

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA INTERVENTIVA**



**INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA EM IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER: CUIDANDO DE AZ**

JOSIANE OLIVEIRA

São Leopoldo, 2014

JOSIANE OLIVEIRA

**INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA EM IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER: CUIDANDO DE AZ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialização em Gerontologia.

Orientador: Prof^a. Dra. Suzana Wolff

São Leopoldo

2.014/2

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
ESPECIALIZAÇÃO EM GERONTOLOGIA INTERVENTIVA**

FOLHA DE APROVAÇÃO

São Leopoldo, 14/10/2.014.

Aluno: Josiane Oliveira

**Título: Instituição especializada em idosos com doença de Alzheimer: Cuidando de
AZ**

Área de concentração: Gerontologia interventiva

Orientadora: Prof^a. Dra. Suzana Wolff

Prof. Ms.

Prof. Ms.

Grau Final: _____

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 JUSTIFICATIVA	7
3 OBJETIVOS.....	8
3.1 GERAL	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
4.1 CONCEITUAÇÃO DO ENVELHECIMENTO	9
4.1.1 Velho e velhice	10
4.1.2 Autonomia e independência	11
4.2 O CONTEXTO ASILAR NA ATUALIDADE.....	12
4.3 PLANEJAMENTO DE AMBIENTES INSTITUCIONAIS PARA IDOSOS COM DEMENCIA DE ALZHEIMER.....	13
5 A DOENÇA DE ALZHEIMER	15
5.1 FATORES DE RISCO.....	16
5.2 EVOLUÇÃO DA DOENÇA.....	17
5.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER	18
5.4 QUEM SÃO OS CUIDADORES DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	18
5.5 O SIGNIFICADO DO ALZHEIMER PARA A FAMÍLIA.....	21
6 METODOLOGIA.....	25
6.1 TIPO DE ESTUDO	25
7 RESULTADO	26
7.1 ASPECTOS LEGAIS	26
7.2 A QUALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO COM ALZHEIMER NA INSTITUIÇÃO.....	27
7.3 INSTALAÇÕES	29
7.4 CLIENTES.....	30
7.5 EQUIPE	30
7.6 ATIVIDADES	31
7.7 VISITAS	31
8 CRONOGRAMA DE AÇÃO.....	32
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
10 ANEXOS	34
10.1 MINI EXAME MENTAL	34
10.2 CUSTOS, INVESTIMENTOS, DEMONSTRAÇÕES E FLUXO DE CAIXA	35
10.3 PLANILHA DE CUSTOS MENSAIS E SEMESTRAIS	36
10.4 PONTO DE EQUILÍBRIO CONTÁBIL.....	37
10.5 RETORNO SOBRE O INVESTIMENTO (ROI)	38
11 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	39

1 INTRODUÇÃO

O crescimento no número de idosos e da incidência de doenças crônico-degenerativas tem evidenciado a existência de um grande contingente de idosos doentes e dependentes de cuidado. Por isso, as famílias estão tendo de lidar com os efeitos dessa transformação. Dentro dos lares aparece, com frequência, a figura do idoso com dependência parcial ou total de cuidados.

O presente estudo partiu do interesse de implantar um sistema inovador de cuidados aos idosos com a doença de Alzheimer.

Para compreender a experiência do envelhecimento e a novidade com que os mais velhos se defrontavam, é preciso conhecer o modo pelo qual a velhice muitas vezes é transformada em um problema que preocupa a sociedade, ganhando visibilidade e definindo não só as necessidades dos idosos, mas também os problemas que eles enfrentam na atualidade.

De acordo com PAPALÉO NETTO (1999, p. 3):

“O envelhecimento é caracterizado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar o idoso à morte, é satisfazer-se com apenas uma meia verdade”.

A demência de Alzheimer muda significativamente o cotidiano das famílias. Por apresentar uma evolução extremamente personalizada e produzir um quadro insidioso, progressivo e crônico, com grande repercussão emocional e socioeconômica sobre as famílias, as demandas físicas, emocionais e sociais podem tornar alguns membros da família exaustos, deprimidos e estressados, especialmente aqueles que assumem com maior intensidade e a função de cuidador, com consequências sobre a sua saúde física e mental (CALDEIRA e RIBEIRO, 2004).

Diante dessa realidade as pessoas com mais idade, na certeza de que hoje não podem mais viver como antigamente, ocupam e redefinem os novos espaços criados para envelhecer.

Dessa forma, será vista as considerações gerais sobre o envelhecimento, sua conceituação, as teorias que explicam esse conceito, e a maneira como os especialistas e a sociedade em geral classificam a velhice.

Será abordado, diretamente a doença de Alzheimer desde sua fase inicial, intermediário e final da doença, o seu diagnóstico e tratamento demonstrando também que a doença diminui o tempo de vida previsto, mas se acompanhado adequadamente por médico e demais cuidados, possibilitam aos idosos viverem vários anos, exclusivamente em um lugar especializado.

2 JUSTIFICATIVA

Em uma visão empreendedora e desejo pessoal, vislumbra-se uma grande oportunidade na criação de uma Instituição especializada a idosos com Alzheimer, dando a relevância desta patologia na velhice.

Este projeto é motivado pela carência de um modelo inovador, oferecendo um trabalho de forma integral e com uma equipe de multiprofissionais especializados, cujo objetivo é proporcionar maior qualidade de vida aos pacientes e seus familiares.

Com base numa experiência pessoal e vista a falta de conhecimento da Doença de Alzheimer, adaptações inadequadas aos idosos institucionalizados, fez com que houvesse interesse em desenvolver este projeto, pensando no bem estar dos idosos e tranquilidade dos familiares.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

O objetivo principal deste projeto é descrever o processo de implantação de uma Instituição especializada no atendimento a idosos com Demência de Alzheimer.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Refletir teoricamente sobre velhice, envelhecimento, doença de Alzheimer, diagnóstico e tratamento, o significado da doença de Alzheimer para o familiar.
- 2- Desenvolver uma revisão documental acerca de ILPI's, estrutura, funcionamento e qualificação dos cuidadores e qualidade no atendimento do institucionalizado.
- 3- Construir cronograma de intervenção.
- 4- Conhecer a legislação pertinente a este assunto.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CONCEITUAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

Apesar de ser o envelhecimento um fenômeno comum a todos os animais, surpreende que ainda hoje persistam tantos pontos obscuros quanto a dinâmica e a natureza desse processo. Não vamos entrar em detalhes sobre os fatores responsáveis por esse desconhecimento, entre os quais situa-se a própria dificuldade de mensurar a idade biológica.

Pode-se considerar o envelhecimento, como admite a maioria dos biogerontologistas, como a fase de um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse *continuum* é possível observar fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos, que representam limites de transição entre as mesmas.

O exemplo é a menarca como marcador do início da puberdade na mulher. Ao contrário do que acontece com as outras fases, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de seu início, cujos motivos já foram expostos. De qualquer forma, a demarcação entre a maturidade e o envelhecimento é arbitrariamente fixada, mais por fatores socioeconômicos e legais do que biológicos.

A incapacidade de mensurar o fenômeno do envelhecimento, que está intimamente vinculada à dificuldade de definir a idade biológica, justifica a falta de segurança para adotar quaisquer das teorias existentes sobre o fenômeno.

Os mesmos motivos justificam a inexistência de uma definição de envelhecimento que atenda aos múltiplos aspectos que o compõem. Respeitando-se as limitações assinaladas e dentro de uma visão prioritariamente biogerontológica, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 1996).

