

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ-RN

NEWTON MARCOS GONÇALVES DE SOUZA

OLHARES E CONCEPÇÕES:
A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADORA DE PACIENTES PORTADORES DE
ALZHEIMER

MOSSORÓ/RN

2015

NEWTON MARCOS GONÇALVES DE SOUZA

OLHARES E CONCEPÇÕES:
A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADORA DE PACIENTES PORTADORES DE
ALZHEIMER

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Lívia Helena Morais de Freitas.

Co – Orientadora: Giselle dos Santos Costa Oliveira.

MOSSORÓ/RN

2015

S713o

Souza, Newton Marcos Gonçalves de.

Olhares e concepções: a família enquanto cuidadora de pacientes portadores de Alzheimer/
Newton Marcos Gonçalves de Souza. – Mossoró, 2015.
47f.

Orientador: Prof. Esp. Livia Helena Morais de Freitas

Monografia (Graduação em Enfermagem) –
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Alzheimer. 2. Cuidador - família. 3. Saúde do idoso. I. Título. II. Freitas, Livia Helena Morais.

CDU 616-053.9

NEWTON MARCOS GONÇALVES DE SOUZA

OLHARES E CONCEPÇÕES:

**A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADORA DE PACIENTES PORTADORES DE
ALZHEIMER**

Monografia apresentado pelo aluno NEWTON MARCOS GONÇALVES DE SOUZA do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Prof^a. Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)

CO - ORIENTADORA

Prof^o. Me. Lucídio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof^a. Me. Sarah Azevêdo Rodrigues Cabral (FACENE/RN)

MEMBRO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, sem Ele em minha vida jamais chegaria até aqui, isto é, ao fim dessa jornada. E em segundo lugar a minha genitora: Sra. Angélica Gonçalves de Souza, razão que me impulsionou a fazer o curso e seguir nessa profissão.

Bíblia Sagrada

“O Senhor é o meu pastor, e nada me faltará”
(Salmo 23:1)

“Muitas são as aflições do justo, mas o Senhor
livra de todas” (Salmo 34:19)

AGRADECIMENTOS

A hora dos agradecimentos é um momento verdadeiro de todo o trabalho. Isso porque dizer obrigado é semelhante a dizer “eu te amo” (verdadeiramente), não pode ser dito, ou escrito simplesmente por dizer, sem sentimento, mais com emoção, de dentro do coração, não estarei agradecendo tão somente por agradecer, por mera exigência formal mas, porque estou realmente grato, de todo o meu coração. Agradecer antes de tudo, a Deus pelo dom da vida, da minha própria vida, saúde e força diante de todos os obstáculos que enfrentei e dos desafios que venci, para estar comemorando ao lado de todos que eu amo mais essa conquista.

A minha mãe Sra. Angélica Gonçalves de Souza, que com muito amor nunca deixou de acreditar em mim. Mesmo nos momentos que ela não estava lúcida (devido ao seu estado patológico de demência).

Ao meu querido pai, Sr. Moises Romualdo de Souza (in memoriam) pelo exemplo de pai, de homem, de caráter inabalável.

As minhas irmãs: Aparecida, Da luz, Iris, Leila e Deise (minha sobrinha irmã) e aos demais sobrinhos, que dedicaram o seu precioso tempo a nossa (mae-avó) quando eu não pude estar presente. E pelo apoio de todas as horas pois estive a ponto de desistir, mas vocês não permitiram.

Aos meus irmãos: Antonio, Aldivam, Sergio e Elitonio, por acreditarem em mim e estarem sempre ao meu lado.

A todos os meus amigos, que direta ou indiretamente sempre estiveram comigo. Em especial a Tania Barbosa, que do começo ao fim do curso que me fez descobrir capacidades e acreditar no meu sucesso, quebrando barreiras de timidez e ansiedade. Também a Genivam, Roberto, Lindemberg, Afonso, João Paulo, Assis, Luizão, Geova, Neto, Lazaro, Vilany, Pela força nos momentos oportunos. Ao Hospital Rafael Fernandes como um todo, que além de ser meu local de trabalho e também uma extensão de minha família que tanto me apoiou. Agradeço as minhas orientadoras Livia Helena, Gisele, pela dedicação, pela paciência e pela disponibilidade na execução desta literatura.

A todos os professores que ao longo desses quatro anos, transmitiram não só conhecimento, mais me prepararam a fim de tornar um profissional apto ao mercado de trabalho. Em especial a Tibério, Thiago, Giselle, Livia, Sandra, Wesley, Josy, Kalidia, Lucidio, Sarah, Micheline, Patricia Helena, Amélia. Também aos preceptores: Bianca, Márcia, Itala, Karla, Vivian e Tiago, que nos levaram ao campo de estágio para por em pratica o referencial teórico.

A todos os funcionários desta Universidade que com carinho e alegria nos receberam todos os dias: Vanessa, Raimundo, Lígia, Max, Natalia, Wilson, Anny. E a FACENE como Instituição que sempre pronta e de portas abertas nos recebeu, rumo a um futuro promissor.

Por fim, aos meus queridos amigos do curso, pela força, pelas lutas, pelas conquistas, pelas risadas e até mesmo pelas lagrimas compartilhadas, muitas lutas ainda nos esperam. Mais tenhamos força, a mesma força que nos trouxe até aqui e que agora nos leva a caminhos diferente.

A todos vocês, que me fizeram vencer as dificuldades desta jornada e que não me deixaram desistir.

Meu muito obrigado...

RESUMO

A Doença de Alzheimer (D.A.) é uma das demências que afetam a população idosa e chega ser considerada como etapa normal da velhice. Na verdade, essa patologia gera alterações de comportamento, perda da autonomia e até mesmo da própria identidade, com estágios evolutivos de grau leve ao avançado levando, muitas vezes, o paciente a morte. As alterações de comportamento do idoso causam grande impacto emocional nos cuidadores gerando desgaste físico e mental interfere na saúde, na vida social e na qualidade de vida do cuidador, especialmente quando o cuidado é assumido por uma única pessoa. O objetivo geral desta pesquisa é Analisar a visão dos familiares cuidadores de idosos portadores de Alzheimer e os objetivos específicos são caracterizar o perfil social da família cuidadora; identificar a visão da família cuidadora dos idosos portadores de Alzheimer; Investigar as principais dificuldades vivenciadas nas famílias cuidadoras do idoso portador de Alzheimer. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Dr. Ildone Cavalcante de Freitas no município de Mossoró-RN. Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada. A pesquisa foi gravada, e transcrita para melhor compreensão. A análise dos dados foi feita a partir da técnica de discurso do sujeito coletivo. Em todo processo houve o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais. Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador participante. O projeto foi aprovado pelo CEP sob número do protocolo: 111/2015 e CAAE: 48081615.0.0000.5179. Na análise dos resultados, percebemos que o perfil social das famílias cuidadoras é caracterizado com faixa etária entre 34 a 39 anos de idade, predominantemente feminino, possuindo ensino médio completo, do lar, sendo filhas, não fumantes, não etilistas, casadas, com filhos, com moradia própria e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Quando questionadas sobre o entendimento da doença de Alzheimer, as participantes afirmaram que é uma doença que não tem cura e causa o esquecimento. Em relação o cuidado do idoso e se possui rotina diária, algumas das participantes afirmaram que o cuidado segue um rotina e outras relataram não seguir uma rotina, principalmente pela necessidade do idoso e evolução da doença. Quanto ao sentimento relatado pelas participantes, as mesmas relataram um sentimento de tristeza, principalmente por ser um ente querido. Quando questionada sobre o recebimento de orientação de profissionais de saúde, algumas afirmaram não receber nenhuma orientação, no entanto, outras relataram receber orientações dos profissionais de saúde. Em relação às principais dificuldades no cuidado do idoso, podemos perceber que o relacionamento familiar e diversas dificuldade no cuidado foram os pontos mais relatados pelos participantes. A pesquisa demonstra que a demência por Alzheimer tem prevalecido entre os casos de déficit em linguagem, praxia, agnosia ou funções executivas. Demonstrou a dificuldade no diagnóstico para reconhecimento da doença de Alzheimer, sugeriu métodos e rotinas específicas que ajudariam a minimizar as dificuldades cotidianas, analisou o campo da reabilitação cognitiva por meio da forma empírica, considerou as dificuldades dos cuidadores como profissionais que estão expostos a cargas emocionais elevadas e que quando ensinados de como encarar a doença reconhecem, dentre outras coisas, a reconsiderar do paciente os bons momentos vividos que servem como fator minimizador.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer; Família; Idoso.

ABSTRACT

Alzheimer's Disease (AD) is one of the dementias affecting the elderly and comes to be considered as normal aging step. In fact, this disease generates behavioral changes, loss of autonomy and even of their own identity, with evolutionary stages of mild to advanced leading often the patient's death. The old behavior alterations cause great emotional impact on caregivers generating physical and mental strain interfere in health, social life and quality of life of the caregiver, especially when care is taken over by a single person. The overall objective of this research is to analyze the vision of family caregivers of elderly individuals with Alzheimer's and the specific objectives are to characterize the social profile of the family caregiver; identify the family caregiver vision of elderly people with Alzheimer's; Investigate the main difficulties experienced in family caregivers of elderly Alzheimer carrier. This is an exploratory type of research with descriptive and qualitative approach. It was developed in Basic Health Unit Dr. Ildone Cavalcante de Freitas in the municipality of Mossoró-RN. To achieve the research objectives was used as instrument, a semi-structured interview guide. The survey was recorded and transcribed for better understanding. Data analysis was made from the speech technique of collective subject. In any case there was the anonymity of the interviewees, as well as the confidentiality of sensitive information. All costs associated with enabling this research will be the responsibility of the participant researcher. The project was approved by the CEP under protocol number: 111/2015 and CAAE: 48081615.0.0000.5179. In analyzing the results, we find that the social profile of caregivers families is characterized aged between 34-39 years old, predominantly female, having completed high school, home, and daughters, non smoking, non-alcoholic, married with children with home ownership and household income 1-2 times the minimum wage. When asked about the understanding of Alzheimer's disease, the participants stated that it is a disease that has no cure and causes forgetfulness. Regarding the care of elderly and has daily routine, some of the participants said that careful follow a routine and others reported not follow a routine, especially by the need of the elderly and disease progression. As for the feeling reported by the participants, they reported a feeling of sadness, mainly because it is a loved one. When asked about receiving guidance from health professionals, some said they did not receive any guidance, however, other reported receiving guidance from health professionals. Regarding the main difficulties in the elderly care, we can see that family relationships and various difficulty in care were the most points reported by the participants. Research shows that dementia by Alzheimer has prevailed among the cases of deficit language, praxis, agnosia or executive functions. It demonstrated the difficulty in diagnosis for recognition of Alzheimer's disease, suggested specific methods and routines that help to minimize the daily difficulties, examined the field of rehabilitation through empirically, considered the difficulties of caregivers and professionals who are exposed to emotional charges and when high taught how to face the disease recognize, among other things, to reconsider the good moments experienced that serve as the factor minimizing patient.

