

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ/RN
FACENE/RN

RAQUEL FERREIRA CAÉ

**ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA CIDADE DE
MOSSORÓ/RN**

MOSSORÓ
2017

RAQUEL FERREIRA CAÉ

**ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA CIDADE DE
MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada a Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
como exigência para obtenção do Título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira.

MOSSORÓ
2017

C127e

Caé, Raquel Ferreira.

Estresse e qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados com a doença de Alzheimer na cidade de Mossoró-RN/ Raquel Ferreira Caé. – Mossoró, 2017.

67f.

Orientador: Prof. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira.

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

1. Doença de Alzheimer. 2. Estresse. 3. Cuidador de idosos. I. Título.

CDU 616.379-008.64

RAQUEL FERREIRA CAÉ

**ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA CIDADE DE
MOSSORÓ/RN**

Monografia apresentada pela aluna RAQUEL FERREIRA CAÉ do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)
Orientadora

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

Profa. Me. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)
Membro

Dedico a uma pessoa muito especial que faz parte da minha vida, quem será? sim tia **Joana Maria Machado** é você mesmo, muito me dói a alma em saber que a senhora já não sabe mais quem eu sou, e nem mesmo sabes da sua própria existência, pois a doença de Alzheimer modificou toda a sua memória, mas mesmo assim, eu sei quem você é e o quanto és importante para mim, sinto no seu olhar o desejo que tens de lembrar de me, mas, sei que já não é possível, porém, sinto a sua existência transmitida através do carinho quando me abraça e fica a me olhar nos olhos, como se conseguisse falar através do olhar; por isso dedico este maravilhoso artigo a ti. Nunca irei te abandonar, estarei sempre presente segurando a sua mão, darei a minha mão para que possas segura-la na confiança que estarás segura, a minha mente darei a ti para pensar em seu favor, irei te proteger à medida que entraste em uma jornada não planejada, desconhecida e perigosa. Enquanto eu existir irei cuidar de ti e te ama minha tia mãe.

IN MEMÓRIA

Aos meus queridos avós que infelizmente não estão mais presentes, pois já dormem no Senhor. Vocês partiram deixando uma saudade imensa, um vazio sufocante. Partiram antes que esse momento tão esperado e especial chegasse. Hoje, especialmente, a saudade é mais forte, traz à lembrança do seu sorriso, de seu abraço, realimenta o amor que me tornou essa pessoa capaz de chegar até aqui e concretizar o meu sonho. Sei que apesar de não poder abraçá-lo ou vê-lo, em algum lugar deste salão você se encontra e na hora de receber o meu diploma sentirei sua presença no meio da plateia, junto aos nossos familiares e amigos. Este amor que me dá a certeza de que vocês estão sempre ao meu lado. Sei que estão me olhando, cheios de orgulhos por me tornar essa profissional que sou, sentirei a presença de cada um de vocês. Como poderei deixar de oferecer-lhes esta dedicatória? Dedico a vocês a alegria desta jornada vitoriosa, este momento tão especial. Obrigado por terem me amado e principalmente por me iluminar de onde vocês estão. Enquanto eu existir vocês serão eternos na minha vida, te amarei eternamente: **Francisco Caé filho (Chico Caé) e Flozina Maria da Conceição (Filosinha); Raimundo Nonato da Silva (Natin) e Joana Ferreira da Silva (Nazinha).**

A minha amiga **Joana Valentin Benevides**, que hoje não está mais presente de forma humana, pois dormi no Senhor, mas que viverá eternamente na minha memória em quanto eu existir, sou grata pelo seu verdadeiro amor que sentiu por mim, e sei que a senhora pôde perceber que esse nosso amor e amizade foi verdadeiro e recíproco, por isso te amarei eternamente minha amiga e dedico essa conquista tão especial na minha vida a ti.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a **Deus** pela vida e pela oportunidade de estar cursando a Faculdade de Enfermagem, pois ao meu ver era impossível e capacidade eu não tinha de realizar esse grande sonho, por isso, estou agradecendo ao meu bom Deus por realizar o meu sonho, pela sabedoria, o discernimento e a dedicação que tive para superar os desafios que foram impostos aos meus caminhos, por me guardar de todo o mal durante o percurso que realizava para a faculdade e casa, e posso dizer que até aqui ajudou-me o Senhor.

