



FACULDADE PAN-AMAZÔNICA (FAPAN)
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CLAUDIRENE DE OLIVEIRA BAHIA
ERICA CRISTIANE BARBOSA MOREIRA
FERNANDA DE NAZARÉ PEREIRA DA CRUZ

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PORTADOR DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

BELÉM/PA
2017

CLAUDIRENE DE OLIVEIRA BAHIA
ERICA CRISTIANE BARBOSA MOREIRA
FERNANDA DE NAZARÉ PEREIRA DA CRUZ

**A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
AO PORTADOR DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Aprovado em:

Banca Examinadora

_____-Orientador
Camilo Eduardo Almeida

Prof.^a.MSc.^a. _____
Margarete Feio Boulhosa

Prof.^a MSc.^a. _____
Milena Silva

BELÉM/PA

2017

“De tudo ficaram três coisas: A certeza de que estamos começando; A certeza de que é preciso continuar; A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar; Façamos da interrupção um caminho novo; Da queda, um passo de dança; Do medo, uma escada; Do sonho, uma ponte; Da procura, um encontro.”

Fernando Sabino.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a todos os nossos familiares, amigos, professores e em especial aos clientes que sofreram e sofrem com o adoecer pela doença de Alzheimer e foram confortados com os cuidados de Enfermagem na atenção primária.

AGRADECIMENTOS

Claudirene de Oliveira Bahia

Neste trabalho de conclusão de curso encontram-se impressos os esforços de pessoas muito especiais, que contribuíram de alguma forma para que ele acontecesse.

Primeiramente agradeço a Deus. Deus de amor, que me ensinou a amar primeiro a Vós e depois aos meus irmãos, que iluminou os meus dias mais difíceis, me fez ser humano saudável para pensar, cuidar dos que sofrem ser o amigo de todas as horas, conviver com os que não me amam e aprender com meus defeitos e os dos outros.

Agradeço aos meus Pais, que me amaram mesmo antes de me conhecer, pelo amor incondicional que só os pais dedicam, e que me ensinaram os valores da honestidade, humildade e a lutar pelos meus sonhos.

Agradeço ao nosso Orientado Prof. Camilo Eduardo Almeida, primeiramente por acreditar na minha capacidade de contribuir com a nossa profissão. Foi mestre com um olhar de quem cuida, ensina, apoia, encontra e indica os caminhos que devemos trilhar para seguir em frente e superar nossas limitações e dificuldades.

Aos meus amigos, agradeço o apoio nessa trajetória árdua do mestrado.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram com a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Erica Cristiane Barbosa Moreira

Muitas são as pessoas a quem eu gostaria de agradecer por terem contribuído para a finalização deste trabalho.

A minha gratidão maior, porém, é a Deus, nosso Pai, que na Sua infinita bondade permitiu que todas estas pessoas cruzassem o meu caminho e a Nossa Senhora de Nazaré que sempre me amparou nos momentos de angústias que passei.

Gratidão também por esta etapa da minha vida estar nos Seus planos, pois de nada adiantariam os meus anseios se não fossem também da Sua vontade.

Ao meu orientador, Prof.º Camilo Eduardo Almeida, pela sua excelente orientação pautada pelo rigor científico e dedicação.

Aos meus pais, a quem dedico esta obra, pelas suas orações diárias e por incutir em mim a importância da conciliação da cultura e da fé através do exemplo de vida cristã deixado por Maria.

Aos demais membros de minha família e aos meus amigos que, apesar de nem sempre compreenderem, me apoiaram do início ao fim deste trabalho.

À Enf.ª Prof.ª Dra. Elisa da Silva Feitosa por ser esta coordenadora tão dedicada com a formação do profissional de enfermagem, contribuindo de sobremaneira com o processo ensino-aprendizagem “Arte de cuidar”.

A todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste saber. Com uma família tão especial e amigos maravilhosos, tudo fica fácil.

AGRADECIMENTOS

Fernanda de Nazaré Pereira da Cruz.

A Deus, que por muitas vezes esquecido, jamais deixou de iluminar nossos caminhos e nos fortalecer nos momentos mais difíceis de nossas vidas.

Aos cuidadores e aos idosos com Doença de Alzheimer e enfermeiros que os assistem, personagens principais deste trabalho. Obrigada!

A o orientador, professor Camilo Eduardo Almeida, pela dedicação, paciência e por nos auxiliar a trilhar este caminho.

Às pessoas que amamos, pelas palavras de carinho, pela paciência e por nos impulsionarem a jamais desistirmos de nossos ideais.

E por fim, agradeço àqueles que mais amo, aos meus pais e familiares, exemplos de vida e amor incondicional. Pelas vezes que renunciaram de seus sonhos para realizarem o meu. A você que compartilhou de todos os momentos de minha vida, vitórias e derrotas, alegrias e tristezas, dedico a você meu esposo a concretização deste sonho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A DA provoca um declínio progressivo e global das funções cognitivas, representando para a vida do portador de Alzheimer e a família fatores limitadores para a qualidade de vida dos mesmos. **OBJETIVO:** Identificar evidências na literatura estudos sobre a assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer assistido pela atenção primária de saúde, publicados entre os anos de 2011 a 2016. Metodologia: trata-se de revisão integrativa da literatura. A coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2011 nas bases de dados LILACS e SciELO, sendo analisados 18 estudos. **RESULTADOS:** as intervenções de enfermagem evidenciadas na literatura foram: O cuidador familiar do portador da doença de Alzheimer e a vivência dos sentimentos; O conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados para idoso portador de Alzheimer; A assistência de enfermagem para o familiar cuidador de paciente portador de Alzheimer. **CONCLUSÃO:** verificou-se a importância das intervenções ao longo dos dias do idoso com Alzheimer e que essas melhoraram o estado geral dos idosos, diminuindo ou retardando o avanço da doença.

Descritores: Alzheimer, Assistência de enfermagem, Atenção Primária.

ABSTRACT

INTRODUCTION: AD causes a progressive and global decline in cognitive functions, representing for the life of the Alzheimer's patient and the family limiting factors for their quality of life. **OBJECTIVE:** To identify evidence in the literature studies on nursing care for the Alzheimer's patient assisted by primary health care, published between the years 2011 to 2016. **METHODOLOGY:** this is an integrative review of the literature. Data were collected from February to May 2011 in the LILACS and SciELO databases, and 18 studies were analyzed. **RESULTS:** the nursing interventions evidenced in the literature were: The family caregiver of the Alzheimer's disease patient and the experience of the feelings; The knowledge of the nursing team about care for the elderly with Alzheimer's disease; Nursing care for the family caregiver of an Alzheimer patient. **CONCLUSION:** it was verified the importance of the interventions throughout the days of the elderly with Alzheimer's and that these improved the general state of the elderly, reducing or delaying the progression of the disease.

Keywords: Alzheimer, Nursing care, Primary Care.

LISTAS TABELAS

Tabela1. Distribuição dos artigos relacionados ao Alzheimer, tendo como foco a assistência de enfermagem na atenção primária.....

Tabela 2. Distribuição dos artigos relacionados que constituíram as 03 categorias.....

LISTA DE ABREVIATURAS (SIGLAS)

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AM	Assistência Multiprofissional
ASP	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIPSC Coletiva	Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde
DA	Doença de Alzheimer
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SciELO	Scientific Electronic Library
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1Problematização e Objeto de estudo.....	13
1.2Justificativa e Relevância do estudo.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	16
1.3.1Objetivo geral.....	16
1.3.2Objetivos específicos.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Vivendo e convivendo com Alzheimer.....	17
2.2 A importância da enfermagem no acolhimento ao portador de Alzheimer.....	20
2.3 A enfermagem como facilitadora na reabilitação do autocuidado com o foco na SAE.....	21
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 Tipo de estudo.....	24
3.1.1Questão norteadora.....	24
3.1.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	24
3.1.3 Coleta de dados.....	25
3.1.4 Análise dos dados.....	25
3.2 Aspectos éticos e legais.....	26
3.3Riscos e Benefícios.....	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5 CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	39
APENDICE A TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR.....	43
ANEXOS A INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADO.....	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E OBJETO DE ESTUDO

O envelhecimento da população é uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização, podendo ser um reflexo da melhoria das condições de vida e avanços da medicina ao longo dos tempos. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050 (IBGE, 2015).