Esta definição pode ser complementada com outro conceito, este predominantemente funcional, elaborado por COMFORT (1979), segundo o qual o

envelhecimento se caracteriza por redução da capacidade de adaptação homeostática, perante situações de sobrecarga funcional do organismo.

Segundo NERI (1995);

“... envelhecimento é o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte”.

O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica e psicológica.

4.1.1 Velho e velhice

Às manifestações somáticas da velhice, que é a última fase do ciclo da vida, as quais são caracterizadas por redução da capacidade funcional, calvície e redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, associam-se perdas dos papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras e afetivas.

Na maioria das pessoas, tais manifestações somáticas e psicossociais começam a se tornar mais evidentes já a partir do fim da terceira década da vida, ou seja, muito antes da idade cronológica que demarca socialmente o início da velhice.

É preciso esclarecer que essas manifestações facilmente observáveis quando o processo que as determina encontra-se em toda sua plenitude. Deve ser assinalado que não há uma consciência clara de que, através de características físicas, psicológicas, sociais e culturais e espirituais, possa ser anunciado o início da velhice.

Segundo BALDESSIN (1996), alguns parecem velhos aos 45 anos de idade e outros jovens aos 70. Se o início exato da velhice é rigorosamente indefinido e, portanto, torna-se difícil tentar fixá-lo, maior dificuldade talvez resida nas diferentes formas como a sociedade vêem o fenômeno e o idoso: preconceituosa com aqueles que têm origem em classes sociais mais baixas, benevolente para os que ocupam classes sociais mais elevadas (NERI, 2001). Essas considerações deixam claro que, ao lado dos problemas médicos, psicológicos e legais, muito mais acentuados e frequentes na velhice, assumem particular importância os problemas sociais nas classes mais desfavorecidas.

4.1.2 Autonomia e independência

Define-se autonomia como a capacidade de decisão, de comando; e independência, como a capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Vários significados são encontrados na literatura, além dos dois citados, os quais podem tornar mais fácil e compreensão e a importância do tema.

EVANS (1984) chama de autonomia o estado de ser capaz de estabelecer e seguir as próprias regras e diz que, para um idoso, a autonomia é mais útil que a independência como objetivo global, pois pode ser restaurada por completo, mesmo quando o indivíduo continua dependente. Assim, uma senhora com fratura do colo do fêmur, que ficou restrita à cadeira de rodas, poderá exercer sua autonomia, apesar de não ser totalmente independente (PASCHOAL, 1996).

Independência e dependência são conceitos ou estados que só podem existir em relação a alguma outra coisa. Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afetiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada.

Em termos afetivos, alguém pode ser independente em relação a uma pessoa e dependente em relação a outras. WILKIN (1990) conceitua dependência como sendo um estado no qual um indivíduo confia em outro (ou em outros), para ajudá-lo a alcançar necessidades previamente reconhecidas.

Estas definições e tantas outras transmitem a impressão de que a dependência sempre se refere a uma relação social. Ela, portanto, não é um atributo individual, mas sim de um indivíduo em relação a outros.

O que se procura obter é a manutenção da autonomia e o máximo de independência possível e, em última análise, a melhora da qualidade de vida. Isto só poderá ser obtido através de uma avaliação gerontológica abrangente, que tem a finalidade de atuar sobre o desempenho físico, psíquico (cognitivo e afetivo) e social.

De acordo com PAPALÉO NETTO apud LEME (1996):

“Lembra que poucos problemas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional associada a esse processo. Como a gerontologia e a geriatria são campos científicos e profissionais relativamente novos, parece a muitos que a preocupação com a velhice teve origem nos nossos dias, mas essa é uma falsa crença”.

Sobre o processo de envelhecimento, pode-se afirmar que tal fenômeno retrata uma das maiores conquistas de toda a civilização, isso reflete a melhoria das condições de vida que ao longo dos anos foram conquistados, seja na saúde e medicina, educação, pesquisas, conhecimento científico, etc.

“O envelhecimento é um processo inevitável, invencível, que pode ocorrer de variadas formas, podendo ser analisado a partir dos pontos de vista cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico e funcional, cada qual com suas especificidades e respondendo diferentemente aos questionamentos em relação ao processo de envelhecer”. (VONO, 2009, p.17)

4.2 O CONTEXTO ASILAR NA ATUALIDADE

A Instituição asilar pode ser vista como uma alternativa de prestação de serviço à população idosa, embora ninguém negue que o melhor local de permanência dos idosos é junto a seus familiares.

Percebemos uma intensa procura por instituições asilares não só por parte das famílias cujos idosos são de alta dependência com enfermidade física ou mental, mas também por idosos “jovens”, que se encontram na faixa etária de 60 a 65 anos, abandonados pelos seus familiares, ou vítimas da sua própria sorte, decorrentes das transformações sociais e econômicas que perpassam a sociedade contemporânea.

Entendemos por modalidade asilar, segundo a Política Nacional da Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), o regime de internato dispensado ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. A assistência na modalidade asilar, conforme a mesma lei prescreve, deveria ocorrer somente no caso de inexistência do grupo familiar, de abandono, carência de recursos financeiros ou de própria família.

Para SANT’ANNA (2000), o asilo para os idosos pode ter a representação de um lugar de não-trabalho, de um sentimento de perda, no qual falta somente perder a vida. A questão do asilamento pode ser vista como um distanciamento ou separação entre o mundo interno e o externo, um local de rompimento dos laços sociais. Nessas condições, a institucionalização do idoso apresenta-se como uma forma de segregação e exclusão social.

Num estudo realizado por PORTELLA e JÜCHEM (2003) sobre a condição de asilamento na visão do asilado, os resultados apontam o asilo como um espaço de

convivência, um exílio longe das origens, um espaço perturbador, ao mesmo tempo em que se mostra também como um segundo lar, um lugar bom para se viver. O estudo revela ainda que os sentimentos quanto à institucionalização têm relação direta com os determinantes dessa condição.

Aquele idoso que faz opção asilamento sente-se bem; em contrapartida, aquele que é posto lá sem ter outra escolha sofre e não aceita sua condição.

4.3 PLANEJAMENTO DE AMBIENTES INSTITUCIONAIS PARA IDOSOS COM DEMENCIA DE ALZHEIMER

Segundo PAPALEO NETTO (1999), o desenvolvimento de ambientes para idosos com demência de Alzheimer e outros tipos de demência vem cada vez mais sendo reconhecido como objeto de estudo e de necessidade terapêutica.

Nos EUA, a presença de *Special Care Units* (Unidades de Cuidados Especiais) dobrou entre 1991 e 1995, de forma que pelo menos 22% das instituições de longa permanência têm ao menos uma unidade adaptada com ambiente terapêuticos para grupos de idosos portadores de necessidades específicas, como os de demência.

Recomendações relativas ao *design* de ambientes para idosos com demência são organizadas da seguinte forma:

- **Princípios quanto ao planejamento:** devem proporcionar um aspecto de cuidados contínuos que abranjam varias fases da doença e capacidades funcionais diferentes.
- **Atributos gerais:** são qualidades desejáveis do ambiente como um todos, principalmente a desospitalização dos ambientes.
- **Organização do edifício:** arranjo dos espaços dentro da instituição (p.ex., o desenho do ambiente deve facilitar a orientação dos residentes).
- **Aposentos específicos e espaços para atividades:** o desenho dos banheiros deve preservar a dignidade e a privacidade dos residentes, independente do estagio da doença. Muito têm sido discutidos sobre o quanto as modificações e o desenvolvimento de ambiente baseiam-se em evidencias de pesquisa e o quanto tem como fundamento

informações não comprovada cientificamente. A seguir são descritos alguns pontos importantes e que congregam algumas evidências científicas a respeito do desenvolvimento de ambientes para idosos portadores da demência.

