



Desafios da equipe de Saúde da Família no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer e ao cuidador

Challenges faced by the Family Health team in caring for older adults with Alzheimer's disease and their caregivers

Lucas Samuel Araújo da Costa¹ 
Cleber Ronald Inácio dos Santos¹ 

Resumo

Objetivo: O estudo buscou descrever os desafios enfrentados pela equipe Saúde da Família no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer e ao cuidador. **Método:** Realizou-se uma pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso, da qual participaram profissionais de saúde vinculados a equipes de Saúde da Família de Rio Branco, AC, Brasil e cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer residentes nesse município. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, sistematizados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e analisados segundo os preceitos da Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** Foi constatado que fatores como a escassez de pessoal e materiais somaram-se à sobrecarga do serviço ambulatorial na gênese de um cuidado generalista e descontinuado. Ademais, evidenciou-se o predomínio de ações empíricas, sobretudo devido ao déficit na formação técnica dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, os quais, veem-se frequentemente desamparados frente a baixa acessibilidade das equipes multiprofissionais ao demandarem auxílio na condução de casos mais complexos. **Conclusão:** O atual perfil da atenção demonstra cuidado fragmentado, insuficiente em viabilizar o acesso aos serviços e dependente da atuação das equipes multiprofissionais, implicando atos empíricos e não coordenados que, se em alguns casos mostram-se adequados ao manejo da doença de Alzheimer, em outros, podem ser pouco efetivos, deixando a pessoa idosa, seu cuidador e o núcleo familiar desamparados frente à doença e seus agravos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Saúde do Idoso. Doença de Alzheimer. Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Objective: This study aimed to describe the challenges faced by the Family Health team in caring for older adults with Alzheimer's disease and their caregivers. **Method:** A qualitative case study was conducted, involving healthcare professionals from Family Health teams

¹ Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Curso de Medicina. Rio Branco, AC, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Lucas Samuel Araújo da Costa
samuel_a_costa@outlook.com

Recebido: 17/07/2024
Aprovado: 14/01/2025

in Rio Branco, AC, Brazil, as well as caregivers of older adults with Alzheimer's disease residing in this municipality. Data were collected through semi-structured interviews, systematized using the Collective Subject Discourse technique, and analyzed according to the principles of Social Representation Theory. *Results:* Findings indicate that staff and material shortages, along with an overloaded outpatient service, contributed to the emergence of fragmented and inconsistent care. Moreover, empirical actions prevailed, mainly due to a lack of technical training among Family Health Strategy professionals, who feel unsupported because multidisciplinary teams are not readily accessible when assistance is needed for managing more complex cases." *Conclusion:* The current care model reflects a fragmented approach, insufficient to ensure access to health services and highly dependent on multidisciplinary teams. This leads to empirical and uncoordinated practices that, while occasionally adequate for managing Alzheimer's disease, may, in other instances, be ineffective—leaving older adults, their caregivers, and families unassisted in facing the disease and its complications.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Family Health Strategy. Older Adult Health. Alzheimer's Disease. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis demonstram perfis longitudinais, com pouca ou nenhuma perspectiva de cura que, embora nem sempre levem o indivíduo à morte, podem ocasionar perda da funcionalidade¹. Entre as doenças pertencentes a esse escopo, as síndromes demenciais representam uma das mais importantes formas de morbidade presentes na terceira idade, caracterizando-se pelo declínio de aspectos cognitivos como linguagem, julgamento, orientação e a memória².

A doença de Alzheimer (DA), forma mais comum de demência no mundo, não dispõe de tratamento definitivo e seu manejo limita-se ao retardo da progressão de sintomas e às práticas assistenciais não especializadas direcionadas às atividades cotidianas de manutenção, as quais são normalmente delegadas aos familiares mais próximos do indivíduo acometido que, geralmente, são também pessoas idosas que acumulam agravos de saúde³.