O Brasil vem acompanhando esse processo de envelhecimento da população, já que segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o número de idosos com mais de 60 anos em 2014 representava 13,7% do total da população brasileira, há uma expectativa do aumento da população de idosos, podendo alcançar 33,7% em 2060 (IBGE, 2015).

Assim, percebe-se a necessidade de compreender esse processo de envelhecimento que ocorre de forma natural na população, no entanto o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de contínuo da vida e consigo traz a degradação progressiva e diferencial de funções do corpo; dentro das doenças que afetam especialmente as funções cognitivas (levando a processo de demência), destaca-se o Alzheimer, que é uma doença caracterizada pela presença do declínio da memória, aprendizagem e linguagem que tendem se agravar com avançar da doença (SERENIKI *et. al.*, 2008.).

No entanto vale ressaltar que a Doença de Alzheimer (DA) é democrática. Ela surge em qualquer pessoa, de qualquer nível sócio-econômico-cultural. Apesar de estudos encontrados na literatura estima-se que estimar 1,2 milhão de pessoas sofram com a demência, cerca de 100 mil novos casos por ano. O número paciente é estimado em 35,6 milhões no mundo. Em razão do envelhecimento da população global, esses números aumentarão significativamente, em 2030, serão 65,7 milhões e em 2050, 115.4 milhões de portadores, sendo dois terços deles em países em desenvolvimento.

Estes dados podem ser muito maiores, devido a outros fatores que poderão ocorrer ao longo dos anos (ADI, 2017).

Desta forma, o idoso portador de Alzheimer necessita ser acompanhado por uma equipe multiprofissional, sendo que as ações multidisciplinares/interdisciplinares

têm como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, por meio de uma abordagem integral aos indivíduos e famílias, intervindo com ações voltadas a realidade a qual são inseridos, além de que o plano de cuidado deve ser orientado de acordo com as etapas de evolução da doença, as características de cada uma delas e os procedimentos adequados ao conjunto de ações que constituem o cuidado, tudo isso de acordo com sua realidade cotidiana do paciente e família (ARAUJO *et.al*, 2007; BARBOSA *et. al.*, 2010).

Atualmente os serviços exigem foco não apenas na esfera biológica, mas também nas dimensões social e psíquica, a implementação das teorias, vêm sendo cada vez mais requisitadas na prática, o que tem aumentado à possibilidade de melhorar na qualidade da assistência prestada (TANNURE *et. al.*, 2010).

A problemática desta proposta está falta de implementação de um cuidado sistematizado para esse paciente tendo em vista a importância da atenção primária da saúde como porta de entrada do paciente associada a um tratamento individualizado considerando-se a particularidade do portador de Alzheimer.

Sendo assim, mesmo com o empenho do Conselho e de toda a classe profissional, percebe-se que se trata de um conhecimento que, apesar de ter sido introduzido na década de 1970, ainda apresenta uma enorme lacuna entre a produção do conhecimento e sua aplicabilidade na prática diária do enfermeiro. Dessa forma se faz necessário a busca de implementação correta para que o papel da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no cuidado de idosos com Alzheimer seja corretamente aplicado (VALENTE *et al.*, 2013).

O objeto do estudo se faz pela investigação de uma sistematização adequada para o atendimento dos pacientes com Alzheimer, buscando identificar nas literaturas estudos acerca da SAE para pacientes portadores de Alzheimer publicados entre os anos de 2011 a 2017.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

No que se refere ao cuidado ao portador de Alzheimer a enfermagem tem um papel primordial, uma vez que é a profissão que está diretamente prestando assistência ao portador e sua família, no entanto para que essa assistência seja eficiente e eficaz o profissional enfermeiro necessita fazer a sistematização da assistência de enfermagem.

Para o melhor planejamento do cuidado ofertado para o portador de Alzheimer, é preciso que o enfermeiro faça uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a qual contribui para a organização do trabalho e para um melhor relacionamento com o paciente, proporcionando assim, uma melhor qualidade do cuidado, fornecendo uma melhor qualidade de vida. Qualidade de vida essa que é definida segundo Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistemas de valores nos quais cada indivíduo vive e em relação aos seus objetivos, metas, expectativas e preocupações (PEREIRA *et. al.*, 2012).

Para melhor compreensão dessa realidade cotidiana do paciente é extremamente importante que o mesmo possa ser assistido pela rede assistencial, tendo a atenção básica (AB) como a porta de entrada, visando o acolhimento e o acompanhamento, já que a mesma tem o papel importante de reorganizar as práticas na Atenção Primária de Saúde (APS) e reorientar o sistema de saúde brasileiro, por meio do sistema de referência e contrarreferência. O programa articula os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado do portador de Alzheimer (GARUZI *et. al.*, 2014).

Durante a vivência nos ambientes da atenção primária à saúde, observou-se a grande frequência de idosos portadores de DA que se dirigem para o atendimento da APS. Percebeu-se ainda, a ausência da SAE específica para este público, uma vez que apresentam características clínicas diferenciadas de outros públicos atendidos no ambiente da atenção básica, apontando a necessidade de diferenciar o cuidado sistematizado a esses pacientes.

O cuidado de enfermagem prestado a tais pacientes deve ser sistematizado e científico. Diante do exposto, surge como problema da pesquisa a falta de uma sistematização da assistência de enfermagem implementada para atender esses idosos portadores de doença de Alzheimer.

1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Identificar evidências na literatura estudos sobre a assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer assistido pela atenção primária de saúde, publicados entre os anos de 2011 a 2016.

1.1.2 Objetivos específicos

- Analisar as evidências da literatura sobre a temática no período de 2011- 2016;
- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem que nortearão o cuidado sistematizado ao idoso portador de Alzheimer.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Vivendo e convivendo com Alzheimer

Dados estatísticos apontam que a população mundial está se tornando cada vez mais idosa e cabe destacar que o processo de transição demográfica mundial mostra o aumento de pessoas acima dos sessenta anos. Em países pobres e em desenvolvimento, elas representam 70% da população. Além disso, as projeções estatísticas indicam que, em 2050, aumentará o número de pessoas acima dos cem anos (NEUMANN et al., 2013).

Neste contexto surge uma discussão significativa, pois com o aumento da expectativa de vida, cresce também a possibilidade do aparecimento de doenças neurodegenerativas, destacando-se a DA como responsável por mais da metade dos quadros de demência existentes, a qual provoca um declínio progressivo e global das funções cognitivas das pessoas (BERTOLETI et al., 2008).

A DA foi denominada com essa nomenclatura em homenagem ao médico Alois Alzheimer, o primeiro a descrever a doença, em 1906. Ele estudou e publicou o caso da sua paciente Auguste Deter, uma mulher saudável que, aos 51 anos, desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação, distúrbio de linguagem (com dificuldade para compreender e se expressar), tornando-se incapaz de cuidar de si. Após o falecimento de Auguste, aos 55 anos, o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença (ALZHEIMER, 1907).

A patologia é caracterizada por um progressivo e irreversível declínio em certas funções intelectuais: memória, orientação no tempo e no espaço, pensamento abstrato, aprendizado, incapacidade de realizar cálculos simples, distúrbios da linguagem, da comunicação e da capacidade de realizar as tarefas cotidianas. A doença pode ser desencadeada em homens e mulheres geralmente por volta dos 60 anos. Um dos sintomas é a perda de memória, que geralmente é confundida pela idade ou estresse. Além das causas genéticas também foram cogitados agentes etiológicos, a toxicidade a agentes infecciosos, a radicais livres de oxigênio, a aminoácidos neurotóxicos e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas, estes agentes podem afetar o material genético levando a uma mutação somática no tecido nervoso (ABA, 2017).