Keywords: Alzheimer's disease; Family; Old man.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 HIPÓTESE	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER	13
3.2 DEFINIÇÃO DO MAL DE ALZHEIMER	13
3.3 ETIOLOGIA DO ALZHEIMER.....	14
3.4 PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO	14
3.5 EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER	15
3.6 TRATAMENTOS	16
3.7 FAMILIARES CUIDADORES	17
3.8 IMPACTO DA DOENÇA NOS CUIDADORES FAMILIARES E DIFICULDADES VIVENCIADAS	20
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO	22
4.2 LOCAL DA PESQUISA	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	24
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	24
4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	24
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	25
4.8 FINANCIAMENTO	25
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS	26
5.2 DADOS RELACIONADOS À CONVIVÊNCIA DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER.....	28
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
7. REFERÊNCIAS	38
8. APÊNDICES	42

1 INTRODUÇÃO

Devido ao aumento da expectativa de vida, o crescimento da população idosa surge como um fenômeno mundial. Por conta desta expectativa, surge a complexidade que envolve diretamente a saúde e as questões sociais do idoso, entre eles, citamos a doença de Alzheimer. Uma doença crônica neurodegenerativa classificada como a mais frequente entre os idosos, atingindo cerca de 50% a 60% da demência. (SILVA et al, [2012]). O envelhecimento da população do mundo está acontecendo de maneira rápida. Portanto, avalia-se que no Brasil, existirá mais de 30 milhões de idosos, até 2020, representando 13% da população atual (PAVARINI et al, 2008).

Alzheimer é uma doença neurológica caracterizada pela diminuição das atividades biológicas e da memória. Acredita-se que a doença afeta aproximadamente 4% da população idosa entre 65 a 75 anos, e 10% entre 75 e 85 anos e 17% por pessoas idosas com idade acima de 85 anos. (LOPES; PIROLO; ARANDA, 2006).

Um dos pioneiros ao diagnosticar a doença de Alzheimer, foi o neurologista alemão Aloés Alzheimer em 1907. Porém, em 1992 a Organização Mundial da Saúde (OMS), após a décima revisão da classificação das doenças (CID10) definiu a doença de Alzheimer e seus critérios diagnósticos como uma doença degenerativa cerebral primária, de etiologia desconhecida, que apresenta características neuropatológicas e neuroquímicas. A doença se inicia em geral de maneira silenciosa e lenta evoluindo progressivamente durante períodos e anos (RIBEIRO, 2010).

Por ser uma patologia neurológica decorrente de uma disfunção cerebral pouco conhecida, o que dificulta na qualidade da assistência de toda população idosa, esta patologia evolui com demência na qual ocorre múltiplas funções incluindo perda de memória, atividade diária, atividade fisiológica, controle emocional, higiene pessoal, mudança de comportamento e perda da autonomia. Sabe-se que a doença de Alzheimer é um tipo de demência de caráter crônico, degenerativo progressivo e irreversível que pode causar perda de memória, mudança do comportamento, delírio e até alucinações.

Até o momento suas causas não foram desvendadas, porém, evidenciam-se causa de ordem multifatoriais, além dos genéticos e ambientais, ou ocorrer perdas neuronais e degeneração sináptica. Existem dois tipos de lesões: as placas de senis e os emaranhados neurofibrilados, devido ao mau funcionamento do sistema cerebral, principalmente ocasionado pela má configuração de duas proteínas, amiloide beta e tau. (DOMINGUES, SANTOS; QUITAN, 2009).

O tratamento da doença de Alzheimer se dá por meio de fármacos e equipe multidisciplinar, desde que os primeiros sintomas sejam percebidos. Porém, não se espera alcançar a cura, mas, a melhoria da qualidade de vida do portador de Alzheimer e da convivência da família dentro da sua nova realidade. Após ser avaliado por um médico (neurologista ou geriatra) começa o trabalho do cuidador que no próprio domicílio do paciente inicia a difícil e árdua tarefa do cuidar. Claro que as condições financeiras da família e o número de cuidadores que o paciente terá poderá fazer este trajeto ficar mais leve (DOMINGUES; SANTOS; QUITAN, p 163).

As síndromes demenciais estão entre o grupo de afecções que vêm causando forte impacto na estrutura familiar e na sociedade. Elas se constituem em uma síndrome clínica de deterioração das funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, capacidade de aprendizagem e entre outras. (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008).

Dentro deste contexto o objetivo desta pesquisa está inteiramente ligado aos familiares cuidadores no convívio com idosos com Alzheimer no espaço domiciliar. (COELHO; ALVIM, 2004). O Alzheimer é uma demência que destrói a memória causando grande prejuízo, devido ao grande número de idosos com essa patologia, é importante que a equipe de saúde busque mais conhecimento a respeito destas doenças para melhoria da qualidade de vida dos idosos (RIBEIRO, 2010).

Ao ressaltar que o Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva, irreversível faz com que a função do cuidador se torne bastante complexa e de grande responsabilidade, devendo ser realizada, sobre tudo com dedicação, carinho, respeito e amor. Exige preparo técnico e emocional, visto que, gera grande desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com paciente portador de doença de Alzheimer. (COSTA; PESSOA; PELZER, 2011).

A doença de Alzheimer tem um profundo efeito em desgaste de todas as áreas da vida do paciente e suas famílias. O cuidador familiar assume a responsabilidade de cuidar do idoso com doença de Alzheimer, sem apoio nem preparo, ou treinamento específico. Tendo como consequência um desgaste físico, psicológico e social (COSTA; PESSOA; PELZER, 2011).

Portanto, pergunta-se: Qual a visão dos familiares cuidadores de idosos portadores de Alzheimer em relação a essa patologia?

1.1 JUSTIFICATIVA

O interesse em pesquisar sobre este tema partiu inicialmente da convivência com um familiar idoso portador da doença de Alzheimer. Diante do sofrimento que muitos idosos padecem, em clínicas públicas ou particulares e até mesmo em suas residências com a doença de Alzheimer, esta pesquisa servirá de subsídio para que o familiar cuidador possa melhor entendê-la proporcionando uma melhor compreensão acerca da patologia, favorecendo o cuidado para com os idosos.

Esta pesquisa também é de grande importância para a academia em compreender e desenvolver mais estudos abordando as complexidades necessárias para o melhor entendimento do Alzheimer.

1.2 HIPÓTESE

Os cuidadores de portadores de Alzheimer têm conhecimento básico com a patologia por meio informal, ocasionando um grande risco, principalmente para o portador e também para o cuidador. É importante uma atenção especializada para realizações de treinamentos e soluções formais preferencialmente por toda equipe de saúde a todos os cuidadores, seja ele primário ou secundário.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a visão dos familiares cuidadores de idosos portadores de Alzheimer.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil social da família cuidadora.
- Identificar a visão da família cuidadora dos idosos portadores de Alzheimer.
- Investigar as principais dificuldades vivenciadas nas famílias cuidadoras do idoso portador de Alzheimer.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer foi descrita pela primeira vez pelo neurologista alemão Aloés Alzheimer entre 1906-1907, após atender a uma paciente que evoluiu para óbito com doença mental, apresentando alteração do comportamento e memória. Esta paciente apresentava modificações em seu cérebro, conhecida atualmente com características da doença de Alzheimer. Porém, isso não quer dizer que a doença já não existia antes desta data, mais sim se confundia com outras demências (COSTA; PESSOA; PELZER, 2011).

Desde antes de Cristo há escritos sobre a demência, porém ao longo do tempo este conceito foi modificado e ampliado, à medida que novas descobertas eram feitas ao se analisar as alterações cerebrais destes indivíduos. Pinel, no século XIX, amplia o conceito definindo-o como “ausência de juízo ou raciocínio”. A principal característica do quadro são placas no cérebro dos pacientes (DOURADO, 2006, p.25).

A partir daí, ocorreram investigações sobre a doença e em 1977 estudos relataram que as lesões cerebrais orgânicas relacionadas a senilidade, 75% destas diagnosticadas como DA (doença de Alzheimer) e os 25% relacionados com alterações cerebrais por infartos múltiplos. Sua manifestação clínica é uma perda lenta e progressiva da capacidade do pensamento abstrato, da possibilidade de assimilar novos conhecimentos e da habilidade de se expressar com clareza (RIBEIRO, 2010).

De acordo com Machado (COSTA; PESSOA; PELZER, 2011), a Doença de Alzheimer é uma doença degenerativa, progressiva, irreversível, heterogênea nos seus aspectos etiológicos, clínico e neuropatológico, com início insidioso e caracterizado por perdas graduais da função cognitiva e distúrbio do comportamento e do afeto, evoluindo em três fases, explicitadas adiante.

3.2 DEFINIÇÃO DO MAL DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer ou mal de Alzheimer é conhecida como doença degenerativa cerebral primária que representa características neuropáticas e neuroquímicas. O transtorno se inicia em geral de forma insidiosa e lenta (RIBEIRO, 2010).

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência (palavra que vem do latim e significa "privado da mente"), e consiste em 60% a 80% dos casos. Na definição estritamente científica, trata-se da deterioração e atrofia lenta e progressiva do cérebro, caracterizada por dois tipos de dano neuronal: aglomerados e placas de uma gosma pegajosa, um peptídeo chamado beta-amiloide; eovelos (ou emaranhados) neurofibrilares gerados pelo mau funcionamento da proteína tau, que passa a emitir uma neurotoxina (CARPER, 2015, p.80).

3.3 ETIOLOGIA DO ALZHEIMER

A importância dos fatores genéticos, aponta uma maior probabilidade de ocorrência em parentes de pessoas diagnosticadas com Alzheimer. Cogita-se a possibilidade de ser influenciada por alguns fatores ambientais, mas a sua etiologia ainda é desconhecida. (NEUMANN, 2010).

“Além da idade e a predisposição genética alguns fatores de risco associados com a DA como: Traumatismo craniano, deficiência estrogênica pós menopausa e baixo nível de escolaridade” (ROLAK, 2001 apud NEUMANN, 2010, p.58).

3.4 PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Sabe-se que, ainda não foi criada uma prova definitiva para diagnosticar a doença de Alzheimer em pacientes mostrando sinais de demência. Um exame de sangue para o gene ApoE4 pode ser útil para concluir o diagnóstico, porém, se o diagnóstico for positivo não pode ser considerado definitivo, há de se investigar outras possíveis causas clínicas (RIBEIRO, 2010).