Em segundo lugar, agradeço aos meus pais que são a razão da minha existência, **Milton Caé** meu pai herói e amigo sempre presente no meu dia a dia, e especialmente a minha mãe rainha **Naziné da Silva**, sem ela não teria conseguido. Foi mais que uma amiga, foi na realidade uma mãe protetora que vela para cumprir o desejo da filha, e em todos os momentos na minha vida acadêmica esteve presente de forma significativa, foi uma mulher virtuosa que orava ao meu Deus constantemente para me dar força e guarda-me de todo o mal, proporcionando-me um futuro promissor.

Em especial ao meu amado filho **Samuel Hollyverrar Caé**, que foi responsável por me manter ativa e confiante, sempre confiou que eu seria capaz e esteve presente em todos os momentos incentivando-me em meios as dificuldades que enfrentei durante toda a jornada acadêmica.

A **Marcelo Max**, que foi mais que um companheiro, foi um amigo leal que contribui de forma significativa, sempre presente e apoiando a minha vida acadêmica.

Aos meus irmãos **Geremias Caé** e **Izac Caé**, por acreditar no meu desenvolvimento acadêmico, e torceram pela minha realização profissional.

Também não posso esquecer-me de mencionar o meu **filhote labrador Mahyos**, pois nos momentos difíceis que enfrentei na minha vida acadêmica, ele contribuiu e muito com o seu amor e carinho tão verdadeiro, que me transmitia paz e alegria para encarar as diversidades do dia a dia, muito obrigada meu filhote especial.

Agradeço em especial a minha orientadora e **Professora Mestre Giselle dos Santos**, por aceitar o convite de imediato para me orientar durante a monografia, sem falar que foi sempre paciente, amiga e prestativa em ensinar com todo carinho e dedicação, contribuindo da melhor forma com o meu trabalho e formação profissional.

Agradeço também em especial ao **Professor Mestre Lucídio Clebeson de Oliveira** e a **Professora Mestre Amélia Resende Leite**, por aceitar de imediato fazer parte da minha

banca e pelas observações feitas mediante a banca, que teve grande influência e serviu para aperfeiçoar a minha monografia.

Aos meus **familiares**, que contribuíram para minha graduação de alguma forma.

Agradeço a todos os **mestres e doutores da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança-FACENE**, situado na cidade de Mossoró- RN, e fora dela, que durante estes 4 anos aprendi muito, em meio as aulas, palestras, cursos e atividades, e assim, me qualificar como profissional, e aos funcionários que fazem parte da Faculdade, em especial a **Raimundo Batista**, a bibliotecária **Vanessa Camilo** por ter disponibilizado seu tempo e dedicação, e a minha amiga **Anny**.

A **Instituição Amantino Câmara**, que me cedeu a oportunidade de realizar minha pesquisa diretamente com os cuidadores de idosos da instituição.

Há pessoas que marcam a nossa vida, que despertam algo especial em nós, que abrem nossos olhos de modo irreversível e transforma à nossa maneira de ver o mundo, os seus ensinamentos foram muito além dos conteúdos do currículo. Tivemos aprendizados importantes para a vida. A sua missão vai muito além da missão de um professor, vocês são uns verdadeiros mestres. Vocês souberam despertar a minha admiração de um modo único, e se tornou uma inspiração para mim. Muito obrigado pela sua dedicação, paciência e carinho ao lecionar; eu só posso agradecer por ter feito parte da minha vida e infância, e tenha certeza de que tudo o que aprendi com vocês, vou levar por toda a vida. Dedico e agradeço aos meus mestres, em especial ao **Me. Marcone de Sena Benevides** e a **Me. Maria José**.

Aos **irmãos da igreja Assembleia de Deus do chafariz 2** na cidade de Mossoró, que sempre estiveram orando por mim, para que Deus me capacitasse, e ajudasse a vencer cada semestre que foi concluído com muito sucesso e êxito.

A amizade é um dos valores mais importante com os quais conta um ser humano, a eles sempre temos que dar e mostrar os nosso agradecimentos e confiança e em sincera retribuição aos meus amigos, que sempre me encorajaram e estiveram presente em cada momento difícil que passei, em especial a ao meu amigo **Luiz Benevides de Sena** pelo apoio, confiança e por esta sempre presente na minha vida, me motivando e com suas palavras sempre confiante que me encoraja, **Adriana de Souza** que foi mais que uma parceira de Faculdade, foi um presente que Deus colocou na minha vida, uma irmã que sempre esteve comigo durante toda a minha vida acadêmica, **Clidenor Costa pelas palavras de incentivos e dedicação**, **Marluce Ferreira**, **Alana Marina agradeço pela amiga que é, por me motivar em momentos difíceis e acreditar na minha capacidade, e por sempre estar presente na minha vida**, **Janilson Moura** e a sua esposa **Antonia Lúcia, Jeová**

Oliveira e a sua esposa **Érica Vanessa**, **Fernando Luiz** e a sua esposa **Dayse Hellen**, **Eudson Pereira**, a minha querida prima **Francisca Caé**, a minha madrinha **Darcira Rocha**, infelizmente não tenho como colocar o nome de cada um que me apoiou e confiou em mim, mas agradeço de coração pela confiança e ajuda, que Deus retribua em dobro o que fizeste por mim.