Embora o diagnóstico da DA costume ter um impacto substancial sobre a vida da pessoa idosa, pode afetar ainda mais gravemente seu grupo familiar e o cuidador, visto que a deterioração dos padrões cognitivos acaba por afetar consideravelmente as relações interpessoais da pessoa acometida e por ocasionar mudanças importantes em seu ambiente de convivência⁴.

A complexidade das demandas de saúde apresentadas pela díade cuidador-pessoa idosa requer ações e serviços que considerem as especificidades

desses usuários e seus núcleos familiares, visando práticas eficazes e alinhadas às políticas públicas vigentes³. Nesse contexto, destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), cujo funcionamento fundamenta-se no modelo de atenção biopsicossocial, capaz de abranger mais amplamente necessidades de saúde do indivíduo ou da comunidade à qual ele pertence⁵.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), cerne desse novo modelo, busca, pela atuação das equipes de Saúde da Família (eSF), garantir a integralidade do cuidado, proporcionando uma atenção abrangente e longitudinal que melhora as condições de saúde, a autonomia e a qualidade de vida dos usuários⁵. É a ESF que cuida da pessoa idosa fragilizada, através das ações de promoção e prevenção da saúde e assiste a família e o cuidador durante a evolução da doença, seja orientando quanto ao manejo da DA ou intervindo pela manutenção da saúde de seus membros^{6,7}.

Levando em conta a perspectiva apresentada, a presente pesquisa teve como cenário Rio Branco, capital do estado do Acre (Brasil). No ano de 2021, esse município tinha sua Rede de Atenção Primária organizada em 12 segmentos de saúde que orientavam o encaminhamento do usuário, a partir de uma unidade de Saúde da Família (USF), para uma Unidade de Referência em Atenção Primária (URAP) ou Policlínica⁸.

Nesses segmentos estavam dispostas cada uma das 74 USF existentes, organizadas conforme sua localização territorial e cuja atividade se ancorava

na ação de 81 eSF^{9,10}. Essa estrutura cobria 54,91% da população e colaborava, entre outras coisas, para a atenção à saúde da pessoa idosa⁸, grupo etário que representava 7,95% dos habitantes do município à época¹¹.

Considerando-se o papel da APS de Rio Branco na coordenação do cuidado e o potencial da ESF para sua execução em concordância com o modelo biopsicossocial, norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), enunciou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais são os desafios enfrentados pela equipe de Saúde da Família ao cuidar da pessoa idosa com doença de Alzheimer e do cuidador?

Com a tendência global de transição demográfica, 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 nas cidades amazônicas (sobretudo daquelas voltadas ao recorte da DA) torna-se um entrave à compreensão integral dessa nova demanda, justificando o estudo desse panorama em um recorte local.

Assim, o presente estudo buscou descrever os desafios enfrentados pela equipe de Saúde da Família no cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer e ao cuidador.

MÉTODO

Realizou-se um estudo qualitativo, de natureza exploratória, do tipo estudo de caso¹², cuja elaboração se fundou na interpretação das realidades particulares de cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer e profissionais da equipe de Saúde da Família, os quais compuseram a população estudada.

A seleção dos participantes foi realizada de forma não probabilística, utilizando-se o modelo de amostragem por intencionalidade, com o intuito de abranger a pluralidade do espectro social e cultural do espaço em que se desenvolveu o estudo.

Para a localização da população estudada, elencou-se uma USF de cada um dos 12 segmentos de saúde

de Rio Branco. Em cada uma dessas unidades, os coordenadores ficaram responsáveis por selecionar uma eSF que, por sua vez, indicou os participantes, sendo arrolados no estudo 12 profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e 12 cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer, totalizando 24 participantes.

Foram incluídos no estudo os profissionais de saúde de ambos os sexos que atuavam nas USF no ano de 2021 e excluíram-se aqueles que estavam nessas unidades há menos de seis meses bem como os que estavam em período de licença ou férias durante a fase de campo da pesquisa.

Ademais, entre os cuidadores, incluíram-se os que tinham 18 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, que residiam na área de abrangência das USF selecionadas para o estudo e foram excluídos os que não dispunham de capacidade física, mental e cognitiva suficiente para participar da pesquisa.