Embora possa existir uma predisposição genética para a doença de Alzheimer, esta é uma doença para a qual pode existir prevenção. Uma alimentação pouco saudável que possua altos níveis de açúcares e gorduras, falta de exercícios físico e mental e um estilo de vida estressante são fatores que normalmente estão na raiz do problema. Pacientes diabéticos, hipertensos, obesos e com Colesterol alto, estão mais propensos a desenvolver a doença de Alzheimer, ou seja, estão no grupo de risco. Portanto, medidas comportamentais que previnam o surgimento de diabetes mellitus como redução do peso pela prática de atividade física e controle dietéticos são úteis para prevenir o surgimento da doença de Alzheimer. Pois, indireta e globalmente, reduzem a resistência insulínica nos tecidos e essa pode estar envolvida na patogenia da doença de Alzheimer, por aumentar os níveis de beta-amiloide e agentes inflamatórios no sistema nervoso central.

Atividades que estimulem a cognição como leituras de jornais e livros, assistir tv, jogar cartas, palavras cruzadas, e tocar instrumentos musicais foram associados como a redução de risco para a doença de Alzheimer. Recomenda-se como medida preventiva para a doença melhorias na qualidade de vida e estilo de vida saudável, como a prática de atividades físicas regularmente, e dietas adequadas (CARRETTA, SCHERER, 2012).

O diagnóstico se determina totalmente através de uma biópsia post mortem do cérebro. Uma prova precisa é necessária para prever quem não padecerá da D.A. Pode ser através um simples exame de palavras e memória, que requer que a pessoa decore o nome dos objetos rapidamente, por exemplo. Segundo este estudo, pessoas com 75 anos com uma pontuação baixa de 85% desenvolve a doença provavelmente, em 4 anos e com pontuação alta de 90% não desenvolverá a doença. No entanto, sua prevenção, está associada a qualidade de vida e a fatores externos ao paciente como, por exemplo, não ser portador de doenças crônicas (RIBEIRO, 2010).

3.5 EVOLUÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

O quadro evolutivo da Doença de Alzheimer sofre variações que podem mesclar sinais dos diferentes estágios (fases) com os transtornos motores que podem aparecer precocemente ou não. Sendo assim, os sintomas da demência se evidenciam de maneira mais lenta para alguns pacientes e de modo mais rápido para outros.

Seu período evolutivo pode ser curto (2 ou 3 anos) ou mais longo. Começando na idade madura ou antes. Quando iniciada por volta dos 65, anos pode ter antecedente familiar. Em geral, nesses casos a evolução é mais rápida. Geralmente o paciente não morre de Doença de Alzheimer, porém seu padecimento agrega-se a falhas cardíacas, respiratórias, pneumonia, etc (RIBEIRO, 2010).

À medida que a doença evolui, são diversas as situações de esquecimentos, acompanhadas de alterações de comportamento e da personalidade. Paralelamente, o portador vai perdendo sua capacidade de orientar-se no tempo e no espaço. Os estágios mais conhecidos da doença são caracterizados por três fases: (DOURADO, 2006)

Fase inicial – Nesta fase o paciente apresenta alguns lapsos de memória, o famoso esquecimento, guardar um objeto e não saber onde colocou. Troca o nome das pessoas com facilidade ou até mesmo esquece. Ao longo dessa fase, também percebemos uma confusão espaço temporal, mudanças de humor repentinas, dificuldades em lidar com dinheiro.

Fase intermediária – Aqui a perda de memória é mais acentuada, tem dificuldade de reconhecer objeto, amigos e familiares. Esquece de tomar os medicamentos e muitas vezes alguns objetos ligados, por exemplo a boca do fogão acesa, o que pode ser bastante perigoso.

Muitas vezes troca o dia pela noite (variação do sono). A sobrecarga de trabalho é intensa e tende a aumentar já que o paciente caminha para a total dependência.

Fase avançada ou terminal – Nesta etapa o paciente é quase que totalmente dependente de seu cuidador. Sua memória já está bastante comprometida, precisa de ajuda para praticamente tudo: Para higiene; para alimentar-se; sua compreensão e fala, estão bem fragilizados; tem perda de peso, pois, os alimentos já não são tão interessantes como antes, uma vez que seu organismo já não funciona adequadamente, apresentando algumas limitações bastante visíveis, como por exemplo, incontinência urinária ou constipação, entre outros.

Para a família é um processo traumático, pois a qualquer momento pode vir a óbito. Também, não podemos esquecer, que é o período que o idoso mais precisa de respeito, amor e sobretudo de muitos cuidados.

“[...] O esquecimento que era fortuito, leva à perda total da memória, evoluindo da memória atual à antiga...o portador perde a auto referência a ponto de cumprimentar aquele que lá está, por não reconhecer sua própria imagem refletida” (FRANCA, 2004 apud DOURADO, 2006, p. 35).

3.6 TRATAMENTOS

O tratamento medicamentoso é muito importante, porém varia de acordo com o estágio da doença de paciente para paciente. Ao cuidar do portador de Alzheimer, não devemos apenas centrar-se na terapêutica farmacológica, uma vez que, o acompanhamento multiprofissional, se faz necessário de forma integral dando assistência ao portador da Doença de Alzheimer e, conseqüentemente, aos seus cuidadores. (DOMINGUES, SANTOS; QUITAN).

A doença de Alzheimer ainda não pode ser identificada com precisão, por isso sua avaliação é complexa, descartando-se inicialmente outras demências, antes confundida com esclerose e caduquice. Daí se faz necessário uma avaliação neuropsicológica com exames laboratoriais e ressonância magnética do cérebro para concluir a presença de outras demências. Sendo assim é importante o acompanhamento com o médico geriatra ou neurologista, desde os primeiros sintomas. Ainda não existe tratamento que determine a cura ou reverta a deterioração causada pela doença de Alzheimer. Entretanto, o uso de medicamentos e o acompanhamento

da equipe multidisciplinar melhora a qualidade de vida do paciente e da família cuidadora, e também é possível retardar um pouco o agravamento da patologia (CAIXETA, 2012).

O drama que muitas famílias vivenciam entre mantê-lo em casa ou institucionalizá-lo, faz com que os valores e as crenças sejam confrontadas. Em muitos casos, observamos um sentimento de culpa nos cuidadores por não se sentirem capazes de mudar tal situação. O amor, o respeito e a confiança são abalados quando há a necessidade de assumir a responsabilidade pelo cuidado de alguém que sempre foi o cuidador, o provedor (DOURADO, 2006, p.81).

O tratamento em domicílio no ambiente familiar é mais interessante para o portador da doença de Alzheimer, pois, possibilita trabalhar com as emoções do cotidiano, na realidade vivenciada dia após dia pelo paciente e seu cuidador, seja ele do grupo familiar ou contratado para este fim. Por ser uma doença crônica – degenerativa que passa por alterações de fases diferenciadas de paciente para paciente, não é viável o internamento hospitalar, visto que, pouco se pode fazer para retardar cada fase, ou praticamente não se pode fazer nada, já que essa patologia não tem cura, diferente do que se consegue fazer no próprio lar do idoso, uma vez que as atividades motoras, recreativas, de assistência a “saúde” e bem estar podem ser executadas pelos profissionais qualificados. Porém, a parte emocional, o resgate das lembranças e sensações vividas fica somente a cargo da família, ou seja, do cuidador familiar.

É preciso que se ofereçam condições adequadas, como infraestrutura e suporte, para que a família possa exercer seu papel de cuidar de idosos dependentes de forma apropriada. Assim torna-se importante a realização de estudos que contribuam com o conhecimento das vivências, dificuldades e necessidades do processo de cuidar de idosos no âmbito domiciliar (COUTO, 2013, p.16).

3.7 FAMILIARES CUIDADORES

De acordo com Santos (2011), O envelhecimento é um fenômeno mundial, sendo que no Brasil estima-se cerca de 17 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. A longevidade aumenta o risco de conviver com doenças crônico-degenerativas e demências, entre elas a doença de Alzheimer (DA), síndrome crônica e progressiva, com estágios de progressão dos sintomas com perturbações de múltiplas funções cognitivas, fazendo-se necessária a presença de um cuidador familiar (SANTOS, 2011).

Para o autor Ângelo (2009) é considerado cuidador familiar a pessoa que provê assistência, não remunerada, a um familiar ou amigo que está doente, idoso ou incapacitado. A

Política Nacional do Idoso, em conjunto com a Sociedade e Estado, considera a família responsável pelos cuidados e atendimento às necessidades dos idosos no domicílio (BRASIL, 1998). E a Política Pública, voltada à atenção domiciliar, tem como requisito apoiar as famílias para o cuidado do idoso dependente no domicílio, com o propósito de otimizar a rotatividade dos leitos hospitalares.

A sistematização da Assistência e cuidados aos pacientes e familiares. Deve estar voltado para dar suporte a família, procurando orientar para o entendimento do diagnóstico e prognóstico da patologia. Sendo essencial instruí-los sobre as mudanças que estão por vir (comportamento e ansiedade) podendo ser usadas algumas técnicas de orientação e convivência com o idoso. Deve-se estimular a reabilitação cognitiva para retardar o processo demencial, para evitar certos acidentes domésticos.

Esse tipo de orientação deve ser subsidiado por equipes multidisciplinares de saúde com ciclos de palestras, debates, informativos, visitas domiciliares (Agentes de Saúde Comunitários, UBS – Unidade Básica de Saúde , PSF –Programa Saúde da Família.), porém o acesso as informações ainda são dificultadas por vários fatores externos, tipo falta de tempo do cuidador que não tem com quem revezar, os horários, por exemplo, por falta de interesse , ou porque além de cuidar do idoso com D. A. ele também desempenha outras funções dentro e fora de casa. Evidenciando sobretudo o desgaste físico psicológico, chegando até mesmo a adoecer (ILHA, et al 2014).

Os cuidadores são classificados como formais e informais: Cuidador formal (principal e secundário) para o profissional contratado e a de informal para os familiares, amigos e voluntários. Nesse sentido, fica o primeiro grupo com a responsabilidade integral, acompanhar e cuidar do idoso em seu domicílio, e o segundo grupo com o mesmo papel, mas sem se envolver tanto com as tarefas. Que na maioria dos casos formam o grupo terciário que se envolvem esporadicamente com as mesmas funções dos dois primeiros grupos.

Na maioria dos casos, o cuidador de idoso com Doença de Alzheimer é do sexo feminino (a esposa, a filha, a nora). Nos casos de famílias de boa renda estes ficam sob os cuidados de profissionais especializados. (FALCAO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Parece fundamental conhecer aspectos relacionados a sobrecarga pelo cuidador e a qualidade de vida desses cuidadores familiares. Isso possibilita prevenir os impactos negativos que podem afetar a saúde tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado. (SHIGUEMOTO, 2010).

A função do cuidador é bastante complexa e de grande responsabilidade, devendo ser realizada, sobretudo com dedicação, carinho, respeito e amor. Exige preparo técnico e

emocional, pois o paciente não poderá viver sozinho, necessitando de observação constante e uma assistência com divisão de tarefas entre os familiares, visto que gera grande desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com o enfermo (BODACHNE, 2009, apud COSTA, PESSOA, PELZER, 2011).