E por fim, quero agradecer pelas **críticas construtivas**, que só serviram para me aperfeiçoar e me tornar confiante que eu posso e sou capaz de vencer com ajuda do meu bom Deus, todos os obstáculos que a vida se encarregar de colocar no meu caminho.

*“Feliz o homem que persevera na
provação, porque depois de aprovado
receberá a coroa da vida, que Deus
prometeu aos que os amam.”*

Tiago cap. 1 e vers. 12.

RESUMO

A idade torna-se principal fator de risco para Doença de Alzheimer (DA), que cresce de forma exacerbada, constituindo um problema crescente em países com alta expectativa de vida, não apenas pelo aumento de pessoas acometidas por esta patologia, mas também por sua repercussão individual, familiar e social. O objetivo geral é analisar o estresse e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados com Doença de Alzheimer. E os específicos: Caracterizar o perfil dos cuidadores dos idosos; investigar a qualidade de vida dos cuidadores dos idosos com doença de Alzheimer em uma instituição de longa permanência; identificar os fatores estressantes que contribuem para redução da qualidade de vida dos cuidadores dos idosos com doença de Alzheimer em uma instituição de longa permanência. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa. O presente estudo foi desenvolvido em uma instituição de longa permanência denominada de Abrigo Amantino Câmara. A população da pesquisa foi composta por cuidadores que prestam seus serviços aos moradores idosos com a DA no Amantino Câmara, na cidade de Mossoró-Rio Grande do Norte, com uma amostra de 10 cuidadores. Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado dois instrumentos. O primeiro foi um questionário denominado Envelhecimento e Demência: Qualidade de vida (Versão do Cuidador) instrumento adaptado, traduzido e validado para a cultura brasileira para avaliação da qualidade de vida dos cuidadores de idosos com DA. O segundo instrumento foi um roteiro de entrevista, contendo perguntas abertas para identificar a visão dos cuidadores sobre os fatores estressantes que mais impactam a sua qualidade de vida. A pesquisa foi aprovada pelo protocolo CEP: 09/2017 e CAAE: 64646417.3.0000.5179. A análise dos dados qualitativos foi feita a partir do método qualitativo utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Todas as despesas decorrentes desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. Para caracterizar a presença do estresse nos cuidadores, foram desenvolvidas três categorias: Violência e aceitação do idoso durante os cuidados diários, Desconhecimento sobre DA e consequências para a saúde do cuidador e Atividades diárias sem excessos. Foram analisadas as treze dimensões: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral, a maioria dos participantes acreditam que as dimensões são importantes para a sua qualidade de vida, bem como, apontaram que a situação atual da qualidade de vida está entre boa e excelente. Portanto, podemos destacar que os cuidadores de idosos com DA, necessitam de atenção integral especializada proporcionada pelas instituições, a fim de favorecer uma maior qualidade de vida, minimizando danos futuros a sua saúde.

Palavras-Chaves: Doença de Alzheimer. Estresse. Cuidador de idosos. Qualidade de vida. Enfermagem.