Ao longo do tempo a Doença de Alzheimer apresenta piora progressiva dos sintomas. Entretanto, com o devido tratamento e acompanhamento, muitos

pacientes podem apresentar períodos de maior estabilidade. A evolução dos sintomas da Doença de Alzheimer pode ser dividida em três fases: leve, moderada e grave. Tais fases são bem caracterizadas pela Associação Brasileira de Alzheimer, como descritas abaixo:

Na fase leve, podem ocorrer alterações como perda de memória recente, dificuldade para encontrar palavras, desorientação no tempo e no espaço, dificuldade para tomar decisões, perda de iniciativa e de motivação, sinais de depressão, agressividade, diminuição do interesse por atividades e passatempos.

Na fase moderada, são comuns dificuldades mais evidentes com atividades do dia a dia, com prejuízo de memória, com esquecimento de fatos mais importantes, nomes de pessoas próximas, incapacidade de viver sozinho, incapacidade de cozinhar e de cuidar da casa, de fazer compras, dependência importante de outras pessoas, necessidade de ajuda com a higiene pessoal e autocuidados, maior dificuldade para falar e se expressar com clareza, alterações de comportamento (agressividade, irritabilidade, inquietação), ideias sem sentido (desconfiança, ciúmes) e alucinações (ver pessoas, ouvir vozes de pessoas que não estão presentes).

Na fase grave, observa-se prejuízo gravíssimo da memória, com incapacidade de registro de dados e muita dificuldade na recuperação de informações antigas como reconhecimento de parentes, amigos, locais conhecidos, dificuldade para alimentar-se associada a prejuízos na deglutição, dificuldade de entender o que se passa a sua volta, dificuldade de orientar-se dentro de casa. Pode haver incontinência urinária e fecal e intensificação de comportamento inadequado. Há tendência de prejuízo motor, que interfere na capacidade de locomoção, sendo necessário auxílio para caminhar. Posteriormente, o paciente pode necessitar de cadeira de rodas ou ficar acamado (ABA, 2017, p.4-5).

De forma geral, a doença de Alzheimer caracteriza-se, histopatologicamente, pela maciça perda sináptica (comunicação neuronal) e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, tais regiões incluem o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral. O comprometimento dos neurônios dessas regiões leva a patologia e diversos fatores podem levar a tais complicações (POLTRONIERE et al., 2011).

Dentre os fatores de risco para o aumento do índice de portadores de Alzheimer, destaca-se o aumento da expectativa de vida no Brasil, conforme estimativas para 2020, que pessoas com mais de setenta e cinco anos representaram algo em torno 15% da população. Nesse contexto, o Brasil será o sexto país no mundo com pessoas idosas, existindo uma expectativa de aumento de doenças crônico-

degenerativas, dentre elas o Alzheimer, representando um grande fator de risco (BRASIL, 2011).

Como mencionado anteriormente a idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento de demência da Doença de Alzheimer. Após os 65 anos, o risco de desenvolver a doença dobra a cada cinco anos. Além da idade, estatisticamente as mulheres apresentam maior risco de desenvolvimento da doença, no entanto esse risco justifique-se pelo fato delas viverem mais do que os homens. Além destes, as características hereditárias (herança genética) destacam-se como fator para o desenvolvimento dessa doença no futuro, comparados com indivíduos sem parentes com Alzheimer. No entanto, isso não quer dizer que a doença seja hereditária (ABA, 2017).

Outros fatores importantes referem-se ao estilo de vida. São considerados fatores de risco: hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Esses fatores relacionados aos hábitos são considerados modificáveis. Alguns estudos apontam que se eles forem controlados podem retardar o aparecimento da doença (SERENIKI et al., 2008).

A DA provoca um declínio progressivo e global das funções cognitivas, representando para a vida do portador de Alzheimer e a família fatores limitadores para a qualidade de vida dos mesmos. Esses fatores levam tanto os pacientes quanto suas famílias a se confrontarem, em seu dia-a-dia, com todas as implicações dela decorrentes, principalmente aquele que se responsabiliza pela tarefa de cuidar e enfrentar diariamente as complicações trazidas pelo avançar da doença (NEUMANN et al., 2013).

O relatório publicado pela *Alzheimer Disease International* em 2012 revelou que a exclusão social são as principais barreiras para as pessoas com demência e seus cuidadores. Estima-se que quase um em cada quatro pessoas com demência oculta ou dissimula o seu diagnóstico citando o estigma como principal razão. Além disso, 40% das pessoas com demência relatam não serem incluídas na vida cotidiana. O relatório revela ainda que as pessoas com demência e seus cuidadores se sentem marginalizados pela sociedade, às vezes por seus próprios amigos e familiares (ADI, 2015).

Estes fatores influenciam diretamente o cotidiano das famílias, além de todas as limitações que os pacientes enfrentam, outro ponto que dificulta essa relação é muitas vezes o desconhecimento sobre a melhor forma de cuidar do seu idoso com

Alzheimer, sendo assim de suma importância a devida orientação quanto aos cuidados com os portadores da doença. Destacando-se nesse processo de instrução e acolhimento a Estratégia Saúde da Família (ESF).

2.2 A importância da atenção primária à saúde no acolhimento ao portador de Alzheimer

Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, p.4).

A atenção primária à saúde enquanto porta de entrada no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS, tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham (CORREIA et al., 2011).

O acolhimento dos idosos nas Unidades Básicas de Saúde requer atenção, segurança e ética por partes de todos os profissionais, com reorganização do processo de trabalho e uma equipe estruturada para identificar e solucionar as demandas. O devido acolhimento poderá permitir a criação do vínculo idoso/família/cuidador/profissionais, a consolidação dessa relação poderá fortalecer a humanização da assistência prestada (BANDEIRA et al., 2007).

A atenção à pessoa idosa implica a construção de um novo paradigma das

práticas de saúde, O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais com foco no cuidado. A pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta, até mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento. Tal proposição reforça a importância dos efeitos funcionais da ESF para a devida avaliação quanto ao idoso, haja vista a necessidade do atendimento específico e uma instrução nos cuidados do portador do Alzheimer para melhor qualidade de vida do mesmo (BRASIL, 2014).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reforça a atenção integral e integrada à Saúde da Pessoa Idosa, reforçando a importância de implementar a avaliação funcional individual e coletiva (BERNHARD, 2012). Devendo seguir as estratégias em dois grandes eixos norteadores de ações: o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e sistemas de saúde; promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção.

A Assistência Multiprofissional da equipe de saúde da família deve assistir, de maneira individualizada, o paciente e os cuidados do portador de Alzheimer, levando em consideração as limitações físicas, psíquicas e ambientais dos indivíduos. Este acompanhamento exige uma assistência que possibilite a interdisciplinaridade dos saberes (FONSECA, 2012).

2.3 A enfermagem como facilitadora na reabilitação do autocuidado com o foco na SAE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), reconhecida pelos profissionais de enfermagem como marco a ser institucionalizado nos serviços de saúde, é uma importante ferramenta gerencial utilizada para planejamento, execução, controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos clientes (VARELA et al., 2012; COFEN, 2009). 3,4

A implementação da SAE é fundamental por contribuir como facilitadora nas reabilitações e na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, permitindo trazer implicações positivas para o paciente e para equipe de enfermagem nos cuidados com o portador de Alzheimer. Tem sido preconizado que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implantando-se o Processo de Enfermagem (PE) (COFEN, 2009).

Os enfermeiros buscam ampliar a SAE na prática de modo que produza resultados que possam se mensurados e aplicados, permitindo ampliação dos conhecimentos e melhoria da qualidade da assistência e do registro das informações de enfermagem.

Originalmente regida pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002 e atualmente pela Resolução COFEN 358/2009, a SAE é utilizada como metodologia assistencial entendida como aplicação prática de uma teoria de enfermagem na assistência aos clientes, utilizando ou não o Processo de Enfermagem (PE) ou partes do mesmo. Ela é todo o planejamento registrado da assistência que abrange desde a criação e implementação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada, até a adoção do PE (COFEN, 2009).

Art. 1º - O exercício da atividade de Enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região (BRASIL, 1986, p.20).

Os idosos portadores da doença em estágio avançado viram dependentes dos chamados “cuidadores” não somente no que refere-se a assistência da saúde, mas também em tarefas práticas e básicas do cotidiano, além de proporcionar atenção e carinho indispensáveis para um melhor prognóstico do quadro clínico das pessoas. O enfermeiro deve orientar conforme evolui a doença, as especificidades das etapas e como agir com cada uma delas, respeitando a realidade socioeconômica e a rotina de cada família (SANTANA et al., 2009).