As dificuldades de acesso a informação sobre a D.A (Doença de Alzheimer) no que diz respeito ao enfrentamento das famílias sobre este infortúnio de forma geral é assustadora, digamos assim, pois, o que na verdade acontece é que os profissionais de saúde, preocupam-se mais com a terapia medicamentosa. Não que devamos deixá-la de lado sem a devida importância, é que nesse sentido fica esquecido, o lado técnico-operacional do cuidador, isto é o aparato teórico profissional, a quem o cuidador (especialmente o familiar) deve procurar, ou se apoiar para obter informações básicas sobre a doença, que a prática do dia-a-dia lhe impõe. É necessário que profissionais ou programas de saúde estejam disponíveis para ajudá-lo nesta batalha. Por isso costuma-se rotular o idoso como com D.A. com estereótipos de esclerosado “caduco, só porque ele é velho” e também as concepções sobre velhice que a sociedade detém pelo despreparo, e ausência de informações (discrimina) o idoso portador de Alzheimer mais ainda. Daí porque, é preciso vê-lo sob a ótica de que ele também não está entendendo o que está acontecendo, porque de repente tudo foi deletado de sua memória e ele se tornou até agressivo. (LUZARDO, WALDMAN, 2004).

A decisão de dedicar tempo para cuidar de um familiar com Alzheimer nunca será fácil. Numa doença que vai desconstruindo gradativamente a identidade de quem amamos, decidir ficar ao lado dessa pessoa se mostra um profundo ato de amor e coragem. Isso porque, provavelmente, o cuidador vai sofrer mais do que o próprio familiar doente. Sofremos porque amamos e porque é difícil lidar com as perdas que o Alzheimer provoca em nosso familiar (AGUZZOLI, 2014, p.105).

No que se reporta a doença de Alzheimer, para que sejam atendidas as necessidades do paciente dos profissionais de saúde e dos cuidadores, deve - se oferecer programas de ajuda para que seja possível a permanência dos doentes em seus lares; formular programas de autoajuda aos pacientes e cuidadores além de promover a divulgação sobre sintomas, tratamentos, consequências e prognósticos da doença (NEUMAN, 2010).

Uma das principais características que diferenciam o Alzheimer de outras demências é a alteração de comportamento. Porém, cada pessoa responderá de modo particular a cada fase da doença. Isto ocorre em função de fatores como a idade, traços de personalidade, saúde física, antecedentes familiares, aspectos culturais e étnicos. O ritmo e o tempo

de vida, também são fatores que divergem de uma pessoa para outra. O que percebemos é que, em alguns casos, o diagnóstico precoce, uma boa orientação médica e familiar, medicação adequada favorecem a extensão, principalmente da fase inicial, em que há uma boa resposta ao tratamento medicamentoso. Os medicamentos específicos para D.A. são: Donepezil, Rivastigmina, Metrifonato e Galantamina. Além destes, o médico pode administrar remédios para tratar os sintomas associados à doença (DOURADO, 2006, p.32).

3.8 IMPACTO DA DOENÇA NOS CUIDADORES FAMILIARES E DIFICULDADES VIVENCIADAS.

Os cuidadores familiares enfrentam inúmeras dificuldades ao se deparar com a Doença de Alzheimer no cotidiano, pois o idoso somente pela questão da idade já passa por sérios problemas considerados normais à velhice. Entretanto, não é nada normal sentir pena, raiva e culpa, devido a desinformação sobre o assunto e também pela sensação de impotência, diante do que fazer, por exemplo da questão dos recursos financeiros, de como cuidar porque em algumas etapas mais acentuadas se faz necessário, cuidados multiprofissionais (do terapeuta, do geriatra, do fonoaudiólogo...). Tudo isso fora os cuidados diários executados pelo cuidador, seja ele familiar ou até mesmo terceirizado (em casos raros).

Sabemos, portanto, que na maioria dos casos o cuidador é da própria família do paciente que se revezam entre si dividindo-se em grupos. Cuidador primário (responsável maior e legal do paciente) e secundários aqueles que ajudam esporadicamente, sem o compromisso do cuidador.

Além das questões familiares, psicológicas e físicas, os cuidadores informais tendem a enfrentar diversas dificuldades financeiras e sociais durante o processo demencial. Distúrbios de comportamento são um dos problemas que podem emergir durante a evolução da doença. A agitação e os comportamentos agressivos são mais frequentemente associados ao fardo do cuidar, enquanto outros relataram que sintomas como apatia, tristeza crônica, depressão, isolamento e estresse seriam os de maior impacto sobre a vida do cuidador (FALCÃO, BUCHER; MALUSCHKE, 2009).

Segundo (SANTOS; PELSER; RODRIGUES, 2007) a questão do desgaste físico e emocional do cuidador acarreta grande impacto na família especialmente quando o cuidador não tem com quem dividir as tarefas (com outros familiares do idoso). O cuidador necessita atentar para os profissionais de saúde cujas responsabilidades não podem se isentar. Entretanto, alguns conflitos, podem aparecer do tipo: uns não querem cuidar, outros brigam judicialmente

pela curatela do idoso, que presencia cenas de desgaste emocional o que acaba agravando ainda mais o seu quadro evolutivo.

Atualmente, é quantificável o crescimento do número de idosos que necessitam de tratamento domiciliar e este cuidado envolve familiares, parentes e amigos. O acompanhamento de um idoso com doença de Alzheimer produz desgastes emocional, psicológico e financeiro para o cuidador familiar, pelo fato de o tratamento ser dispendioso e de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e evoluir para quadros de total dependência. Essa situação exige redimensionamento da vida dos membros familiares para ser possível conviverem com as implicações causadas pela doença, fatos que conduzem à significativa interferência na qualidade de vida dos mesmos [...] as ações do Estado são insuficientes no quadro da saúde pública; a grande maioria da população de cuidadores familiares ainda não possui as informações e o suporte necessários à assistência e este fato constitui fator de risco para seu desgaste físico, emocional e social (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010, p.891).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com caráter descritivo e abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória neste contexto é interessante, pois permite a familiarização com determinado assunto, pouco conhecido, pouco explorado, nos casos de familiares cuidadores de idosos com Alzheimer almeja se explora a vivencia de acordo com a observação de sua rotina. As pesquisas exploratórias, objetivam aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno. (MARCONI; LAKATOS, 2010).

“As pesquisas exploratórias, são pesquisas que geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja, têm o intuito de torna-lo mais explícito. Tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições.” (FIGUEREDO, 2004).

Para um melhor aprofundamento neste estudo, alia - se ainda o caráter descritivo, visto que serão detectadas características de prática e comportamento, tanto dos cuidadores quanto dos idosos, para que haja uma aproximação mais fidedigna com a realidade.

A pesquisa descritiva, é a descrição detalhada de um determinado fato e suas variações, obtidas por meio de levantamento de dados, questionários e observações, que em conjunto com as pesquisas exploratórias são comumente usadas por pesquisadores sociais. Como afirma, Triviños (1987, p. 110).

Elas pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, o que exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar, como por exemplo a população, a amostra, os objetivos de estudo as hipóteses / pressupostos e as questões de pesquisas (FIGUEIREDO, 2004, p.104-105).

Na vertente qualitativa, serão trabalhados os dados sociodemográficos da população pesquisada para um melhor conhecimento do perfil trabalhado MINAYO (2004) é o que se aplica ao estudo da história, das relações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que dispõe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), facilitando a familiarização com as equipes da unidade e seus usuários. Também serão realizadas as visitas domiciliares neste contexto, tornando possível uma melhor observação do dia a dia e práticas junto ao portador de Alzheimer.

A UBS escolhida foi Unidade Básica de Saúde Dr. Ildone Cavalcante de Freitas, que fica localizada na Rua Marechal Deodoro, sn, Barrocas.

Esta Unidade é composta por três equipes da ESF, divididas em 3 áreas (119, 131 e 138) e 24 micro áreas, sendo 8 agentes de saúde para cada equipe. O número de famílias que compreendem estas áreas é de quatro mil 4.000 famílias, aproximadamente.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população foi composta por familiares que possuem na sua constituição portadores de D.A, sendo eles usuários da UBS Dr. Ildone Cavalcante de Freitas do Município de Mossoró – Rio Grande do Norte.

População é o conjunto formado a partir de elementos que compõem um mesmo universo que contém características em comum. Geralmente é utilizado quando se refere à quantidade de habitantes de um determinado lugar. Enquanto que, amostra é formada por um determinado número de elementos que caracteriza a população (GIL, 2009).

A amostra foi composta por 05 (cinco) famílias que possuem em seu domicílio paciente portador da doença de Alzheimer, sendo estudados estes e seus cuidadores.

Segundo Marconi; Lakatos (2010, p.147) “amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população) é um subconjunto do universo.”

Os critérios de inclusão foram: A família que possui familiares cuidadores responsável pelo paciente com DA, residentes na área de abrangência da UBS citada, com idade igual ou acima de 18 anos, que concordem em participar da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: Familiares residentes na área de abrangência da UBS, que não possuam pacientes com DA em seu domicílio, pessoas com idade abaixo de 18 anos, ou que não concordem em participar da referida pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nesta investigação foi utilizado como instrumento de coleta de dados entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro com perguntas abertas, que viabilizarão a coleta de toda as informações esperadas sobre o tema abordado. O apêndice A, foi produzido com perguntas abertas, onde foi realizado após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) apêndice B, para uma maior confiabilidade dos dados coletados e garantia do sigilo dos participantes. A entrevista semi-estruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas. A entrevista semiestruturada (ou semiaberta), obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Sua abordagem é clara na sequência de questões, assegurando sobretudo aos investigadores que suas hipóteses e pressupostos seguem cobertos na conversa (MINAYO, 2010).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Primeiramente, foi observado como é na prática a relação dos cuidadores familiares com os respectivos idosos portadores de Doença de Alzheimer onde foram entrevistados. Em seguida, com a permissão destes cuidadores as entrevistas também foram gravadas e depois transcritas para que haja maior fidedignidade aos discursos, de acordo com as suas disponibilidades de participação. Este processo de coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo comitê de Ética da FACENE-FAMENE João Pessoa-PB e encaminhamento de ofício da coordenação do curso de enfermagem da FACENE Mossoró-RN a Unidade Básica de Saúde pesquisada. Os familiares que concordarem participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados foi feita a partir do método qualitativo utilizando a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), definindo-se como um conjunto de ideias elaboradas e organizadas a partir da exposição de ideias com sentidos semelhantes em um único discurso. Sendo assim, serão seguidas as seguintes etapas: Extração dos depoimentos, leitura e análise

das respostas, seleção da expressão chave a partir das respostas individuais, que permitirão a construção da ideia central. Após os dados obtidos serão analisados e discutidos com base na literatura pertinente ao tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

A análise dos dados de caracterização da amostra foi apresentada através de média e porcentagens, em forma de gráficos e tabelas, discutidos a luz da literatura pertinente.