A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se dois roteiros. Com o objetivo de identificar possíveis erros e fragilidades nos roteiros das entrevistas e, posteriormente, corrigi-los, foi realizado um pré-teste dos instrumentos de coleta de dados com quatro indivíduos que apresentavam características semelhantes às da população alvo e cujas entrevistas não entraram na análise do estudo.

A fase de campo da pesquisa ocorreu durante o mês de outubro de 2021 e o contato inicial com os participantes ocorreu por telefone, no caso dos cuidadores, ou de forma presencial, no caso dos profissionais (ou dos cuidadores que não dispunham de um contato telefônico ativo nos cadastros da USF).

Após o contato inicial com os participantes, foram fornecidos esclarecimentos quanto às características gerais do estudo, seus objetivos e os métodos utilizados em seu desenvolvimento, assim como explanações quanto aos interesses e expectativas dos pesquisadores com sua realização. Dentre os participantes contactados, apenas um profissional de saúde recusou-se a participar do estudo devido à obrigatoriedade de ter sua entrevista gravada, sendo imediatamente substituído.

Todas as entrevistas foram guiadas pelo mesmo indivíduo, um pesquisador em nível de graduação e autor principal deste estudo, o qual foi previamente capacitado para coleta de dados em estudos qualitativos. Os participantes foram ouvidos em locais privados, sem a presença ou interferência de terceiros, e não foi determinado tempo máximo ou mínimo de duração das entrevistas, de forma a garantir um ambiente de livre expressão para os participantes.

As entrevistas foram registradas em formato "MP3" e transcritas integralmente, em arquivos "DOCX". Os arquivos de áudio e de texto foram codificados e armazenados em disco rígido e nuvem, sendo protegidos por senha conhecida apenas pelos pesquisadores. Os registros foram identificados por códigos ordenados, visando garantir a confidencialidade dos dados dos participantes.

Para a síntese dos dados coletados, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre¹³, técnica de tabulação de dados que utiliza Expressões-Chave (ECH) na composição de uma Ideia Central (IC) ou Ancoragem (AC), que, então, orientarão a formação de um "discurso-síntese", o próprio Discurso do Sujeito Coletivo. Nesta pesquisa as ECH foram identificadas através da leitura, codificação e tabulação manual, realizada pelos pesquisadores.

Utilizou-se como critério de relevância para análise, a presença de três ou mais ECH na composição de uma IC ou AC. A análise dos resultados teve por base a Teoria das Representações Sociais (TRS)¹⁴ e a definição das categorias de análise foi realizada *a posteriori*, após emergirem do campo, tendo sido analisados e discutidos sete discursos na composição deste trabalho.

Ressalta-se que a pesquisa seguiu as normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵ para pesquisas científicas envolvendo seres humanos e que coleta de dados ocorreu somente após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre (CEP-UFAC), através do Parecer Consubstanciado nº 4.846.345, de 14 de julho de 2021.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação, via e-mail, ao autor correspondente, Lucas S. A. Costa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta por 24 participantes distribuídos em dois grupos: cuidadores e profissionais de saúde. Entre os cuidadores, todas eram mulheres (12; 100%) e, um terço delas, idosas (4; 33,3%). Da mesma forma, entre os profissionais da eSF, predominaram indivíduos do sexo feminino (9; 75,0%), tendo sido incluídos na amostra um médico, uma técnica em enfermagem, quatro enfermeiros(as) e seis agentes comunitários de saúde (ACS), os quais tinham tempo médio de atuação de 9,62 anos nas USF em que exerciam suas funções.

A técnica de sistematização do Discurso do Sujeito Coletivo permitiu a formação e análise de 11 discursos com três ou mais ECH, dentre os quais sete (Quadro 1) foram selecionados para serem discutidos no escopo deste estudo, sendo categorizados em três temáticas principais: "Fragmentação do cuidado", "Insuficiência da Estratégia de Saúde da Família na viabilização do cuidado" e "Dependência das equipes multiprofissionais".