A avaliação funcional do portador da DA faz parte do cuidado de enfermagem, tendo como ênfase na pessoa e nos sistemas de cuidados que os mesmos necessitam. A enfermagem em especial o profissional enfermeiro contribui neste processo com um conhecimento ampliado tendo em vista que o conhecimento está em permanente mudança, e isto não é diferente ao cuidado do Portador de Alzheimer (SANTOS et al., 2012). Um marco histórico desse processo é a Resolução 272/2004 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras.

A implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem. Buscando a devida padronização das práticas aplicadas a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) assumiu o compromisso de desenvolver o projeto no País e, em 1996, promoveu a primeira oficina de trabalho que deu origem ao projeto Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC, contribuição brasileira à Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (SILVA et al., 1997).

A CIPESC pode ser pensada enquanto instrumento do processo de trabalho assistencial do enfermeiro, representando um norteador para os cuidados de Saúde coletiva. Ela possibilita analisar as estruturas maiores que organizam o trabalho da enfermagem, simultaneamente, podem se tornar um poderoso instrumento potencializador da avaliação processual dos resultados, benefícios e impactos da ação da enfermagem permitindo assim alcançar os objetivos de forma satisfatória (ANTUNES et al., 2010).

A enfermagem dentro da sua janela de conhecimento possui algumas teorias que lhe sustentam, entre elas podemos destacar a teoria do autocuidado, desenvolvida por Dorothea Elizabeth Orem, a qual visa possibilitar aos indivíduos, família e comunidade tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades bem como empenharem efetivamente no desenvolvimento de seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. Assim sendo, está muito além daquilo que a pessoa pode fazer por si própria. Envolve o controle, a liberdade e responsabilidade da pessoa na melhoria de sua qualidade de vida. Essa teoria se classifica como uma das vertentes da enfermagem, devido ao fato de ser necessário continuar a evoluir. Esta teoria fornece uma maneira exclusiva de ver o fenômeno da enfermagem (OREM, 2010; NEVES et al., 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O estudo foi baseado em uma revisão integrativa da literatura (RIL), embasado em autores que pesquisaram sobre a assistência de enfermagem em pacientes com Alzheimer uma ferramenta científica relevante para assegurar a realização de uma assistência à saúde, uma vez que sintetiza os estudos e direcionam estratégias com ênfase ao conhecimento em uma abordagem rigorosa do processo, permitindo a diminuição de possíveis vieses (MENDES et al., 2008).

A RIL vem sendo um método de destaque valioso para enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto, além da dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos (SOARES et al., 2014).

A RIL possui algumas etapas que envolvem: a definição do problema clínico, identificação das informações necessárias, condução da busca de estudos na literatura, avaliação crítica da literatura, identificação da aplicabilidade dos dados oriundos dos estudos e a determinação de sua utilização para o paciente. (GALVÃO et al., 2010).

3.1.1 Questão de pesquisa

A formulação do problema forneceu a base para elaboração da pergunta norteadora e serve para identificar o propósito da revisão, facilitando a definição dos critérios de inclusão e exclusão, extração e análise das informações, identificação das melhores estratégias de busca, escolha dos descritores e tipos de periódicos a serem revisados.

Baseados nos objetivos de estudo a formulação do problema é proposta através da seguinte questão norteadora: Quais as principais evidências na literatura sobre a sistematização da assistência de enfermagem ao idoso portador de Alzheimer publicado entre os anos de 2011 a 2016?

3.1.2 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão utilizados para direcionar a construção dos resultados desta RIL foram: artigos que apresentaram assistência de enfermagem em idosos com doença de Alzheimer; artigos resultantes da busca, a partir dos descritores supracitados; artigos publicados no período de 2011 a 2016; artigos que

apresentaram a assistência de enfermagem ao idoso portador de Alzheimer nos resultados do estudo; artigos publicados no LILACS e SciELO.

3.1.2.1 Critérios de Exclusão

Artigos encontrados em publicações internacionais; artigos publicados fora do período de 2011 a 2016; artigos que não atenderam à questão norteadora; artigos que citavam doença de Alzheimer, contudo, tinham seu foco clínico em outros tipos de demência.

3.1.3 Coleta de Dados

Para análise das referências, o conteúdo obtido foi organizado quanto ao ano. Todos os artigos foram analisados primeiramente, por meio da leitura dos títulos e selecionados com base no objetivo e pergunta norteadora desta revisão. Foi realizada a leitura dos resumos, e entre os estudos selecionados após este processo, foram lidos os artigos completos, e destes, escolhidos os estudos elegíveis para análise. A busca inicial resultou em um total de 508 estudos, dos quais 208 foram selecionados após a exclusão dos repetidos. Dos 208 selecionados, 134 estudos foram selecionados, e destes, 103 foram excluídos. Sendo assim, 31 artigos completos foram avaliados para elegibilidade, destes, 13 foram excluídos, 10 (dez) por não se enquadrarem nos critérios de inclusão e 03 (três) por estarem em outras línguas. Desta forma, 18 artigos foram considerados elegíveis para análise após a leitura completa do artigo como mostra a tabela 1, identificados através do código alfanumérico, utilizando a letra B e o número sequencial, estando todos os artigos analisados, disponíveis na base de dados: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

3.1.4 Análise dos resultados

Após a fase de coleta de dados os artigos selecionados serão minuciosamente analisados para posterior inclusão dos mesmos nos resultados. Para análise dos dados utilizar-se-á a proposta de Bardin (2013), o qual trabalha com análise de conteúdo, que constitui um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. A mesma autora organiza essa análise em três momentos que são:

Pré-análise: fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisadas, a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final. A Pré-análise pode ser decomposta em quatro etapas: leitura flutuante, na qual deve haver um contato exaustivo com o material de análise; constituição do Corpus, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação de hipóteses e objetivos, ou de pressupostos iniciais flexíveis que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios; referenciação dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise, e preparação do material.

Exploração do material: trata-se da fase em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. A codificação envolve procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas.

· Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa fase, os dados brutos são submetidos a operações estatísticas, a fim de se tornarem significativos e válidos e de evidenciarem as informações obtidas. De posse dessas informações, o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

3.2 Aspectos éticos e legais

Ao que condiz aos aspectos éticos do estudo, iremos nos comprometermos em preservar citação original da autoria dos artigos científicos utilizados no nosso estudo, bem como qualquer citação de documento utilizado, a fim de obter o caráter ético e científico que a revisão integrativa da literatura necessita. Esse estudo não será submetido ao CEP, uma vez que a revisão integrativa da literatura é dispensada da análise do Comitê de Ética e Pesquisa.

3.3 Riscos e benefícios

O presente trabalho, como todo estudo científico apresenta risco, mesmo que sejam riscos mínimos, uma vez que o nosso estudo não vai lidar com seres

humanos e nem com pesquisa de campo, porém estamos sujeitos à possibilidade de cometermos plágio ou não citar determinado autor de acordo com as normas. Para amenizar esses possíveis riscos iremos nos responsabilizar em citar todos os autores envolvidos na construção desse estudo, bem como estruturar nosso trabalho seguindo as normas da Faculdade Pan Amazônica e da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Este estudo irá fazer uma discussão ampla sobre a sistematização da assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer na atenção primária, uma vez que compreendermos que o portador faz parte de uma família e comunidade, necessitando de uma assistência de enfermagem eficiente e eficaz, assim essa RIL proporcionará as evidências que vêm sendo trabalhadas sobre a temática, bem como exemplos de práticas bem sucedidas ou não, fazendo com que haja uma reflexão sobre o papel do enfermeiro na assistência do autocuidado do idoso portador de Alzheimer.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Tabela 1. Distribuição dos artigos relacionados ao Alzheimer, tendo como foco a assistência de enfermagem na atenção primária.