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O Presente estudo de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Sendo assim, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, informando ao participante que haverá o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

Além disso, a pesquisa oferece riscos mínimos ao participante, como constrangimento em responder as perguntas da entrevista, no entanto, os benefícios em proporcionar o conhecimento científico para a área de enfermagem e para os usuários de forma geral superaram esses riscos.

A pesquisa levou ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

4.9 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado pela pesquisa. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientadora e banca examinadora.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS

Neste item serão apresentados os dados de caracterização sociodemográficas (vertente qualitativa) em relação a: Faixa etária; Sexo; Escolaridade; Profissão; Grau de Parentesco; Tabagista; Etilista; Estado Civil; Tem Filho; Residência; Renda Familiar. Os dados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Dados de caracterização sociodemográficas dos participantes. Mossoró/RN, 2015.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
34 – 39	3	60%
46 – 48	2	40%
Sexo		
Feminino	5	100%
Masculino	0	0%
Escolaridade		
Fundamental	2	40%
Médio	3	60%
Profissão		
Do lar	3	60%
Artesã	1	20%
Auxiliar de escritório	1	20%
Grau de Parentesco		
Filha	5	100%
Tabagista		
Não	5	100%
Etilista		
Sim	1	20%
Não	4	80%
Estado Civil		
Casada	4	80%
Solteira	1	20%
Filhos		
Sim	4	80%
Não	1	20%
Residência		
Própria	3	60%
Alugada	1	20%
Outros	1	20%
Renda		
1 a 2 salários	4	80%
3 a 4 salários	1	20%

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

Com relação à faixa etária das participantes, percebe-se que 60% (3) possuíam idade entre 34 a 39 anos e 40% (2) estavam entre 46 a 48 anos de idades. De acordo com Lemos, Gazzola e Ramos (2006) em sua pesquisa observou-se que os cuidadores de Alzheimer possuíam idade entre 41 a 60 anos. No entanto, diante dos dados encontrados podemos perceber que os cuidadores são mais jovens em relação à pesquisa citada.

Quanto ao sexo dos participantes, foi constatado que 100% (5) são do sexo feminino. Pinto et al (2009) afirma em sua pesquisa que os cuidadores de paciente portadores de Alzheimer são na maioria do sexo feminino. Diante dos dados encontrados percebemos a predominância do sexo feminino, concordando com a literatura.

No quesito escolaridade dos participantes, verifica-se que 60% (3) possui o ensino médio e 40% (2) o ensino Fundamental. De acordo com Matos; Decesaro e Silva (2012), a maioria dos cuidadores de Alzheimer possui somente o ensino fundamental incompleto. No entanto, diante dos dados encontrados podemos perceber que os cuidadores possuem um grau de escolaridade mais elevado em relação à pesquisa citada.

No tocante à profissão das participantes, podemos perceber que 60%(3) são do lar, 20% (1) artesã e 20% (1) auxiliar de escritório. De acordo com pesquisas realizadas, o cuidador de idosos, por geralmente ser uma pessoa da família, não possui vínculo empregatício. Portanto, no estudo realizado por Carvalho e Escobar (2015) pode-se observar que a maiorias dos cuidadores são do lar.

Com relação ao grau de parentesco dos participantes, podemos perceber que 100%(5) são filhas. De acordo com, artigo de Lemos; et al (2009), lê-se que a maioria dos cuidadores de portadores de Alzheimer com relação ao grau de parentesco eram filhas. Há, então, uma concordância com ambas as pesquisas quando se detecta que a grande maioria destes cuidadores são de fato filhas.

Pesquisando acerca da ocorrência de Tabagismo entre os participantes reparou-se que 100%(5) não são fumantes. De acordo com Lemerdt; et al (2011). Pode-se perceber que dentre os dados encontrados, nenhum dos cuidadores de paciente portador de doença de Alzheimer é fumante, assim como a maioria, em relação à pesquisa citada.

Averiguando o consumo de bebidas alcólicas dos participantes percebe-se que 80%(4) não são etilistas e 20%(1) é etilista. De acordo com Seimer (2010) em seu artigo 80% (166) não são etilistas e 20% (42) são etilistas. Verifica-se, portanto, que os dados encontrados na pesquisa têm relação com a literatura citada.

Acerca do estado civil dos participantes viu-se que 80%(4) são casadas e 20%(1) e solteira. De acordo com a literatura de Luzardo; et al (2006), 69,9% (25) são casadas; 13,9%

(5) são solteira e 16,6% (6) outros. Assim, notifica-se que a predominância das cuidadoras de portadores de Alzheimer é de mulheres casadas.

Constatou-se também neste estudo que 80%(4) tem filhos e 20%(1) não tem filho. De acordo com Falcão; Maluschke (2009) observou-se que as mães cuidadoras afetava sua relação com seus filhos.

Quanto ao tipo de moradia dos participantes atentou-se que 60%(3) tem casa própria e 20%(1) tem casa alugada e 20%(1) outros. De acordo com Santos; Pelzer; Rodrigues (2007) os cuidadores de portadores de doença de Alzheimer, 90% (10) tem casa própria e 20% (2) outros. A casa própria então é realidade entre a maioria dos entrevistados.

Analisando as condições financeiras dos participantes, podemos perceber que 80%(4) tem renda de (1 a 2) salário e 20%(1) tem renda (3 a 4) salário. De acordo com Seima; Lenardt (2011) constatou na sua literatura que os cuidadores de portadores de Alzheimer tem renda de (1 a 2) 35% salario; (3 a 4) 35% salario (5 a 6) 30% salario. Percebe-se que a pesquisa realizada detecta um nível de renda superior.

5.2 DADOS RELACIONADOS À CONVIVÊNCIA DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER

Neste item serão apresentados os dados relacionados à convivência dos cuidadores familiares de idosos portadores de Alzheimer, analisados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), para anonimato dos participantes foram denominados em Entrevistados de 1 a 5, respectivamente. No quadro 1, são apresentadas as respostas dos participantes em relação a que você entende por Doença de Alzheimer.

Quadro 1: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo com resposta a questão: O que você entende por Doença de Alzheimer?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Cura da doença	<p data-bbox="539 1671 1485 1742">“[...] uma doença que não tem cura, muito difícil cuidar de quem tem, e é muito sofrimento [...]” E 1</p> <p data-bbox="539 1783 1485 1854">[...]doença degenerativa [...] tem que ter um acompanhamento[...] pra tentar retardar a doença pra dar melhor qualidade de vida a pessoa” E 3</p>
DSC – 1	

<i>“Uma doença que não tem cura, muito difícil cuidar de quem tem e é muito sofrimento. É uma Doença degenerativa, tem que ter um acompanhamento, pra tentar retardar a doença pra dar melhor qualidade de vida à pessoa”</i>	
Ideia Central – 2	Expressões Chaves
Esquecimento	<p><i>“[...] o cérebro vai atrofiando com isso a pessoa vai perdendo a memória [...]” E 5</i></p> <p><i>“[...] o Alzheimer é o esquecimento [...]” E 2</i></p>
DSC – 2	
<i>“O Alzheimer é o esquecimento aonde o cérebro vai atrofiando com isso a pessoa vai perdendo a memória.”</i>	

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

De acordo com o quadro acima, estão apresentadas duas ideias centrais que expressam definição e sintomas da doença.

Essa síndrome tem causado problemas e representado um desafio aos profissionais da saúde nos últimos anos. Sendo uma doença degenerativa, acomete-se de forma lenta e de maneira progressiva, ela costuma aparecer após os 50 anos. A pessoa apresenta crescente dificuldade para memorizar, decidir, agir, locomover-se, comunicar-se e alimentar-se, até atingir estado vegetativo (ZIMERMAN, 2007).

São características comuns desse quadro a desorientação, o esquecimento, a desorganização, a depressão e a agressividade. As duas últimas são bastante comuns na fase inicial, pois a pessoa ainda tem consciência para perceber sua situação e que o quadro é irreversível, portanto, deprime-se e sente raiva. A aceitação da realidade a esta altura é um elemento muito difícil, haja vista a conformação com aquilo que não pode ser mudado. O declínio cognitivo trazendo prejuízo a memória, promove dificuldade também de comunicação como: apatia, depressão e agitação, delírios de roubo ou suspeita, tornando-os agressivos. À medida que essa doença avança, atinge áreas do cérebro que trabalham as associações, também é comprometido o significado das palavras, conceituação de objetos comuns e conhecidos.

Pesquisa da Faculdade de Medicina Albert Einstein buscando solução nos últimos 25 anos, procurando antídotos, vacinas, mas ainda é sem sucesso – espera-se que um dia, seja capaz de deter os danos causados ao cérebro. Enquanto estes não descobrem a solução do problema, recomendam a prevenção como opção (CARPER, 2015).

Quadro 2: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo com resposta a questão: Como você cuida do seu idoso? Segue uma rotina diária de cuidados?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Cuidado e rotina diária	<p>“Cuido com muito carinho[...]” E 1</p> <p>“[...] É uma rotina diária, todos os dias tenho que acordar ela, e dá a alimentação [...]” E 4</p> <p>“[...] tem que ser no horário certo [...]” E 2</p>
DSC – 1	
“Cuido com muito carinho. Com uma rotina diária, todos os dias tenho que acordar ela, e dá a alimentação sempre, tem que ser no horário certo”	
Ideia Central – 2	Expressões Chaves
Sem rotina diária	<p>“[...] Não, a gente não segue uma rotina [...] diária [...] por solicitação da medica [...]” E 3</p> <p>“[...] porque ela ainda é ativa [...]” E 5</p>
DSC – 2	
“Não, a gente não segue uma rotina diária, por solicitação da medica, porque ela ainda é ativa”	

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

No quadro acima representa as respostas das participantes da pesquisa, quando questionadas sobre a rotina diária no cuidado. O pensamento refere-se aos cuidados importantes e necessários com o fim de minimizar a dificuldade da rotina familiar.

O Alzheimer requer diversos cuidados proveniente das necessidades de saúde do idoso e altera significativamente o cotidiano das famílias e transformam sua qualidade de vida. Diante disso, é importante reconhecer a qualidade de vida dos cuidadores e os fatores que a influenciam para planejar atividades integrais em saúde observando alternativas que minimizem os efeitos prejudiciais da sobrecarga de cuidado vivenciada (DORNELLES, TERRA, 2003).

Destaca-se como somatório a combater a dificuldade do Alzheimer sentimentos como amor e afeto como fundamental na influência mútua paciente / família e vice-versa. Deve-se conseguir promover a alegria com frequência, pois isso refletirá em positivos resultados (CAMARGO, 2003). Muitas vezes a doença une a família, que necessita ficar perto de seu ente querido diariamente (AGUZZOLI, 2014). A rotina sofre mudanças, na dinâmica dentro do

ambiente domiciliar pode causar stress tanto nos pacientes quanto nos familiares e cuidadores (KAUFFMAN, SALIM, 2006).