5 A DOENÇA DE ALZHEIMER¹

De acordo com BARASNEVICIUS (2002, p.119)

“Demências são doenças mentais que se caracterizam por alterações progressivas da memória, orientação temporo-espacial, aprendizado, crítica, expressão verbal e concentração. Nas demências ocorrem mudanças da personalidade e diminuição da capacidade de executar tarefas rotineiras com a facilidade de antes”.

A Doença de Alzheimer é uma enfermidade incurável que se agrava ao longo do tempo, mas pode e deve ser tratada. Quase todas as suas vítimas são pessoas idosas.

Talvez, por isso, a doença tenha ficado erroneamente conhecida como “esclerose” ou “caduquice”.

A doença se apresenta como demência, ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem), causada pela morte de células cerebrais. Quando diagnosticada no início, é possível retardar o seu avanço e ter mais controle sobre os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e à família.

Seu nome oficial refere-se 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.

Não se sabe por que a Doença de Alzheimer ocorre, mas são conhecidas algumas lesões cerebrais características dessa doença. As duas principais alterações que se apresentam são as placas senis decorrentes do depósito de proteína beta-amiloide, anormalmente produzida, e os emaranhados neurofibrilares, frutos da hiperfosforilação da proteína *tau*. Outra alteração observada é a redução do número das células nervosas (neurônios) e das ligações entre elas (sinapses), com redução progressiva do volume cerebral.

Estudos recentes demonstram que essas alterações cerebrais já estariam instaladas antes do aparecimento de sintomas demenciais. Por isso, quando aparecem as

¹ Texto extraído do site da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer

manifestações clínicas que permitem o estabelecimento do diagnóstico, diz-se que teve início a fase demencial da doença.

As perdas neuronais não acontecem de maneira homogênea. As áreas comumente mais atingidas são as de células nervosas (neurônios) responsáveis pela memória e pelas funções executivas que envolvem planejamento e execução de funções complexas. Outras áreas tendem a ser atingidas, posteriormente, ampliando as perdas.

Estima-se que existam no mundo cerca de 35,6 milhões de pessoas com a Doença de Alzheimer. No Brasil, há cerca de 1,2 milhão de casos, a maior parte deles ainda sem diagnóstico.

5.1 FATORES DE RISCO²

A idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento de demência da Doença de Alzheimer (DA). Após os 65 anos, o risco de desenvolver a doença dobra a cada cinco anos.

As mulheres parecem ter risco maior para o desenvolvimento da doença, mas talvez isso aconteça pelo fato de elas viverem mais do que os homens.

Os familiares de pacientes com DA têm risco maior de desenvolver essa doença no futuro, comparados com indivíduos sem parentes com Alzheimer. No entanto, isso não quer dizer que a doença seja hereditária.

Embora a doença não seja considerada hereditária, há casos, principalmente quando a doença tem início antes dos 65 anos, em que a herança genética é importante. Esses casos correspondem a 10% dos pacientes com Doença de Alzheimer.

Pessoas com histórico de complexa atividade intelectual e alta escolaridade tendem a desenvolver os sintomas da doença em um estágio mais avançado da atrofia cerebral, pois é necessária uma maior perda de neurônios para que os sintomas de demência comecem a aparecer. Por isso, uma maneira de retardar o processo da doença é a estimulação cognitiva constante e diversificada ao longo da vida.

Outros fatores importantes referem-se ao estilo de vida. São considerados fatores de risco: hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Esses fatores

² Texto extraído do site da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer

relacionados aos hábitos são considerados modificáveis. Alguns estudos apontam que se eles forem controlados podem retardar o aparecimento da doença.

5.2 EVOLUÇÃO DA DOENÇA³

A Doença de Alzheimer é caracterizada pela piora progressiva dos sintomas. Entretanto, 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.

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.

³ Texto extraído do site da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer

5.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Na fase inicial o diagnóstico baseia-se no exame clínico, devendo ser descartadas outras causas de demência, como distúrbios endócrinos e lesões vasculares cerebrais.

O diagnóstico permite que o paciente seja tratado adequadamente, embora nenhum medicamento leve à cura. A doença de Alzheimer é crônica, progressiva e, até o momento, incurável. No entanto, a cada dia aumenta a compreensão sobre determinadas características dessa doença, surgem novos medicamentos e o diagnóstico é feito mais precocemente.

Desde 1993, têm sido usadas no tratamento drogas que aumentam a oferta do neurotransmissor acetil-colina diminuindo a sua degradação. São eles a Tacrina (Cognex e Tacrinal), o Donazepil (Aricept) e a Rivastigmina (Exelon).

Além do tratamento farmacológico deve-se fazer o treinamento da atenção, memória, linguagem e orientação, usando-se agendas e calendários. Todo o tipo de tratamento deve incluir familiares e cuidadores, que devem receber informações, apoio e suporte. Os avanços mais recentes nas pesquisas da doença de Alzheimer nos fazem crer que, no futuro, haverá mais pacientes com vida independente por mais tempo.

Conforme GWYTHER (1985, p. 31);

“Como a Doença de Alzheimer não é resultado da falta de sangue ou oxigenação cerebral, os vasodilatadores não funcionam na doença de Alzheimer. Como não é uma deficiência vitamínica, vitaminas não atuam. Até agora não há tratamentos ou cura definitiva para a doença de Alzheimer, porém os sintomas associados podem ser controlados”.

Vimos algumas características da doença de Alzheimer, de como surge, seu diagnóstico, seus estágios e tratamentos. Conheceremos a seguir quem são os cuidadores dos que possuem essa forma de demência, como se comportam e quais os cuidados a serem tomados com os idosos.

5.4 QUEM SÃO OS CUIDADORES DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

Na literatura sobre cuidadores de idosos dependentes, segundo BARER e JOHNSON (1990) apud MENDES (2002, p.172):

“Os critérios utilizados para identificar esses cuidadores, no entanto, não são claros, havendo múltiplas definições. Algumas delas restringem os cuidadores domiciliares à esfera das relações familiares, ou seja, o cuidador domiciliar é definido pelos vínculos parentais existentes com a pessoa cuidada. Outras definições são baseadas no tipo de cuidados prestados ao idoso dependente, podendo ser caracterizado, como cuidador, desde aquele que dá apenas uma retarguarda até aquele que oferece dedicação exclusiva por longos períodos”.

Outros autores como CAFFERATA e SANGL (1987) apud MENDES (2002, p.172), são mais explícitos e distinguem:

“O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares”.

Segundo BRANDÃO (1996) apud ZIMERMAN (2000, p.85):

“Cuidadores são pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam elas membros da família que, voluntariamente ou não, assumem essa atividade, sejam pessoas contratadas pela família para esse fim.”

O papel dos cuidadores é o de reconhecer as necessidades, possibilidades e as limitações da pessoa a ser cuidada fazendo parte do *staff* de saúde (gerontólogo, médico, fisioterapeuta, nutricionista, etc.). E para o sucesso do trabalho, é importante que o idoso seja tratado com atenção e respeito, precisando ter-se conhecimento da situação do velho e da família, liberdade para falar com os familiares e os técnicos, dando e recebendo informações do estado do paciente.

Segundo SZRAJER (2002, p.39)

“Cuidador é aquele que acorda de madrugada para cuidar de seu paciente [...] Ora, o cuidador não verá a pessoa deficiente como seu paciente, e sim como seu pai, sua mãe, seu filho, ou outra pessoa muito ligada a si. Geralmente não há uma relação comercial e profissional entre o cuidador e o cuidado”.