No grupo de cuidadores, a pergunta "como a equipe de saúde tem ajudado no cuidado ao seu familiar com doença de Alzheimer?" permitiu a identificação de duas IC: *Debilidade do acompanhamento e Suporte domiciliar ocasional*; enquanto a indagação "quais os principais desafios que você percebe na colaboração entre o cuidador e a equipe de saúde?" resultou na IC denominada *Falta de suporte no acesso aos serviços* (Quadro 2).

Entre profissionais de saúde, o questionamento "para você, quais os maiores desafios ao lidar com esse tipo de paciente no cotidiano da equipe de saúde?" resultou em três IC: *Indisponibilidade de recursos*,

Incapacidade técnica das equipes e Dificuldade de acesso ao apoio multiprofissional, enquanto a pergunta “como você descreveria o suporte conferido ao idoso com

doença de Alzheimer pela equipe de saúde da família na qual está inserido?” trouxe a IC *Necessidade do apoio especializado* (Quadro 3).

Quadro 1. Relação das Ideias Centrais por Categoria e a respectiva quantidade de Expressões-chave correspondentes. Rio Branco, AC, 2021.

Categorias	Ideia central	Quantidade de ECH*
Fragmentação do cuidado	Debilidade do acompanhamento	8
	Suporte domiciliar ocasional	4
Insuficiência da Estratégia de Saúde da Família na viabilização do cuidado	Indisponibilidade de recursos	5
	Falta de suporte no acesso aos serviços	5
Dependência das equipes multiprofissionais	Incapacidade técnica das equipes	3
	Dificuldade de acesso ao apoio multiprofissional	3
	Necessidade do apoio especializado	3

* ECH: Expressões-chave. Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 2. Relação das Ideias Centrais e respectivos Discursos do Sujeito Coletivo obtidos a partir dos cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer. Rio Branco, AC. 2021.

Questão	IC* identificada	Discurso do Sujeito Coletivo
Como a equipe de saúde tem ajudado no cuidado ao seu familiar com doença de Alzheimer?	DSC** 01 (Debilidade do acompanhamento)	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 aqui, 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 teriam 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...
	DSC 02 (Suporte domiciliar ocasional)	Fazem as visitas sim, mas não é com muita frequência entendeu? Eles vêm dar vacina, fazer um curativo, que sempre aparece uma 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.
Quais os principais desafios que você percebe na colaboração entre o cuidador e a equipe de saúde?	DSC 03 (Falta de suporte no acesso aos serviços)	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.

*IC: Ideias Centrais; **DSC: Discursos do Sujeito Coletivo. Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 3. Relação das Ideias Centrais e respectivos Discursos do Sujeito Coletivo obtidos a partir dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família. Rio Branco, AC. 2021.

Questão	IC* identificada	Discurso do Sujeito Coletivo
Para você, quais os maiores desafios ao lidar com esse tipo de paciente no cotidiano da equipe de saúde?	DSC** 04 (Indisponibilidade de recursos)	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.
	DSC 05 (Incapacidade técnica das equipes)	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.
	DSC 06 (Dificuldade de acesso ao apoio multiprofissional)	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 [...] 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 [...] 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.
Como você descreveria o suporte conferido ao idoso com doença de Alzheimer pela equipe de Saúde da Família na qual está inserido?	DSC 07 (Necessidade do apoio especializado)	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 EMAD fica melhor acompanhado, porque tem toda essa assistência.

*IC: Ideias Centrais; **DSC: Discursos do Sujeito Coletivo. **Fonte:** elaboração dos autores.

Fragmentação do cuidado

Doenças crônicas não transmissíveis, 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. Essas condições demandam uma abordagem inovadora no funcionamento do sistema de saúde e na execução das tarefas das equipes, uma vez que requerem atenção contínua, integrada e coordenada¹⁶.