Portanto, buscar informações e técnicas simples podem ajudar, como: valer-se de calendário de parede para identificação diária de datas recentes, álbuns de fotografias legendados, agendas, alarmes, bilhetes na geladeira, caixas de medicamentos divididas por dia e horário etc. Podem trazer independência do idoso no dia-a-dia (CAMARGO, MAGALHÃES, 2013).

Forma de combater o Alzheimer quanto a debilitação da memória pode ser pôr em prática um programa de tratamento multifatorial. Um programa que inclua terapia nutricional, complementação com vitaminas, minerais específicos, administração de tônicos medicinais naturais, exercícios cardiovasculares, exercícios para a mente, controle de estresse, administração de certos medicamentos farmacêuticos. Cada elemento desse programa atuará a fazer sinergia com os demais elementos, nenhum aspecto do programa seria totalmente eficaz se empregado isoladamente, mas agrupado terá efeito terapêutico abrangente. Ele beneficia, por fim, cada aspecto da capacidade cognitiva, especialmente no que diz respeito à criatividade e ao aprendizado.

Quadro 3: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo com resposta a questão: O que você sente ao ver seu idoso passando por esse processo de adoecimento?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Sentimento de Tristeza	<p><i>“É muito sofrimento [...] É fazer de tudo pra que ela não perceba que a gente está sofrendo [...]” E 1</i></p> <p><i>“[...] É muito ruim ver a pessoa, [...]da família assim [...]” E 2</i></p> <p><i>“[...] Fico [...] profundamente muito triste”. E 3</i></p> <p><i>“[...] é difícil[...]” E5</i></p>
DSC – 1	
<p><i>É muito sofrimento, é fazer de tudo pra que ela não perceba que a gente está sofrendo. É muito ruim ver a pessoa da família assim. Fico profundamente muito triste, é difícil.</i></p>	

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

De acordo com a fala das participantes da pesquisa, podemos perceber que predomina um sentimento de tristeza dos cuidadores por conviver com esse processo de adoecimento

mental. Mas, que não deve permitir transparecer tais sentimentos ao paciente, evitando mais aflição.

O momento a partir do diagnóstico e as fases seguintes são mais difíceis, pois é uma das que costuma suscitar maiores problemas de convivência, haja vista a adaptação e fator novidade/mudança na rotina. É necessário realizar um trabalho com a família para reorganizar os papéis desempenhados por cada um, definir novas responsabilidades, tornar as coisas mais práticas e eliminar culpas. O corpo familiar deve compreender bem que tem seu papel, mas também não podem abandonar suas atividades normais e devem delegar funções aos cuidadores (ZIMERMAN, 2007).

O diagnóstico da doença pode trazer para a família e para muitos clínicos, um sentimento de que não se tem mais nada a fazer. A família deve estar consciente deste fato a fim de ajudá-lo e não fazer cobranças excessivas, o que pode atrapalhar a evolução do tratamento e causar ansiedade ao mesmo (DORNELLES, TERRA, 2003).

Não é raro o cuidador ou algum membro da família dirigir-se ao médico de forma estressada ou exaurida e comentar que a situação está perdendo o controle e já se identifica com o próprio paciente no que diz respeito aos sintomas. Nesse ponto, infelizmente, muitos médicos não dão a devida atenção a tais queixas e sintomas, banalizando sua gravidade e negligenciando o cuidado profissional com comentários do tipo: "isso não é nada não, apenas um cansaço que logo passa, não se preocupe. Em muitos casos, os cuidadores experimentam sintomas que necessitam de pronta abordagem terapêutica, sob o risco inclusive de prejudicarem o próprio paciente, na medida em que, estando em situação de risco, podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Esse é um exemplo típico de como o descuido em relação a um componente da relação pode interferir no outro, e justifica, portanto, a noção de uma relação triangulada: médico-paciente-cuidador. Já existe uma quantidade considerável de relatos em que os cuidadores ficaram com sentimentos de culpa e outras dificuldades que desgastam a paciência e até mesmo passam a odiar entes que sempre lhes foram muito queridos, sentimentos ambivalentes que geram confusão. Esses sintomas deveriam ser considerados pelos médicos. Na maioria dos casos um breve suporte psicológico já seria considerado muito relevante.

Quadro 4: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo com resposta a questão: Você recebeu orientações de profissionais de saúde quanto a esta doença e os cuidados que você deve prestar ao seu familiar?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Não, recebeu orientações dos profissionais de saúde.	<p><i>“[...] Não recebo [...] nenhuma [...] orientação [...] sobre a doença no posto [...]” E 2</i></p> <p><i>“[...] da rede pública é difícil [...]” E 1</i></p> <p><i>“[...] porque ele não disponibiliza muito conhecimento [...]”. E 3</i></p>
DSC – 1	
<i>Não recebo nenhuma orientação sobre a doença no posto da rede pública é difícil porque ele não disponibiliza muito conhecimento.</i>	
Ideia Central – 2	Expressões Chaves
Sim, recebeu orientações dos profissionais de saúde.	<p><i>“[...] a gente já recebeu orientação de médicos, enfermeiros [...]” E 1</i></p> <p><i>“Olhar eu recebo da medica dela que a gente vai sempre a medica [...]”.</i></p> <p><i>E 3</i></p> <p><i>“[...] recebo muita atenção das meninas, elas sempre pergunta [...]”.</i></p> <p><i>E4</i></p>
DSC – 2	
<i>“A gente já recebeu orientação de médicos, enfermeiros, eu recebo da medica dela que a gente vai sempre, recebo muita atenção das meninas, ela sempre pergunta.”</i>	

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

No quadro acima representa as respostas quando questionadas sobre as orientações profissionais, percebemos que alguns cuidadores recebem e outros não recebem. Diante disso, podemos afirmar que é essencial a orientação por parte dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, pois são esses profissionais que conhecem a história clínica e todo seu contexto social.

Portanto, não é simples diagnosticar Alzheimer, sobretudo no início, que pode ser semelhante a outras demências à senilidade, como a arteriosclerose (ZIMERMAN, 2007). A busca pelo acompanhamento profissional deve ser iniciativa da própria família, cabendo a ela insistir na busca profissional. Esse papel foi fundamental para orientação de Armando Mori (2014) quando percebendo a dificuldade da esposa em encontrar simples objetos. A primeira visita médica levou-o a várias outras, embora fossem passos difíceis estes foram necessários aos prognósticos. Os médicos exerceram importante papel, pois além de medicarem, informaram sobre a doença, o que trouxe mais eficiência no tratamento, pois enfrentar uma batalha conhecendo seu oponente pode nos trazer vantagens (MORI, 2014).

Diante disso, o Ministério da Saúde aprovou em abril de 2002 a portaria 703, instituindo o Programa de Assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer, com fornecimento gratuito das medicações. Para obtê-las é necessário dirigir-se a unidade básica de saúde, em seguida encaminhado para um especialista que após avaliação terão medicamentos liberados gratuitamente (AGUZZOLI, 2014).

Ao serem pegas de surpresa, as famílias, que geralmente desconhecem sobre o problema que precisarão enfrentar, se deparam inicialmente com a realidade impactante de que tal problema não tem cura. Esse questionamento feito por quase todos é seguido da óbvia e inevitável conclusão de que não se pode parar o progresso da doença. A esta altura um óbvio conselho dos médicos seria que passassem a conhecer muito bem o Alzheimer. Enfrentar uma batalha conhecendo o seu oponente pode trazer grandes vantagens. Saber que existem milhões de casos semelhantes ao redor do mundo, que elas possuem a incapacidade de reconhecerem a própria doença, os sintomas não serem percebidos ou insistem que não há problema. Saber que a memória, atenção, concentração, linguagem, juízo etc são afetados e comprometidos. Todos os fatores estando bem claros torna possível a criação de um programa, métodos, alternativas que visem minimizar todas as dificuldades advindas.

Quadro 5: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo com resposta a questão: Quais as principais dificuldades que você enfrenta ao cuidar de um idoso portador de Alzheimer?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Relação Familiar	<p><i>“[...]a maior dificuldade em relação a família [...] E 3</i></p> <p><i>“[...]É as dificuldades é assim por que uma pessoa só pra cuidar [...]quando eu penso que ela está dormindo ela se levanta,” E 4</i></p>
DSC –1	
<i>“A maior dificuldade que eu to tendo se chama em relação a família, É as dificuldades é assim por que uma pessoa só pra cuidar, quando eu penso que ela está dormindo ela se levanta”</i>	
Ideia Central -2	Expressões Chaves
Diversas dificuldades	<p><i>“[...] Eu não sei lidar direito [...] com a doença [...]” E 5</i></p> <p><i>“[...] o sofrimento dela que a gente não sabe quando ela tá sentindo dor [...]” E1</i></p> <p><i>“[...] devido o esquecimento a gente tem que tá observando[...]" E2</i></p>

DSC- 2

Eu não sei lidar direito com a doença, o sofrimento dela que a gente não sabe quando ela tá sentindo dor, devido o esquecimento a gente tem que tá observando.

Fonte: Pesquisa de campo (2015).

O quadro acima apresenta as dificuldades no cuidado com o paciente portador de Alzheimer, sendo evidenciada a relação familiar, bem como diversas dificuldades no convívio diário. Portanto, a relação da família com as dificuldades de várias naturezas por elas enfrentadas e a falta de conhecimento da doença agravam o problema.

Dessa forma, a doença de Alzheimer afeta os familiares de forma devastadora. Isso se confirma, porque as dúvidas, as incertezas com o futuro, a responsabilidade com os cuidados dentre outros, são relatadas pelas famílias (CAMARGO, 2003).

As mudanças dramáticas no curso da doença e outras demências comprometem não apenas a família específica do lar, mas igualmente o bem-estar de todos os membros da família. Nesse sentido, é fundamental compreender o problema para lidar com as dificuldades encontradas pelos cuidadores e pelos outros membros familiares de pacientes com Alzheimer (FALCÃO, DIAS, 2006).

Tão importante quanto o acompanhamento médico é a orientação aos familiares e cuidadores, pois quem já conviveu com algum portador da doença Alzheimer sabe que ocorre alteração na dinâmica domiciliar. Pacientes acostumados na administração da casa de modo geral sentem-se reprimidos, por outro lado, familiares que não estavam acostumados com algumas tarefas passam a ter responsabilidade por elas. É preciso ter clareza antecipada dessa situação, pois envolve a todos (ZIMERMAN, 2007).

A rotina familiar é afetada direta e dramaticamente. Tem-se a necessidade de considerar a própria comunicação, programando um novo modo de comunicação segundo novos dados que surgirão. A criação de condições favoráveis que envolvam privacidade, não permitindo interferências externas, com ambiente acolhedor, confortável. Estar conscientes das dificuldades impostas pela doença como: agressividade, sexualidade inadequada, indiferença emocional etc, que não tem a ver com a real pessoa do paciente,, e que tais disfunções não devem apagar ou denegrir o mérito e as boas recordações e realizações construídas pelo paciente previamente à doença. Os familiares devem focar em que as boas recordações e realizações construídas pelo paciente antes da doença, devem ser enfatizadas como herança recordativa motivando a permanecer vívidas aos cuidadores, fazendo com que as dificuldades assim sejam amenizadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Síndromes como o Alzheimer têm afetado milhões de pessoas ao redor do mundo. São poucas as doenças que conseguem interferir de forma tão intensa na vida de pacientes por longos períodos quanto esta. Em tal situação, os familiares precisam exercer duplo esforço em lidar com uma realidade em que o paciente e seu próprio cuidador vivem realidades dramaticamente alteradas.