As pesquisas citadas por SINCLAIR (1990) apud MENDES (2002, p.173) esclarecem;

“... apresentam classificações, como, por exemplo, por tipos de cuidados: latentes ou manifestos, de curto ou longo prazo, frequentes ou ocasionais, complexos ou simples. Outras classificações consideram as relações implícitas aos cuidados, como a intensidade ou privacidade requerida, a impessoalidade e a interação entre o cuidador e a pessoa cuidada. O grau de interesse entre cuidador e paciente é também citado, na medida em que determinados tipos de cuidados são oferecidos fora dos domicílios”.

Essas distinções permitem que as demandas sejam verificadas por cuidados, as formas para os cuidados, os modos de experimentar os cuidados, tanto pelos cuidadores quanto pelos pacientes.

Outras classificações como a de WEISS (1975) apud MENDES (2002, p.174) "distinguem cuidados caracterizados por 'intimidade e ligações afetivas', 'integração social', 'função nutriente', 'reafirmação de valores', 'confiabilidade' e 'orientação'.

Segundo BAYLEY (1985) apud MENDES (2002 p. 174):

"[...] que dividem os cuidados em pessoais e práticos, distinguindo os 'cuidados muito pessoais' (dar banho); 'cuidados pessoais' (cozinhar); 'cuidados gerais' (sistematizar a ingestão de remédios); 'cuidados sociais' (como ir ao banco ou acompanhar ao médico). Essas classificações exigem, é claro, verificar quem executa esses cuidados, se parentes, amigos/vizinhos e/ou profissionais".

De acordo com MENDES (2002, p.176);

"A identidade de cuidador, portanto, vai sendo construída no processo de cuidar do outro. É no seu fazer que a dimensão de cuidar vai sendo internalizada e concretizada. É no processo relacional com o outro (paciente) e consigo mesmo, que o cuidador vai produzindo, para além da atividade de cuidar, a sua identidade. É uma mudança que se opera na relação entre ambos, processada no tempo, levando-o a apropriar-se de sua nova condição de cuidador e redefinindo todas as relações que o cercam".

Assim, o processo de construção de identidade do cuidador vai sendo operado no enfrentamento de um novo cotidiano, sendo este o espaço do imediato, em que os indivíduos devem "funcionar" por meio do saber prático.

Esse processo joga para o cuidador novas demandas, que passam a exigir toda sua energia. Também o doente tem para si, a vivência radical de sua dependência em relação ao outro causando-lhe sensação de impotência. Essa relação de dependência passa a ter significados diferentes para ambos.

Para o paciente, a relação de dependência está inscrita na sua capacidade de realizar a maioria das atividades sozinhas e para o cuidador, a relação de dependência com o paciente está inscrita na necessidade do outro por cuidados pessoais e atenções constantes não sendo apenas simples mudança de rotinas, mas sobretudo, das condições de existência de cada um em relação com o outro e consigo mesmo.

Observamos que existem diferentes tipos de cuidadores, mas que possuem os mesmos objetivos que são de cuidar, dar assistência para sobrevivência desses idosos, seja apoio básico ou de saúde.

O papel da família no processo da doença é de grande importância, sendo que na maioria das vezes ela é o primeiro cuidador a ter contato com o idoso quando este não estiver em situação de abandono. Entretanto veremos qual o significado da doença de Alzheimer para estas famílias.

5.5 O SIGNIFICADO DO ALZHEIMER PARA A FAMÍLIA

A família é o campo básico da reprodução da vida, sendo considerada por muitos autores como o “porto seguro”. Mas, quando uma família é surpreendida por uma doença, fica fragilizada e as atitudes comportamentais variam. A doença abala e ocasiona incerteza, insegurança e outros sentimentos negativos.

Poucas pessoas estão preparadas para a responsabilidade e para a sobrecarga que é cuidar de um portador de DA. O impacto do diagnóstico em uma família é extremamente desalentador, pois existe um desconhecimento da doença, do que fazer, como agir, como entender a pessoa afetada e como entender seu próprio sentimento.

Segundo CALDAS (2002), comenta, “frequentemente os familiares vêm-se limitados, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa por ‘não estar fazendo o bastante’ por um parente amado”. Reação de raiva, vergonha e até dificuldade em pedir ajuda aos outros também é comum em algumas famílias sendo que estas ficam paralisadas em determinadas situações ou muitas vezes se acomodam sem iniciativa. O aumento da despesa é também um fator preocupante para família.

A família muitas vezes no sentimento de raiva passa a pensar o porquê de a doença estar acontecendo justamente àquela pessoa de seu convívio, transferindo aos outros sua raiva e ao idoso também pelo seu comportamento difícil.

De acordo com CALDAS (1995) apud CALDAS (2002):

“[...] a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar demenciado é imensa. E não se deve esperar que os cuidadores entendam e executem as técnicas básicas de enfermagem corretamente. O enfermeiro precisa treinar o cuidador e supervisionar a execução das técnicas básicas de enfermagem, incluindo o posicionamento no leito, banho, alimentação, troca de roupa de cama, etc. A família deve ser preparada para os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham esta responsabilidade”.

A fase mais difícil do Alzheimer é enfrentada pela família do paciente que acompanha todo o desenvolvimento da doença. A doença de Alzheimer afeta os familiares de modo devastador.

As dúvidas e incertezas com o futuro, a grande responsabilidade, a inversão de papéis onde os filhos passam a se encarregar dos cuidados de seus pais, além da enorme carga de trabalho e sobrecarga emocional, acabam por gerar no meio familiar intenso conflito e angústia submetendo a família à enorme pressão psicológica que vem acompanhada de depressão, estresse, queda de resistência física, problemas de ordem conjugal, etc.

É necessário que a família conheça sobre a doença, como se manifesta, quais os sintomas, como será sua evolução e saber o que fazer em determinadas situações beneficiando a qualidade de vida do idoso.

HARVINS e RABINS (1989) apud CALDAS (2002), destacam que a assistência ao paciente demenciado pode ser muito estressante e pode levar muitos familiares a desequilíbrios físicos e psicológicos. “Os cuidadores apresentam vários sintomas de stress, geralmente têm um balanço afetivo negativo e, em relação à população em geral, eles apresentam menor nível de satisfação de viver”.

À medida que o paciente regride, há um grande risco de se desconsiderar a sua dignidade, individualidade e liberdade quando os familiares passam a encarar o paciente como um estranho vivendo num corpo que anteriormente abrigou a pessoa que eles conheciam, sem levar em conta sua história pessoal de vida. Há, portanto, o risco do paciente ser tratado de uma forma impessoal e até desumanizada, apesar de todo cuidado físico.

De acordo com SANTOS (2003, p.82);

“as dificuldades de interação entre os familiares cuidadores e os portadores de Alzheimer geralmente provocam muitos conflitos que favorecem o gradual o distanciamento entre familiar e portador”.

Entretanto, a maneira como os portadores vivenciam a doença está também relacionada com os significados que os familiares atribuem ao seu empenho.

Segundo CANGUILHEM (1978) apud SANTOS (2003, p.86);

Diante das dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, recordar “a maneira como ele era” é uma forma de elaborar as perdas. O cuidador se utiliza das recordações como uma estratégia de enfrentamento e vai gradativamente se adaptando à situação, ao mesmo tempo em que vai re-significando seu familiar como doente.

À medida que os cuidadores vão construindo a demência como uma doença e vão reinterpretando seu significado, passam também a re-significar seu papel junto ao seu familiar. Então, operam-se mudanças importantes em suas relações, na dinâmica e na estrutura familiar onde se consolida a redefinição ou troca de papéis.