N	Título	Autores	Periódicos	Ano
B1	CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUANTO AOS CUIDADOS COM IDOSO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER	ANA CLÁUDIA SILVEIRA SALES; BRUNA COLOMBO REGINATO; JULIANA DIAS REIS PESSALACIA; TATIANE PRETTE KUZNIER	SCIELO	2011
B2	A PERCEPÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM POR IDOSOS E SEUS CUIDADORES	MARINA DA SILVA EMILLANO; MIRIAN DA COSTA LINDOLPHO; GEILSA SORAIA CAVALCANTI VALENTE; MIRIAMMARINHO CHRIZÓSTIMO; SELMA PETRA CHAVES SÁ; ISAMARA DA CONCEIÇÃO MORAES DA ROCHA.	LILACS	2017
B3	IDOSOS COM ALZHEIMER: UM ESTUDO DESCRITIVO	ÍTALA THAISE AGUIAR HOLANDA; KEILA MARIA DE AZEVEDO PONTE; MIRIAN CALÍOPE DANTAS PINHEIRO	SCIELO	2012
B4	CUIDAR DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UM ENFOQUE NA TEORIA DO CUIDADO CULTURAL	JOSE LÚCIO COSTA RAMOS; MARIA DO ROSÁRIO DE MENEZES.	LILACS	2012
B5	ACIDENTES EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: CUIDADOS DE ENFERMAGEM PREVENTIVA	ALESSANDRA CONCEIÇÃO; LEITE FUNCHAL CAMACHO; MARIA JOSÉ COELHO.	LILACS	2011
B6	A RELAÇÃO ENTRE OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E TESTES DE COGNIÇÃO REALIZADOS EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER	DRIELLE DOS SANTOS LOUREDO; SELMA PETRA CHAVES SÁ; ALESSANDRA CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO; VILMA DUARTE CÂMARA; ANA BEATRIZ DORNELLAS LOUZADA; ISABELA BAPTISTA RODRIGUES	SCIELO	2014
B7	O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA	MICHELINE RAQUEL BENETON; ARMELITA ELENICE VIANNA; BRUNA PARNOV MACHADO; SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA; FRANCISLENE LOPES MENEZES; CAMILA AMTHAUER ⁷	LILACS	2011
B8	REFLETINDO ACERCA DA DOENÇA DE ALZHEIMER NO CONTEXTO FAMILIAR DO IDOSO: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	SILOMAR ILHA; CLAUDIA ZAMBERLAN; GLAUCIA DAL OMO NICOLA; ANDRÉ SANTANA ARAÚJO; DIRCE STEIN BACKES.	SCIELO	2014
B9	O CUIDADOR DOMICILIAR DE PACIENTE IDOSO COM MAL DE ALZHEIMER	RAFAELLE LINS BARBOSA; JURANDIR MIRANDA DE MORAIS; ZÉLIA MARILDA RODRIGUES RESCK; ELIZA MARIA REZENDE DÁZIO.	LILACS	2012
B10	CONVIVENDO COM A DOENÇA DE ALZHEIMER NA FAMÍLIA	SOLANGE MARIA FREIRE NEUMANN; CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS.	SCIELO	2011

B11	<i>IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: COMO VIVEM E PERCEBEM A ATENÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</i>	<i>NATÁLIA FROTA GOYANNA; CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS; MARIA DA CONCEIÇÃO COELHO BRITO; JOSÉ JEOVÁ MOURÃO NETTO; DIÓGENES FARIAS GOMES.</i>	SCIELO	2017
B12	<i>GRUPOS DE ORIENTAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA: RESULTADOS DA ESTRATÉGIA</i>	<i>CAROLINA DE ARAGÃO GUALTER; MIRIAN DA COSTA LINDOLPHO; SELMA PETRA CHAVES SÁ; GEILSA SORAIA CAVALCANTI VALENTE; THIARA JOANA PEÇANHA DA CRUZ; BLANCAGONÇALVESALBUQUERQUE</i>	LILACS	2017
B13	<i>AS REPERCUSSÕES DA DOENÇA DE ALZHEIMER NA VIDA DO CUIDADOR</i>	<i>CLÁUDIA MIRIAM MARTINS DE ARAÚJO; DAYANE CRISTINA MACHADO VIEIR; MARIZA ALVES BARBOSA TELES; EMERSON RIBEIRO LIMA; KARLA CHISTIANE FREITAS OLIVEIRA.</i>	LILACS	2017
B14	<i>O CUIDAR DO IDOSO COM ALZHEIMER: SENTIMENTOS E EXPERIÊNCIAS VIVENCIADOS POR SEUS CUIDADORES*</i>	<i>LÍDIA GONÇALVES RABELO DE SOUZA ALMEIDA; MÔNICA GOMES JARDIM; ELAINE CRISTINA DIAS FRANCO.</i>	SCIELO	2014
B15	<i>COTIDIANO DE FAMILIARES/CUIDADORES DE IDOSOS COM ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÕES DO GRUPO DE APOIO</i>	<i>THAMIRES INEU DE OLIVEIRA; BRUNA RODRIGUES MAZIERO; SILOMAR ILHA; LAURA SEGABINAZZI PACHECO; FELIPE SCHROEDER DE OLIVEIRA.</i>	LILACS	2017
B16	<i>AValiação da Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Idosos Portadores da Doença de Alzheimer</i>	<i>CARINA FARIAS DOS SANTOS; BEATRIZ APARECIDA OZELLO GUTIERREZ.</i>	LILACS	2013
B17	<i>Qualidade de Vida do Cuidador do Portador de Doença de Alzheimer</i>	<i>BRUNA MANTOVANI BAGNEL; RENATA CRISTINA GASPARINO.</i>	SCIELO	2014
B18	<i>Qualidade de Vida de Idosos com Doença de Alzheimer e de Seus Cuidadores</i>	<i>ANA CARLA BORGHIA; ANELIZE HELENA SASSÁB; PAULA CRISTINA BARROS DE MATOSC; MARIA DAS NEVES DECESAROD; SONIA SILVA MARCONE.</i>	SCIELO	2011

Fonte: Elaborado pelas autoras, Belém, 2017.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS QUE CONSTITUÍRAM ESTA RIL

Dos artigos que constituíram o corpus da RIL, quanto à publicação, 13 (76%) foram publicados em revistas científicas de enfermagem e 05 (23%) em revistas científicas de saúde coletiva. Onde maior parte dos estudos está concentrada na região Sudeste, representando 11 (75%), dentre os estados do sudeste, Minas Gerais sobressaiu com 06 estudos, Rio de Janeiro com 03, onde São Paulo e Pernambuco aparecem com 01cada, região Nordeste com 04 (13%), sendo que Recife aparece com 02, Fortaleza e Salvador com 01cada, e ainda ocorreu estudo na região Sul, com 03 (12%), já no Sul, Santa Maria, Porto Alegre e Paraná aparecem com 01cada.

Em relação ao tipo de estudo a maioria são descritivos, com número de 14 (74,4%), em segundo aparece os estudos caso, reflexão teórica e relato de experiência com uma representatividade de 03 (18,8%), os demais eram do tipo documental, compondo com 01(6,8%), artigo. Quanto à abordagem, 05 (26,6%) eram quantitativos, enquanto que 09 (70,7%) eram qualitativos, apresentando ainda 01 (2,7%) artigo de abordagem longitudinal.

O tipo de instrumento mais utilizado nos estudos foram questionários com entrevista semiestruturada de 10 (69,5%), houve estudos que optaram pelo formulário, constando 03 (10,1%), havendo ainda estudos que trabalhavam com bancos de dados, sendo que esses têm uma representatividade de 05 estudos cada com (20,4%). O público alvo dos estudos era o conhecimento da enfermagem sobre a doença de Alzheimer (conhecimento, enfermagem, Alzheimer, atenção primária), com 02 (16,2%), seguido de a assistência de enfermagem para o portador da doença de Alzheimer e seu familiar cuidador (assistência de enfermagem, Alzheimer, familiar cuidador) com 05 (20,5%), e por ultimo, foi o e sentimentos do cuidador familiar de paciente com Alzheimer (cuidador familiar, Alzheimer, sentimento) com 11 (63,3%) dos estudos, destaca-se que 11 (75,2%) o cuidador familiar eram foco do estudo, os outros estudos trabalham com usuário, 05 artigos (18,2%) e enfermeiros, 03 artigos (6,6%). A maioria dos estudos se desenvolveu nas UBS, 14 (78,4%), em seguida das ESF com número de 04 (21,6%), teve ainda estudo que se desenvolveu tanto na UBS quanto na ESF.

Após a análise dos artigos incluídos na presente revisão integrativa de Literatura (RIL), reuniram-se os resultados em 03 categorias temáticas: 1º O cuidador familiar do portador da doença de Alzheimer e a vivencia dos sentimentos; 2º O conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados para idoso portador de Alzheimer; 3º A assistência de enfermagem para o familiar cuidador de paciente portador de Alzheimer.

Tabela 2. Distribuição dos artigos relacionados que *constituíram as 03 categorias*

Categoria	Nº de artigos
<i>1º O cuidador familiar do portador da doença de Alzheimer e a vivencia dos sentimentos</i>	<i>11</i>
<i>2º O conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados para portados de Alzheimer</i>	<i>02</i>
<i>3º A assistência de enfermagem para o familiar cuidador de paciente portador de Alzheimer</i>	<i>05</i>
Total	18

Fonte: Elaborado pelas autoras, Belém, 2017.

4.1.2 DISCUSSÃO

O CUIDADOR FAMILIAR DO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER DESVELANDO VIVENCIA E SENTIMENTOS

A DA é uma doença neurológica, que se caracteriza por quadro demencial progressivo com comprometimento inicial da memória para fatos recentes. Em seguida, há deterioração das funções cognitivas, como apraxias construtivas, agnosias e distúrbios afásicos. O quadro é de evolução lenta, variável e irreversível, caminhando para estado vegetativo num período de 10 a 15 anos a partir do início dos sintomas (WAJMAN *et.al.*, 2014).

O diagnóstico da DA é uma ameaça à estabilidade e à homeostasia da família, pois traz consigo perdas sucessivas de independência, gerando medos e, conseqüentemente, sensações comuns ao processo de luto, como sentimentos de ansiedade, tristeza e irritação (BORGHI *et.al.*, 2013).

O familiar da pessoa com DA passa por várias fases, do diagnóstico até a fase avançada da doença, além de estarem presentes sentimentos de negação e aceitação frente ao envolvimento excessivo (WAJMAN *et.al.*, 2014; BORGHI *et.al.*, 2013).

Segundo o estudo de B8 e B18 destaca que, o cuidado aos idosos com doença de Alzheimer desencadeia inúmeros sentimentos e atitudes no indivíduo que cuida. Denota-se que por inúmeros fatores, o cuidado fica na maioria das vezes, sobre responsabilidade de um único familiar cuidador, ocasionando sobrecarga física/emocional, propiciando o surgimento de possíveis patologias no familiar que se envolve diretamente no cuidado.

Normalmente, a família tem “dificuldade para dimensionar as modificações que ocorrerão em seu cotidiano, principalmente quando não tem muito conhecimento sobre a doença, os cuidados a serem realizados e os manejos de cuidado”. É necessário amparar adequadamente o familiar doente diante do sofrimento, do medo e da ansiedade que se estabelecem. Esses fatores diminuem conforme a família adquire conhecimento sobre a doença e sua evolução (OLIVEIRA *et.al.*, 2012).

B9, B13 e B15 comungam que a maioria dos familiares cuidadores apresenta a necessidade de momentos de descanso, lazer e de socialização, pois relatam que a rotina de cuidados é intensa e marcante, o que origina problemas como estresse, sobrecarga, tristeza e impotência. Portanto, é importante que ocorra a divisão e

compartilhamento do cuidado, visto que o cuidador também necessita de amparo, uma vez que vivencia o processo do adoecer e está consciente perante os acontecimentos.

A busca por informações sobre o “diagnóstico médico e suas explicações não são suficientes para suprimir os sentimentos vivenciados na DA”. “Nesse aspecto, a atuação de equipe multidisciplinar pode contribuir com as famílias no entendimento do processo”.

Em relação a um atendimento multidisciplinar, B11 descreve a importância de um atendimento integral, considerando todas as particularidades e necessidades dos idosos que vivem com Alzheimer e de seus familiares, disponibilizando um acesso adequado aos serviços da ESF, ao tratamento farmacológico e não farmacológico, a uma escuta aberta e ao acompanhamento de uma equipe qualificada, proporcionando, assim, um cuidado de qualidade.

O familiar cuidador possui sobrecarga emocional e financeira, onde a maioria dos cuidadores não possui vínculo empregatício porque o cuidado do doente ocupa totalmente sua agenda diária. Além disso, pode faltar interesse dos demais membros da família pelo cuidado, agravando a sobrecarga física e psicológica do cuidador principal. Essa situação pode acarretar quadros de depressão, angústia, medo, frustração, tensão e, conseqüentemente, o uso de diversos medicamentos, principalmente os psicotrópicos (PALMER *et.al.*, 2013).

No estudo de B10 percebeu-se que a família passa por algumas dificuldades antes mesmo de ter recebido o diagnóstico, pois a doença, além de interferir nas funções cognitivas, traz alterações no comportamento no portador. Desta forma, observou-se que ela não afeta apenas o paciente, mas sim todo o sistema familiar que terá que se adaptar para poder dar atenção e cuidados ao seu membro doente.

A sobrecarga e a dificuldade de aceitação da doença podem assumir características do processo de luto antecipatório vivenciado pela família, iniciando na etapa diagnóstica da DA, e pelas perdas relacionadas aos aspectos concretos, tais como da saúde, da memória, e o afastamento do cotidiano habitual, juntamente de aspectos subjetivos, como a perda da autonomia, a ansiedade, a angústia (CARDOSO *et.al.*, 2013).

O estudo de B12, B14, B16 e B17 destaca que a sobrecarga de trabalho acaba prejudicando o cuidador e essa má qualidade de vida pode trazer malefícios para a saúde deste, e com isso prejudicar o cuidado prestado. Os profissionais de saúde

precisam voltar sua atenção a esses cuidadores, e observar se há indícios de que essa sobrecarga esteja prejudicando o bem-estar e a saúde do cuidador.

O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS PARA IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER

“As demências constituem um sério problema de saúde pública em todo o mundo. Hoje são, no mundo, 18 milhões de idosos com demência, estando 61% deles em países do terceiro mundo”. O estreitamento da base da pirâmide indica um contínuo envelhecimento da população, mostrando que em 25 anos haverá 34 milhões de idosos nesta situação e a grande maioria (71%) estará nos países mais pobres. No Brasil, existem, na atualidade, aproximadamente 1,2 milhões de idosos com algum grau de demência (CALDEIRA *et. al.*, 2004). Estima-se que 40% a 70% das demências estejam relacionadas à Doença de Alzheimer (DA), que é definida por muitos, como o “mal do século”, “peste negra” ou “epidemia silenciosa”, e tendo efeito devastador sobre a família e o doente.

Com isso, a Doença de Alzheimer (DA), pode “afetar cada indivíduo diferentemente, podendo ter vários sinais e sintomas progressivos, observados de acordo com suas fases”. Os sintomas costumam ser “confusão, perda de memória, desorientação espacial, dificuldade no cotidiano, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento”.

Diz-se B1, que os profissionais destacaram a importância do “acolhimento ao idoso e sua família durante o processo de admissão como um importante fator relacionado à qualidade da assistência de enfermagem”. Nesta categoria, foi apontada a importância da criação de vínculo do profissional de enfermagem com o idoso e seus familiares, fazendo com que estes se sintam seguros em relação ao processo saúde doença do seu familiar acometido. Também ressaltam a importância do respeito às preferências e rotinas familiares do idoso, através do questionamento sobre tais preferências, logo no processo de admissão.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, conforme a resolução do Cofen 159/1993, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e/ou comunidade (COFEN, 2012).

Exprime B2 em seu estudo, que tanto cuidadores como idosos manifestaram interesse pelas orientações dadas pelo enfermeiro, visto que perceberam o quanto

são importantes. São essas pequenas mudanças e novos conhecimentos que proporcionam uma melhora significativa no dia a dia do cliente.

Na consulta, o enfermeiro “orienta o idoso saudável e seu cuidador sobre formas de manter estáveis indicadores de saúde e como promover a melhoria desta”. Para os idosos debilitados, principalmente aqueles diagnosticados ou com suspeita de demência, proporciona tanto a eles quanto a seus cuidadores um maior “entendimento a respeito da doença, alterações de comportamento e como a terapêutica é vital para minimizar o estresse de ambos, contribuindo, assim, para a qualidade do cuidado ao idoso”.

Denota o estudo de B2 que os idosos e cuidadores relataram a importância que tem, “a consulta de enfermagem proporciona esclarecimento, conhecimento e bem-estar”. Considerando que na busca dos resultados da consulta de enfermagem para o idoso e o cuidador foi possível identificar: a melhora da saúde do idoso e do cuidador, pois aprendem a se cuidar e a cuidar do idoso com demência; o alívio nas tensões dá ao cliente voz, facilitando o cuidado. Ressalta-se que a consulta de enfermagem consegue por si só modificar a ótica do indivíduo construindo meios para a visibilidade social da profissão, uma vez que ali o cliente percebe a capacidade e o diferencial do profissional.

Compreende-se que teorias especialmente criadas no interior da disciplina de enfermagem têm sido elaboradas e utilizadas para oferecer sustentação epistemológica e metodológica, seja para guiar a prática profissional, ou para dar apoio às investigações cujos objetos possuam aderência com a realidade da enfermagem (BOEHS *et. al.*, 2010).

Porém, B1 em seu estudo, assevera que a falta de preparo da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso pode colaborar para o maior desgaste físico e mental que os membros da equipe vivenciam. Enfatizam que ao entender a situação clínica do idoso, podem compreender melhor as necessidades de cuidado de enfermagem.

Frente a esta situação, a equipe de enfermagem deve estar atenta à sobrecarga física e emocional vivenciadas no cuidado ao portador de DA. Esses aspectos podem comprometer a qualidade de vida do paciente, do cuidador e também comprometer o cuidado a ser prestado (ALMEIDA *et. al.*, 2009).

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA O FAMILIAR CUIDADOR DE PACIENTE PORTADOR DE ALZHEIMER.

“Toda e qualquer prática de Enfermagem necessita de fundamentos teóricos”. Uma prática sem apoio em uma teoria resulta em uma “ação fragmentada, alienada e tecnicista”. A teoria pode oferecer um “suporte no qual a prática se desvelará em diversas possibilidades, seja para coletar dados, diagnosticar, planejar, implementar ou avaliar os cuidados de Enfermagem (BOEHS *et.al.*, 2010).

Compartilha B4 que a importância do profissional enfermeiro como mediador na relação entre o idoso, a família e a equipe de saúde, bem como a relevância da aplicação do cuidado cultural no exercício desta mediação. Através do cuidado cultural, o profissional previne que o cuidado seja apenas empírico ou tecnicista e alcança uma prática alicerçada em uma fundamentação teórica e científica.

O cuidado de enfermagem é fundamental para idosos com DA uma vez que esses profissionais atuam na promoção, prevenção e reabilitação desses idosos, não focando somente na patologia, onde o importante papel que o enfermeiro realiza no cuidado aos idosos com DA. Através do conhecimento específico da doença, o enfermeiro tem capacidade de orientar o cuidador e/ou familiar nos cuidados diários do idoso com Alzheimer, permitindo uma melhora da qualidade de vida evitando complicações através de medidas simples de promoção da saúde por meio de intervenções direcionadas a quadro clínico apresentado pelo idoso (RAMOS *et. al.*, 2012).

Assinala B5 que os cuidados implementados pela família têm a finalidade de preservar a vida de seus membros, com a vantagem de serem realizados de acordo com as possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio onde vivem.

Considerando que a implicação advinda do processo de cuidar de um idoso demenciado envolve questões complexas, desde a realização dos cuidados até o comprometimento emocional e físico daqueles que assumem essa tarefa, é importante atentarmos para a necessidade de se obter informações sobre a doença, assim como conhecer suas limitações e inseguranças ao prestarem os cuidados (SOARES *et. al.*, 2009).

Pormenoriza B3 em seu estudo que a assistência a DA deverá ser realizada por uma equipe multiprofissional e todos devem está capacitados para o cuidado tanto ao doente como para o cuidador. Devido esta doença dificultar a realização das tarefas da vida diária e o doente ter dificuldades para expressar verbalmente suas necessidades e frequentemente realizam ações inaceitáveis, devendo,

portanto, a equipe multiprofissional repassar as orientações e conscientizações adequadas, com vistas a uma assistência eficiente e humanizada.

B6 aponta em seu estudo a importância de dar continuidade à realização de investigações nessa temática e, ao mesmo tempo, investir no desenvolvimento de pesquisas direcionadas aos aspectos clínico-sociais provocados pela progressão da Doença de Alzheimer, contribuindo para um melhor preparo dos profissionais de saúde que atuam, com vistas à sistematização da assistência de enfermagem com a utilização do diagnóstico de enfermagem.

Ministério da Saúde, na Cartilha da Política Nacional de Humanização Clínica Ampliada (2010) conceitua que o “profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viverem outras coisas na sua vida”.

Salienta B7 que a Clínica Ampliada foi de extrema relevância para a criação de vínculo entre acompanhante e acompanhado, favorecendo, dessa forma, o exercício da escuta, das orientações e das abordagens educativo terapêuticas, onde o enfermeiro deve incorporar práticas que aproximem e favoreçam a qualidade da relação entre profissional paciente.

As ações multidisciplinares/interdisciplinares têm como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, por meio de uma abordagem integral aos indivíduos e famílias, intervindo com ações voltadas a realidade a qual são inseridos (ARAÚJ *et. al.*, 2007). O estudo de B6 confirma a necessidade da atuação interdisciplinar para a qualidade do atendimento prestado ao idoso com demência e seus cuidadores, sendo imprescindível o acompanhamento e consultas posteriores a estes clientes.

Por tanto, a multidisciplinaridade é o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico (ALMEIDA, 1997). A interdisciplinaridade parte do pressuposto da integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os profissionais, incorporando seus conhecimentos em um novo modo de agir e na forma como se produz o cuidado em saúde, evitando a ótica da individualidade e, conseqüentemente, da fragmentação do cuidado (COSTA, 2007; CUTOLO *et al.*, 2010).

5 CONCLUSÃO

Considera-se satisfatória a realização desta RIL, uma vez que nos possibilitou compreender a influência da Doença de Alzheimer no cotidiano dos familiares/cuidadores de pessoas idosas, bem como a contribuição para possíveis estudos que vierem a serem desenvolvidos, principalmente na região Norte.

Foi possível fazer uma reflexão sobre as grandes mudanças que DA provoca no cotidiano dos familiares/cuidadores e que suas características geram sofrimento psíquico e emocional. Além do desgaste físico do familiar/cuidador, que em geral “abre mão” de seus afazeres pessoais em prol das tarefas do outro, a DA é capaz de provocar múltiplos sentimentos, sendo necessário buscar amparo e acolhimento nos grupos de apoio, tendo em vista que estes se tornam terapêuticos e indispensáveis no processo do cuidado da pessoa idosa com DA.

Compreende-se que a maioria dos familiares/cuidadores apresenta a necessidade de momentos de descanso, lazer e de socialização, pois relatam que a rotina de cuidados é intensa e marcante, o que origina problemas como estresse, sobrecarga, tristeza e impotência. Onde, é importante que ocorra a divisão e compartilhamento do cuidado, visto que o cuidador também necessita de amparo, uma vez que vivencia o processo do adoecer e está consciente perante os acontecimentos.

Este estudo nos fez perceber que a finalidade de implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica é para organizar o cuidado a partir de um método sistematizado, proporcionando ao enfermeiro a definição do seu espaço de atuação e de seu desempenho no campo da atenção Básica e da assistência em enfermagem, levando a informação da linguagem no que se refere a SAE.

No entanto o profissional enfermeiro deve-se apropriar destes conceitos para a aplicabilidade do SAE na sua prática, buscando melhorar a qualidade da sua assistência ao ser humano. Com base nessa RIL, ainda são encontradas barreiras na implantação deste instrumento, porém observa-se que a SAE é como uma ferramenta inovadora e vital para o processo de enfermagem ao cuidado, assistência organizada e de qualidade, de suma importância na assistência da saúde da Atenção Básica.

O que nos propõem a (SAE) deve ser muito bem embasada, sendo acima de tudo uma assistência sistematizada e específica para cada cliente, já que tal

levantamento de dados é o alicerce no qual se fundamenta o cuidado da enfermagem. Portanto a Sistematização da Assistência de Enfermagem é muito importante para nossa prática, pois se observa a necessidade de se capacitar melhor nossos profissionais para que assim possamos oferecer um cuidado integral e qualificado a nossos clientes.

Assim, conclui-se que o enfermeiro deve incorporar práticas que aproximem e favoreçam a qualidade da relação entre profissional-paciente. Na Atenção Básica o profissional da enfermagem atuar principalmente como um estímulo para o paciente, e a partir de uma abordagem adequada gerar oportunidades de promover a educação em saúde e incentivar o resgate da porção saudável e vital do sujeito.

REFERENCIAS

ALMEIDA Filho N. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva**. Ciênc Saúde Coletiva. 1997; 2(1/2):5-23.

ALZHEIMER, A. Neurol. Central. 1907, 25, 1134.

ALZHEIMER'S Disease International. **World Alzheimer Report**. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReportExecutiveSummary.pdf>. Acessado em: 10 de Abril de 2017.

ANTUNES, M.J.M.; CHIANCA, T.C.M. **As classificações de enfermagem na saúde coletiva: o projeto CIPEsc**. Revista Brasileira Enfermagem 2002; 55(6): 644-51.

ARAÚJO MBS, ROCHA PM. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Ciência Saúde Coletiva. 2007; 12(2):455- 64.

BERTOLETI, A.; CARRETA, M.B. Desospitalização: **cuidados de enfermagem ao idoso no domicílio**. In Bertinelli, L.A.; Portella, M. & Pasqualotti, A. (Orgs), Envelhecimento humano: múltiplas abordagens (pp. 19-44) Passo Fundo: UPF Editora. 2008

BRASIL. 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, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2). – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF); 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.

BOEHS AE, Monticelli M, Martins M, Fernandes GCM, Rumor PCF. **Conceitos da teoria do cuidado cultural em dissertações de mestrado.** Rev Rene. 2010; 11(4):182-9.

BORCHI AC, Castro VC, Marcon SS, Carreira L. **Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer:** um estudo comparativo. Rev Latino Am Enfermagem. 2013;21(4):876-83.

CALDEIRA AP, Ribeiro RC. **O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer.** Arq Ciênc Saúde. 2004;11(2):100-4.

CARDOSO EAO, Santos MA. **Luto antecipatório em pacientes com indicação para o transplante de células-tronco hematopoéticas.** Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(9):2567-75.

COSTA RP. **Interdisciplinaridade e equipes de saúde:** concepções. Mental. 2007; 5(8):107-124.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: **prática da equipe de saúde da família.** Revista esc. enfermagem. USP, São Paulo, V. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011.

CUTOLO LRA, Madeira KH. **O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família:** uma análise documental. Arq Catarin Med. 2010; 39(3):79-84.

FALCO, A.; CUKIERMAN, D. S.; HAUSER-DAVIS, R.A.; REY, N. A. **DOENÇA DE ALZHEIMER: HIPÓTESES ETIOLÓGICAS E PERSPECTIVAS DE TRATAMENTO.** Química Nova. 2016, vol.39, n.1 p.63-80.

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A.; SPAGNUOLO, R.S. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família:** revisão integrativa. Revista Panam Salud Pública. 2014;35(2):144–9.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: **método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto – enfermagem. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 .

NEUMANN, S.M.F.; DIAS, C.M.S.B. **Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador?** Revista Psicol. Saúde Campo Grande, v.5, n. 1, p. 10-17, jun. 2013.

NEVES, E.P.; WINK, S. **O autocuidado no processo de viver**: enfermeiras compartilham concepções e vivências em sua trajetória profissional. *Revista Texto e Contexto Enferm.* 2007;16 (1): 172-179.

OLIVEIRA APP, Caldana RHL. **As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer**. *Saude Soc.* 2012;21(3):675-85.

OREM, D.E. *Nursing - concepts of practice*. 5ª ed. St Louis: Mosby; 1995.

OREM, D.E. *Nursing Concepts of Prattice*. 6nd ed. Boston: Mosby, 2001.

PALMER JL. Preserving personhood of individuals with advanced dementia: **lessons from family caregivers**. *Geriatr Nurs.* 2013;34(3):224-9.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F.H.; SOUZA E.N. **Doença de Alzheimer e demandas de cuidados**: o que os enfermeiros sabem? *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):270-8.

RAMOS JLC, Menezes MR. **Cuidar de idosos com doença de Alzheimer**: um enfoque na teoria do cuidado cultural. *Rev Rene.* 2012;13(4):805-15. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1075/pdf>

SANTANA, R.F.; ALMEIDA, K.S.; SAVOLDI, N. A. M. **Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer**. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*; 43; 459-464; 2009.

SANTOS, A. S.; KOZASA, E. H.; BONILHA, E. A.; SOUZA, R.; SILVA, A. L.; OLIVEIRA, R. M. J.; MARCHIORI, M.F.R.; Rosas, M.F. **Nutrição e qualidade de vida de idosos na região centro oeste da cidade de São Paulo**. *Revista Nursing*; 15 (171); 438-444; 2012.

SILVA I.A.; EGRY, E.Y.; SENA, R.R.; ALMEIDA, M.C.P.; ANTUNES, M.J.M. **A participação do Brasil no projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem**. In: Fonseca RMGS, Bertolozzi MR, Silva IA. *O Uso da epidemiologia social na enfermagem de saúde coletiva*. Brasília: ABEn; 1997. p. 65-81.

SILVA, A.A.E.S.; SILVA, A.M.; GADELHA, E. V.; OLIVEIRA, M. L.; BISAGNI, C. **O ENFERMEIRO NO PROCESSO EDUCATIVO PARA CUIDADORES DO MAL DE ALZHEIMER**. *REVISTA PRESENÇA*. Capa > v. 2, n. 6 (2016).

SOARES E, Fonseca AM. **Cidadania e o cuidado de enfermagem aos portadores de doença de Alzheimer.** R. pesq.: cuid. fundam. Online [periódico da internet]. 2009 maio/jul [acesso em 03 set 2017]; 1(1): 111-125. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/278/261>

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** Revista Latino-americana de Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14 (1):124-31.

VARELA, G. C., et. al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na estratégia saúde da família: limites e possibilidades.** Ver. Rene, v. 13, n. 4, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1076/pdf>. Acesso em maio 2017.

WAJMAN JR, Schultz RR, Marin SMC, Bertolucci PHF. **Correlation and adaptation among functional and cognitive instruments for staging and monitoring Alzheimer's disease in advanced stages.** Rev Psiquiatr Clín. 2014;41(1):5-8.

ANEXO A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome _____ Local de trabalho _____ Graduação _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área de saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras _____
2. Objetivo ou questão de investigação	
3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra _____ 3.2 Tamanho (n) <input type="checkbox"/> Inicial _____ <input type="checkbox"/> Final _____ 3.3 Características Idade _____ Sexo: M () F () Raça _____ Diagnóstico _____ Tipo de cirurgia _____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos _____
4. Tratamento dos dados	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____ 5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim () não () 5.4 Instrumento de medida: sim () não () 5.5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____
9. Nível de evidência	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

APENDICE A - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Camilo Eduardo de Almeida, docente do Curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade Pan-Amazônica - FAPAN aceito orientar o trabalho intitulado “ **A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ALZHEIMER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**”, de autoria das Discentes: CLAUDIRENE DE OLIVEIRA BAHIA, ERICA CRISTIANE BARBOSA MOREIRA, FERNANDA DE NAZARÉ PEREIRA DA CRUZ. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Belém, PA, 09 de Maio de 2017.

Prof. MSc. Camilo Eduardo de Almeida

Orientador