Nessa situação, vive-se com um “desconhecido” dentro da própria casa, exigindo-se grandes porções de paciência, afeto e carinho. Nessa época prevalece a exaustão física e mental, trazendo grande impacto negativo aos cuidadores, que se tornam mais suscetíveis à depressão e ansiedade. Familiares demonstram sinais de transtorno em algum nível esgotados com a difícil rotina do dia-a-dia. Contudo, são infrequentes, mesmo em níveis tão elevados de pressão, aqueles que não buscam informações visando descobrir melhores técnicas ou métodos por meio de ajuda externa desejando minimizar sua dificuldade, ainda que a situação venha a se tornar onerosa diante de possível internação ou gastos advindos.

No decorrer deste trabalho buscou-se trabalhar determinados questionamentos como: definição de Alzheimer e seus sintomas; admitir a inserção da família inclusa na conjuntura dessa problemática, bem como do cuidador que também necessita de ajuda; confirmar que a falta de informação e conhecimento da doença prevalece como fator para aumento dos problemas dessa patologia, pois conhecer técnicas, métodos e meios farão total diferença diante da situação aos que precisam enfrentá-la.

Sendo delimitado o assunto, o procedimento qualitativo de pesquisa científica, foi concretizada por meio de entrevista semi-estruturadas, buscando mais preservar a individualidade em suas vivências, de maneira ética. Como sugere a epistemologia, tanto o pesquisador como os analisados foram envolvidos nas análises qualitativas. Portanto, assenta observar que, nos encontros, houve fusão de emoções entre entrevistador e entrevistados, sendo grande o envolvimento e aplicabilidade do assunto tratado. De maneira dramática os que se dedicam como cuidadores puseram suas explicações e houve sinergia, levando-se em consideração estar próximo à realidade atual vivente, tal agressão contra o ritmo natural da vida é violentado, perdendo completamente a coerência cotidiana da vida familiar.

Recomenda-se a criação de um método específico de tratamento com o fim de tornar menos oneroso, propiciando até mesmo atendimento domiciliar se for o caso, disponibilizando um profissional com qualificação adequada em casos que não houver o cuidador. Que a própria

legislação ajuste-se trazendo devido apoio legal mesmo aos que ficarem desempregados em detrimento da dedicação exercida intensamente ao portador com Doença de Alzheimer. Que os cuidadores tenham direito a treinamento e instrução adequada com profissional habilitado a retransmitir conhecimentos minimizadores à rotina destes verdadeiros heróis e acompanhamento psicológico, sendo assegurado pelo poder público para diminuir o esforço nessa batalha psicológica, que já exige constante resistência às pressões.

Quando se sugere o envolvimento da sociedade diante do problema que diariamente tem crescido e acampado por perto, não se trata de exagero ou ser alarmistas, mas, encarar essa doença que não tem se importado com raça, cor ou classe social, ao “escolher” suas vítimas. Por meio de larga conscientização e suporte social para estabelecer ligação interpessoal, renovando propostas e até mesmo em nosso sistema de saúde pública atual, quem sabe, somente então, acomodar o cuidador e paciente em melhores condições, pois a ajuda deve ser também institucional.

Faz-se necessário que tais considerações sejam postas com importância para que também não apenas o cuidador, bem como toda a família dê continuidade à vida, não anulando suas próprias conquistas e tornando-as em impossibilidades, ou seja, continuarem a ter uma vida própria e não desistindo dela.

Que o presente trabalho forneça aos estudantes e profissionais da saúde os conclusivos resultados das análises realizadas, reflexionando quanto à importância da melhor qualidade da consideração sobre a doença Alzheimer, haja vista estar relacionada diretamente com todos indefinidamente, uma vez que isso garante a confirmação do próprio conhecimento do valor humano com mais solidez.

Todo esforço necessário deve ser despendido a maximizar qualitativamente a questão, que pode ser possível através de um cuidadoso, intenso e constante esforço com colaboração de toda comunidade científica, governos e famílias objetivando manter um alvo para determinado nível de qualidade da vida humana.

REFERÊNCIAS

AGUZZOLI, Fernando. **Quem Eu? Um avô. Um Neto. Uma lição de vida.** Belas Letras. São Paulo-SP, 2014.

ARRUDA, M.C.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.3, p.339-345, Jul/Set 2008.

CAIXETA, Leonardo. **Doença de Alzheimer.** Porto Alegre-RS: Artmed, 2012.

CAMARGO, Izabel Eri. **Doença de Alzheimer: Um testemunho pela preservação da vida.** Porto Alegre, RS. AGE, 2003.

CARPER, Jean. **100 Dicas simples para prevenir o Alzheimer e a perda de memória.** Rio de Janeiro, Sextante, 2015.

CARRETTA, Marisa Basegio; SCHERER, Sabrina. **Perspectivas atuais na prevenção da doença de Alzheimer.** Porto Alegre, v. 17, n. 1, 2012.

CARVALHO, J. A.; ESCOBAR, K. A. A. Cuidador de idosos: estudo sobre o perfil dos cuidadores de idosos do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) Associação dos aposentados e pensionistas de Volta Redonda – AAP-VR. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.8, n.1, jan. 2015.

COELHO, G. S.; ALVIM, N. A.T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v.57, n.5, set/out 2004.

COSTA, T. G.; PESSOA, C. G. O.; PELZER, M. Relações Familiares no contexto do cuidado a pessoa com doença de Alzheimer. In: Congresso de Ciências da Sasude, 3., 12ª Semana de Iniciação Científica, 12., Semana de Extensão – Unileste-MG "Inovação a serviço da vida e ambientes saudáveis", 3., Coronel Fabriciano-MG, 2011. **Resumos...** Coronel Fabriciano-MG: Unilest-MG, 2011. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/pic/sic-12/resumos/pesquisa-saude/RELACOES-FAMILIARES-NO-CONTEXTO-DO-CUIDADO-A-PESSOA-COM-DOENCA-DE-ALZHEIMER.pdf> Acesso em: 20 mar. 2015

COUTO, A. M. **Cuidador familiar de idoso dependente: vivências de cuidar em contexto domiciliar e implicações para a enfermagem.** 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de fora, Juiz de fora, MG, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertacao-Alcimar-Marcelo-do-Couto.pdf> Acesso em: 12 maio 2015

CRUZ, Marília da Nova; HAMDAN, Amer Cavalheiro. A doença de Alzheimer, impacto da família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.

DOMINGUES, Marisa Accioly R. C.; SANTOS, Carina Farias dos; QUINTANS, Jeane R. Doença de Alzheimer: O perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.1,

p.161-169, 2009. Disponível: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/161a169.pdf
Acesso em: 22 abr. 2015

DORNELLES, Beatriz. TERRA, Newton Luiz. **Envelhecimento bem sucedido**. Programa Geron. 2. Ed. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2003.

DOURADO, M. L. **O impacto da doença de alzheimer nas relações familiares sob a ótica do cuidador**. 2006. 80f. Monografia (Especialista em Terapia Familiar e de Casal do Núcleo de Família e Comunidade) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos-pdf/impacto-doenca-alzheimer-relacoes-otica/impacto-doenca-alzheimer-relacoes-otica.pdf> Acesso em: 22 mar. 2015

FALCÃO, D.V.S.; BUCHER-MALUSCHK, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n. 4, p. 777-786, out./dez. 2009.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; DIAS Cristina Maria de Souza Brito. **Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas**. São Paulo-SP, Casa do Psicólogo, 2006. Vol. I

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais1. **Psicol. estud.**, v.14, n.4, p.777-786, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a18.pdf> Acesso em: 10 abr. 2015

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Método e Metodologia na Pesquisa Científica**. Difusão, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ed.São Paulo: Atlas, 2009.

ILHA, Silomar et al. Refletindo acerca da doença de alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min., v.4, n.1, p.1057-1065, jan./abr. 2014.

INOUE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. **Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.891-899, maio 2010.

KAUFFMAN, Paulo. SALIM, Alfredo. **Saude**: Entendendo as doenças, a enciclopédia médica da família. São Paulo-SP, Nobel, 2006.

KELLER, Edelvais et al. O sofrimento psíquico do cuidador familiar do portador da doença de alzheimer In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 6., Maringá, 2009. **Anais...** Maringá: Cesumar, 2009. Disponível em: http://www.unicesumar.edu.br/epcc2009/anais/roseane_pracz2.pdf Acesso em: 12 maio 2015

LEMONS, N.D.; GAZZOLA, J.M; RAMOS, L.R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.170-179, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/14.pdf> Acesso em: 15 set. 2015

LENARDT, M. H. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2, Supl 1, abr./jun. 2011.

LOPES, A. J.; PIROLO, N. D. B.; ARANDA, F. **Doença de Alzheimer: a enfermagem cuidando do cuidador**. [2006]. Disponível em:

https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_15_1353761877.pdf Acesso em: 3 mar. 2015

LUZARDO, A.R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p.587-594, out./dez. 2006.

LUZARDO, Adriana Remião; WALDMAN, Beatriz Ferreira. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, P. C. B.; DECESARO, M. N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.4, p.857-865, out./dez. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORI, Armando. **Alzheimer: para o caso de você não lembrar**. São Paulo-SP, Livrus, 2014.

NEUMANN, S. M. F. **Doença de Alzheimer na família repercussões sobre o seu funcionamento**. 123f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em:

http://www.unicap.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=532 Acesso em: 22 abr. 2015

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANHA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

PAVARINI, S. C. I. et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.3, p.580-590, 2008. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a04.htm>. Acesso em: 10 abr. 2015.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm.**, v.22, n.5, p.652-657, 2009.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F.H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.270-278, jul. 2011.

RIBEIRO, C. F. **A doença de Alzheimer ou mal de Alzheimer é conhecida como doença degenerativa cerebral primária que representa características neuropáticas e**

neuroquímicas: o transtorno se inicia em geral de forma insidiosa e lenta. 2010. 60f. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3057.pdf> Acesso em: 20 mar. 2015.

SANTOS, S. S. C.; PELZER, M.T.; RODRIGUES, M.C.T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; PELZER, Marlene Teda; RODRIGUES, Mônica Canilha Tortelli. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007.

SEIMA, M. D. **Relação/participação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer.** 2010. 157f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 - 398, Ago/Dez. 2011.

SEIMA, Márcia Daniele; LENARDT, Maria Helena. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 - 398, Ago/Dez 2011.