Segundo SANTOS (2003, p.86);

“A aceitação de ter que assumir novos papéis é um processo que vai se configurando com a evolução da doença. Porém, é somente através das manifestações das dificuldades do portador que o familiar vai compreendendo que terá de assumir novos papéis, que extrapolam as atividades do cuidar”.

No entanto, geralmente, existe uma situação que serve de “divisor de águas”, isto é, um fato que leva o familiar a se conscientizar da necessidade dessa mudança.

De acordo com CALDAS (2002, p. 45):

“Por haver uma relação com o idoso anterior ao processo demencial, a família tem muita dificuldade de aceitar e enfrentar transformação daquela pessoa que progressivamente vai assumindo um outro modo de ser, embora o mesmo corpo tão conhecido permaneça”.

Com isso, embora haja um membro da família que termina tornando-se o principal responsável pelos cuidados do idoso, todo o sistema familiar necessita envolver-se no cuidado, até porque, à medida que isso ocorre, cada membro da família tem a possibilidade de compreender o que está acontecendo com o idoso e pode contribuir para aliviar a carga destes familiares.

Ainda segundo CALDAS (2002), “É fundamental para a atenção ao idoso que seus familiares sejam vistos nas suas singularidades. E como tais precisam ser ouvidas suas necessidades detectadas e, a partir deste diagnóstico, receber cuidados”.

Os cuidados a serem prestados aos familiares devem garantir apoio à sua desgastante tarefa. A família precisa receber atenção específica dos profissionais da saúde

e é preciso que estes profissionais da saúde compreendam que o cumprimento das prescrições e orientações por parte dos cuidadores não significa que as necessidades do idoso estão sendo plenamente atendidas.

Assim, quando há uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao doente em processo demencial.

Um cuidador que recebe apoio adequado busca aprender e descobrir novas estratégias para lidar com seu ente querido, reduzindo os desencontros entre as necessidades de ambos. Com isso é possível que aprenda a fazer ajustes no seu cotidiano e não anule as suas possibilidades de continuar a ter uma vida própria.

O que os cuidadores familiares demandam, além de compreensão, é apoio estratégico e institucional, pois suas necessidades não são apenas de ordem emocional, sendo também objetivas e subjetivas, como poder contar com estruturas confiáveis para acompanhar o seu familiar idoso e para atender a eles próprios que se esgotam e necessitam de atenção.

Vimos que é a família que percebe as mudanças de estado, o surgimento de algo que encontra-se errado em relação ao idoso, é nelas que a maioria dos idosos convivem, e não é fácil lidar com este tipo de demência tanto para família quanto para o idoso.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia usada neste trabalho foi a pesquisa bibliográfica e documental de forma exaustiva na busca de informações sobre o tema proposto. Foram pesquisados, consultados, analisados e compilados textos, relatórios, dados estatísticos e gráficos em livros e sites informativos e direcionados como o da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer, a fim de proporcionar um projeto com embasamento consistente em todos os seus aspectos e fases.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida de forma manual e eletrônica, onde destaca-se revistas, livros e periódicos especializados, bem como artigos e trabalhos científicos pesquisados na internet.

Cabe salientar, que neste projeto foi utilizado pesquisa em internet. Neste sentido, GIL (2008, p. 74), considera a pesquisa na Internet também como forma de pesquisa bibliográfica, e complementa, “A internet constitui hoje um dos mais importantes veículos de informações. Não se pode deixar de lado as possibilidades deste meio”.

Além da pesquisa bibliográfica, utilizou-se aqui também a estratégia de pesquisa documental. Conforme GIL (2008, p. 46) “... na pesquisa documental as fontes são muito mais diversificadas, vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico”.

Ainda GIL (2008, p. 45) disserta,

“... a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

A pesquisa tem por finalidade colocar o pesquisador em contato com o que já se produziu e se registrou a respeito do tema de pesquisa. Tais vantagens revelam o compromisso da qualidade da pesquisa.

Desta forma, além de permitir o levantamento das pesquisas referentes ao tema estudado, a pesquisa bibliográfica permite ainda o aprofundamento teórico que norteia a pesquisa.

7 RESULTADO

7.1 ASPECTOS LEGAIS

A fim de regularizar, padronizar e adequar o atendimento em Instituições para idosos, em 2005 o governo lançou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.

Abaixo segue texto parcial da supracitada resolução. Vale salientar, que é desnecessário neste momento o seu descritivo completo, pois entende-se que as instituições existentes a partir da sua publicação adequaram-se aos requisitos deste regulamento técnico.

RDC/ANVISA – Nº 283 DE 26 DE SETEMBRO DE 2005.
A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11 inciso IV do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c do Art. 111, inciso I, alínea "b" § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 20, de setembro de 2005, e:
<ul style="list-style-type: none"> • considerando a necessidade de garantir a população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor;
<ul style="list-style-type: none"> • considerando a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência;
<ul style="list-style-type: none"> • considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para idosos;
<ul style="list-style-type: none"> • considerando a necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos e privados das Instituições de Longa Permanência para Idosos, adota a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Tabela 1 - Fonte: www.anvisa.gov.br - RDC nº 283/2005.

RDC/ANVISA N° 94, DE 31 DE DEZEMBRO DE 2007.
Altera anexo da Resolução - RDC N° 283, de 26 de setembro de 2005.
A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto n° 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1° e 3° do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria n° 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 20 de dezembro de 2007, e adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:
Art. 1° A alínea d) do subitem 4.7.7.1 do Item 4.7 - Infra-Estrutura Física do anexo da Resolução - RDC n° 283, de 2005, passa a vigorar com a seguinte redação:
4.7 - Infra-Estrutura Física
4.7.7.1 - Dormitórios separados por sexos, para no máximo 4 pessoas, dotados de banheiro.
d) Deve ser prevista uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas. ” (NR) <input type="checkbox"/>

Tabela 2 - Fonte: www.anvisa.gov.br

7.2 A QUALIDADE DO CUIDADO AO IDOSO COM ALZHEIMER NA INSTITUIÇÃO

Tornando-se, então a ILPI como um lar especializado, com dupla função – a de proporcionar assistência gerontogerátrica conforme o grau de dependência dos seus residentes e a de oferecer, ao mesmo tempo, um ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a intimidade e a identidade dos seus residentes, certamente a qualidade do cuidado irá pressupor a realização satisfatória desses objetivos.

Nas ILPs com qualidade, o idoso pode recuperar a saúde e a vontade de viver, criar novas relações sociais, desenvolver-se.

Infelizmente, no Brasil, ainda constituem minoria as instituições merecedoras dessa qualificação. Em geral, suas configurações se traduzem em estruturas constrangedoras, com critérios padronizados que não permitem a expressão individual, promovendo a despersonalização do indivíduo.

Qualquer que seja o nível de qualidade dos serviços tende a romper-se bruscamente o padrão de vida anterior, e em seu lugar oferece-se uma situação de compartimento fechado, que afasta o idoso do convívio social e familiar. Se forem

acrescentados avaliações inconsistentes, planejamento inadequado do cuidado, polifarmácia, atenção médica deficiente e acompanhamento inapropriado pós-diagnóstico, o resultado será o agravamento de condições e a piora da situação existencial e orgânica. Junta-se precariedade com fragilidade, e, assim, o ato final poderá ser acomodação e antevisão da morte.

MCCALLION et.al. (1999), estudando um treinamento realizado para auxiliares de enfermagem em dois lares sem finalidades lucrativas para idosos dependentes, constataram que houve melhoria na comunicação dessas funcionárias com idosos demenciados. Uma das consequências foi a diminuição do estado depressivo dos idosos. Outro resultado foi o aumento na competência dessas funcionárias para lidar com os problemas de comportamento dos residentes com quadro demencial.

No Brasil, a heterogeneidade das ILPs se manifesta acentuadamente no item pessoal. Tem-se constatado que um grande número de ILPs, seja por problemas de ordem financeira ou inexistência de pessoal qualificado na localidade onde se encontra a instituição, conta com um pessoal egresso do ensino do primeiro grau incompleto, distante, por conseguinte, do padrão mínimo recomendado.

Uma questão que tem sido objetivo da polêmica é o reconhecimento, pelo Ministério do Trabalho, na Classificação Brasileira de Ocupações, da categoria de cuidador de idosos, pare da “família”, cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos.

Essa categoria de trabalhadores, tanto na instituição quanto no domicílio do indivíduo, é reconhecida em vários países. Tem uma função específica, e sua formação vai se aperfeiçoando com o tempo. No Brasil, a existência da categoria é uma realidade já definida pelo Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, instituído pela Portaria Interministerial 5.153/99, assinada pelo Ministro da Previdência e Assistência Social e pelo Ministro da Saúde.

Declaração de princípios, isoladamente, não influi no padrão qualitativo da instituição. No entanto, é significativo e necessário que diretores de ILPs se reúnam para discutir e elaborar os princípios norteadores de cuidado institucional. Em 24 de setembro de 1993, concluindo um encontro realizado na Holanda, sob os auspícios da Associação Européia de Diretores de Instituição de Idosos, foi elaborada a Carta Européia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições, parcialmente citada a seguir:

1. Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição
2. Manter a autonomia do idoso
3. Favorecer a livre expressão da sua vontade
4. Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade
5. Possibilitar liberdade de escolha
6. Garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa
7. Respeitar a privacidade
8. Reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação
9. Reconhecer o direito do idoso e assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme sua escolha
10. Respeitar a manutenção do seu papel social
11. Garantir acesso ao melhor cuidado conforme seu estado de saúde
12. Proporcionar cuidado integral e não apenas médico.

7.3 INSTALAÇÕES

A Instituição Cuidando de **AZ** será localizada em Canoas. Uma aconchegante casa de 600 m² com excelente vista para o verde e flores, decorada com estilo e bom gosto. Local muito tranquilo e seguro, com amplo jardim, proporcionando caminhadas e atividades extras.

Inicialmente com aceitação de 18 idosos.

A Instituição será composta de:

- Dormitórios: Individuais e com 02 a 03 leitos, todos separados por sexo e grau de dependência;
- Sanitários: todos adaptados para as necessidades do idoso;
- Sala de TV: adaptada com televisão, sofá e poltronas para o conforto dos idosos;
- Cadeiras de rodas aos mais dependentes;
- Refeitório: cadeiras com assentos largos e mesas amplas, proporcionando uma alimentação em um ambiente confortável;

- *Sollarium*: um local onde contem mesas, cadeiras, churrasqueira, onde realizaremos festas comemorativas, atividades educacionais, atividades físicas e outros, em um local arborizado.

O mobiliário deverá ser confortável e seguro. A altura das cadeiras e poltronas deverá ser adequada aos usuários. Cadeiras ou poltronas muito baixas macias ou fundas dificultam ao idoso o sentar-se e levantar-se;

Será estimulado que o idoso leve alguns mobiliários ou pertences pessoais ao ingressar na Instituição, para dar um toque familiar ao ambiente, permitindo estabelecer uma continuidade com o passado e torná-lo mais acolhedor. Um ambiente familiar pode diminuir a ansiedade do idoso provocada pela mudança radical que ele teve de fazer.

7.4 CLIENTES

Será avaliado o perfil dos idosos, a partir dos seguintes sintomas:

- déficit de memória;
- dificuldades de executar tarefas;
- problemas com vocabulário;
- desorientação no tempo e espaço;
- colocar objetos em lugares equivocados;
- alterações de humor e de comportamento;
- incapacidade de julgar situações.

Após o relato do familiar dos sintomas acima, será realizado pelo médico um mini-exame para comprovação da demência.

7.5 EQUIPE

- Médico
- Psicóloga
- Enfermeira
- Nutricionista

- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Enfermagem 24h
- Terapia Ocupacional

7.6 ATIVIDADES

- Ginástica Laboral;
- Aulas de dança;
- Passeios;
- Eventos Comemorativos;
- Duas (2) oficinas de terapia ocupacional por semana;
- Jogos diversos.

7.7 VISITAS

A Instituição Cuidando de AZ terá portas abertas 24 horas por dia. As visitas serão sempre bem vindas e estimuladas. O ambiente proporcionará um melhor convívio devido ao jardim externo que será cuidadosamente planejado para oferecer tranquilidade e segurança, onde o idoso terá imenso prazer de mostrar suas atividades aos familiares e amigos.

8 CRONOGRAMA DE AÇÃO

Período: 2014

Etapas	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
TRABALHO TEÓRICO							X					
SOLICITAÇÃO DE LICENCAS, ALVARÁS								X				
ADMISSÃO DE COLABORADORES									X			
CAPACITAÇÃO DOS COLABORADORES										X		
DIVULGAÇÃO DA INSTIUIÇÃO											X	
REFORMAS GERAIS							X					
VISITA VIGILÂNCIA									X			
VISITA BOMBEIROS								X				
INAUGURAÇÃO DA INSTITUIÇÃO												X

Tabela 3 - Cronograma - elaborado pela autora.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender as perspectivas do cuidado em situações e necessidades do idoso e do cuidador poderá auxiliar no planejamento de intervenções para melhorar a qualidade de assistência para os idosos, cuidadores e familiares.

Embora cuidar possa ser sofrido, a evolução da doença, a dor, a dificuldade, as preocupações referentes ao ato de cuidar e a aceitação na nova realidade podem conduzir a mudança, bem como a busca de um significado para este ato, que é, assim, tido como sofrimentos, como forma de aprender e crescer do ponto de vista existencial (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006)

FRANKL (1999) afirma que é importante encontrar sentido no sofrimento para que a pessoa consiga superá-lo da melhor forma.

Tirar lições positivas das experiências dolorosas faz a pessoa crescer na dimensão mais profunda que um ser pode alcançar: dar sentido à sua dor, por pior que possa parecer. “Sempre e em toda parte, a pessoa esta colocada diante da decisão de transformar a sua situação de mero sofrimento numa realização interior de valores” (FRANKL, 1999, p.68).