Nesse sentido, para Ceccon et al.³, a APS deve ser um modelo de atenção cujas atribuições cooperem para a resolução das queixas da pessoa idosa (o público mais atingido por essas afecções), utilizando-se, para isso, de medidas que visem a redução de intervenções desnecessárias, o aumento do acesso aos serviços e a priorização as ações que considerem os usuários da APS de forma integral.

No contexto de Rio Branco, contudo, a APS ainda traz uma resposta frágil, em termos de completude e continuidade do cuidado. As ideias transmitidas no DSC 01 (Quadro 2) demonstram uma realidade na qual a eSF, em vez de agir 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, marginalizando o cuidado domiciliar planejado e orientado conforme dita a eSF.

Levando em consideração que a população em questão enfrenta significativas restrições físicas, a atenção domiciliar (AD) projeta-se como um elemento crucial na prestação do cuidado, influenciando 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^{5,17}.

Apesar de ainda não haver estudos acessíveis que quantifiquem a cobertura da AD no âmbito da ESF de Rio Branco, os serviços da APS cobriam, em 2021, somente 54,91% da população¹⁰, quase 15% a menos

que a cobertura nacional estimada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (69,5%)¹⁸.

Na prática, além de ocorrer em proporção aquém do esperado¹⁹, a realização da visita domiciliar volta-se menos à promoção da saúde e prevenção de agravos e mais a intervir ou minimizar o processo saúde-doença, como pode ser evidenciado pelo DSC 02 (Quadro 2).

Pela análise desse discurso, visualiza-se a contraposição de uma visão idealizada do cuidado. Nele, a visita domiciliar, em vez de figurar como instrumento para o alcance de uma atenção mais holística à saúde do indivíduo, mostra-se mais propriamente como reprodução intradomiciliar do modelo biomédico que se busca transpor, servindo ao propósito de intervir pontualmente em condições de saúde agudas ou de elevada gravidade.

É preciso levar em conta que prestação de assistência à saúde no domicílio não se resume a levar a equipe de saúde até o paciente com dificuldades de locomoção ou fornecer orientações sobre higiene e alimentação. Essa abordagem implica, essencialmente, na necessidade de investigar e compreender o contexto socioeconômico e cultural que envolve o indivíduo/família em seu ambiente mais íntimo²⁰.

Embora a atenção domiciliar seja imprescindível à contemplação dos objetivos da ESF, para que sirva a esse propósito e seja verdadeiramente útil ao acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis (como as síndromes demenciais), é preciso que esteja alinhada à prestação de um cuidado ampliado e voltado às diversas dimensões do indivíduo acometido e daqueles aos quais a doença afeta²¹.

Insuficiência da Estratégia de Saúde da Família na viabilização do cuidado

Um dos obstáculos para isso está na escassez de recursos, amplamente associada à baixa capacidade da eSF de manter a atenção domiciliar e explorada no DSC 03 (Quadro 2) como um entrave à prestação do cuidado ideal.

Do ponto de vista técnico e organizacional, para que a APS desempenhe seu papel na coordenação do cuidado, são indispensáveis recursos materiais básicos, como medicamentos e outros insumos necessários ao conforto do usuário²², e a insuficiência de recursos leva as eSF a adotarem uma postura de distanciamento da pessoa afetada por doença crônica⁵.

Frente às dificuldades em realizar as visitas domiciliares, privilegia-se o atendimento ambulatorial em detrimento das intervenções mais voltadas à singularidade do indivíduo²³, sobretudo porque, na concepção geral dos profissionais, fatores como acolhimento, vínculo e cuidado humanizado ainda são entendidos como secundários às abordagens que empregam recursos materiais e palpáveis⁵.

Essa predileção pelos serviços “intraunidade” é evidenciada, no estudo de Teston²⁴, como catalisadora do processo de “ambulatorização” da Atenção Básica, o qual foi indiretamente abordado no DSC 04 (Quadro 3) e que finda por dificultar o acesso do usuário aos serviços de saúde.

Nesse contexto, os desafios referidos pelos usuários dos serviços de saúde da APS são inúmeros, variando desde barreiras geográficas até a organização do processo de trabalho da equipe de saúde. Em se tratando da pessoa idosa dependente, essas questões podem ser ainda mais complexas, pois este muitas vezes apresenta reduzida mobilidade, tornando-o dependente do cuidador para se deslocar³.

Soma-se a isso a assimetria na postura entre as diversas eSF: enquanto algumas priorizam o acesso da pessoa idosa ante às dificuldades de obter atendimento, outras adotam posturas mais rígidas que se voltam a ações programáticas e agendas fechadas³, negligenciando as demandas específicas desse público e comprometendo a busca pela equidade na produção da saúde.

Dependência das equipes multiprofissionais

Ademais, 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, esses indivíduos demandam um cuidado humanizado e tecnicamente adequado que priorize sua qualidade de vida²¹.

O manejo das demências graves é, via de regra, um desafio para a maioria dos profissionais. Nas fases mais avançadas da doença, as pessoas passam a necessitar de cuidados paliativos e a falta de experiência também nesse tema pode ser uma das causas dessa dificuldade e comprometer o manejo da doença, levando a inúmeras complicações que, por fim, levam a hospitalizações recorrentes e ao aumento da mortalidade²⁵.

Corroborando com isso, neste estudo, um dos principais entraves à prestação do cuidado esteve ligado à incapacidade técnica da eSF que, na falta do treinamento para lidar com a pessoa com demência, vê-se refém de empirismos e da generalização do cuidado dispensado às pessoas idosas sem essa condição, conforme foi expresso no DSC 05 (Quadro 3).

Tais adversidades podem ser originadas por uma lacuna na formação do profissional²², que embora compreenda a importância do cuidado à pessoa com doença incurável, resente-se da falta de conhecimentos e habilidades para desempenhar suas funções fora do contexto em que normalmente o fazem²¹.

Assim, conforme o DSC 05, o profissional da ESEF mesmo estando consciente de sua deficiência técnica, tem dificuldade para saná-la, frente à marginalização do tema mesmo nas ações de formação continuadas da Atenção Básica. Esse aspecto que contribui para que a eSF torne-se cada vez mais dependente de outros entes da APS, sobretudo pela necessidade de uma atenção multidisciplinar que os profissionais de saúde da eSF julgam não ser acessível na APS.

Na presente pesquisa, essas necessidades estiveram muito ligadas (mas não se limitaram) à fragilidade emocional do cuidador e do grupo familiar. No entanto, com a evolução da doença, é de praxe que a própria pessoa com demência passe a apresentar demandas complexas de saúde, tornando-se essencial a consolidação de um serviço articulado com os demais entes atuantes no domicílio²².

A dificuldade de acesso às equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), (anteriormente

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, “NASF-AB”) e às equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem sido, portanto, um aspecto limitador da atenção à pessoa com doença de Alzheimer, sendo amplamente explorado pelo profissional de saúde no DSC 06 (Quadro 3).

Corroboram essa perspectiva os achados da pesquisa de Aranovich e Krieger²⁶, na qual o NASF-AB apresentou-se como um setor acessível apenas em situações extremas, sempre em função do conhecimento 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, não havendo discussão ou elaboração de um plano terapêutico de longo prazo.

A atuação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), por sua vez, embora se mostre fundamental na assistência ao indivíduo com DA em final de vida, são vistas como substitutas às ações antes realizadas em domicílio pela eSF, conforme transparece no DSC 07 (Quadro 3). Essa concepção errônea de seu papel reduz a atuação dos profissionais da eSF, os quais se limita à identificação da pessoa idosa fragilizada e seu referenciamento a outros serviços.

Diferentemente da visão propagada pelo profissional, a função exercida por essas equipes deve acontecer em concomitância àquela já desenvolvida pela ESF, ente coordenador do cuidado e o eixo fundamental ao funcionamento da atenção domiciliar¹⁹.

Ainda que o usuário assistido não esteja sob a responsabilidade direta das equipes de Saúde da Família, é importante que estas acompanhem e apoiem as demais equipes do SAD porque essa articulação entre os nichos de cuidado, avaliza uma assistência mais resolutiva e de qualidade, reduzindo, em última análise, as hospitalizações desnecessárias²⁷.

As limitações deste estudo estiveram relacionadas à seleção de seus participantes. Levando em conta que a população-alvo foi localizada por intermédio das eSF, há duas implicações a serem consideradas: os cuidadores incluídos na amostra estavam sob supervisão de uma equipe, excluindo,

involuntariamente, aqueles que nunca receberam cuidados por parte da ESF ou que perderam seguimento ao longo do tempo; da mesma forma, os profissionais indicados foram, inevitavelmente, aqueles que possuíam experiência prévia no cuidado de pacientes com essa condição, deixando de fora os que detinham pouco ou nenhum conhecimento sobre a doença e suas implicações para a saúde da pessoa idosa e do cuidador.

CONCLUSÃO

Condições crônicas, como a doença de Alzheimer, representam desafios significativos para o Sistema Único de Saúde, exigindo mudanças no modelo de cuidado e na condução dos serviços.

Mesmo possuindo uma visão abrangente, os profissionais das equipes de Saúde da Família enfrentam diversas limitações que prejudicam a qualidade das intervenções. Fatores como a escassez de pessoal e materiais somam-se à sobrecarga do serviço ambulatorial e ao deficit na formação técnica dos profissionais, que, mesmo ao buscarem auxílio, veem-se reféns da baixa acessibilidade das equipes multiprofissionais.

Em suma, a Estratégia de Saúde da Família estudada demonstrou um padrão de cuidado fragmentado, insuficiente em viabilizar o acesso aos serviços ofertados no escopo da Atenção Primária à Saúde e dependente da atuação das equipes multiprofissionais, implicando atos empíricos ou não coordenados que, se em alguns casos mostraram-se adequados ao manejo dessa condição, em outros, podem ser pouco efetivos, deixando a pessoa idosa, seu cuidador e o núcleo familiar desamparados frente à doença e seus agravos.

Tendo em vista a complexidade do tema explorado neste estudo, é imperativo que novas investigações sejam conduzidas, em momentos e cenários distintos, com o objetivo de identificar as lacunas nos modelos atuais de cuidado, ampliando, assim a compreensão quanto a problemática e sobre como o Sistema Único de Saúde pode agir para aprimorar as formas atuais de intervenção, de modo a suprir as necessidades dessa população, especialmente dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde.

AUTORIA

- Lucas Samuel Araújo da Costa – Concepção, Investigação, curadoria de dados, Análise formal e Redação do manuscrito original.

- Cleber Ronald Inácio dos Santos – Concepção, Metodologia, Supervisão, Revisão crítica e edição e Aprovação da versão a ser publicada.