SHIGUEMOTO, Gilve Orlandi Bannitz. **Doença de Alzheimer e o cuidador familiar principal:** Estudo da clientela do Programa da medicação dispensação excepcional do Município de S. Carlos. 68f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2010. Disponível em: http://www.btdt.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2010-07-13T085311Z-3156/Publico/3093.pdf Acesso em: 12 maio 2015.

SILVA, J. C. M. C. et al. **Assistência de Enfermagem ao cliente portador de Alzheimer e vitimado de quedas:** um olhar no cuidado paliativo. [2012]. Disponível em: <http://189.59.9.179/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I40902.E10.T7160.D6AP.pdf> Acesso em: 9 abr. 2015.

WATHIER, Larissa da Silva et al. Principais dificuldades encontradas nos cuidados do mal de Alzheimer. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA CESUMAR, 6., Maringá, 2009. **Anais...** Maringá: Cesumar, 2009. Disponível em: http://www.unicesumar.edu.br/epcc2009/anais/larissa_silva_wathier.pdf. Acesso em: 12 maio 2015.

ZIMERMAN, Guite I. Velhice: **Aspectos Biopsicossociais.** Porto Alegre-RS, Artmed, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor(a),

Eu, Livia Helena Morais de Freitas, pesquisadora e professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró - FACENE, orientando a aluno, Newton Marcos Gonçalves de Souza, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título **“OLHARES E CONCEPÇÕES: A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADORA DE PACIENTES PORTADORES DE ALZHEIMER.”**.

Tem-se como objetivo geral, Analisar a visão dos familiares cuidadores de idosos portador de Alzheimer e como objetivos específicos: Caracterizar o perfil social da família cuidadora. Identificar a visão da família cuidadora dos idosos portadores de Alzheimer. Investigar as principais dificuldades vivenciadas pela família cuidadora do idoso portador de Alzheimer.

Justificativa. O interesse em pesquisar sobre este tema partiu inicialmente a partir da convivência com um familiar idoso portador da doença de Alzheimer. Diante do sofrimento que muitos idosos padecem, em clínicas públicas ou particulares e até mesmo em suas residências com a doença de Alzheimer, esta pesquisa servirá se subsídio para que o familiar cuidador possa melhor entende-la proporcionando uma melhor compreensão acerca da patologia, favorecendo o cuidado para com os idosos. Assim como, a pesquisa é importância para a academia em compreender e desenvolver mais estudos abordando as complexidades necessárias para o melhor entendimento do Alzheimer.

Convidamos senhor(a) para participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados relacionados a **OLHARES E CONCEPÇÕES: A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADORA DE PACIENTES PORTADORES DE ALZHEIMER**. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar, como: constrangimento e medo em responder aos questionamentos, mas, os benefícios em esclarecer as informações para os cuidadores de paciente portadores de Doença de Alzheimer ira auxiliar o conhecimento científico da enfermagem. A participação do senhor(a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigada

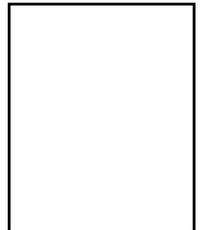
a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. O pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisador responsável.

Mossoró - RN, ____/____/ 2015

Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa/Testemunha



¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312- 0143. E-mail:livia@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa Paraíba – Brasil CEP: 58.067-695 - Fone: +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

IDADE: _____

SEXO: _____

ESCOLARIDADE: () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR () OUTROS

PROFISSÃO: _____

GRAU DE PARENTSCO: () FILHO () FILHA () SOBRINHO () SOBRINHA

() GENRO () NORA () OUTROS

TABAGISTA: () SIM () NÃO

ETILISTA: () SIM () NÃO

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRA () CASADA () DIVORCIADA () OUTROS

TEM FILHOS: () SIM () NÃO

RESIDÊNCIA: () própria () alugada () outros

2 DADOS RELACIONADOS A CONVIVÊNCIA DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER (D. A.)

2.1 O que você entende por Doença de Alzheimer?

2.2 Como você cuida do seu idoso? Segue uma rotina diária de cuidados?

2.3 O que você sente ao ver seu idoso passando por esse processo de adoecimento?

2.4 Você recebeu orientações de profissionais de saúde quanto a esta doença e os cuidados que você deve prestar ao seu familiar?

2.5 Quais as principais dificuldades que você enfrenta ao cuidar de um idoso portador de Alzheimer?

ANEXOS

RELATÓRIO FINAL

Título do projeto: **OLHARES E CONCEPÇÕES: A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADORA DE PACIENTES PORTADORES DE ALZHEIMER**

Protocolo: 111/2015 e CAAE: 48081615.0.0000.5179

Orientador(a) (Pesquisador(a) Responsável): Lívia Helena Morais de Freitas

Aluno(a)Pesquisador(a): NEWTON MARCOS GONÇALVES DE SOUZA

Data de Conclusão (Apresentação do TCC): 09/12/2015

Membros da Banca Examinadora: Lívia Helena Morais de Freitas

Giselle dos Santos Costa Oliveira

Lucídio Clebeson de Oliveira

Sarah Azevedo Rodrigues Cabral

SUMÁRIO DO PROJETO APRECIADO NO CEP

1- Fazer um **resumo do projeto** apreciado pelo CEP, em média 250 palavras, destacando principalmente, título, objetivos, tipo de estudo, local, amostra, instrumento, procedimento de coleta de dados e análise dos dados.

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, Mossoró-RN, intitulado **OLHARES E CONCEPÇÕES: A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADORA DE PACIENTES PORTADORES DE ALZHEIMER**. O presente estudo tem por objetivo geral analisar a visão dos familiares cuidadores de idosos portadores de Alzheimer e os objetivos específicos são caracterizar o perfil social da família cuidadora; identificar a visão da família cuidadora dos idosos portadores de Alzheimer; Investigar as principais dificuldades vivenciadas nas famílias cuidadoras do idoso portador de Alzheimer. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Dr. Ildone Cavalcante de Freitas no município de Mossoró-RN. A amostra foi composta por 5 familiares de idosos com doença de Alzheimer. Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada. A pesquisa foi gravada, e transcrita para melhor compreensão. A análise dos dados foi feita a partir da técnica de discurso do sujeito coletivo. Em todo processo houve o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais. Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador participante. O projeto foi aprovado pelo CEP sob número do protocolo: 111/2015 e CAAE: 48081615.0.0000.5179.

2-Houve necessidade de **alteração na estrutura do projeto**: Título? Problema? Justificativas? Objetivos? Metodologia (tipo, local, amostra, instrumento de coleta, procedimento de coleta de dados, análise de análise)? Detalhar e justificar

alterações. Obs. Nessa situação, qualquer que seja a alteração deve ser comunicada ao CEP, através da PLATBR, via EMENDA, no momento da ocorrência.

Não houve necessidade de alteração na estrutura do projeto.

3-Resultados Obtidos (Resumo do trabalho): Fazer um resumo do trabalho, em média 500 palavras, destacando, principalmente os alcances dos objetivos propostos, resultados encontrados e conclusão.

A Doença de Alzheimer (D.A.) é uma das demências que afetam a população idosa e chega ser considerada como etapa normal da velhice. Essa patologia gera alterações de comportamento, perda da autonomia e até mesmo da própria identidade, com estágios evolutivos de grau leve ao avançado levando, muitas vezes, o paciente a morte. As alterações de comportamento do idoso causam grande impacto emocional nos cuidadores gerando desgaste físico e mental interfere na saúde, na vida social e na qualidade de vida do cuidador, especialmente quando o cuidado é assumido por uma única pessoa. O objetivo geral desta pesquisa é Analisar a visão dos familiares cuidadores de idosos portadores de Alzheimer e os objetivos específicos são caracterizar o perfil social da família cuidadora; identificar a visão da família cuidadora dos idosos portadores de Alzheimer; Investigar as principais dificuldades vivenciadas nas famílias cuidadoras do idoso portador de Alzheimer. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Dr. Ildone Cavalcante de Freitas no município de Mossoró-RN. A amostra foi composta por 5 familiares de idosos com doença de Alzheimer. Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada. A pesquisa foi gravada, e transcrita para melhor compreensão. A análise dos dados foi feita a partir da técnica de discurso do sujeito coletivo. Em todo processo houve o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais. Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa serão de inteira responsabilidade do pesquisador participante. O projeto foi aprovado pelo CEP sob número do protocolo: 111/2015 e CAAE: 48081615.0.0000.5179. Na análise dos resultados, percebemos que o perfil social das famílias cuidadoras é caracterizado com faixa etária entre 34 a 39 anos de idade, predominantemente feminino, possuindo ensino médio completo, do lar, sendo filhas, não fumantes, não etilistas, casadas, com filhos, com moradia própria e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Quando questionadas sobre o entendimento da doença de Alzheimer, as participantes afirmaram que é uma doença que não tem cura e causa o esquecimento. Em relação o cuidado do idoso e se possui rotina diária, algumas das participantes afirmaram que o cuidado segue um rotina e outras relataram não seguir uma rotina, principalmente pela necessidade do idoso e evolução da doença. Quanto ao sentimento relatado pelas participantes, as mesmas relataram um sentimento de tristeza, principalmente por ser um ente querido. Quando questionada sobre o recebimento de orientação de profissionais de saúde, algumas afirmaram não receber nenhuma orientação, no entanto, outras relataram receber orientações dos profissionais de saúde. Em relação às principais dificuldades no cuidado do idoso, podemos perceber que o relacionamento familiar e diversas dificuldade no cuidado foram os pontos mais relatados pelos participantes. Dessa forma, consideramos as dificuldades dos cuidadores como profissionais que estão expostos a cargas emocionais elevadas e que quando ensinados de como encarar a doença

reconhecem, dentre outras coisas, reconsiderar do paciente os bons momentos vividos que servem como fator minimizador.

Palavras-Chave: Doença de Alzheimer; Família; Idoso.

Observações:

Declaro que os 5 TCLEs e os 5 Instrumentos de coleta de dados estão arquivados sob responsabilidade da orientadora Livia Helena Moraes de Freitas por 5 anos, no período de dezembro de 2015 a dezembro de 2020.

Mossoró, 09 de dezembro de 2015

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Obs.: Enviar a cópia do relatório final, junto com a cópia da Monografia, através da PLATBR, via NOTIFICAÇÃO.



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7º Reunião Ordinária realizada em 13 de Agosto 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**OLHARES E CONCEPÇÕES: A FAMÍLIA ENQUANTO CUIDADOR DE PACIENTES PORTADORES DE ALZHEIMER**". Protocolo CEP: 111/2015 e CAAE:48081615.0.0000.5179 . Pesquisadora responsável: **Lívia Helena Morais de Freitas** e dos Pesquisadores Associados: **Giselle dos Santos Costa Oliveira, Sarah Azevêdo Rodrigues Cabral, Newton Marcos Gonçalves de Souza e Lucidio Clebeson de Oliveira.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 13 de Agosto de 2015

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE