do cuidador como a principal intervenção no cenário da Doença de Alzheimer:

No caso do Alzheimer eu dou atenção especial e orientações. É mais uma questão de orientação pro familiar, pro cuidador... eu tento explicar para cuidador, né, como é a doença. Como é uma doença degenerativa, às vezes o paciente vai estar bem, às vezes mal... Explico que não pode deixar ele sozinho. Para ter sempre cuidado com ele. Que às vezes ele pode ser agressivo, mas essa agressividade dele é da doença, tem que ter calma com paciente por que isso não vai ser mais dele, já é da doença. (PROFISSIONAL – DSC 07)

A partir da análise dos discursos que compuseram este Estudo, foi possível compreender que, embora haja um claro esforço dos profissionais de saúde da Atenção Básica em prol da superação do modelo hegemônico de saúde, a falta de capacitação específica para a abordagem de doenças externas ao escopo central da Saúde da Família faz com que a educação em saúde se resuma a um discurso instrutor que desconsidera a contribuição mesmo dos cuidadores mais experientes.

Mais do que isso, parte substancial dos profissionais envolvidos no processo de cuidado não dispunham de conhecimento suficiente para orientar as ações do cuidador leigo, e que, quando o faziam, era através de discursos redutivos e

somente baseados em concepções adquiridas do senso comum, deixando o grupo familiar à mercê da busca independente por informações em outros meios (conforme os DSC 16 e 17).

Para Silva *et al.* (2015), uma das possíveis gêneses dessa falha no cuidado e, conseqüentemente, na resolutividade dos serviços que compromete a qualidade da atenção, reside na ênfase das práticas voltadas ao objeto de intervenção.

Visando a superação dessa conjuntura, os autores propõem a “comunicação interprofissional” como um elemento central para o trabalho em equipes integradas e reconhecem que a comunicação possibilita a complementaridade das ações, condição necessária para atenção ao usuário (SILVA *et al.*, 2015).

Neste sentido, o discurso enunciado pelo profissional de saúde sinaliza positivamente quanto ao à sua compreensão acerca do caráter colaborativo da equipe de Saúde da Família:

A equipe, sim, tá envolvida: o enfermeiro vai para visita com o agente de saúde o médico, quando necessário, também vai... o ACS no mínimo, ele vai uma vez por mês visitar esse paciente, faz as orientações; o técnico de enfermagem vai na medida que precise aferir uma pressão, que precise te fazer uma vacinação, orientar lá como é que podem ser os cuidados se tiver uma medicação ou um curativo; enfermagem ela tem um olhar mais direcionado para essa prevenção de quedas, como é administrado, quem vai administrar.

Se tem necessidade, a gente já agenda esse paciente pro médico ir lá avaliar fazer anamnese, exame físico e solicitar exames de rotina, né. Quando o Enfermeiro não acha necessário ou quando a família vê que também não tem necessidade desse paciente passar pelo médico faz só consulta mesmo de enfermagem, que é olhar, principalmente, sinais vitais, se a paciente precisa de curativo ou não, de vacina... Algo relacionado ao tipo. (PROFISSIONAL – DSC 08)

Uma das características que justifica a colaboração como diferencial para a reorientação das práticas de saúde é a centralidade do usuário na produção dos serviços de saúde (FREIRE-FILHO *et al.*, 2018). Sem ela, a produção dos serviços em saúde seria marcada por forte fragmentação do trabalho, exposição do usuário a atos duplicados, maiores possibilidades de erros de diagnóstico e tratamento, bem como por uma reduzida capacidade resolutiva e pelo aumento dos custos (MEDEIROS *et al.*, 2022).

Em oposição a isso, o trabalho na ESF mantém-se, em geral, fracionado, hierarquizado e assimétrico, além de deflagrar uma forte “subordinação de diversos núcleos às práticas médicas”. Essas distorções da função dos profissionais da APS fragilizam o trabalho interdisciplinar e impedem a utilização dos diferentes saberes na garantia de uma atenção qualificada e adequada às necessidades do usuário (CECCON *et al.*, 2021, p. 102).

Da mesma forma, revelou-se nesta Pesquisa que, apesar da conformação multiprofissional das equipes abordadas, perduram, na prática, diversos entraves à efetivação do cuidado integrado, ressaltando-se a postura individualista dos profissionais em face do processo de trabalho em equipe, que não participam do cuidado na mesma proporção e têm dificuldade de ofertar práticas integradas e colaborativas (FREIRE-FILHO *et al.*, 2018; CECCON *et al.*, 2021), conforme observado no discurso do profissional de saúde:

Nós já tivemos um avanço muito grande em saúde da família. Hoje eu vejo que nós estamos em um retrocesso, assim, sabe? E esse cuidado integrado não está estruturado. Não está, para esse atendimento, infelizmente. Eu pelo menos ainda não vi nenhum serviço nessa situação acontecendo, nenhuma programação acontecendo. Então eu imagino que não exista assim cuidado específico para o paciente de Alzheimer e nem para o cuidador. A gente faz atendimento esporádico, né? Por exemplo: caso esse idoso ele chegue, vamos supor que chegue um idoso com Alzheimer, eu creio que a gente vai ter se acolhimento, mas não vai tá tão organizado da forma como eu falei para você. Talvez eu faça todos esses parâmetros e já fica entre mim e o médico ou até o ACS direto com o médico sem que eu perceba. E isso não é bom, porque a equipe tem que estar integrada. (PROFISSIONAL – DSC 09)

Essa atenção voltada aos procedimentos e alheia ao cuidado compartilhado é chamada por Silva *et al.* (2015, p. 21) de “agir instrumental” e predomina no contexto da formação e das práticas de saúde, pois está atrelada à tendência do saber fragmentado, reflexo de uma cultura do uniprofissionalismo. Desta maneira, contribui para “o isolamento dos profissionais, o recorte de frações do objeto de conhecimento e da atenção à saúde com ênfase na doença”, prejudicando a resolução articulada dos problemas, dada a complexidade dos objetos de Intervenção.

5.2 O APOIO AO CUIDADOR E AO NÚCLEO FAMILIAR

Imprescindível na democratização da saúde, a APS se apresenta como modelo assistencial capaz de assegurar o acesso do idoso dependente e seu(s) cuidador(es) às práticas integrais de saúde, valendo-se da lógica do trabalho coletivo e integrado, permeado por diferentes núcleos de saberes e práticas, especialmente quando voltado ao cuidado domiciliar (CECCON *et al.*, 2021)

Vieira *et al.* (2012) afirmam que os cuidadores familiares de idosos visualizam nos profissionais da equipe de Saúde da Família uma importante fonte de apoio, com os quais compartilham as dúvidas e consternações oriundas do processo de cuidar. Para esses autores, abordar a família e dialogar com o cuidador de um paciente fortalece o vínculo com o núcleo familiar e é fundamental no processo de prestação de serviços em saúde.

Embora a equipe de saúde, no geral, se mostre consciente de seu papel e das possíveis estratégias na atenção à saúde do cuidador, atribuições como a promoção à saúde, a prevenção de doenças e agravos, além da detecção de problemas e de redução de danos, não são efetivamente desenvolvidas no âmbito do cuidado a esse indivíduo, na visão dos profissionais que a constituem (BOTH, 2019).

Bueno, Balk e Torres (2012) reiteram que, na maioria dos casos, a atenção para promoção, prevenção e reabilitação está focada nos indivíduos já acometidos por alguma doença, negligenciando os cuidadores e contribuindo para o crescimento da demanda de atendimento nos postos de saúde.

Provavelmente por isso, o discurso do cuidador externou uma ótica negativa sobre o apoio conferido pela equipe de Saúde da Família ao cuidador, com destaque para a ausência de iniciativas que considerem o cuidador como alvo das ações de saúde:

Não existe isso de acompanhamento para o cuidador não, é conversa fiada! Olha que é difícil viu a gente que cuida de idoso eu nunca pensei que fosse passar por essa experiência e tá bem difícil para mim sabe? Eu lembro que quando meu pai foi diagnosticado com Alzheimer a médica falou que é uma doença progressiva e que o que tinha de fazer pelo meu pai já tava sendo feito, que era a medicação paliativa, que não tem cura, mas que quem precisaria de cuidados agora seria a pessoa que cuidaria dele. Ela disse, “quem cuida de [...]”

[...] gente assim ou ela fica doida ou ela se mata ou ela vai-se embora”. Eu não fiz nenhum dos três porque quando eu mais precisei ela me ajudou, e se eu sair daqui doida e deixar... Eu não vou ter minha consciência e aí eu tenho que aguentar até o final. E é minha mãe... Mas falando por mim: eu nunca recebi assistência, nunca vi um psicólogo, ninguém nunca veio, assim, para conversar, para ver como é que tava, para ver se a gente tava precisando de ajuda médica ou alguma coisa do tipo. (CUIDADOR – DSC 10)

Reitera-se, assim, a visão de que a atenção dispensada pela eSF, em seu cotidiano de atribuições, não abarca a família e o cuidador leigo em seu plano, tendo somente o idoso e a doença como foco da produção de cuidados pelos profissionais (VIEIRA *et al.*, 2012). Essa perspectiva, por sua vez, corrobora com os resultados obtidos na Pesquisa, uma vez que os discursos se organizaram em torno de uma ideia de um cuidador “onipotente”, que não demandava ações da ESF.

Esse aspecto chama ainda mais atenção frente ao envelhecimento do próprio prestador de cuidados que, na maioria das vezes, é também uma pessoa idosa que acumula agravos à sua saúde (ANJOS *et al.*, 2017; BRIGOLA *et al.*, 2017; QUEIROZ *et al.*, 2018; CARDOSO *et al.*, 2020). Felizmente, como foi observado neste Estudo, o cuidado ao cuidador familiar é, de certa forma, contemplado em ações desenvolvidas no cotidiano da eSF, sobretudo naquelas relativas à saúde do idoso:

Olha, como eu te falei o cuidador ainda fica um pouco à margem, né. Até o paciente também... Agora para cuidador tem menos ainda. O tratamento que ainda é dado, no caso dela, é aquele tratamento com o idoso. Como ela já vem com algumas doenças, seja ginecológica, seja cardíaca... Então a gente, pra bem dizer, acompanha esses cuidados e sempre vai aferir a pressão, vai fazer a glicemia. Aquele cuidado paliativo da visita mesmo para que a gente possa manter o controle e o conhecimento também nas ações que são feitas com eles. Agora um serviço voltado somente para ele, um olhar voltado para o cuidador... Não. Inclusive me acende uma luz em relação a isso também. (PROFISSIONAL – DSC 11)

Em face da inexistência de políticas voltadas à família e ao cuidador, o acesso desses indivíduos ao serviço de saúde pode não se efetivar ou ficar restrito aos fluxos específicos das unidades (CECCON *et al.*, 2021). Isso se deve, em maior

parte, ao fato de o sistema de saúde local ainda estar “caminhando” no sentido de implementar a Linha de Cuidado Para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa (NASCIMENTO, 2019; ACRE, 2020), de forma que não há protocolos específicos ao manejo das síndromes demenciais.

Ceccon *et al.* (2021) destacam a dificuldade de acesso desse público aos serviços da Atenção Domiciliar na Atenção Primária. Em sua pesquisa, não apenas o idoso e seu(s) cuidador(es) identificam obstáculos no cuidado domiciliar, mas também os profissionais de saúde e gestores citam obstáculos ao realizá-lo, devido a fatores que vão desde a “insuficiência de transporte” e a “falta de tempo”, até a “adscrição populacional maior do que a preconizada” e uma “alta demanda por atendimentos clínicos” (BOTH, 2019, p. 41; CECCON *et al.*, 2021, p. 104).

Essas observações vão ao encontro das ideias de Acioli *et al.* (2014) ao demonstrarem que os profissionais de saúde da Atenção Básica encontram na sobrecarga de tarefas e na falta de tempo as principais dificuldades na realização das visitas domiciliares. Em decorrência destas limitações, há normalmente um grande número de famílias a serem visitadas, obrigando os profissionais a selecionarem casos de elevada prioridade, restringindo o atendimento à pessoa com doença agravada (LOPES; MARCON, 2012).

Assim, o cuidado dispensado ao familiar cuidador acaba relegado à condição de “extensão” daquele que já é conferido ao idoso com DA. Essa postura, além de marginalizante, menospreza as necessidades do indivíduo que cuida, a ponto de só abordá-las em um cenário “oportunistico”, contrariando as noções do plano terapêutico singular, tal qual demonstrado no discurso do profissional de saúde:

Infelizmente não existe esse lado que é o olhar específico da saúde para o cuidador. Você vê que a rede ainda está se estruturando para ir para o idoso. Eu creio que, mais para frente, nós vamos ter uma parte voltada para o cuidador, que é superimportante.

Então a gente faz o que dá para gente fazer, né. Quando o paciente é atendido por um médico em casa finda que a família também é consultada. Quando fazemos as visitas a gente já aproveita a ocasião e direciona também para um parente, para um idoso ou pro o cuidador do paciente. Usa a oportunidade... (PROFISSIONAL – DSC 12)

Na ausência de um plano de cuidado, a atenção voltada à saúde do cuidador toma nuances diversas e ocorrerá conforme a maior ou menor disposição das equipes da Estratégia de Saúde da Família. Frente às limitações que se vinculam à Doença de Alzheimer, os artifícios mais adotados pelos servidores entrevistados, como forma de garantir um grau mínimo de assistência ao cuidador, baseavam-se em medidas de facilitação do acesso aos serviços.

Essa forma de iniciativa demonstra-se fundamental para garantir a tranquilidade das famílias e a integralidade do cuidado conferido ao indivíduo limitado ao domicílio (PROCÓPIO *et al.*, 2019). Nesta Pesquisa, o emprego de diferentes meios que visassem facilitar o acesso do idoso (e, sobretudo, do cuidador) aos serviços de saúde ofertados na unidade se destacou como uma das manifestações do cuidado:

A gente procura facilitar a vida da pessoa, né, no atendimento aqui, se precisar de um atendimento. Porque a gente sabe que o cuidador ele tem uma tarefa muito árdua que é cuidar desse paciente, que quando tá muito em estágio avançado o Alzheimer o paciente vira como uma criança, aí fica difícil para esse cuidador vir à Unidade Básica de Saúde, também, cuidar da saúde dele. Muitas vezes a pessoa me liga e diz "olha que eu precisando". "Não tô me sentindo bem". Então eu tenho que conversar às vezes com a equipe para agendar uma consulta, para poder ela vir. Aí a gente já prioriza também um horário e um dia para o cuidador vir, né, pra não atrapalhar o cotidiano dele com esse paciente, que essa pessoa não pode esperar muito tempo. Você sabe que unidade não tem aquele suporte de "ah, é agendado, chega e já vai atendido". Não é bem assim, então você tem que criar todo um mecanismo para facilitar a vida desse cuidador, entendeu? Seja de Alzheimer, seja de qual for o problema, se ela é uma cuidadora então a gente procura facilitar a vida dela aqui na unidade. (PROFISSIONAL – DSC 13)

Essa postura pode ser justificada ao passo que os cuidadores familiares, em geral, não costumam dividir suas atribuições, seja pela falta de pessoas dispostas a desempenhar esse papel, seja pela falta de confiança no cuidado conferido por terceiros; além disso, não raro esses prestadores de cuidado relatam a impossibilidade de deixar o idoso sozinho em casa, sobretudo devido ao comportamento que a maioria adquire com a evolução da doença (LENARDT *et al.*, 2010).

Assim, na ausência de iniciativas que visem ao acesso facilitado aos serviços e programas desenvolvidos no ambiente da unidade (consultas, exames, retirada de medicamentos ou fraldas), deflagra-se um quadro de marginalização crônica do cuidador em relação ao sistema de saúde.

Considerando os relatos obtidos na presente Pesquisa, notou-se que essa tendência esteve presente em praticamente todos os segmentos de saúde visitados, sobretudo (mas não somente) naqueles onde foram entrevistados moradores de áreas não cobertas por um ACS. De forma geral, contudo, as ações de facilitação do acesso se mostraram presentes:

Olha, na verdade a equipe da saúde da família ela acompanha no sentido da renovação da receita. A Agente de Saúde ela visita, ela me ajuda em receita, a pegar o remédio... Quando eu quero me consultar ela marca consulta, me avisa... o remédio... Se a gente precisasse de qualquer coisa chamava que ela trazia o médico, ta, pra tá acompanhando né, passando o remédio certo... (CUIDADOR – DSC 14)

Concordando com as observações de Vale (2020), nesse discurso, ações como a renovação de receitas, agendamento de consultas e até a programação de visitas médicas emergiram como facetas dessa tecnologia de cuidado. Esse apoio, contudo, tende a ocorrer informalmente e, por isso, se desenvolve de forma desigual entre diferentes áreas, a depender da iniciativa de cada equipe de Saúde da Família (PEREIRA; SOARES, 2015).

Assim, enquanto o acesso a determinada USF pode ser considerado fácil para dado cuidador, aqueles que residem em áreas onde esse tipo de prioridade não é conferido tendem a atribuir piores classificações, como evidenciado pelo discurso do cuidador:

*Meu pai tem Alzheimer, minha mãe é hipertensa e meu pai também hipertenso. Foi uma vez só que eles vieram aqui, aí renovou minha consulta, mas com relação ao Alzheimer eu acho que ele nunca teve esse... Quando eu conseguia andar com ele, até que a gente tinha um acompanhamento com a doutora **PS** que foi a médica que descobriu o problema dele, mas hoje não (CUIDADOR – DSC 15)*

Como agravante, Chagas e Vasconcellos (2013) acenam para o predomínio do modelo de atenção médico-curativista, no qual não há um planejamento das equipes e nem orientação quanto às prioridades nas visitas domiciliares. Cada ACS, por exemplo, define quem e quando vai visitar e os enfermeiros coordenadores desconhecem a rota de visita diária dos agentes que, na maioria das vezes, seguem direto para a visita, sem comparecer à unidade ou informar quais famílias serão ou foram visitadas.

Devido à ausência de um planejamento que considere as especificidades profissionais e as necessidades de intervenção dos diversos casos, observa-se ainda uma baixa frequência de visitas pela equipe de enfermagem. Os técnicos de enfermagem, por exemplo, o fazem apenas quando são solicitados pelos ACS para aferir pressão arterial ou realizar curativos ou outros procedimentos em pacientes com dificuldade de locomoção (CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

Essa conformação de trabalho na Estratégia de Saúde da Família implica em uma concepção de prestação do cuidado por iniciativa solitária. Nela, o ACS aparece como maior responsável por conferir apoio ao cuidador, muito mais por uma concepção ética “compaixosa” do que pela aceção do ato como um dever de sua função, como ficou evidente no discurso obtido do profissional de saúde:

A minha ajuda com ela é praticamente da hora que eu me levanto à hora que eu me deito, porque nem sempre a família dá esse suporte, os outros membros da família, né. O cuidador fica ali... E a forma que eu sei, que ninguém passou para mim, mas a forma que eu sei, que eu posso fazer nessas visitas que eu faço, é dar uma atenção maior para eles, ir lá para conversar, para ouvir, para deixar essa pessoa desabafar um pouco. (PROFISSIONAL – DSC 16)

Corroborando com esta ideia, o discurso do cuidador também se orientou no sentido de declarar o apoio recebido a partir da ESF como uma manifestação da ética pessoal de cada profissional, sem uma metodologia de abordagem ou acompanhamento definida no coletivo:

O apoio que eu recebi foi assim, quando eu ia lá tinha um enfermeiro que era muito prestativo comigo: sempre tava perguntando se eu tô precisando de alguma receita, sempre dizia: “você tem que tirar um tempo para você”. Ele ficava aconselhando, sabe, assim que eu tinha que dar uma saída, ele era muito [...]

[...] ótimo comigo. Dizia para mim que é difícil, que ele sabe que é difícil, mas aconselhar para mim ir num psicólogo ou coisa assim, ainda não. (CUIDADOR – DSC 17)

Há nessa perspectiva uma instituição do cuidado informal e fragmentado, que, guiado somente pela iniciativa pessoal dos profissionais, pode não ser capaz de abarcar todas as dimensões da saúde do indivíduo. Isso leva, dentre outras coisas, ao não reconhecimento da APS, pelo usuário, como um dispositivo gerador de saúde em perspectiva ampliada (CECCON *et al.*, 2021).

Essa realidade se torna ainda mais patente no contexto da atenção voltada a cuidadores, uma vez que a equipe de Saúde da Família raramente enxerga esse indivíduo como alvo das propostas de intervenção em saúde. Em vez disso, a concepção majoritária o coloca como uma extensão não remunerada da eSF, com a qual a maior preocupação será o fornecimento de instruções para o cuidado ao idoso.

Dentre as intervenções mais relatadas pelo profissional de saúde no escopo desta Pesquisa, estiveram principalmente aquelas voltadas à orientação do autocuidado:

Na verdade, o cuidado da basicamente o mesmo também: a questão da orientação. A gente tá sempre procurando orientar da melhor maneira possível, falando para ela é que isso é contínuo, que é difícil, mas que tem que ter paciência. Também orientando eles para revezar entre os familiares, que essa pessoa chame mais essas pessoas para próximo para ajudar, para que o cuidador também tenha tempo de sair, tenham tempo de se cuidar, porque não tem outra: o que a gente mais pega é aquele familiar que ele não tem uma pessoa para revezar com ele, é aquele cuidador que ele não consegue sair, ele não tem um momento de diversão, ele não tem um momento em família. (PROFISSIONAL – DSC 18)

Embora a constituição atual da equipe de Saúde da Família não favoreça a promoção do autocuidado, nem tampouco haja planos de intervenção focados nesse sentido, os profissionais da APS adotam iniciativas próprias a fim de assegurar o mínimo de cuidado ao cuidador.

Essas ações se tornam ainda mais importantes porque o autocuidado parece ser secundário ao cuidador, que negligencia sua própria saúde em favor do bem-estar do familiar acometido (YAVO; CAMPOS, 2016), geralmente em decorrência da sobrecarga de tarefas ou obrigações (RODRIGUES *et al.*, 2006), elevando o risco de desenvolvimento de doenças físicas e emocionais que podem, em última análise, comprometer sua integridade e prejudicar a qualidade dos cuidados prestados (NUNES *et al.*, 2018).

A efetividade dessas ações, entretanto, está atrelada à adesão do cuidador às orientações fornecidas pelo profissional de saúde, o que nem sempre ocorre. Lopes e Marcon (2012) ressaltam que seguir ou não a orientação do profissional depende de inúmeros fatores, entre os quais a cultura dos pacientes, a forma como percebem sua condição de saúde e o quanto eles confiam no profissional e naquilo que ele propõe.

O repasse de orientações e as ações no intuito de prevenir doenças podem ser facilitados quando o profissional de saúde estabelece um vínculo com o indivíduo e, para que isso ocorra, os profissionais devem ser ativos no intuito de conquistar a confiança da comunidade à qual está vinculado, o que só é possível com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento (LOPES; MARCON, 2012).

Considerando a singularidade do indivíduo com DA e os reflexos desse acometimento para a família, manter acompanhamento contínuo pode constituir a diferença entre a promoção e o cuidado domiciliar adequado e efetivo e a gênese de um núcleo de cuidado estressante e que não abarca a totalidade das necessidades do idoso.

5.3 OS ENTRAVES NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO

Doenças crônicas como a DA representam um desafio para a organização do SUS e para o processo de trabalho em saúde, tendo em vista demandarem mudanças no modelo de cuidado e no arranjo do sistema com um todo. Exigem, portanto, “uma nova forma de funcionamento do sistema de saúde e do processo de trabalho das equipes ao demandarem uma atenção contínua, integrada e coordenada” (CHUEIRI, 2014, p. 115).

Segundo Ceccon *et al.* (2021), a Atenção Primária à Saúde deve ser um modelo de atenção cujas atribuições cooperem para a resolutividade das queixas de saúde da pessoa idosa, reduzindo intervenções desnecessárias, aumentando o acesso aos serviços e priorizando as ações que considerem os usuários da APS de forma integral.

No pensamento de Goyanna *et al.* (2017), contudo, a APS ainda mostra uma resposta frágil, em termos de completude e continuidade do cuidado, algo que também se evidenciou no discurso do cuidador:

Nunca tivemos esse suporte de vir alguém de lá do posto, pessoal do posto ajudar, me dá suporte... Nem para mim nem para minha mãe não. Médicos não vem aqui, enfermeiros... É o Agente de Saúde que visita a gente, né. E fica informando que vai ter consulta, digamos, para quem tem pressão alta, para idoso... É verdade né, fica informando os dias que tem consulta, entendeu? Agora auxílio que eu recebo é só se eu for lá.

Teve a questão da vacina, eles vieram aqui aplicar depois de eu ter insistido muito, né. Vieram era aqui sim, aplicaram a injeção do coronavírus para prevenir. Tá com uns três a quatro meses isso. Aí eu insistindo para tomar a segunda dose, que eles teria que vir aqui para aplicar porque eu tenho dificuldade para sair com minha mãe, né? Uma hora não tem carro para eles virem, aí eles não vêm... (CUIDADOR – DSC 19)

As ideias transmitidas no discurso trazem uma realidade na qual a equipe de Saúde da Família, em vez de demonstrar-se como mediadora do cuidado, apenas confere suporte pontual às necessidades do paciente com DA e seu cuidador. Nesse perfil fragmentado de cuidado os serviços voltam-se à atenção procedimental, reduzindo a função da APS à execução de atos técnicos como a vacinação, a renovação de receitas ou o agendamento de consultas.

Em desacordo com esse panorama, Silva *et al.* (2018a) estabelecem que os ganhos para a Atenção Básica são notórios quando, na prática assistencial, o foco está centrado na prevenção, na promoção e na educação em saúde.

Para os autores, essa concepção mais ampla de saúde demanda uma ruptura gradual do Modelo Biomédico, com a concomitante ampliação do foco da Atenção Primária às necessidades gerais da população e seu estilo de vida. Assim, “devem ser consideradas todas as dimensões do ser humano, bem como os determinantes sociais do processo saúde e doença” (SILVA *et al.*, 2018a, p. 398), abandonando a

ideia de só “tratar” e pensar em promover cuidados para a saúde em toda a sua amplitude.

Além disso, há casos recorrentes em que a ESF se faz completamente ausente, deixando o paciente e seu cuidador totalmente desamparados frente às limitações que a doença impõe na busca pelos serviços de saúde:

É a ausência meu filho, é a ausência. Eu não tenho assistência assim de uma pessoa de vim fazer uma visita, de ver como é que tá, se eu preciso de uma medicação, se eu preciso de uma consulta...

Eu acho que a equipe tem que cumprir com o papel dela, eu não acho que ela tem que fazer mais ou menos. Qual é a função dela? É ir até a casa das pessoas é prestar... Ver o quê que tá acontecendo, né. Tá doente? Não tem precisão eu acho assim de eu ficar indo lá na “Fundação” por que a gente já sabe a doença da minha mãe, seria mais para pro médico vir aqui, periodicamente, eu acho que uma vez por mês, e fizesse o acompanhamento dela. Por que a pressão dela quem faz a verificação sou eu, aí eu fico olhando se ela tem diabetes. Tudo sou eu.

Eu também acho que eles tinha que se preocupar também mais com o cuidador, né? Eu acho que tinha que melhorar isso aí. Faz como o outro: o cuidador ele é muito importante, né? Eles tinha que se preocupar, porque, tipo, aqui em casa a minha mãe tem seis filhos, né, e aí eu digo assim que eu fui escolhida de Deus, né, para cuidar dela, porque Deus escolhe um. E aí eles chegam e eles, não perguntam “como é que você tá?” “o que você tá precisando?”. Acompanhamento, para dizer assim, eu não tenho. (CUIDADOR – DSC 20)

Em sua pesquisa desenvolvida no Distrito Federal, Furlanetto *et al.* (2020) averiguaram que aproximadamente 64,9% dos usuários da Atenção Básica do Município referiam não ter sido visitados pela equipe de Saúde da Família no ano antecedente ao do estudo. Esse importante dispositivo, segundo os autores, influencia diretamente na adesão ao serviço, uma vez que, tendo sua demanda atendida, os usuários tendem a estabelecer um vínculo de permanência que possibilita a instituição do cuidado longitudinal.

Apesar de ainda não haver estudos que quantifiquem a cobertura da Atenção Domiciliar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família de Rio Branco, os discursos obtidos de cuidadores e profissionais de saúde demonstram que esta modalidade de

cuidado ainda carece de atenção, uma vez que nenhum dos dois grupos afirmou receber ou prestar esse tipo de serviço nos moldes ou na frequência adequados.

De fato, na capital do estado do Acre, os serviços da APS cobriam, em 2021, somente 54,91% da população, quase 15% a menos que a cobertura estimada a nível nacional (69.5%) pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2021b; RIO BRANCO, 2022). Essa realidade, além de prejudicar a abrangência da atenção, traz enorme prejuízo para a qualidade da assistência prestada no âmbito da ESF (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Entretanto, apesar de a AD demonstrar-se uma oportunidade diferenciada de prestação de cuidado e imprescindível no modelo biopsicossocial de saúde, na prática, além de acontecer em proporção aquém do esperado, o que se tem observado é a realização da VD para intervir ou minimizar o processo saúde-doença (ANDRADE *et al.*, 2014; SAVASSI, 2016).

Isso se refletiu no discurso do cuidador, ao afirmar a irregularidade das visitas realizadas por profissionais da equipe de Saúde da Família:

Fazem as visitas sim, mas não é com muita frequência entendeu? Eles vêm dar vacina, fazer um curativo, que sempre aparece umas escara aqui outra acolá. Se ela estiver com algum problema, porque ela já não tá mais em condições de andar, ela depende da gente para tudo... Aí eles vêm até aqui, fazem consulta... No caso de uma necessidade, de um acidente, eles se deslocam até aqui pra ver como ela está, examinar, saber se precisa levar no Pronto Socorro, se não é... Entendeu? As visitas só caso se há necessidade, porque o número de Agentes está reduzido. São poucos, muito poucos que age nessa área. (CUIDADOR – DSC 21)

Visualizou-se, no contato com eles, a contraposição de uma visão idealizada do cuidado transmitida por profissionais da saúde. Aqui, em vez de a visita domiciliar se mostrar como instrumento para o alcance de uma atenção mais holística à saúde do indivíduo, se mostra como uma reprodução intradomiciliar do modelo hospitalo-cêntrico que se busca transpor.

Outro fator que transparece no discurso analisado e influencia a qualidade das VD é a indisponibilidade de recursos humanos. O número limitado de profissionais, segundo Placa, Wanderbroocke e Polli (2020), faz com que as equipes tenham dificuldade em realizar tanto as visitas domiciliares quanto os atendimentos

em espaços comunitários, privilegiando os atendimentos ambulatoriais e dificultando a construção de intervenções com foco na realidade dos indivíduos e na participação da comunidade.

Assis (2019, p. 94) aponta essa sobrecarga de trabalho como resultado de uma “demanda excessiva de atividades, bem como o acúmulo das mesmas e multifunção”.

Em estudo desenvolvido na cidade de Londrina, por exemplo, constatou-se que a carência substancial de trabalhadores e a existência de áreas não cobertas pela ESF obrigava os ACS do município a estenderem sua atividade para além da microárea de sua incumbência, abrangendo também aquelas que não dispunham de um profissional para isso (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Para além dos reflexos na Atenção Domiciliar, fatores como a dificuldade de comunicação, o déficit na organização do processo de trabalho e um quantitativo insuficiente de profissionais para atender às necessidades de saúde, levam ao acúmulo de demandas que pode ser constatado em toda a Atenção Básica do país (ASSIS *et al.*, 2020).

Essas adversidades somam-se a fatores como a má gestão dos serviços de saúde, a rotatividade de alguns integrantes da equipe, o acesso ao transporte para as visitas domiciliares e até mesmo a falta de formação e qualificação, tendo como resultado a limitação da oferta da atenção integral ao idoso e ao cuidador, dificultando-se o fortalecimento de vínculos entre esses usuários e o profissional da Atenção Básica (BOTH, 2019).

No contexto deste Estudo, a sobrecarga de trabalho foi associada à baixa capacidade da equipe de Saúde da Família de manter a Atenção Domiciliar ao idoso com DA e seu cuidador, como afirmado pelo próprio profissional de saúde:

A maior dificuldade é ir até lá. Não é nem que seja tão longe... A realidade de uma unidade de saúde: para a gente se organizar para ir até essa casa... A gente faz milhões de coisas antes de ir e aí o tempo que vai lá já chegou milhões de pessoas de novo e aí quando a gente chega já tem gente de cara feia porque tá esperando a gente chegar. Às vezes, também o médico tem uma agenda tão cheia que ele também não consegue sair em outro dia que não seja aquele dia da visita e para o paciente com Alzheimer não tem como, né. Ele não vai passar mal naquele dia da visita, ele requer às vezes antes. Então falta muito nesse sentido. [...]

[...]

Ultimamente o que tá acontecendo nas unidades são áreas descobertas, né, porque o ACS tem um papel fundamental nessa ponte de ficar passando para equipe que tá acontecendo com esse paciente. Observar a questão da higienização desse paciente, se ele está sofrendo algum tipo de violência, né. Ele sempre vê essa questão que é mais próxima da família e, às vezes, até a família se abre em relação a isso (PROFISSIONAL – DSC 22)

Nesse mesmo sentido, Placa (2018) destaca o excesso de atribuições dos profissionais de saúde da APS e afirma que as atividades direcionadas aos idosos com doenças crônico-degenerativas, como a Doença de Alzheimer, constituem-se apenas em uma parcela menor na rotina da equipe, que ainda deve atender à demanda variada de atendimento da comunidade, desdobrando-se entre os atendimentos ambulatoriais diários e as atividades relacionadas aos programas específicos (PLACA, 2018).

Isso é ainda mais agravado porque “não há organização para os atendimentos, tanto na unidade quanto para as visitas domiciliares”, interferindo diretamente no cuidado ofertado aos cuidadores familiares de idosos, pois enquanto os serviços oferecidos na unidade destinam-se principalmente à resolução de problemas imediatos, as visitas necessitam de planejamento conjunto, tornando-as um ato mais complexo (BOTH, 2019, p. 41).

Dessa forma, o discurso do profissional de saúde afirmou a sobrecarga do serviço “intraunidade” como limitador da atenção domiciliar. Essa característica, ao passo em que compromete a prevenção e a promoção da saúde, é evidenciada no estudo de Teston *et al.* (2019) como catalizadora do processo de “ambulatorização” da Atenção Básica, a qual finda por obrigar o deslocamento do usuário até a unidade.

Os desafios referidos pelos idosos e cuidadores para acessar os serviços de saúde da APS são inúmeros. Variam desde barreiras geográficas e déficit de mobilidade do idoso até a organização do processo de trabalho da equipe de saúde (CECCON *et al.*, 2021). Apesar disso, o Estado brasileiro ainda se apresenta com responsabilidades reduzidas e a maioria das atribuições acerca do cuidado é transferida à família, implicando no desenvolvimento de uma rede informal de suporte ao idoso (PEREIRA; SOARES, 2015).

No presente estudo, a falha da ESF em garantir o acesso do paciente com DA e seu cuidador ao serviço da APS foi um dos pontos mais destacados como “desafio” no decorrer das entrevistas, sobretudo pelo cuidador:

Eu acho que são vários itens. Um deles é esse de eu ter que locomover daqui com a minha mãe... De precisar de um remédio e sempre ter que solicitar uma outra receita, entendeu? Porque se eu sair dificulta. Antes não, a mãe ficava numa boa, mas agora ela não fica mais. E para agendar também eu tenho que ir lá no posto... Até deixei de fazer visita no posto, fazer agendamento, porque é só dor de cabeça, é muito cansativo e a gente já tá desgastado, chega lá e não acha aquele apoio, aquela... Sabe? É complicado. Então não quero ter problema mais que eu já tenho, entendeu?

Outra coisa: remédios até dipirona é difícil. Eu pego o remédio do meu pai que é um remédio da pressão, que ele toma dois medicamentos para pressão: um a gente compra e outro a gente pega no posto. Minha mãe precisa tomar dois também... E na última consulta nem a medicação totalmente toda eu peguei no posto, porque não tinha. Remédio de pressão já tem uns tempo que eu mesmo não tô tomando porque nem tem lá... E o meu salário com o salário da minha mãe só dá para as despesas dela. (CUIDADOR – DSC 23)

Essa divergência vai ao encontro do que destacam Ceccon *et al.* (2021) quando demonstram haver uma grande diferença de posturas entre as diversas equipes de Saúde da Família, mencionando tanto as atitudes que priorizam o acesso do idoso ante às dificuldades de obter atendimento, quanto as posturas mais rígidas que se voltam a ações programáticas e agendas fechadas.

Outro ponto exposto no discurso diz respeito ao acesso aos medicamentos. Tendo sido amplamente destacado pelos cuidadores, este serviço é, dentre outros, um dos principais motivos pelo quais os usuários buscam os serviços da unidade de saúde, caracterizando-se como uma “porta de entrada” que possibilita a “longitudinalidade do cuidado, a integralidade e atenção ao primeiro contato”, mas que já sofre os impactos do subfinanciamento do SUS (FURLANETTO *et al.*, 2020, p. 1859).

Mesmo com melhorias dos recursos voltados para a área da gestão da Assistência Farmacêutica (AF), obtidos principalmente a partir da Portaria nº 1.555/2013¹, do Ministério da Saúde, maiores investimentos em recursos físicos, materiais e humanos ainda são demandados (BRASIL, 2013b; BARBOSA, 2020).

Neste sentido, é preciso compreender o subfinanciamento como um problema crônico do SUS. Já grave até o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), o desafio do aporte de recursos foi ampliado a partir de 2007, com o fim da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e muito provavelmente se aprofundará com regime fiscal instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016a; FARIA, 2020).

Além disso, a Atenção Primária à Saúde de diversos municípios (mesmo os de grande porte) já sofrem com o novo modelo de financiamento adotado a partir de 2019, com o *Previne Brasil* (BRASIL, 2019; MENDES; MELO; CARNUT, 2022).

Em sua pesquisa, Both (2019) cita que, dentre as dificuldades mencionadas pelos profissionais ao dispensar cuidados ao cuidador, a carência de profissionais, a escassez de recursos materiais necessários à assistência e questões relativas ao transporte são algumas das reverberações da escassez de recursos na APS. Não diferente, neste trabalho, fatores similares foram identificados como favorecedor de um cuidado insuficiente:

Aqui a gente tem uma quantidade grande de pessoas. E eu acho que a grande dificuldade que a gente tem é dar aquela atenção maior a esses pacientes que precisam ser acompanhados. Não só àquele paciente com Alzheimer, mas àquele paciente que é deficiente, àquele paciente que é realmente acamado, ao paciente que tem transtorno mental... Então esses pacientes a gente teria que dar uma atenção maior e a gente fica ainda muito preso, ou com a parte administrativa ou com a parte assistencial-ambulatorial. Falta veículo para gente tá ali constantemente, porque, às vezes, o paciente mora numa área muito longe ou perigosa pra gente ir mesmo com o nosso transporte, é complicado. Às vezes a falta de medicação que a medicação do Alzheimer é comprada, não tem na rede pública e às vezes, é complicado para achar. É falta de suporte mesmo.
(PROFISSIONAL – DSC 24)

1. Posteriormente alterada pela portaria MS nº 2.001/17, publicada no Diário Oficial da União pelo Ministério da Saúde na data de 3 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017).

Em estudo realizado com profissionais atuantes na ESF, Lopes e Marcon (2012) constataram que a maioria das equipes se encontrava incompleta, principalmente pela ausência de médicos, enfermeiros e ACS. Somavam-se a isso o desvio de função e outras dificuldades encontradas pelas equipes em seu cotidiano, tendo por resultado um déficit na assistência à saúde da população.

Além disso, a existência de uma grande e variada demanda espontânea na Atenção Primária por vezes torna inviável que a equipe de Saúde da Família preste uma assistência de qualidade aos idosos e aos cuidadores, uma vez que os profissionais precisam se desdobrar entre os serviços requisitados na unidade e a Atenção Domiciliar (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Do ponto de vista técnico e organizacional, para que a APS desempenhe seu papel na coordenação do cuidado, demanda-se, além de um quadro técnico-profissional com competência, a disposição de recursos materiais básicos, como medicamentos e outros insumos necessários à melhoria do conforto do doente. A ausência dessas condições leva a problemas de organização do processo de trabalho e termina por justificar a exclusão da atenção continuada ao paciente (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Em outras palavras, a insuficiência de insumos e profissionais leva as equipes de Saúde da Família a adotarem uma postura de distanciamento do paciente afetado por doença degenerativa, sobretudo porque, na concepção geral dos servidores da APS, fatores como vínculo, acolhimento e o cuidado humanizado ainda são entendidos como secundários às abordagens que empregam recursos materiais e palpáveis (SCHENKER; COSTA, 2019).

Não obstante a falta de recursos leve a um déficit na atenção ao idoso demenciado, a falta de conhecimento técnico para manejar casos complexos é ainda um dos principais entraves na atenção à pessoa com DA e aos cuidadores. Mais do que o simples manejo das condições de saúde, estes indivíduos demandam um cuidado humanizado e tecnicamente adequado que priorize sua qualidade de vida, o que exige uma nova postura assistencial e investimentos na formação dos profissionais de saúde (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Nesta Pesquisa, foi notória a ausência de orientações específicas voltadas ao cuidado do idoso com DA ou qualquer outro tipo de demência:

Não. Não... Pelo menos não que eu tenha participado... Falando por mim. Isso no caso a gente aprende, no decorrer do tempo, no dia-a-dia, né. Pelos conhecimentos que a gente tem mesmo de ACS, de enfermeiro e de médico. Aí gente pode falar e pode orientar a família e dizer... Mas não sei se todos têm esse olhar também, tá? Se conseguem ter esse olhar por conta que talvez não tenham passado por essa situação e não saibam.

E assim, mesmo que não tenha capacitação, por exemplo, nós temos o e-SUS... Nós temos uma outra plataforma que você entra, do ministério da saúde, que tem capacitação ali, você se capacita como profissional na hora que você tá disponível, tudo online... (PROFISSIONAL – DSC 25)

Não à toa, um dos principais entraves à prestação do cuidado adequado, relatados na fase de Campo desta Pesquisa, esteve ligado à incapacidade técnica da equipe de Saúde da Família que, na falta do treinamento apropriado para lidar com o paciente demenciado, vê-se refém de empirismos e da generalização do cuidado prestado ao idoso não demenciado, como ficou claro no discurso do profissional de saúde:

É bem complicado mesmo até para a gente ter uma noção de como ajudar esse paciente, até porque a gente não conhece muito dessa doença, então a gente não tem nem a condição de prever alguma coisa porque não adianta... Tem coisas que eu posso aprimorar mais e eu não sei, não sei por onde começar, eu não sei como desenvolver. Eu sei passar o que eu sei mesmo que eu posso passar para outro idoso sendo que não é a mesma coisa. Não é o mesmo trabalho, né?

Às vezes eu fico pensando “eu tenho uma capacitação em Saúde da Família”. Não adianta eu ter isso se o resto da equipe não tem esse mesmo olhar, entende? Então tu vai nadar contra a maré ou então tu vai ter que fazer uma capacitação ali, trabalhar bastante essa equipe para que eles fazem a mesma linguagem. As equipes precisam estar bem capacitadas e, nesse sentido, a secretaria não dá esse suporte hoje não, (PROFISSIONAL – DSC 26)

Adversidades como as citadas podem ser originadas, segundo Malta *et al.*, (2020, p.14), por uma lacuna na formação do profissional na graduação e na pós-graduação, em que a temática ainda é abordada em níveis aquéns do necessário. Para o autor, “essa carência de profissionais de saúde capacitados e habilitados

para tratar idosos influencia decisivamente nas dificuldades de abordagens adequadas”.

Queiroz *et al.* (2013), em reiteração, destacam que os próprios profissionais julgam não possuir a formação técnica exigida para prestar o cuidado domiciliar. De acordo com os pesquisadores, esses trabalhadores compreendem a importância do cuidado ao paciente paliativo e, por isso, ressentem-se da falta de conhecimentos e habilidades para desempenhar suas funções fora dos espaços institucionais onde normalmente prestam serviço.

Outra informação de relevância pode ser adquirida do estudo de Lopes e Marcon (2012), no qual a maioria dos profissionais referiu não ter tido, durante sua formação acadêmica, qualquer experiência no trabalho com a família, passando a manter contato com essa face da Atenção Primária somente após a contratação como membro da equipe.

Ademais, parte deles continua a se considerar desqualificado mesmo após obter experiência de campo e ter frequentado cursos de formação continuada. Esses justificam seu sentimento ao afirmarem que, embora seja ofertada a qualificação, os cursos desenvolvidos pelas secretarias (municipais ou estaduais) de saúde carecem de conteúdo direcionado à família ou apenas abordam conteúdos técnicos voltados para a doença, o que não contempla o grupo familiar em seu aspecto holístico (LOPES; MARCON, 2012).

Considerando as demandas intrínsecas às pessoas com doenças crônico-degenerativas, Queiroz *et al.* (2013) afirmam que os cuidados à pessoa em final de vida representam um campo de conhecimentos e práticas que exigem atuação multiprofissional. Esta afirmação é subsidiada pelo discurso do cuidador, ao demonstrar necessidades de saúde que se estendem além do que os profissionais integrantes da eSF podem proporcionar:

Nós cuidadores é o seguinte: isso aí afeta também nosso psicológico. Eu sinto que afeta o meu psicológico, porque a além de cuidar dela, eu também tenho meus afazeres domésticos, da minha casa e tal e aí eu me disponibilizei 100% para cuidar dela, né, porque ela é minha mãe. Embora eu tenha outros irmãos, a maioria dos meus irmãos são irmãos homens, então eu como filha mulher fiquei na vez de cuidar da minha mãe, trazer ela para minha casa e cuidar dela. O que ajudaria muito na pessoa do cuidador seria que nós tivéssemos psicólogos que nos atendesse, que não fosse essa coisa de ir para essa [...]

[...] “fila da morte” do psicólogo, que é 800 e 900 na fila e ninguém consegue um atendimento. Então se tivesse um psicólogo, um espaço, um lugar que fosse específico para aqueles... Porque tem tempo que a gente pensa que vai ficar louco. Tem tempo que a depressão toma de conta que a gente pensa que vai morrer e não vai mais dar conta do que tá fazendo. (CUIDADOR – DSC 27)

Na presente Pesquisa, essas demandas de saúde estiveram muito associadas (mas não se limitaram) à fragilidade emocional do cuidador e do grupo familiar. No entanto, com a evolução da doença, é de praxe que o próprio idoso passe a precisar de apoio multiprofissional, principalmente após ser acamado, tornando-se essencial a consolidação de um serviço articulado com os demais entes atuantes no domicílio, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e o Serviço de Atenção Domiciliar (QUEIROZ *et al.*, 2013).

A atuação integrada entre a ESF e o NASF facilita e melhora o cuidado dispensado à população, pois “possibilita a discussão compartilhada entre os profissionais, tanto nas UBS como na assistência domiciliar, permitindo a criação de planos de intervenção mais adequados e que se enquadrem na política de atenção integral”, ou seja, considerando o paciente de forma integral, buscando suprir todas as suas necessidades, físicas ou emocionais (PLACA, 2018, p. 29).

Embora os profissionais da ESF reconheçam o valor do atendimento interprofissional para a saúde do idoso afetado e para o bem-estar do cuidador, o acesso à equipe multidisciplinar do NASF-AB faz-se dificultoso. Deflagra-se, assim, um aspecto limitador do potencial da atenção à pessoa com Doença de Alzheimer, bastante explorado pelo profissional de saúde da APS de Rio Branco:

O meu desafio hoje em relação a isso é o atendimento, não da unidade ou da equipe, mas da equipe multidisciplinar, porque a gente vê a necessidade do acompanhamento, por exemplo, do fisioterapeuta, que tem um grande risco de queda nesses pacientes e pode fraturar bastante, que sempre acontece; do fonoaudiólogo, que precisa muito; um nutricionista, que seria importante; questão de psicólogo também... Que nem eu falei em questão do acompanhamento do cuidador.

Precisava ter um suporte também, nesse sentido, para olhar essa pessoa e, às vezes não consegue dar esse suporte que a gente não sabe nem de onde chamar. Aí ela vai entrar no sistema igual a igual a todas as pessoas: [...]

[...] “ah, precisa ir para o psicólogo”, aí vai ser dado o encaminhamento: vai para o médico, é dado um encaminhamento, e ela vai seguir o fluxo como qualquer outra pessoa. Não tem aquele olhar diferenciado, entendeu?

Quando tinha o NASF a gente chamava, sempre tava em contato, mas agora nós não temos mais, e aí a gente pega e encaminha esses pacientes para as URAP. Aí lá ele demora um certo tempo para poder ser chamado, tanto o cuidador quanto o paciente. Muitas vezes essa pessoa tem dificuldade de sair do domicílio para ir para uma URAP, para procurar esses especialistas... Então, nesse sentido, eu acho que deixa muito a desejar, ainda tem muito melhorar.

O nosso contato agora é o EMAD. Aí a gente chama, mas nem sempre a pessoa consegue entrar no EMAD, porque já tem muita gente, entendeu? Então não tenho nutricionista, não tenho fisioterapeuta, eu não tenho uma equipe multiprofissional para gente trocar experiência... Um fonoaudiólogo, que precisa muito. Eu não tenho isso. (PROFISSIONAL – DSC 28)

Corroboram essa perspectiva os achados da pesquisa de Aranovich e Krieger (2020), na qual os relatos se reiteraram no sentido de caracterizar o NASF-AB como um setor da APS acessível apenas em situações de extrema necessidade, sempre em função de conhecimentos específico das áreas profissionais. Nas questões referentes à alimentação por sonda, por exemplo, solicitam a nutrição; ou em casos de maior vulnerabilidade, o serviço social. Em suma, não há discussão ou elaboração de um plano terapêutico de longo prazo.

Nesse sentido, Placa, Wanderbroocke e Poli (2020) ressaltam a corresponsabilidade entre as equipes NASF-AB e ESF como fator essencial para a vinculação dos usuários. É de entendimento dos autores, no entanto, que existe dificuldade em dividir atribuições e somar os saberes no cotidiano dessas equipes, o que acaba dificultando a troca de informações e o planejamento das ações conjuntas.

No escopo deste Estudo, os profissionais de saúde, além de se mostrarem concisos sobre a dificuldade de acesso ao apoio multiprofissional, também externaram suas ressalvas quanto à efetividade das ações desenvolvidas pelos NASF-AB, que para alguns se tornou figurativo. No discurso, evidenciou-se, principalmente, a morosidade no atendimento a casos de primeira necessidade, a falta de perfil dos profissionais atuantes e a impossibilidade de fornecer atenção continuada devido ao grau de sobrecarga enfrentado por essas equipes.

Quanto às EMAD e EMAP, embora sejam fundamentais na assistência ao idoso com DA em final de vida, é importante também destacar que sua função não

substitui as ações realizadas no domicílio pelas equipes de APS. Pelo contrário, o trabalho da ESF permanece como eixo fundamental deste serviço, assessorada pela AD de nível 2 ou 3, quando as demandas superam a capacidade de resposta das equipes da APS (SAVASSI, 2016).

Além disso, a Atenção Básica, mesmo que em articulação com as EMAD, será a grande responsável por ordenar o cuidado e a ação territorial. Dessa forma, nas situações em que o usuário esteja vinculado ao SAD e a uma equipe de atenção básica, concomitantemente, essa última apoiará e acompanhará seu cuidado (BRASIL, 2013c).

Em oposição a isso, os profissionais ouvidos nesta Pesquisa demonstraram uma visão limitada quanto ao papel da ESF no acompanhamento do paciente já auxiliado pelo Serviço de Atendimento Domiciliar. Para eles, o papel da equipe de Saúde da Família limita-se à identificação e ao encaminhamento ao SAD do idoso fragilizado, cenário no qual a continuidade do cuidado é comprometida.

Isto emergiu do discurso do profissional de saúde, ao sugerir o baixo envolvimento da ESF no acompanhamento ao paciente acamado:

Aqui na estratégia de saúde da família ainda pequena essa questão de suporte para uma pessoa que está acamada, então a gente gosta de chamar o EMAD, que é uma equipe multiprofissional da Prefeitura e tem todos os profissionais: fisioterapeutas, psicólogos, médicos, enfermeiros... Geralmente a gente chama o serviço se alguém apresenta alguma ferida, precisa de sonda, dessas coisas assim, né... Porque eles têm uma equipe grande e lá é bem melhor. Quando a pessoa entra no programa lá do EMADÉ fica melhor acompanhado, porque tem toda essa assistência. (PROFISSIONAL – DSC 29)

Nesse contexto, Lage (2018, p. 19), ressalta a importância da articulação entre as equipes do SAD e da APS como uma garantia para o funcionamento da AD. Uma boa vinculação entre os nichos de cuidado, para a autora, pode “avalizar uma assistência mais resolutiva e de qualidade, sem a necessidade de hospitalização”. Além disso, ainda que o usuário assistido não esteja sob a responsabilidade direta das eSF, é importante que estas acompanhem e apoiem as EMADÉ, com vistas a facilitar o processo de alta do SAD para o acompanhamento na Atenção Básica.

O processo de introdução e continuidade do cuidado desenvolvido no âmbito da APS é, contudo, um importante obstáculo identificado após a contrarreferência do

usuário. A transposição da responsabilidade pela assistência do SAD para a APS foi apontada no trabalho de Paiva *et al.* (2016) como preocupação frequente entre gestores de saúde e coordenadores do serviço, resultando, inclusive no adiamento da alta de pacientes atendidos pelas EMAD e EMAP.

5.4 OS DESAFIOS DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Considerando o papel da APS na manutenção dos cuidados à pessoa impossibilitada (temporariamente ou definitivamente) de comparecer às unidades, a inviabilidade do cuidado ao indivíduo com doença crônica (devido ao risco de exposição à COVID-19) tornou-se, para Savassi *et al.* (2020) um dilema no decorrer da pandemia e representou um importante limitador das ações da ESF no presente estudo.

Segundo os autores, a interrupção do cuidado ou mesmo o negligenciamento desses pacientes em prol do atendimento aos sintomáticos respiratórios nas USF não deveria acontecer (SAVASSI *et al.*, 2020). Caso a equipe de Saúde da Família não seja capaz de dispensar cuidado a esses pacientes, há grande possibilidade de sobrecarga da própria equipe com o aumento das situações descompensadas e reabilitação, o que em longo prazo resultará em sobretrabalho (SAVASSI *et al.*, 2020).

Neste sentido, adaptações voltadas a diminuir o risco de contaminação foram orientadas pelo Governo Federal e instituídas na grande maioria dos municípios, consistindo, principalmente, na adaptação das visitas domiciliares e na elaboração de diferentes formas de atendimento remoto (telefone, WhatsApp, consulta on-line) (BRASIL, 2020; SAVASSI *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2022).

Não obstante, sendo a organização da atenção domiciliar na APS uma competência das prefeituras, a adoção de medidas adaptativas ao cenário epidemiológico variou substancialmente entre os municípios. Em Rio Branco, por exemplo, embora tenha havido um esforço pela adaptação deste serviço (RIO BRANCO, 2021), as visitas presenciais foram descontinuadas em diversas áreas da capital, como constata-se através seguinte discurso:

Na verdade, parou esse acompanhamento direto na casa. Nem online eles não fizeram acompanhamento de nada não, só mesmo se fosse necessário. Vieram um dia aplicar injeção porque a minha filha ligou que eu não podia ir que eu já tinha pego o AVC, né. Aí foi quando eu fui e liguei para lá, minha filha ligou pra lá e eles vieram, aí aplicaram injeção a nele. Mas só isso mesmo, de lá para cá a gente não teve mais visita da equipe de saúde. Não vieram mais nunca não, se eu tivesse precisando de alguma coisa eu tinha que ir lá no posto, né. Eles retornaram agora, depois de mais de ano, com a segunda vacina, né, que eles começaram a vim fazer as visitas. (CUIDADOR – DSC 30)

Esse aspecto tem sua importância porque, embora os pacientes em estágio mais tardio da Doença de Alzheimer recebam acompanhamento da Atenção Domiciliar de níveis 2 e 3, ao interromper este serviço no nível primário de atenção à saúde deixa-se de abarcar os pacientes não alcançados em outros espaços, muitos dos quais com potencial de agravamento de outras condições de saúde paralelas à DA (PROCÓPIO *et al.*, 2019).

Apesar disso, em muitos dos casos, a interrupção das visitas não partiu da gerência das Unidades de Saúde da Família, mas sim dos próprios usuários, que passaram a não permitir a entrada das equipes em seus domicílios, devido ao temor de contaminação, conforme demonstra o discurso:

Desse período que eu tô em casa direto foram, salvo engano, duas vezes. Duas vezes. Que foi a equipe com médico... E a gente colocou o cadeado no portão, né, porque a pandemia tava bem feia aqui e eu fiquei muito preocupada. Passou assim uns três meses: chegava a equipe e eu pedia para não entrar, porque eu ficava preocupada e dizia que esperasse que ela tomasse a vacina, tanto ela como eu...às vezes entrava ali mas ficava uma a uma distância boa, de máscara. Foi difícil, né, foi difícil. Graças a Deus elas já entram aqui. Também já estamos vacinados. (CUIDADOR – DSC 31)

Giovanella *et al.* (2022) destacam que, no contexto da pandemia, os usuários com condições crônicas de saúde não só continuaram demandando atenção ao manejo de suas doenças de base, como também integravam os grupos de maior risco para Covid-19, ressaltando a importância da manutenção parcial das atividades do ACS e a introdução da visita peridomiciliar para o acompanhamento dos indivíduos que a necessitem.

Desta forma, diante da recusa dos usuários em receber a equipe, o estabelecimento do diálogo com o grupo familiar, com a explanação das medidas de segurança, se fez primordial para evitar a interrupção do vínculo entre a unidade de saúde e a pessoa com DA, bem como com o cuidador (GIOVANELLA *et al.*, 2022).

Dentre as famílias que permaneceram “descobertas”, contudo, prevaleceram maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Em geral, a obtenção de atendimento e a retirada de medicamentos foram os aspectos mais citados durante a fase de Campo desta Pesquisa:

A gente não tem como tá trazendo ele, né? Nem sempre dá para conseguir um carro, alguém que venha. Porque tem que vir e tem que ficar, né? Alguém que te traz e te deixa tem muito, mas que vem e fique com você para o idoso ser vacinado lá no carro para poder voltar para casa...

Antes da pandemia pelo menos a gente ia no posto, a gente pegava medicação que você precisava, mas com esse problema de pandemia... Até Dipirona, é difícil conseguir ali. O remédio da pressão eu tô dentro duns dois meses que eu não tô tomando, porque do que eu ganho com o dinheiro que ela ganha, só que ela ganha um salário... E eu não me atrevo tirar pra comprar uma medicação para mim, porque eu sei que vai faltar para alimentação dela.
(CUIDADOR – DSC 32)

Esse aspecto da atenção, no contexto da pandemia, vai de encontro ao que estabelecem Savassi *et al.* (2020), para os quais a AD é um mecanismo indispensável no enfrentamento da conjuntura implicada pela deflagração da pandemia por COVID-19, principalmente porque auxilia na interrupção da transmissão por contato direto; ajuda na identificação, no isolamento e no desenvolvimento precoce do cuidado de pacientes infectados; e contribui para a disponibilização de leitos hospitalares via desospitalização ágil de pacientes estabilizados.

Além disso, a escassez de medicamentos, uma realidade já recorrente no SUS, tendeu a se acentuar durante a pandemia, principalmente devido ao aumento da demanda e às dificuldades de transporte nas áreas mais afetadas pela emergência: houve globalmente uma redução notável na capacidade de produção, seja pela interrupção do trabalho para procedimentos de higienização, adoecimento

de trabalhadores da cadeia produtiva ou pela ausência de insumos importados (CAMPIOLO *et al.*, 2020).

Apesar de ter constituído um prejuízo, por vezes, irreparável à vida de milhões de pessoas que vivem com doenças crônicas, a descontinuidade do seguimento não é um advento exclusivo desse período de instabilidade médico-sanitária e já era uma reclamação frequente entre cuidadores de pacientes com DA.

Desta forma, a indiferença dos efeitos da pandemia nos serviços de saúde também foi um tema recorrente nesta Pesquisa:

Jamais, não mudou nada. Pandemia chegou, ficou, passou, tá indo embora e eu continuo na mesma com minha mãe. Continuou do mesmo jeito, continua da mesma forma: o mesmo atendimento que tinha antes, esse atendimento precário, da falta de assistência mesmo... Eu não tenho acompanhamento da equipe, é tanto que eu tive que tirar a foto dela e ir consultar ela lá no Hospital do Idoso com médica dela. (CUIDADOR – DSC 33)

Savassi (2016), em consonância, declara que, embora amplamente reconhecida como ferramenta do cuidado, a realização de visitas domiciliares ainda esbarra em diversos impedimentos e acaba sendo realizada em proporção aquém do esperado.

Este panorama, por sua vez, implica na descontinuidade do seguimento de incontáveis pacientes e cuidadores que se encontram limitados ao domicílio pelas implicações que o estado crônico da doença impõe, acentuando-se, por fim, a exclusão e o isolamento de um grupo que, em geral, já se vê marginalizado pelos desdobramentos psicológicos e sociais atrelados às síndromes demenciais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento desta Pesquisa, demonstrou-se que, apesar do empenho das equipes de Saúde da Família em prol da saúde da pessoa com DA e do seu cuidador, a ESF ainda carece de um planejamento específico para o manejo das doenças demenciais, de forma que o atual perfil da atenção permanece marcado por ampla informalidade e fragmentação do cuidado, implicando atos não coordenados que, se em muitos casos mostram-se adequados ao manejo dessa condição, em outros podem ser pouco efetivos.

Dentre as intervenções de saúde desenvolvidas na APS, a visita domiciliar se destacou como a principal estratégia utilizada na prestação de cuidado à pessoa com DA, servindo não apenas como *locus* da assistência, mas permitindo também o reconhecimento das condições de vida do usuário e a execução de ações de promoção da saúde, sobretudo aquelas voltadas à orientação da família.

Além disso, demonstrou-se que a atenção dispensada à pessoa com DA perpassa a atividade dos diferentes profissionais atuantes na ESF, denotando um modelo de saúde multiprofissional no qual o ACS tem papel-chave, apresentando-se tanto como “ponte” entre os domicílios e a USF, quanto como responsável pela manutenção do vínculo com o idoso demenciado e pelo acompanhamento mais íntimo de suas condições de saúde.

Em oposição a isso, a atenção dirigida à saúde do cuidador e seu grupo familiar ainda fica à margem daquela dispensada à pessoa com DA. Em face da inexistência de políticas voltadas à família e ao cuidador, o acesso desses indivíduos ao serviço de saúde depende dos fluxos específicos das unidades ou da prestação pontual de cuidados durante as visitas domiciliares.

Dentre as principais ações direcionadas a este público, estiveram aquelas compreendidas pelo campo da Educação em Saúde (usualmente executadas no decorrer das VD) e a iniciativa dos profissionais de saúde na facilitação do acesso aos serviços, como no auxílio à renovação de receituário, retirada de medicamentos e agendamento de consultas, além da priorização de horários para atendimento.

Considerando o distanciamento destas ações do Modelo de Atenção Integral à Saúde, o Estudo também buscou descrever os entraves enfrentados pelos profissionais de saúde na prestação do cuidado adequado. Esses trabalhadores,

embora disponham de uma visão abrangente de cuidado, detêm capacidade limitada para exercê-lo, sobretudo pela influência de fatores externos, os quais prejudicam a qualidade das intervenções exercidas pela equipe de Saúde da Família.

Dentre esses fatores, a ausência de uma Linha de Cuidado definida e implantada ou mesmo de um protocolo de manejo específico voltados à Doença de Alzheimer foram os principais entraves observados. O cuidado, por sua tendência à informalidade, deteve diferentes nuances em diferentes áreas, mostrando-se mais ou menos adequado, de acordo com a iniciativa de cada equipe de saúde ou mesmo do profissional, ao atuar individualmente.

Os reflexos dessa informalidade tendem a ser reforçados por défices na formação técnica dos profissionais da eSF e pelo negligenciamento do tema nas atividades de Educação Permanente desenvolvidas na APS, além de agravados pela sobrecarga imposta a esses trabalhadores, algo que limita o tempo dedicado ao planejamento e à realização das visitas domiciliares.

Na busca pelo apoio interinstitucional, tanto os NASF-AB quanto as EMAD foram apresentados como pouco acessíveis no contexto do cuidado dispensado à pessoa com DA. Unido à postura individualista dos profissionais e à ausência de planejamento entre os membros da eSF, esse fator propicia um perfil fragmentado do cuidado que, embora “multi”, não é, de fato, “interprofissional”, prejudicando a resolução articulada de problemas mais complexos e contribuindo para que a ESF se torne cada vez mais dependente da assistência especializada.

Visando mitigar esse quadro, a elaboração de um protocolo de manejo voltado à Doença de Alzheimer e outras síndromes demenciais e a intensificação das atividades de Educação Permanente em Saúde (dedicadas aos profissionais), emergem como fatores basilares para o fornecimento do cuidado adequado, sedimentado no atendimento multiprofissional e no acompanhamento longitudinal.

A implementação de ações reais, contudo, demanda primeiramente uma adequação no repasse de recursos financeiros para provimento adequado de profissionais e insumos materiais. Sem isso, o congestionamento no fluxo dos atendimentos e a dificuldade logística tendem a continuar limitando o potencial da ESF e sua colaboração com os demais setores da APS, o que pode inviabilizar a execução de ações personalizadas e a efetivação do cuidado integral à pessoa com Doença de Alzheimer, ao seu grupo familiar e ao cuidador.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. *et al.* A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2008, v. 61, n. 1, p. 117-121. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/wDd6sSbpn7mYpGnbq49FTkJ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 13 mar. 2022.
- ACIOLI, S. *et al.* Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, mar. 2014. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12338/12288>> Acesso em: 13 mar. 2022
- ACRE. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Rio Branco, 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/acre/plano-estadual-de-saude-pes-2020-2023-vf/>>. Acesso em: 20 nov. 2022
- ALVES, A. P. S. *et al.* O cuidado ao portador do Alzheimer fundamentado no princípio bioético da autonomia. **Revista Ciência & Saberes**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 416-421, 2017. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/168/94>>. Acesso em: 25 fev. 2021
- ALZHEIMER, A. Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. **Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und psychiatrie**. V. 4, p. 356-85, 1911. Disponível em: <<http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?epo1243>>. Acesso em: 18 mar. 2021.
- AMADUCCI, L. A. *et al.* Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer's disease: a case-control study of an italian population. **Neurology**, [s.l.], v. 36, n. 7, p. 922-931, 1986. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.36.7.922>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3714054/>>. Acesso em: 18 mar. 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5. ed. American Psychiatric Association, 2013.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 23, n. 1, p. 165-175, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742014000100016>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/cT3bPBCtdq7CbQ3p3T7tsqJ/?lang=pt>>. Acesso em: 14 nov. 2022.
- ANDRADE, D. D. B. C. *et al.* O papel da atenção primária à saúde em cuidados paliativos de idosos. **Brazilian Journal of Development**., Curitiba, v. 6, n. 6, p. 35307-35320, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-172>. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/11297>>. Acesso em: 15 nov. 2022.
- ANJOS, K. F. dos *et al.* Características de idosos e de seus cuidadores familiares. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1146-1455, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i3a13489p1146-1155-2017>. Disponível

em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13489>>. Acesso em: 16 nov. 2022.

ARANOVICH, C.; KRIEGER, M. da G. T. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre o tema na prática. **Aletheia**, [s.l.], v. 53, n. 2, p. 38-50, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.29327/226091.53.2-3>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942020000200004> Acesso em: 16 nov. 2022.

ARAÚJO, C. M. M. *et al.* As repercussões da doença de Alzheimer na vida do cuidador. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 534-541, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11971>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 mar 2021. DOI: [10.1590/S0100-15742002000300007](https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007)>. Acesso em: 16 nov. 2022.

ASSIS, B. C. S. de *et al.* Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 6, p. 1-11, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3134.2020>. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3134#:~:text=Resultados%3A%20Os%20fatores%20que%20se,mais%20pobres%20e%20com%20alto>>. Acesso em: 16 nov. 2022

ASSIS, B. C. S. de. **Satisfação e sobrecarga de trabalho entre profissionais de equipes da Atenção Primária à Saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2019

AVILA, R.; MIOTTO, E. Funções executivas no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v.52, p.53-62, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/259197515_EXECUTIVE_FUNCTIONS_IN_NORMAL_AGING_AND_ALZHEIMER'S_DISEASE>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BAPTISTA, B. O. *et al.* A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 147-156, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SFH4h8sJmc3B74TmSZ59HLL/?lang=pt>> Acesso em: 16 fev. 2022. DOI: [10.1590/s1983-14472012000100020](https://doi.org/10.1590/s1983-14472012000100020).

BARBOSA, N. A. **Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em municípios da região do Alto Tietê/SP**. 2020. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Porto Alegre, 2020.

BARREIRA, G. S. **Impacto da doença de alzheimer na família: uma análise sistêmica estrutural**. Orientadora: Monica Dias. 2017. 37 f. Dissertação (Especialização em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Rio de Janeiro, 2017.

BERRIOS, G. E. Alzheimer's disease: a conceptual history. **International Journal Of Geriatric Psychiatry**, [s.l.], v. 5, n. 6, p. 355-365, 1990. Disponível em: <<https://online.librarywiley.com/doi/abs/10.1002/gps.930050603>>. Acesso em: 18 mar. 2021. DOI: 10.1002/gps.930050603.

BLESSED, G.; TOMLINSON B. E.; ROTH. The Association Between Quantitative Measures of Dementia and of Senile Change in the Cerebral Grey Matter of Elderly Subjects. **British Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 114, n 512, p. 797–811, 1968. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.114.512.797>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5662937/>> Acesso em: 16 nov. 2022.

BOTH, C. T. **Cuidado ao familiar cuidador de idosos: contribuições da prática educativa para a qualificação multiprofissional**. Orientadora: Marinês Tambara Leite. 2019. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2016a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundo/docs/l8080.pdf. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União, 2013b. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União, 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do--ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da União, 2006a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 14 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 22 mar. 2022.

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, DF: Ministério da saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt_0825_25_04_2016.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da União, 2013c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. 2021a. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 27 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Cobertura da Atenção Básica.** e-Gestor Atenção Básica, 2021b. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2022

BRIGOLA, A. G. *et al.* Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 409-420, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160202>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/jhhgYzscbmnrwYCbGnYrR9ts/?lang=pt>>. Acesso em: 7 abr. 2022.

BUENO, A. E.; BALK, R. S.; TORRES, O. M. Atuações interdisciplinares na saúde domiciliar. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, [s.l.] v. 2, n. 3, p. 118-119, 2012. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v2i3.2714>. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/2714>>. Acesso em: 14 mar. 2022.

BURLA, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2949-2956, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013001000019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001000019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 fev. 2021

CAMARGO, R. C. V. F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p.231-254, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38715>>. Acesso em: 7 fev. 2022.

CAMPIOLO, E. L. *et al.* Impacto da pandemia do covid19 no serviço de saúde: uma revisão de literatura. **Interamerican Journal Of Medicine And Health**, [s.l.], v. 3, p. 1-8, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.140>. Disponível em: <<https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/140#:~:text=Resultados%3A%20A pesar%20do%20curso%20ainda,e%20nos%20prestadores%20de%20servi%C3%A7os.>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

CARDOSO, S. M. M. *et al.*; Cuidadores de idosos em estratégias de saúde da família: o estresse destes indivíduos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], n. 49, p. 1-7, 12 jun. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3179.2020>. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3179>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?lang=pt>>. Acesso em: 3 mar. 2022.

CECCON, R. F. *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 99-108, jan. 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/?lang=pt>>. Acesso em: 7 mar. 2022.

CESARIO, V. A. C. *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 112, p. 171-182, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711214. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100171&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 22 mar. 2021.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, [s.l.] v. 22, n. 2, p. 377-388, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000200010>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/yrQTxbvNWCfMwypfNb87sgS/?lang=pt>>. Acesso em: 16 mar. 2022.

CHUEIRI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2022.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

COUTO, A. M. do; CALDAS, C. P.; CASTRO, E. A. B. de. Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.] v. 71, n. 3, p. 959-966, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0105>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/jMSWw9PJvTsvzq67PNxnvgs/?lang=pt>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

CRUZ, M. da N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 223-229, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000200004>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/FfkpRGDyG5QmgjfpXt5vfrk/?lang=pt#:~:text=Pesquisas%20t%C3%AAm%20evidenciado%20que%20o,altos%20%C3%ADndices%20de%20conflitos%20familiares.>>> Acesso em: 21 mar. 2021.

DE-LIMA, O. T.; GARCIA, A.; Perfil emocional e o impacto sobre o cuidador de pacientes com Doença de Alzheimer. **Revista InterSaúde**, [s.l.], v. 1, n. 3, p. 25-30, 2020. Disponível em: <http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/145>. Acesso em: 22 mar. 2021.

DIOGO, N. A. Família e Alzheimer: As dificuldades enfrentadas nas modificações da dinâmica familiar. **Revista Longevidade**, [s.l.], v. 3 n. 9, 2021. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/view/868/928>. Acesso em: 21 mar. 2021.

DUARTE, J. H. S.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Saúde e Sociedade**. [s.l.], v. 18, n. 4, p. 620-626, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400006>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JNbhZ3dKdrKGdYXJrr6m7ft/?lang=pt>>. Acesso em: 18 maio 2021.

EISENHARDT, K. M. **Building theories form case study research**. Academy of Management Review. New York, New York, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989. DOI: <https://doi.org/10.2307/258557>. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/258557?seq=1#metadata_info_tab_contents>. Acesso em: 12 maio. 2021.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>>. Acesso em: 2 mar. 2022.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo: Unifesp, v. 25 n. 1, p. 129-136, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>>. Acesso em: 16 maio 2021.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In ELIAS, M. E. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo, SP: HUCITEC, 2004;

FREIRE-FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 26, p. 1-8, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/yRyQcJHmw3sfKJTP8HtLMBD/?lang=pt>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

FREITAS, I. C. C. *et al.* Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 508-513, 2008. DOI: [10.1590/S0034-71672008000400018](https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400018). Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400018&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 25 fev. 2021

FURLANETTO, D. L. C. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 5, p. 1851-1863, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>.

GALVÃO, T. DE L. A. *et al.* Assistência à pessoa com Parkinson no âmbito da estratégia de saúde da família. **Revista Online de Pesquisa**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 5101–5107, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5101-5107. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4448/pdf_1>. Acesso em: 26 fev. 2021

GARCIA, C. R. *et al.* Cuidadores Familiares de Idosos com a Doença de Alzheimer. **Revista Kairós: Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 409-426, 2017. DOI: 10.23925/2176-901x.2017v20i1p409-426. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/2176-901X.2017v20i1p409-426/23093>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GIOVANELLA, L. *et al.* **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 201-216, 2022. Informação para ação na Covid-19 series. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0013>. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/covid-19-desafios-para-organizacao-e-repercussoes-nos-sistemas-e-servicos-de-saude>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

GOYANNA, N. F. *et al.* Idosos com Doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 379–386, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.379-386. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5037/pdf_1>. Acesso em: 26 fev. 2021.

GRABHER, B. J. Effects of Alzheimer Disease on Patients and Their Family. **Journal Of Nuclear Medicine Technology**, [s.l.], v. 46, n. 4, p. 335-340, 2018. DOI: 10.2967/jnmt.118.218057. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30139888/>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

HANE, F. T. *et al.* Recent Progress in Alzheimer's Disease Research, Part 1: Pathology. **Journal of Alzheimer's Disease**, [s.l.], v. 57, n. 1, 2016, p. 1–28. DOI: 10.3233/JAD-160882. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28222507/>>. Acesso em: 27 abr. 2021.

HÉBERT, R. A revolução do envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 12, p. 3618-3618, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.22542015>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qvqgkJDZgJWVFFHypstht4HWD/?lang=pt>>. Acesso em: 4 mar. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama do estado do Acre**. IBGE, 2021a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/panorama>>. Acesso em: 16 set. 2021

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Características gerais dos moradores 2020-2021**. IBGE, 2021b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021

JECKEL-NETO, E. A.; CUNHA G. L. Teorias biológicas do envelhecimento. *In*: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional; 2016. p. 13-22.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001, p. 17-44. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Denise_Jodelet3/publication/324979211_Representacoes_sociais_Um_dominio_em_expansao/links/5c4897c3a6fdccd6b5c2eab1/Representacoes-sociais-Um-dominio-em-expansao.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2021

KATZMAN, R. The Prevalence and Malignancy of Alzheimer Disease. **Archives Of Neurology**, [s.l.], v. 33, n. 4, p. 217, 1976. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/574311>>. Acesso em: 19 mar. 2021. DOI: 10.1001/archneur.1976.00500040001001.

KESSLER, M. *et al.* A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.] v. 71, n. 3, p. 1127-1135, 2018. DOI: doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000301063&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 26 fev. 2021.

KOZLOV, S. *et al.* Alzheimer's disease: as it was in the beginning. **Reviews In The Neurosciences**, [s.l.], v. 28, n. 8, p. 825-843, 2017. Disponível em: <<https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/revneuro-2017-0006/html>>. Acesso em: 20 mar. 2021. DOI: 10.1515/revneuro-2017-0006.

KUCMANSKI, L. S. *et al.* Alzheimer's disease: challenges faced by family caregivers. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 6, p. 1022-1029, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000601022&script=sci_arttext&lng=pt> Acesso em: 22 mar. 2021. DOI: 10.1590/1981-22562016019.150162.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. 2621-2626, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500036>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/HrVrKQ8ZKtFfRM3wtnYPDDL/?lang=pt>>. Acesso em: 5 mar. 2022.

LAGE, E. G. **Fatores associados a não efetivação da alta na atenção domiciliar para a atenção primária à saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2018.

LEFÈVRE, A. M. C. *et al.* Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 35-47, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000200004>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar 2021.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 4, p. 1193-1204, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000400025>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bLYcq4qWYBJnrfZzbVrZmJh/>>. Acesso em: 18 maio 2021.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000200502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2021

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2 ed. Brasília: Liber livro Editora, 2012.

LENARDT, M. H. *et al.* O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Revista Mineira de Enfermagem**. [s.l.], v. 14, n. 3, p. 301-307, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26083>. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-19549>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

LIMA, A. N. de; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 889-897, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902010000400015>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Cn4C76S6WF844CLhYxpQd6x/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 16 fev. 2022.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum. Health Science**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 85-93, 2012. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i1.7624>.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004. DOI: [10.4025/actascihealthsci.v26i1.1640](https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v26i1.1640). Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1640>>. Acesso em: 21 mar. 2021.

MALTA, E. M. B. R. *et al.* Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 1-18, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface>.

190449. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/QmzZjt6Sh3b7FtmdnCyPBGH/?lang=pt>>. Acesso em: 24 maio. 2021.

MARQUES, J. *et al.* A prática da investigação no estudo da interculturalidade. *In: VIEIRA et al. Pedagogias de mediação intercultural e intervenção social*. Porto: Afrontamento, 2016, p. 125-155.

MARTINS, G. S.; PEREIRA, F. C. da C.; SOUSA, I. C. A. de. A visita domiciliar como instrumento para humanização: revisando a literatura. **Carpe Diem: Revista Cultural E Científica Do UNIFACEX**, [s.l.], v. 11, n. 1, 196–206, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/364>>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MATIAS, I. S. *et al.* Doença de Alzheimer: impacto na qualidade de vida do idoso e cuidador. **Research, Society And Development**, [s.l.], v. 10, n. 3, p. 1-9, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13007. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13007/11721/170807+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>> Acesso em: 22 mar. 2021

MATTOS, E. B. T.; BARBOSA, M. C.; MENDES, R. Capacitação de agentes comunitários de saúde para a detecção da demência na fase leve. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 2244-2250, 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/42244/31283>>. Acesso em: 7 mar. 2022. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.42244>.

MATTOS, E. B. T.; KOVÁCS, M. J. Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 31, p. e180023, 2020. DOI: 10.1590/0103-6564e180023. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/168601>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MEDEIROS, P. C. de *et al.* O atendimento interdisciplinar na Atenção Primária em Saúde - Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 1-8, 2022. Research, Society and Development. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25818>.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 38, n. 2, p. 1-14, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00164621>.

MENDES, C. F. M.; SANTOS, A. L. S. dos. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 121-132, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015142591>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ny9dmKybVjRLQctPDQxnGZp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 7 fev. 2022.

NASCIMENTO, H. G. **O cuidado com a pessoa com demência por familiares e por profissionais de saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

NASCIMENTO, H. G.; FIGUEIREDO, A. E. B. Estratégia de saúde da família e idoso com demência: o cuidado pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 119-128, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.40942020>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zbhkrkjVYTqTJkf8tymd6Cc/?lang=pt#:~:text=As%20demandas%20espont%C3%A2neas%20dos%20idosos,como%20intensificadores%20do%20processo%20demencial.>>. Acesso em: 13 mar. 2022.

NASCIMENTO, T. **Saúde organiza linha de cuidado integral à saúde do idoso**. Rio Branco: Governo do Estado do Acre, 2019. Disponível em: <<https://agencia.ac.gov.br/saude-organiza-linha-de-cuidado-integral-a-saude-do-idoso/>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

NORO, L. R. A.; TORQUATO, S. M. Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 145-158, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00027>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/NMzP98x9cc5BrHKQQYz3SyS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

NUNES, D. P. *et al.* Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do estudo sabe. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 1-14, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gDwwZVyfMd66pNvcf9gqmJR/?lang=pt>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

OLIVEIRA, A. P. P. de; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000300013>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TzMnfqC3mJnkK6NBtWXJBDh/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 mar. 2021.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 234-240, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072011000200003>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/xJMxCLXzvFWQZV3Y3VhFKqH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 13 fev. 2022.

OLIVEIRA-NETO, A. V. de; DIAS, M. B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 51, p. 58-71, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771499#:~:text=Verificou%2Dse%20que%20o%20Programa,dos%20gestores%2C%20trabalhadores%20e%20sociedade.>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

PAIVA, P. A. *et al.* Serviços de Atenção Domiciliar: critérios de elegibilidade, inclusão, exclusão e alta. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 244-252, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/408/40848190013.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2022.

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 12, p. 3839-3851, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xgTZ8MBc67CGTNb8VTkgR9s/abstract/?lang=pt#:~:text=Identificou%2Dse%20que%20os%20fatores,para%20o%20cuidador%20e%20espiritualidade.>>. Acesso em: 11 fev. 2022.

PINHEIRO, S. B. Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. **Revista Longevidade**, São Paulo, n. 9, 2021. ISSN 2596-027X. Disponível em: <<https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/view/867/927>>. Acesso em: 6 mar. 2022.

PLACA, M. T. C. de L.; WANDERBROOKE, A. C.; POLLI, G. M. Assistência domiciliar prestada aos idosos em um município do interior de São Paulo. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo: FACHS/NEPE/PUC-SP, v. 23, n. 4, p. 325-345, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i4p325-345>. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/53853>>. Acesso em: 16 mar. 2022.

PLACA, M. T. C. L. **Assistência domiciliar prestada por equipes Estratégia Saúde da Família a idosos com Doenças Crônico-Degenerativas em um município do interior de São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2018.

PROCÓPIO, L. C. R. *et al.* A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912123>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=pt>>. Acesso em: 19 mar. 2022.

QUEIROZ, A. H. A. B. *et al.* Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 9, p. 2615-2623, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000900016>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zmtcmkRsXvyfcTcDCvjMRsd/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 4 mar. 2022.

QUEIROZ, T. A. *et al.* Cuidados paliativos ao idoso na terapia intensiva: olhar da equipe de enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 1-10, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-904407#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A,ambiente%20apropriado%20para%20cuidados%20paliativos.>>. Acesso em: 4 mar. 2022.

RABELO, A. O. M.; BUENO, D. S.; ANDRADE, H. S. Análise do trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia de Saúde da família. **Revista Saúde e Pesquisa**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 33-37, 2018. ISSN-2236 -628. Disponível em: <<http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/9178>>. Acesso em: 21 mar. 2022.

RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. B. da. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. **Revista Mosaico**, [s.l.], v.11, n.2, p. 109-116, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v11i2.2184>. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2184>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2010.

RIO BRANCO. Gabinete do Prefeito. **Decreto nº 068 de 16 de janeiro de 2014**. Cria e nomeia o território do Município em 10 (dez) Regionais Urbanas e 05 (cinco) Regionais Rurais para auxiliar o Sistema Municipal de Gestão de Planejamento. Rio Branco, 2014. Disponível em: <<http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/lai/wp-content/uploads/2012/05/DECRETO-N%C2%BA-068-2014-REGIONAIS-URBANAS.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2022.

RIO BRANCO. Gabinete do Prefeito. **Lei nº 2.166, de 14 de janeiro de 2016**. Altera a Lei Municipal nº 2.030, de 23 de dezembro de 2013. Rio Branco, 2016. Disponível em: <<https://www.riobranco.ac.leg.br/leis/legislacao-municipal/2016/lei-municipal-no2-166-de-14-de-janeiro-de-2016.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2022.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Rio Branco 2018-2021**. Rio Branco, 2018. Disponível em: <<http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/portal/wp-content/uploads/2015/02/PLANO-MUNICIPAL-DE-SA%C3%9AD E-2018-A-2021.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2021**. Rio Branco, 2022. Disponível em: <<https://www.riobranco.ac.leg.br/transparencia/prestacao-de-contas/2021/PARECERRELATORIOANUAL.pdf/view:>>. Acesso em: 27 out. 2022.

RODRIGUES, S. L. A. *et al.* A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 40, n. 4, p. 493-500, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342006000400007>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DX4j3w4F8ynknnD4t7fSM6M/>>. Acesso em: 17 fev. 2022.

SANTIAGO, R. F.; LUZ, M. H. B. A. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 136-142, 2012. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-651176>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

SANTOS *et al.* Educação em Saúde na comunidade: dialogando sobre o envelhecimento e a Doença de Alzheimer. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. [s.l.], v. 27, n. 2, p.32-36, 2019. ISSN *online*: 2317-4404. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190704_104549.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SANTOS, D. B; ALMEIDA, A. A. C.; FERREIRA, P. M. P. Fisiopatologia da doença de Alzheimer. *In*: FEITOSA, C. M.; BONFIM, K. L. F. **Acompanhamento farmacoterapêutico e suas implicações na terapia da doença de Alzheimer**. 1.

ed. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020, p. 15-26. DOI: 10.22533/at.ed.368200602 Disponível em: <<https://educapes.capes.gov.br/handle/capes/564172?mode=full>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 7 mar. 2022

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. [s.l.], v. 15, n. 42, p. 1-21, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611). Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2611>>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?lang=pt>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: Burden and Current Challenges. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561658/#affiliation-1>>. Acesso em: 24 fev. 2021.

SCHMIDT, M. S. *et al.* Desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidos por cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 579-587, 2018. DOI: 10.1590/1981-22562018021.180039. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XJNPRfCKYbC8xmNBdHDfrSP/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 2 mar. 2022.

SILVA, J. A. M. da *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000800003>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5nLgyRMxrJfjRMTNSvD98VK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 4 mar. 2022.

SILVA, J. M. da; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600012>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/TkdJptn84Tbk8pgD5fXMydc/?lang=pt>>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SILVA, M. F. F. *et al.* Integralidade na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 394-400, 2018a. Universidade Federal do Triangulo Mineiro. DOI: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2925>. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551016/html/>>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SILVA, R. M. *et al.* **Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coletas de informações.** Sobral: Edições UVA, 2018b. Disponível em: <<https://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

SILVA, T. O. da; RIBEIRO, P. M.; MARTINEZ, M. R. Doença de Alzheimer: a vivência da doença na perspectiva dos cuidadores familiares. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 131-139, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i2.31863>. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/31863>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300016&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 26 fev. 2021.

SOUZA, L. M.de; WEGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 337-343, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692007000200022>.

STELZMANN, R. A.; SCHNITZLEIN, N.; MURTAGH, F. R. An English translation of Alzheimer's paper, "über eine eigenartige Erkankung der Hirnrinde". **Clinical Anatomy**. [s.l.], v. 8, p. 429-431, 1995. DOI: 10.1002/ca.980080612. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8713166/>>. Acesso em: 16 abr. 2021.

TESTON, L. M. *et al.* Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 43, n. 121, p. 314-328, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912102>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pFM8SMM7DswctjpkFqWBmZB/?lang=pt>>. Acesso em: 23 mar. 2022.

THOMAS J. R.; NELSON, J. K. SILVERMAN, S.J. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TIWARI, S. *et al.* Alzheimer's disease: pathogenesis, diagnostics, and therapeutics. **International Journal of Nanomedicine**. [s.l.], v. 19, n. 14, p. 5541-5554, 2019. DOI: 10.2147/IJN.S200490. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31410002/>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. T.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200015>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbso/a/sPnDq56GCcdXjkVJVgtmCzD/?lang=pt>>. Acesso em: 7 mar. 2022.

VALE, T. R. F. **O processo de trabalho das eSF e NASF/AB de municípios do Seridó.** 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do

Rio Grande do Norte. Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Santa Cruz, RN, 2020.

VIEIRA, L. *et al.* Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 255-264, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232012000200008>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/x5XnXHbghDGTzzTGtZXVQqC/?lang=pt#:~:text=O%20cuidado%20de%20um%20familiar,os%20cuidados%20t%C3%AAm%20suas%20particularidades.>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, [s.l.], v. 23, n.1, p. 5-26, 2013. Disponível em: <<https://www.rebep.org.br/revista/article/view/226/0>>. Acesso em: 24 fev. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/#:~:text=The%20Global%20action%20plan%20on,dementia%20on%20communities%20and%20countries>. Acesso em: 25 fev. 2021

XIMENES, M. A.; RICO, B. L. D.; PEDREIRA, R. Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Revista Kairós Gerontologia**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.121-140, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/viewFile/21630/15877>> Acesso em: 22 mar. 2021.

YAVO, I. S.; CAMPOS, E. M. P. Cuidador e Cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar. **Psicologia - Teoria e Prática**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 20-32, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n1p20-32>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100002>. Acesso em: 19 mar. 2022.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4 ed. São Paulo: Bookman, 2010.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PROFISSIONAIS)

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
Código de identificação: ENT ___ - C ___ P ___	Data: ___/___/2021
Unidade de Saúde:	
Ocupação:	Tempo de Atividade:
1. Como você desenvolve o cuidado voltado ao idoso com Doença de Alzheimer?	
2. Como você desenvolve o cuidado voltado ao grupo familiar e ao cuidador?	
3. Como você descreveria o suporte conferido ao idoso com doença de Alzheimer pela equipe de Saúde da Família na qual está inserido(a)?	
4. Como você descreveria o suporte conferido ao grupo familiar e ao cuidador pela mesma equipe?	
5. Você e a equipe receberam alguma capacitação para lidar com essa situação?	
6. Para você, quais os maiores desafios ao lidar com esse tipo de paciente no cotidiano da equipe de saúde?	
7. Aponte os principais entraves na promoção de ações de cuidado voltadas ao grupo familiar e ao cuidador.	
8. Na sua opinião, como se poderia melhorar a efetividade da assistência ao idoso com DA, seu grupo familiar e o cuidador?	

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (CUIDADORES)

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER	
Código de identificação: ENT ___ - C ____ C ___	Data: ___/___/2021
Unidade de Saúde:	
Bairro:	Parentesco:
1. Como a equipe de saúde tem ajudado no cuidado ao seu familiar com Doença de Alzheimer?	
2. De que forma os profissionais do seu posto de saúde apoiam você e sua família no cuidado ao seu familiar com essa doença?	
3. Que mudanças você percebeu no acompanhamento da equipe de saúde ao seu familiar a partir do início da pandemia de COVID-19?	
4. Quais os principais desafios que você percebe na colaboração entre o cuidador e a equipe de saúde?	
5. O que poderia ser feito para melhorar o atendimento e o acompanhamento a você e seu familiar?	

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS
(PROFISSIONAIS)**

NOME	CÓDIGO	ENT__-C __/__ P__
01	Como você desenvolve o cuidado voltado ao idoso com Doença de Alzheimer?	IDEIAS CENTRAIS
02	Como você desenvolve o cuidado voltado ao grupo familiar e ao cuidador?	IDEIAS CENTRAIS
03	Como você descreveria o suporte conferido ao idoso com doença de Alzheimer pela equipe de Saúde da Família na qual está inserido (a)?	IDEIAS CENTRAIS
04	Como você descreveria o suporte conferido ao grupo familiar e ao cuidador pela mesma equipe?	IDEIAS CENTRAIS
05	Você e a equipe receberam alguma capacitação para lidar com essa situação?	IDEIAS CENTRAIS
06	Para você, quais os maiores desafios ao lidar com esse tipo de paciente no cotidiano da equipe de saúde?	IDEIAS CENTRAIS
07	Aponte os principais entraves na promoção de ações de cuidado voltadas ao grupo familiar e ao cuidador.	IDEIAS CENTRAIS
08	Na sua opinião, como se poderia melhorar a efetividade da assistência ao idoso com DA, seu grupo familiar e o cuidador?	IDEIAS CENTRAIS

APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS
(CUIDADORES)

NOME	CÓDIGO	ENT __-C __/__ C__
01	Como a equipe de saúde tem ajudado no cuidado ao seu familiar com Doença de Alzheimer?	IDEIAS CENTRAIS
02	De que forma os profissionais do seu posto de saúde apoiam você e sua família no cuidado ao seu familiar com essa doença?	IDEIAS CENTRAIS
03	Que mudanças você percebeu no acompanhamento da equipe de saúde ao seu familiar a partir do início da pandemia de COVID-19?	IDEIAS CENTRAIS
04	Quais os principais desafios que você percebe na colaboração entre o cuidador e a equipe de saúde?	IDEIAS CENTRAIS
05	O que poderia ser feito para melhorar o atendimento e o acompanhamento a você e seu familiar?	IDEIAS CENTRAIS

APÊNDICE E – IDEIAS CENTRAIS AGUPADAS POR EIXO DE ANÁLISE

EIXOS	IDEIAS CENTRAIS ²
O CUIDADO DISPENSADO AO IDOSO	PROMOÇÃO DO CUIDADO SINGULAR (4)
	PROMOÇÃO DO CUIDADO GENERALISTA (4)
	ACOMPANHAMENTO POR MEIO DE VISITAS DOMICILIARES (9)
	ACOMPANHAMENTO PRÓXIMO DO PACIENTE PELA EQUIPE (7)
	PONTE ENTRE FAMÍLIA E UNIDADE DE SAÚDE (7)
	PROMOÇÃO DE AÇÕES ORIENTADORAS (3)
	ORIENTAÇÃO COMO FERRAMENTA DO CUIDADO (4)
	PRESTAÇÃO DE CUIDADO INTEGRADO (5)
	INADEQUAÇÃO DO CUIDADO (3)
O APOIO AO CUIDADOR E AO NÚCLEO FAMILIAR	AUSÊNCIA DE AÇÕES COORDENADAS VOLTADAS AO CUIDADOR (5)
	AUSÊNCIA DE QUALQUER AÇÃO VOLTADA AO CUIDADOR (5)
	PROMOÇÃO DE AÇÕES NÃO PLANEJADAS (9)
	FACILITAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS (4)
	AUXÍLIO NO ACESSO À SAÚDE (4)
	AUSÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO (3)
	CUIDADO DE INICIATIVA PESSOAL (4)
	CUIDADO INFORMAL (3)
	ORIENTAÇÃO QUANTO AO AUTOCUIDADO (4)
OS ENTRAVES NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO	DEBILIDADE DO ACOMPANHAMENTO PELA ESF (8)
	AUSÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO (4)
	SUPORTE DOMICILIAR OCASIONAL (4)
	SOBRECARGA DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE (3)
	FALTA DE SUPORTE NO ACESSO AOS SERVIÇOS (5)
	INDISPONIBILIDADE DE RECURSOS (5)
	PRESTAÇÃO DO CUIDADO POR CONHECIMENTO EMPÍRICO (4)
	INCAPACIDADE TÉCNICA DA EQUIPE (3)
	PROMOÇÃO DE APOIO PSICOLÓGICO (3)
	DIFICULDADE DE ACESSO AO APOIO MULTIDISCIPLINAR (3)
	NECESSIDADE DO APOIO ESPECIALIZADO (3)
OS DESAFIOS DO CUIDADO NO CONTEXTO DA PANDEMIA	INTERRUPÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES (5)
	CESSAÇÃO VOLUNTÁRIA DO CONTATO COM A EQUIPE (3)
	AUMENTO NA DIFICULDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS (3)
	PERMANÊNCIA DAS BARREIRAS NO ACOMPANHAMENTO (5)

2. Entre parêntesis, o número de Expressões-chave constituintes de cada Ideia Central.

APÊNDICE F – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS E CUIDADORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTE **“PROFISSIONAL DE SAÚDE”**

Título do Projeto: “Doença de Alzheimer na Atenção Primária à Saúde de Rio Branco: percepções de cuidadores e profissionais de saúde, no ano de 2021”.

Pesquisador Responsável: Cleber Ronald Inácio dos Santos

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS, professor doutor da Universidade Federal do Acre (UFAC). Estou realizando uma pesquisa com o objetivo de analisar o conjunto de ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família visando o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer e de seu cuidador.

A metodologia da pesquisa prevê uma etapa de coleta de dados, com entrevistas semiestruturadas. Você foi selecionado para ser um dos participantes do estudo. Para isto, convido-o (a) a participar deste, permitindo que eu possa entrevistá-lo para falar-me o que você conhece sobre o assunto.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, que suas respostas são sigilosas e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária. Participar ou não da pesquisa não lhe acarretará nenhum benefício direto. Os **BENEFÍCIOS** desta pesquisa são exclusivamente indiretos e estão relacionados à contribuição do estudo para a melhor compreensão de como as equipes de Saúde da Família conferem cuidado ao paciente com Alzheimer e ao seu cuidador. Além deste possível benefício social indireto, garantiremos a você os benefícios de ter acesso aos procedimentos realizados, aos produtos obtidos com a Pesquisa e aos pesquisadores a qualquer tempo, quando você necessitar. Também não irá prejudicá-lo(a) de modo algum. Os principais **RISCOS** que poderão ocorrer durante a Pesquisa são os seguintes: 1) Ocorrer invasão da sua privacidade; 2) Haver discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado por você; 3) Haver divulgação dos seus dados confidenciais; 4) Gerar impaciência e/ou sensação de desconforto devido ao tempo que você deverá responder à entrevista; e, 5) Interferência na sua vida e na sua rotina. Para evitar ou reduzir os efeitos nocivos destes riscos, que podem causar danos a você, serão adotados, pelos pesquisadores, os seguintes **PROCEDIMENTOS E CAUTELAS**: 1) Para se evitar a invasão de privacidade, a abordagem para o esclarecimento, obtenção do consentimento e realização da entrevista ocorrerão em ambiente reservado, na própria unidade de saúde onde você, profissional, exerce suas funções. Se por acaso for necessário interromper qualquer etapa, será gentilmente solicitado a você que aguarde enquanto se soluciona o problema apresentado. Será garantida a sua liberdade de não responder questões constrangedoras. Não haverá filmagens e/ou registros fotográficos e, conseqüentemente, divulgação da sua imagem. Será garantido o seu direito de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais, resguardando-se a sua intimidade, a sua imagem e os seus dados pessoais, evitando-se invasões indevidas; 2) Para se evitar qualquer discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado por você, foi feito um treinamento com os pesquisadores, onde foram reafirmados os compromissos com a Pesquisa e com a garantia de respeito aos seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como o respeito aos seus hábitos e costumes. Os pesquisadores comprometem-se a não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para você e para os demais participantes, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; 3) Para se evitar a divulgação dos seus dados confidenciais seu nome receberá um código para protegê-lo nos arquivos de áudio e nas transcrições das entrevistas, evitando-se a sua identificação. Também serão usadas senhas nos computadores que armazenarão os dados, garantindo o sigilo por parte dos pesquisadores e a não utilização das informações para prejudicá-lo; 4) Para evitar que você fique impaciente ou tenha uma sensação de desconforto devido

ao tempo que deverá responder à entrevista, você não estará obrigado a responder a qualquer pergunta, podendo deixar de respondê-la, no momento da entrevista, podendo também encerrar a entrevista a qualquer tempo e, caso prefira, poderá dar continuidade em outra ocasião. Os pesquisadores foram treinados a ficarem atentos aos sinais de desconforto para melhor evitá-lo. Os pesquisadores também foram treinados para fazer a entrevista corretamente; 5) Para evitar interferir na sua vida e na sua rotina não falaremos de questões íntimas ou questões sensíveis, como atos ilegais praticados, violência ou sexualidade. O horário das entrevistas será flexível e estará de acordo com a sua disponibilidade e o seu interesse, respeitando-se sempre a sua rotina e a possibilidade de interferir mínimo na sua vida. Não haverá conflito de interesses entre os pesquisadores ou a UFAC e você. Se você quiser ter acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa, é só me pedir. Será, também, garantida a divulgação pública dos resultados da Pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento e desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem que isso lhe traga prejuízos.

As entrevistas serão realizadas com pessoas, que livremente aceitem responder às perguntas, prestando depoimentos sobre o tema, após terem sido esclarecidas sobre o estudo e deverão firmar o Termo de Compromisso de sua participação. Será garantida a impessoalidade e o sigilo das respostas ao roteiro elaborado para a pesquisa, respeitando-se os aspectos éticos. Os depoimentos obtidos nas entrevistas serão gravados em meio eletrônico e serão transcritos e analisados, com rigor, na forma dos resultados do presente estudo.

O pesquisador responsável, a instituição patrocinadora e a instituição coparticipante se comprometem a proporcionar assistência imediata, bem como assistência integral, nos termos do item II.3 da Resolução CNS 466/12, de forma gratuita (pelo patrocinador), pelo tempo que for necessário em caso de complicações e danos decorrentes da pesquisa. Nos casos específicos de Saúde, você será atendido pela Unidade de Saúde da Família na qual se encontra cadastrado.

Caso você ou seus acompanhantes tiverem gastos ou despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, vocês serão ressarcidos pelo pesquisador responsável, pela patrocinadora, e/ou pela instituição coparticipante.

Caso você sofra qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você será indenizado por parte do pesquisador responsável, pela patrocinadora, e/ou pela instituição coparticipante. Se os danos forem identificados depois de terminada a pesquisa, mesmo assim, continuaremos responsáveis por você e garantiremos a sua justa indenização.

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre e declaro que cumprimos as exigências do item IV.3 da Resolução nº 466, de 12/12/12, do Conselho Nacional de Saúde. Este documento foi elaborado em duas vias. Garantimos que **a primeira Via você receberá neste momento** e a segunda Via será arquivada pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável pela pesquisa sou eu, o **Prof. Dr. CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS**. Se, após a sua participação, em algum momento, você quiser saber do andamento da pesquisa ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para os números **(68) 9-9991-4039** ou **(68) 3227-2602**. Outras informações que você necessitar poderão ser obtidas comigo também no endereço: Rua Luiz Z. da Silva, 292 – Bloco C-6 – Aptº 321 – Manoel Julião – Rio Branco – AC – CEP: 69.918-452.

Se você tiver alguma outra consideração, dúvida sobre a ética da pesquisa ou notificação de acontecimentos não previstos poderá procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, através do telefone: **(68) 3901-2711** ou indo até a Universidade Federal do Acre – Campus Rio Branco, no Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG) – Sala 26, BR 364 – Km 4 – Distrito Industrial – Rio Branco (AC).

Cleber Ronald Inácio dos Santos - Pesquisador Responsável
CRO/AC - 128 - CPF: 746.802.777-34

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTE
“PROFISSIONAL DE SAÚDE”

Título do Projeto: “Doença de Alzheimer na Atenção Primária à Saúde de Rio Branco: percepções de cuidadores e profissionais de saúde, no ano de 2021”.

Pesquisador Responsável: Cleber Ronald Inácio dos Santos

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre através do telefone **(68) 3901-2711** ou pessoalmente no **Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG)** – Sala 26 – Campus Rio Branco, BR 364 – Km 4 – Distrito Industrial – Rio Branco (AC), em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Rio Branco, ____ de _____ de 2021.

Nome do Entrevistado:

Assinatura:

Eu, *Cleber Ronald Inácio dos Santos*, declaro que forneci todas as informações acerca do projeto ao participante nesta data.

Data: ____/____/ 2021.

Telefones: (68) 3227-2602 / 9-9991-4039

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTE
CUIDADOR (ALFABETIZADO E NÃO ALFABETIZADO)**

Título do Projeto: “Doença de Alzheimer na Atenção Básica de Rio Branco: percepções de cuidadores e profissionais de saúde, no ano de 2021”.

Pesquisador Responsável: Cleber Ronald Inácio dos Santos

Prezado (a) Senhor (a):

Meu nome é CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS, professor doutor da Universidade Federal do Acre (UFAC). Estou realizando uma pesquisa com o objetivo de analisar o conjunto de ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família visando o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer e de seu cuidador.

A metodologia da pesquisa prevê uma etapa de coleta de dados, com entrevistas semiestruturadas. Você foi selecionado para ser um dos participantes do estudo. Para isto, convido-o (a) a participar deste, permitindo que eu possa entrevistá-lo para falar-me o que você conhece sobre o assunto.

Esclareço que seu nome não será divulgado de nenhuma forma, que as perguntas não se referem a aspectos morais sobre a sua intimidade, que suas respostas são sigilosas e serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa, não tendo qualquer outra finalidade. Sua participação não é obrigatória de nenhuma forma, sendo inteiramente voluntária. Participar ou não da pesquisa não lhe acarretará nenhum benefício direto. Os **BENEFÍCIOS** desta pesquisa são exclusivamente indiretos e estão relacionados à contribuição do estudo para a melhor compreensão de como as equipes de Saúde da Família conferem cuidado ao paciente com Alzheimer e ao seu cuidador. Além deste possível benefício social indireto, garantiremos a você os benefícios de ter acesso aos procedimentos realizados, aos produtos obtidos com a Pesquisa e aos pesquisadores a qualquer tempo, quando você necessitar. Também não irá prejudicá-lo(a) de modo algum. Os principais **RISCOS** que poderão ocorrer durante a Pesquisa são os seguintes: 1) Ocorrer invasão da sua privacidade; 2) Haver discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado por você; 3) Haver divulgação dos seus dados confidenciais; 4) Gerar impaciência e/ou sensação de desconforto devido ao tempo que você deverá responder à entrevista; e, 5) Interferência na sua vida e na sua rotina. Para evitar ou reduzir os efeitos nocivos destes riscos, que podem causar danos a você, serão adotados, pelos pesquisadores, os seguintes **PROCEDIMENTOS E CAUTELAS**: 1) Para se evitar a invasão de privacidade, a abordagem para o esclarecimento, obtenção do consentimento e realização da entrevista ocorrerão em seu domicílio. Se por acaso for necessário interromper qualquer etapa, será gentilmente solicitado a você que aguarde enquanto se soluciona o problema apresentado. Será garantida a sua liberdade de não responder questões constrangedoras. Não haverá filmagens e/ou registros fotográficos e, conseqüentemente, divulgação da sua imagem. Será garantido o seu direito de manter o controle sobre suas escolhas e informações pessoais, resguardando-se a sua intimidade, a sua imagem e os seus dados pessoais, evitando-se invasões indevidas; 2) Para se evitar qualquer discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado por você, foi feito um treinamento com os pesquisadores, onde foram reafirmados os compromissos com a Pesquisa e com a garantia de respeito aos seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como o respeito aos seus hábitos e costumes. Os pesquisadores comprometem-se a não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para você e para os demais participantes, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; 3) Para se evitar a divulgação dos seus dados confidenciais seu nome receberá um código para protegê-lo nos arquivos de áudio e nas transcrições das entrevistas, evitando-se a sua identificação. Também serão usadas senhas nos computadores que armazenarão os dados, garantindo o sigilo por parte dos pesquisadores e a não utilização das informações para prejudicá-lo; 4) Para evitar que você fique impaciente ou tenha uma sensação de desconforto devido ao tempo que deverá responder à entrevista, você não estará obrigado a responder a qualquer pergunta, podendo deixar de respondê-la, no momento da entrevista, podendo também encerrar a entrevista a qualquer tempo e, caso prefira, poderá dar continuidade em outra ocasião. Os pesquisadores foram treinados a ficarem atentos aos sinais de desconforto para melhor evitá-lo. Os pesquisadores também foram treinados para fazer a entrevista corretamente; 5) Para evitar interferir na sua vida e na sua rotina não falaremos de questões íntimas ou questões sensíveis, como atos ilegais praticados, violência ou sexualidade. O horário das entrevistas será flexível e estará de acordo

com a sua disponibilidade e o seu interesse, respeitando-se sempre a sua rotina e a possibilidade de interferir mínimo na sua vida. Não haverá conflito de interesses entre os pesquisadores ou a UFAC e você. Se você quiser ter acesso aos resultados individuais e coletivos da pesquisa, é só me pedir. Será, também, garantida a divulgação pública dos resultados da Pesquisa. Você poderá retirar o seu consentimento e desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem que isso lhe traga prejuízos.

As entrevistas serão realizadas com pessoas, que livremente aceitem responder às perguntas, prestando depoimentos sobre o tema, após terem sido esclarecidas sobre o estudo e deverão firmar o Termo de Compromisso de sua participação. Será garantida a impessoalidade e o sigilo das respostas ao roteiro elaborado para a pesquisa, respeitando-se os aspectos éticos. Os depoimentos obtidos nas entrevistas serão gravados em meio eletrônico e serão transcritos e analisados, com rigor, na forma dos resultados do presente estudo.

O pesquisador responsável, a instituição patrocinadora e a instituição coparticipante se comprometem a proporcionar assistência imediata, bem como assistência integral, nos termos do item II.3 da Resolução CNS 466/12, de forma gratuita (pelo patrocinador), pelo tempo que for necessário em caso de complicações e danos decorrentes da pesquisa. Nos casos específicos de Saúde, você será atendido pela Unidade de Saúde da Família na qual se encontra cadastrado.

Caso você ou seus acompanhantes tiverem gastos ou despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, vocês serão ressarcidos pelo pesquisador responsável, pela patrocinadora, e/ou pela instituição coparticipante.

Caso você sofra qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa, previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você será indenizado por parte do pesquisador responsável, pela patrocinadora, e/ou pela instituição coparticipante. Se os danos forem identificados depois de terminada a pesquisa, mesmo assim, continuaremos responsáveis por você e garantiremos a sua justa indenização.

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre e declaro que cumprimos as exigências do item IV.3 da Resolução nº 466, de 12/12/12, do Conselho Nacional de Saúde. Este documento foi elaborado em duas vias. Garantimos que **a primeira Via você receberá neste momento** e a segunda Via será arquivada pelo pesquisador responsável.

O pesquisador responsável pela pesquisa sou eu, o **Prof. Dr. CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS**. Se, após a sua participação, em algum momento, você quiser saber do andamento da pesquisa ou esclarecer alguma dúvida, pode me telefonar, ligando para os números **(68) 9-9991-4039** ou **(68) 3227-2602**. Outras informações que você necessitar poderão ser obtidas comigo também no endereço: Rua Luiz Z. da Silva, 292 – Bloco C-6 – Aptº 321 – Manoel Julião – Rio Branco – AC – CEP: 69.918-452.

Se você tiver alguma outra consideração, dúvida sobre a ética da pesquisa ou notificação de acontecimentos não previstos poderá procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, através do telefone: **(68) 3901-2711** ou indo até a Universidade Federal do Acre – Campus Rio Branco, no Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG) – Sala 26, BR 364 – Km 4 – Distrito Industrial – Rio Branco (AC).

Cleber Ronald Inácio dos Santos - Pesquisador Responsável
CRO/AC - 128 - CPF: 746.802.777-34

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA “CUIDADOR ALFABETIZADO”

Título do Projeto: “Doença de Alzheimer na Atenção Primária à Saúde de Rio Branco: percepções de cuidadores e profissionais de saúde, no ano de 2021”.

Pesquisador Responsável: Cleber Ronald Inácio dos Santos

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre através do telefone **(68) 3901-2711** ou pessoalmente no **Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG)** – Sala 26 – Campus Rio Branco, BR 364 – Km 4 – Distrito Industrial – Rio Branco (AC), em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Rio Branco, ____ de _____ de 2021.

Nome do Entrevistado:

Assinatura:

Eu, *Cleber Ronald Inácio dos Santos*, declaro que forneci todas as informações acerca do projeto ao participante nesta data.

Data: ____/____/ 2021.

Telefones: (68) 3227-2602 / 9-9991-4039

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPANTE “CUIDADOR NÃO ALFABETIZADO”**

Título do Projeto: “Doença de Alzheimer na Atenção Básica de Rio Branco: percepções de cuidadores e profissionais de saúde, no ano de 2021”.

Pesquisador Responsável: Cleber Ronald Inácio dos Santos

O TCLE foi lido pausadamente pelo pesquisador, na presença de duas testemunhas de minha confiança e sem vínculo com a pesquisa, as quais assinam este Termo.

Após a leitura, ter obtido explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre através do telefone **(68) 3901-2711** ou pessoalmente no **Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG)** – Sala 26 – Campus Rio Branco, BR 364 – Km 4 – Distrito Industrial – Rio Branco (AC), em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Rio Branco, _____ de _____ de 2021.

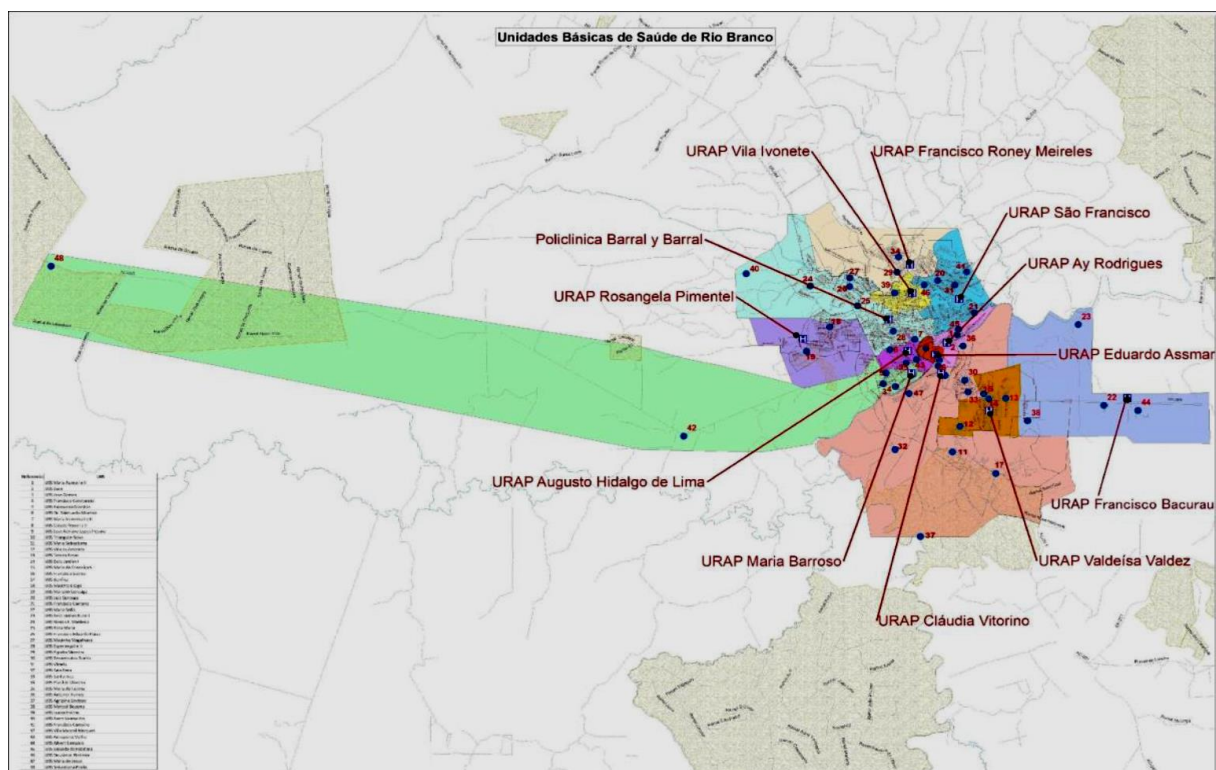
Nome do Entrevistado	Identificação Datiloscópica (Impressão Digital)

TESTEMUNHA 1		TESTEMUNHA 2	
NOME:		NOME:	
ASSINATURA		ASSINATURA	
RG		RG	
CPF		CPF	

Eu, *Cleber Ronald Inácio dos Santos*, declaro que forneci todas as informações acerca do projeto ao participante nesta data.

Data: ___ / ___ / 2021.

ANEXO A – CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO EM 2021.



Fonte: Rio Branco (2022).

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO CEP-UFAC



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "DOENÇA DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO BÁSICA DE RIO BRANCO: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO ANO DE 2021."

Pesquisador: CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47896621.2.0000.5010

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.846.345

Apresentação do Projeto:

Trata-se da primeira versão do protocolo de pesquisa referente a um Trabalho de Conclusão de Curso vinculado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre que tem como objetivo primário "Analisar o conjunto de ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família visando o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer e de seu cuidador". A pesquisa é caracterizada como um "estudo analítico, de abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso, a ser desenvolvido junto aos profissionais de saúde que se encontrem vinculados a uma equipe de Saúde da Família do município de Rio Branco e aos cuidadores de idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, com roteiro. O conteúdo das entrevistas será sistematizado e analisado com o auxílio da técnica preconizada pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Modelo de Análise utilizará a Teoria das Representações Sociais (TRS)".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Analisar o conjunto de ações realizadas pelas equipes de Saúde da Família visando o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer e de seu cuidador".

Objetivos secundários:

Endereço: "Campus Universitário" Reitor Áulio G. A de Souza", Bloco da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 26
Bairro: BR364 Km04 Distrito Industrial **CEP:** 69.915-900
UF: AC **Município:** RIO BRANCO
Telefone: (68)3901-2711 **Fax:** (68)3229-1246 **E-mail:** cepufac@hotmail.com

ANEXO C – TERMO DE LIBERAÇÃO DA PESQUISA APROVADA PELO CEP EMITIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO BRANCO



TERMO DE LIBERAÇÃO PARA PESQUISA APROVADO PELO CEP

Considerando o parecer favorável n.º 4.846.345 dado pelo **Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Acre**, este Núcleo de Educação e Humanização **AUTORIZA** a realização da pesquisa intitulada **“DOENÇA DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO BÁSICA DE RIO BRANCO: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO ANO DE 2021”**, do pesquisador **CLEBER RONALD INÁCIO DOS SANTOS**, professor adjunto da Universidade Federal do Acre, e **LUCAS SAMUEL ARAÚJO DA COSTA**, aluno do Curso de Bacharelado em Medicina da Universidade Federal do Acre, que tem por objetivo primário **analisar o conjunto de ações realizadas pelas equipes de saúde da família visando o cuidado domiciliar do idoso com doença de alzheimer e de seu cuidador.**

Trata-se de um estudo analítico, de abordagem qualitativa do tipo Estudo de Caso, a ser desenvolvido junto aos profissionais de saúde que se encontrem vinculados a uma equipe de Saúde da Família do município de Rio Branco e aos cuidadores de idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer. Os dados serão obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, com roteiro. O conteúdo das entrevistas será sistematizado e analisado com o auxílio da técnica preconizada pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Modelo de Análise utilizará a Teoria das Representações Sociais (TRS)”.

O pesquisador acima qualificado se compromete a:

1. Seguir o método delineado no projeto apresentado ao CEP, assegurando os princípios éticos da pesquisa;
2. Não onerar o serviço público no desenvolvimento da pesquisa;
3. Apresentar o relatório final com os resultados da pesquisa ao Núcleo de Educação e Humanização.

Rio Branco - AC, 05 de agosto de 2021.

Eufrasia Santos Cadorin
Núcleo de Educação e Humanização/SEMSA
Decreto Municipal n.º 48/2019

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Brasil, 475, 2º andar - Centro - Rio Branco/AC - CEP 69.900-078
E-mail: educahumanizasemsa@gmail.com

ANEXO D – FOTOGRAFIAS DA SESSÃO DE DEFESA



ANEXO E – ATA DE REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA

Ata Reunião da Banca Examinadora referente à Defesa do Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina do Centro de Ciências da Saúde e Desporto da Universidade Federal do Acre.

Ao primeiro dia do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte e três, às 16:00h, no prédio Francisco C. Mangabeira - Ufac, reuniram-se os integrantes da Banca Examinadora composta pelos seguintes membros: Presidente, **Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos**, e os Membros, **Prof. Me. Osvaldo de Sousa Leal Júnior** e a **Profa. Me. Kátia Fernanda Constância Ferrão Campos**, para a apresentação da defesa do Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina da Universidade Federal do Acre – Ufac – Ano 2023, intitulado: **“DOENÇA DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE RIO BRANCO: PERCEPÇÕES DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO ANO DE 2021”**, de autoria do acadêmico **LUCAS SAMUEL ARAÚJO DA COSTA**. O Presidente da Banca explicou ao acadêmico acerca da aplicação dos critérios para apresentação do trabalho, esclarecendo que o tempo de apresentação era de 30 (trinta) minutos. O acadêmico iniciou a apresentação do seu trabalho às 16:15h, tendo sido encerrada às 16:35h. A arguição do acadêmico teve início com as considerações do Presidente, **Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos**, tendo em seguida tecido os comentários do **Prof. Me. Osvaldo de Sousa Leal Júnior** e encerrado os questionamentos e considerações da **Profa. Ma. Kátia Fernanda Constância Ferrão Campos**. Mediante os esclarecimentos dos componentes da Banca Examinadora do acadêmico, os mesmos reuniram-se por 10 (dez) minutos, segundo estabelecido no regulamento dos critérios de avaliação de Monografia do Curso de Medicina. A nota atribuída ao acadêmico foi 10,0 (DEZ VIRGULA ZERO). Encerrada a Sessão de Defesa às 17:30H, foi lavrada a presente ata que, lida e aprovada, segue assinada por todos os presentes.

Rio Branco/AC, 01 de fevereiro de 2023.

Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos
CCSD/UFAC SIAPE 3.150.522

Presidente: Cleber Ronald Inácio dos Santos
Prof. Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos

Membro: Osvaldo de Sousa Leal Júnior
Prof. Me. Osvaldo de Sousa Leal Júnior

Membro: Kátia Fernanda Constância Ferrão Campos
Profa. Me. Kátia Fernanda Constância Ferrão Campos

Acadêmico: Lucas Samuel Araújo da Costa
Lucas Samuel Araújo da Costa

ANEXO F – CURRÍCULO LATTES (ORIENTANDO)



Lucas Samuel Araújo da Costa

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7237061953180738>

ID Lattes: **7237061953180738**

Última atualização do currículo em 24/12/2022

Concluiu Ensino Fundamental no Centro Educacional e Cultural Meta em 2013 e em 2016 obteve grau de Ensino Médio pela mesma instituição. Atualmente é graduando do curso de Medicina na instituição de ensino superior Universidade Federal do Acre (UFAC). Tem interesse pelo estudo da Saúde Pública, em especial da Estratégia de Saúde da Família. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Lucas Samuel Araújo da Costa
Nome em citações bibliográficas	COSTA, L. S. A.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/7237061953180738

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2019	Graduação em andamento em Medicina. Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.
2018 interrompida	Graduação interrompida em 2019 em Medicina. Centro Universitário São Lucas, UniSL, Brasil. Ano de interrupção: 2019

Formação Complementar

2013 - 2015	Curso Extensivo em Língua Inglesa. (Carga horária: 440h). CNA, CNA, Brasil.
2013 - 2014	Curso de Extensão em Espanhol. (Carga horária: 200h). Centro de Estudo de Línguas, CEL, Brasil.

Idiomas

Inglês	Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Bem.
Espanhol	Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Bem.
Português	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Prêmios e títulos

2016	Aluno Destaque, Centro Educacional e Cultural Meta.
2015	Aluno Destaque, Centro Educacional e Cultural Meta.
2014	Aluno Destaque, Centro Educacional e Cultural Meta.
2013	Medalha de Bronze - OBMEP, CNPq.
2013	Aluno Destaque, Centro Educacional e Cultural Meta.
2011	Medalha de Bronze - OBMEP, CNPq.

ANEXO G – CURRÍCULO LATTES (ORIENTADOR)



Cleber Ronald Inácio dos Santos

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3263848274488562>

ID Lattes: **3263848274488562**

Última atualização do currículo em 30/01/2023

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1987); especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1992); especialista em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1994); especialista em Endodontia pela Associação Brasileira de Odontologia / Seção Rondônia (2005); Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2010); Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2017). Aluno do Curso de Bacharelado em Ciências Sociais da Universidade Federal do Acre (2017-2023). É Professor Adjunto do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (UFAC); Atua, principalmente, nos seguintes temas: Modelo de Atenção e Cuidado em Saúde, História e Paradigmas da Saúde Pública, Políticas de Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Modelos de Gestão em Saúde, Pesquisa Qualitativa em Saúde, Política, Planejamento e Gestão em Saúde Tutoria de alunos da pós-graduação em Saúde da Família, Financiamento do SUS, Orçamento e Gestão Pública em Saúde, Odontologia em Saúde Coletiva, Endodontia, Saúde Coletiva, Orientação Profissional, Ética, Bioética e Legislação Odontológica, capacitação de conselheiros de saúde, capacitação de coordenadores de saúde bucal, monografia e capacitação de gerentes de Centros de Especialidades Odontológicas. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cleber Ronald Inácio dos Santos
Nome em citações bibliográficas	SANTOS, C. R. I.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/3263848274488562

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto - CCSD. Universidade Federal do Acre Distrito Industrial 69920900 - Rio Branco, AC - Brasil Telefone: (68) 39012585 URL da Homepage: www.ufac.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2014 - 2017	Doutorado em Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP-USP, Brasil. Título: ?Hospital Regional do Juruá e a política de saúde no Acre, no início do século XXI, sob governos hegemônicos pelo Partido dos Trabalhadores.?, Ano de obtenção: 2017. Orientador: Paulo Capel Narvai. Coorientador: Estanislau Paulo Klein. Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Teoria da Escolha Racional; Partido dos Trabalhadores; Ciência Política. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Humanas / Área: Ciência Política / Subárea: Políticas Públicas / Especialidade: Análise do Processo Decisório. Setores de atividade: Administração pública, defesa e seguridade social.
2007 - 2010	Mestrado em MESTRADO. Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP-USP, Brasil. Título: O agente comunitário de saúde como ator na promoção de saúde bucal no PSF de Rio Branco - AC, em 2009, Ano de Obtenção: 2010. Orientador: Paulo Capel Narvai. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Pessoas.