10 ANEXOS

10.1 MINI EXAME MENTAL

(Folstein, 1975)

Paciente: _____ **Idade:** _____

Data de avaliação: _____ **Avaliador:** _____

Orientação:

- | | |
|--|---------|
| 1) Dia da Semana (1 ponto) | () |
| 2) Dia do Mês (1 ponto) | () |
| 3) Mês (1 ponto) | () |
| 4) Ano (1 ponto) | () |
| 5) Hora aproximada (1 ponto) | () |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto) | () |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | () |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) | () |
| 9) Cidade (1 ponto) | () |
| 10) Estado (1 ponto) | () |

Memória Imediata:

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo:

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65) (1 ponto para cada cálculo correto) ()

Evocação:

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ()

Linguagem:

- | | |
|--|---------|
| 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) | () |
| 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) | () |
| 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) | () |
| 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto) | () |
| 5) Escrever uma frase (1 ponto) | () |
| 6) Copiar um desenho (1 ponto) | () |

Escore: (/ 30)

10.2 CUSTOS, INVESTIMENTOS, DEMONSTRAÇÕES E FLUXO DE CAIXA

<i>Item</i>	<i>Descrição</i>	<i>Unid.</i>	<i>Quant.</i>	<i>Valor Unit.</i>	<i>Total</i>
1	Fogão semi-incl. 6 bocas c/forno	unid	1	R\$ 450,00	R\$ 450,00
2	Refrigerador	unid	2	R\$ 600,00	R\$ 1.200,00
3	Freezer	unid	1	R\$ 500,00	R\$ 500,00
4	Pia/balcão	unid	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
5	Mesa p/6 pessoas	unid	2	R\$ 500,00	R\$ 1.000,00
6	Cadeiras	unid	16	R\$ 130,00	R\$ 2.080,00
7	Armário p/louças	unid	1	R\$ 600,00	R\$ 600,00
8	Exaustor	unid	1	R\$ 250,00	R\$ 250,00
9	Talheres	jogo	20	R\$ 20,00	R\$ 400,00
10	Panelas	unid	7	R\$ 40,00	R\$ 280,00
11	Utensílios diversos p/cozinha -	unid	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
12	Liquidificador	unid	1	R\$ 100,00	R\$ 100,00
13	Poltronas (tipo do papai)	unid	4	R\$ 300,00	R\$ 1.200,00
14	Sofá p/3pessoas	unid	2	R\$ 400,00	R\$ 800,00
15	Camas	unid	20	R\$ 200,00	R\$ 4.000,00
16	Criado Mudo	unid	20	R\$ 120,00	R\$ 2.400,00
17	Colchões solteiro	unid	20	R\$ 80,00	R\$ 1.600,00
18	Roupeiros	unid	5	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00
19	TVs LCD 32"	unid	2	R\$ 1.200,00	R\$ 2.400,00
20	Aparelho de som	unid	1	R\$ 500,00	R\$ 500,00
21	Aparelho de DVD	unid	1	R\$ 200,00	R\$ 200,00
22	Telefone	unid	3	R\$ 40,00	R\$ 120,00
23	Computador	unid	1	R\$ 800,00	R\$ 800,00
24	Monitor	unid	1	R\$ 250,00	R\$ 250,00
25	Modem Roteador (internet)	unid	1	R\$ 150,00	R\$ 150,00
26	Luminárias	unid	5	R\$ 80,00	R\$ 400,00
27	Abajures	unid	10	R\$ 50,00	R\$ 500,00
28	Aquecedores	unid	5	R\$ 60,00	R\$ 300,00
29	Ar Condicionado Split - 12.000btus	unid	1	R\$ 1.200,00	R\$ 1.200,00
30	Roupas de Cama	jogo	20	R\$ 70,00	R\$ 1.400,00
31	Travesseiros	unid	40	R\$ 15,00	R\$ 600,00
32	Edredons	unid	20	R\$ 100,00	R\$ 2.000,00
33	Cobertores	unid	20	R\$ 60,00	R\$ 1.200,00
34	Tapetes	unid	2	R\$ 30,00	R\$ 60,00
35	Cortinas	unid	5	R\$ 60,00	R\$ 300,00
36	Aparelho portátil de Oxigênio	unid	1	R\$ 1.250,00	R\$ 1.250,00
37	Nebulizador	unid	2	R\$ 150,00	R\$ 300,00
38	Aparelhos diversos p/ginástica	unid	1	R\$ 400,00	R\$ 400,00
39	Colchonetes p/ginástica/fisioterapia	unid	5	R\$ 30,00	R\$ 150,00
40	Cadeiras de Roda	unid	2	R\$ 350,00	R\$ 700,00
41	Maca (emergência)	unid	1	R\$ 150,00	R\$ 150,00
42	Armário c/chave p/Medicamentos	unid	1	R\$ 100,00	R\$ 100,00
43	Chuveiros	unid	3	R\$ 50,00	R\$ 150,00
44	Botijões de gás	unid	2	R\$ 50,00	R\$ 100,00
45	Barras de segurança - tipo corrimão	unid	5	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00
	Total Imobilizado				R\$ 37.240,00
	Capital de Giro				R\$ 60.000,00
	Total Geral				R\$ 97.240,00

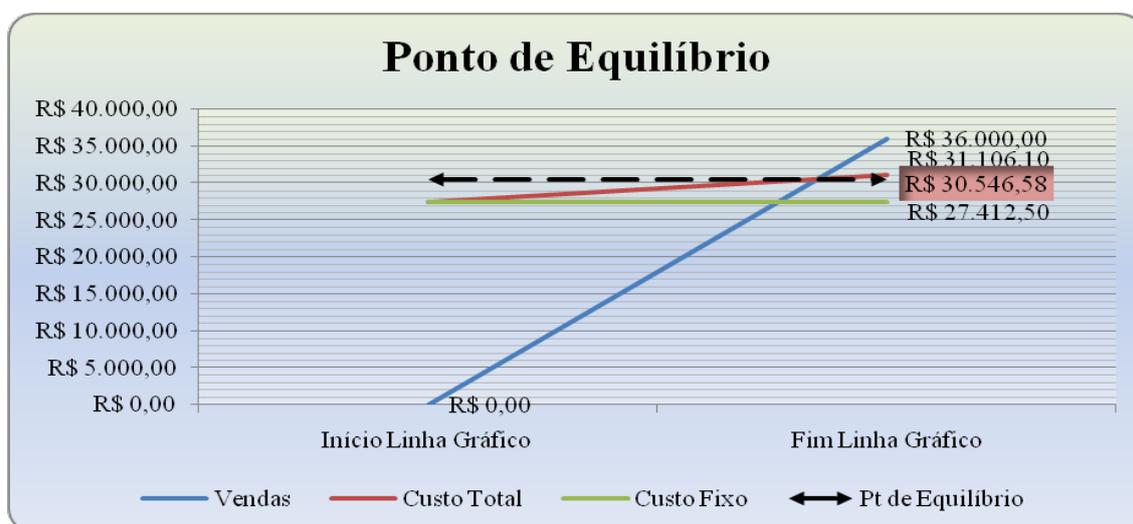
10.3 PLANILHA DE CUSTOS MENSAIS E SEMESTRAIS

		Mensal	Semestre	
Receita Bruta	Valor	R\$ 36.000,00	R\$ 216.000,00	100,00%
Mensalidade x 18 idosos	R\$ 2.000,00	R\$ 36.000,00	R\$ 216.000,00	100,00%
		R\$ -	R\$ -	0,00%
Impostos CV (ME) Fat. até 540 mil/ano		R\$ 3.693,60	R\$ 22.161,60	10,26%
COFINS		R\$ 3.693,60	R\$ 22.161,60	10,26%
PIS		R\$ -		0,00%
ICMS		R\$ -		0,00%
IR e C.social		R\$ -		0,00%
Custo Mercadoria Vendida (CMV)				0,00%
Resultado (Receita Bruta - CMV)		R\$ -		100,00%
Custo Financeiro		R\$ -		0,00%
Despesas Financiamento		R\$ -		2,00%
Desp. Desconto		R\$ -		0,00%
Outras Variáveis		R\$ -		0,00%
Fretes		R\$ -		2,00%
Comissões s/vendas		R\$ -		3,00%
Margem		R\$ 32.306,40	R\$ 193.838,40	89,74%
Custos Fixos		R\$ 27.412,50	R\$ 164.474,98	76,15%
Telefone		R\$ 150,00	R\$ 900,00	0,42%
Salários		R\$ 7.000,00	R\$ 42.000,00	19,44%
Água		R\$ 100,00	R\$ 600,00	0,00%
Luz		R\$ 400,00	R\$ 2.400,00	8,00%
Material Informática		R\$ 100,00	R\$ 600,00	12,00%
Encargos Sociais	53,80%	R\$ 3.766,00	R\$ 22.596,00	10,46%
Aluguel		R\$ 3.000,00	R\$ 18.000,00	8,33%
Serviços Terceiros (Risco Zero)		R\$ 200,00	R\$ 1.200,00	0,56%
Financiamento (60 parcelas)	60 parcelas	R\$ 2.469,26	R\$ 14.815,54	6,86%
Seguros		R\$ -	R\$ -	0,00%
Honorários Contador		R\$ 250,00	R\$ 1.500,00	0,69%
Segurança		R\$ 100,00	R\$ 600,00	0,28%
FGTS à recolher	8%	R\$ 560,00	R\$ 3.360,00	1,56%
INSS à recolher	9%	R\$ 1.080,00	R\$ 6.480,00	3,00%
IPTU		R\$ -	R\$ -	0,00%
Pró Labore		R\$ 5.000,00	R\$ 30.000,00	13,89%
Sindicato		R\$ -	R\$ -	0,00%
Faxineira		R\$ 200,00	R\$ 1.200,00	0,56%
Combustível		R\$ 200,00	R\$ 1.200,00	0,56%
Material de Escritório		R\$ 100,00	R\$ 600,00	0,28%
Produtos de Limpeza		R\$ 200,00	R\$ 1.200,00	0,56%

		Mensal	Semestre	
Receita Bruta	Valor	R\$ 36.000,00	R\$ 216.000,00	100,00%
Publicidade		R\$ 500,00	R\$ 3.000,00	1,39%
Viagens		R\$ -	R\$ -	0,00%
Feiras		R\$ -	R\$ -	0,00%
Férias e 13°		R\$ 2.000,00	R\$ 12.000,00	5,56%
Depreciação	0,10%	R\$ 37,24	R\$ 223,44	0,10%
Resultado Operacional		R\$ 4.893,90		13,59%

10.4 PONTO DE EQUILÍBRIO CONTÁBIL

Ponto de Equilíbrio		
Receita	R\$ 30.546,58	100,00%
(-) Custo Variável	R\$ 3.134,08	10,26%
Margem de Contribuição	R\$ 27.412,50	89,74%
(-) Custo Fixo	R\$ 27.412,50	89,74%
Lucro Líquido	R\$ 0,00	0,00%



10.5 RETORNO SOBRE O INVESTIMENTO (ROI)

TMA ou Custo Oportunidade		10,00%		
Payback Simples	Anos	Capitais	Acumulado	PBS =
	0	R\$(148.155,41)	R\$ (148.155,41)	
	1	R\$ 58.726,84	R\$ (89.428,58)	
	2	R\$ 64.599,52	R\$ (24.829,05)	
	3	R\$ 71.059,47	R\$ 46.230,42	2,35
	4	R\$ 86.637,08	R\$ 132.867,50	
	5	R\$ 95.301,51	R\$ 228.169,01	
	6	R\$ 152.552,82	R\$ 380.721,83	
	7	R\$ 167.808,10	R\$ 548.529,93	
	8	R\$ 184.588,91	R\$ 733.118,83	
	9	R\$ 203.047,80	R\$ 936.166,64	
	10	R\$ 223.352,58	R\$1.159.519,22	
	11	R\$ 245.687,84	R\$1.405.207,05	
		PBS =	2,35	anos
			28,19	meses

Taxa Interna de Retorno	
Anos	Capitais
0	R\$ (148.155,41)
1	R\$ 58.726,84
2	R\$ 64.599,52
3	R\$ 71.059,47
4	R\$ 86.637,08
5	R\$ 95.301,51
6	R\$ 152.552,82
7	R\$ 167.808,10
8	R\$ 184.588,91
9	R\$ 203.047,80
TIR =	44,08% a.a

11 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ABRAZ - disponível em: <http://associaçãobrasileiradoalzheimer.com.br>. Acessado em 10/08/2014.

BALDESSIN, A. **O idoso: viver e morrer com dignidade**. In: Papaléo Netto M. (ed) *Gerontologia*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. Editora Atheneu, 1996. Pp. 491-499.

BARASNEVICIUS E.M.A.Q. **Orientações aos cuidadores de pacientes com doença neurológica crônicas**. In: DIAS E.L.F, WANDERLEY J.S., MENDES R.T. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

BRASIL. Portaria MS-810 – Normas para o funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras Instituições destinadas ao atendimento ao idoso, 1999.

CALDAS, C.P **Contribuindo para a construção da rede de cuidados: Trabalhando com a família do idoso portador demencial**. Texto sobre envelhecimento, Rio de Janeiro, UERG, v.4, n.8, p.39-56, 2002.

CALDEIRA, A. P. S; RIBEIRO, R.C.H.M. **O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer**. Arquivos de Ciências da Saude, São Jose do Rio Preto, v.11, n.2, p.2-6, abr/jun.2004.

COMFORT A. **A boa idade**. Difusão Editorial S.A., São Paulo, p.202, 1979.

EVANS J.G. **Preventions of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches**. *J Chron Dis*, 1984; 37(5): 353-361.

FOLSTEIN et al. **Mini Exame Mental State**. A Practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Jornaul of Psychiatry Reseach*, v.12, n.3, p.189-198, 1975.

FRANKL, V.E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 1999.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa** – São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GWYTHER, L. P. A. **Manual para cuidadores e casas especializadas** – Cuidados com Portadores da Doença de Alzheimer. Editora AHCA- American Health Care Association. São Paulo, 1985.

LEME LEG. **A gerontologia e o problema do envelhecimento**. Visão histórica. In: Papaléo Netto M. (ed) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996, pp. 13-25.

MENDES. P. B. T **Quem é o cuidador?** In DIAS.E.L.F, WANDERLEY.J.S, MENDES.R.T (orgs) *Orientação para cuidadores informais na assistência domiciliar*. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

McCALLION P, TOSELAND RW, LACEY D, BANKS S. **Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia.** *The Gerontologist* v. 39, n.5, pp. 546-558, 1999.

NERI, A. L. (1995). **Psicologia do envelhecimento: uma área emergente.** In A. L, Neri (Org). *Psicologia do Envelhecimento. Leituras selecionadas numa perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus

NETTO, M.P. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PASCHOAL SMP. **Autonomia e Independencia.** In: Papaléo Netto M. (ed) *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996, pp. 313-323.

PORTELLA, M.R.; JÜCHEN, J. **O asilamento na visão do asilado:** realidade de três asilos na cidade de Passo Fundo. In: CONGRESSO SUL-BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, IV. Anais. Porto Alegre, set.2013.

SANT'ANNA, M.R. **O velho no espelho:** um cidadão que envelheceu. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000.

SANTOS, S. M. **A Idosos, Família e Cultura:** Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Editora Alínea, 2003.

SILVEIRA, T.M.; CALDAS, C.P.; CARNEIRO, T.R. **Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade:** um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Pública*, n.8, p.1629-1638, 2006.

SZRAJER,J.S. **Como adaptar o ambiente familiar aos cuidados necessários.** In DIAS.E.L.F, WANDERLEY.J.S, MENDES.R.T (orgs) *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar*. Campinas: Editora da Unicamp,2002.

VONO, Z.E. **O bem no mal de Alzheimer.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2009.

WILKIN D. **Dependency.** In: Peace SM. *Researching social gerontology: concepts, methods and issues*. London. Sage Publications, 1990, pp. 19-24.

ZIMERMAN.G.I. **Velhice:** Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 2000.