Editado por: Rayssa Horacio Lopes

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo AE, Ceccon RF, Figueiredo JH. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2021 [acesso em 9 set 2024];26(1):77-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Revisada. Porto Alegre: Artmed; 2022. 992 p.
3. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Garcia Júnior CAS, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2021 [acesso em 13 abr 2024];26(1):99-108. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>
4. Muller MS, Lohmann PM, Lavall E, Brietzke AP. A doença de Alzheimer e as dificuldades no cuidado familiar. *Res Soc Dev* [Internet]. 2023 [acesso em 11 set 2024];12(7):e10512742626. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i7.42626>
5. Schenker M, Costa DH da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2019 [acesso em 16 abr 2024];24(4):1369-1380. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
6. Goyanna NF, Freitas CA, Brito MD, Mourão Netto JJ, Gomes DF. Idosos com Doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. [Internet]. 2017 [acesso em 14 set 2024];9(2):379. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.379-386>
7. Pereira AAC, Fogaça GHS, Passarin NP, Labegalini CMG, Mincoff RCL. Cuidando do idoso com Alzheimer desafios e percepções na atenção primária à saúde. In: Leite DS, Silva PF, organizadores. *Saúde coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado*. Curitiba: Editora Científica Digital; 2021. p. 26-28. Disponível em: <https://doi.org/10.37885/210303900>
8. Rio Branco (AC). Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Rio Branco: Secretaria Municipal de Saúde [Internet]. 2021 [acesso em 24 abr 2024]. Disponível em: <http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/portal/wp-content/uploads/2015/02/PLANO-MUNICIPAL-DE-SA%C3%A9-2022-2025.pdf>
9. Rio Branco (AC). Relatório Anual de Gestão 2021. Rio Branco: Secretaria Municipal de Saúde. 2022.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2021 [acesso em 2 maio 2024]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
11. Fundação Getúlio Vargas (FGV). Centro de políticas sociais [Internet]. Onde estão os idosos? Conhecimento contra o Covid-19. FGV SOCIAL, abr 2020 [acesso em 16 set 2024]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/covidage>
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. São Paulo: Bookman; 2014.
13. Lefèvre F; Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2. ed. Brasília: Liber livro Editora; 2012. (Série Pesquisa, n. 20). 224 p.
14. Nogueira K, Grillo MD. Teoria das Representações Sociais: história, processos e abordagens. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [acesso em 16 set 2024];9(9):e146996756. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6756>
15. 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 [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2013 [acesso em 2 maio 2024]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html

16. Chueiri PS, Lima SA, Rodrigues DP, Santos ACP. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divul Saude Debate*. 2014 [acesso em 12 maio 2024];52(114):114-124. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf>
17. Furlanetto DLC, Lima AA, Pedrosa CM, Paranaguá TTB, Xavier MF, Silva, AKP, Rodrigues VB, Santos LMP. Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. *Cienc Saude Colet*. 2020 [acesso em 12 maio 2024];25(5):1851-1863. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33332019>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Cobertura da Atenção Básica. e-Gestor Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 17 maio 2024]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
19. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2016 [acesso em 19 maio 2024];11(38):1-12. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1259](https://doi.org/10.5712/rbmf11(38)1259)
20. Andrade AM, Guimarães AMDN, Costa DM, Machado LC, Gois CFL. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. *Epidemiol Serv de Saúde*. 2014 [acesso em 05 fevereiro 2025];23(1):165-175. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/cT3bPBCtdq7CbQ3p3T7tsqJ/>, DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100016>
21. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EM, Lacerda MR. Atenção domiciliar ao idoso na Estratégia Saúde da Família: perspectivas sobre a organização do cuidado. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017 [acesso em 05 fevereiro 2025];11(1):296-302. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11908>, DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i1a11908p296-302-2017>
22. Queiroz AHA, Bezerra ALQ, Amorim JVM, Silva AMO. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2013 [acesso em 22 maio 2024];18(9):2615-2623. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000900016>
23. Placa MTC de L, Wanderbroocke AC, Polli GM. Assistência domiciliar prestada aos idosos em um município do interior de São Paulo. *Rev Kairós Gerontol*. 2020 [acesso em 04 jun 2024];23(4):325-345. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i4p325-345>
24. Teston LM, Ribeiro H, Barboza R. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. *Saude Debate*. 2019 [acesso em 16 jun 2024];43(121):314-328. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912102>
25. Malta EMBR, Martins ES, Silva LF da, Oliveira FR de, Paula DA de. Práticas de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado a idosos com demência. *Interface Comum Saude Educ*. 2020 [acesso em 23 jun 2024];24(1):1-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190449>
26. Aranovich C, Krieger MG da G. Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Percepções de médicos da Estratégia de Saúde da Família sobre o tema na prática. *Aletheia*. 2020 [acesso em 28 jun 2024];53(2):38-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29327/226091.53.2-3>
27. Souza VD, Lage EG, Matozinhos FP, Abreu MNS. Fatores associados a não efetivação da alta na assistência domiciliar. *Acta Paul Enferm*. 2019 [acesso em 29 jun 2024];32(6):624-631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900087>