ABSTRACT

Age becomes the main risk factor for Alzheimer's disease (AD), which grows exacerbated, constituting a growing problem in countries with high life expectancy, not only by the increase of people affected by this pathology, but also by its repercussion Individual, family and social. The overall objective is to analyze stress the quality of life of informal caregivers of institutionalized elderly people with Alzheimer's disease. And the specifics: To characterize the profile of elderly caregivers; To investigate the quality of life of caregivers of elderly people with Alzheimer's disease in a long-term institution; To identify the stressors that contribute to reduce the quality of life of the caregivers of the elderly with Alzheimer's disease in a long-term institution. This is an exploratory type research with a descriptive character and a qualitative approach. The present study was developed in a long-term institution known as Abrigo Amantino Camara. The research population was composed of caregivers who provide their services to the elderly with AD in Amantino Camara, in the city of Mossoró, Rio Grande do Norte, with a sample of 10 caregivers. In order to achieve the objectives of the research, two instruments were used. The first was a questionnaire called Aging and Dementia: Quality of Life (Caretaker's Version) instrument adapted, translated and validated for Brazilian culture to evaluate the QoL of caregivers and elderly with AD. The second instrument was an interview script, containing open questions to identify the caregivers' view of the stress factors that most impact their life capacity. The research was approved by protocol CEP: 09/2017 and CAAE: 64646417.3.0000.5179. Analysis of the qualitative data was done using the qualitative method using the Bardin content analysis technique. All the expenses resulting from this research were fully associated responsibility. The results indicate that 80% of the participants are between 40-60 years of age, 100% are female, 80% are elementary school, 50% are evangelicals and 50% are Catholic, and 60% are married. To characterize the presence of stress in caregivers, six categories were developed: Elderly violence with daily care, Acceptance of the elderly, daily care, Knowledge about the aspects of Alzheimer's disease, Work routine without stress, Unaware of the health consequences of the caregiver and Activities without excesses. The thirteen dimensions were analyzed: physical health, disposition, humor, housing, memory, family, marriage, friends, you in general, ability to do tasks, ability to do leisure activities, money and life in general, most participants believe That the dimensions are important for their quality of life. As well as, pointed out that the current situation of quality of life is between good and excellent. Therefore, we can point out that caregivers of elderly people with AD require the specialized comprehensive care provided by the institutions in order to favor a higher quality of life, minimizing damages to their health.

Keywords: Alzheimer's disease. Stress. Caregiver for the elderly. Quality of life. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	13
1.2 Hipótese	14
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Doença de Alzheimer (DA)	16
3.1.1 Quadro clínico	19
3.1.2 Estágios da doença.....	21
3.1.3 Etiologia, diagnóstico e tratamento	23
3.2 A participação do cuidador na Doença de Alzheimer	25
3.2.1 O cuidador	26
3.2.2 Estresse e qualidade de vida do cuidador	28
4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	32
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Local da pesquisa	32
4.3 População e amostra	33
4.4 Instrumento de coleta de dados	33
4.5 Procedimentos para coleta de dados	34
4.6. Análise e organização dos dados	34
4.7 Procedimentos éticos	35
4.8 Financiamento	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
5.1 Dados de caracterização do cuidador	36
5.2 Dados relacionados ao estresse dos cuidadores de idosos com DA	38
5.3 Dados relacionados à qualidade de vida dos cuidadores de idosos	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).	61
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	63
ANEXO A CERTIDÃO	63

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, o Brasil se encontra com mudanças demográficas e epidemiológicas devido à longevidade ser perdurada, tornando-se uma diminuição na fecundidade, e nesse período encaminhou a população brasileira a um crescimento desordenado de idosos comparado às populações europeias, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Nos últimos anos, têm-se observado o aumento exacerbado no número de idosos acima de 60 anos, intensificando cada vez o processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina (RIBEIRO, 2009). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos até 2025. Deste modo, o crescente nível populacional está relacionado ao aumento da longevidade e queda da fecundidade.

Segundo descreve Fonseca e Borges (2014) o envelhecimento é um processo dinâmico ou um fenômeno natural, progressivo e inevitável com ritmo e características específicas em cada pessoa e tende a aumentar a probabilidade de ocorrência de doenças devido às fragilidades, vulnerabilidades e as mudanças funcionais devido a influência dos agravos à saúde e o estilo de vida que varia de acordo a cada indivíduo.

Além disso, o aumento da expectativa de vida nas últimas décadas trouxe o avanço de doenças crônico-degenerativas. Segundo Horiguchi (2010) o envelhecimento e declínio da saúde, possui grande relação, pois os idosos trazem para velhice problemas adquiridos na juventude ou na fase adulta, porém outros desenvolvem patologias que são consequências da velhice como as doenças degenerativas.

Devido o prolongamento da vida, os idosos desenvolvem determinadas patologias em comparação com os demais grupos etários, cabe-se então ressaltar a DA (Doença de Alzheimer) sendo um tipo de demência mais comum que se destaca mundialmente como um enorme problema de saúde, acometendo principalmente o idoso quanto aos cuidadores familiares que necessita de apoio para enfrentar as consequências causadas pela doença em seu longo período de tempo (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

Com base nas pesquisas de Trentini, et al. (2009), a idade torna-se principal fator de risco para DA, que cresce de forma exacerbada, constituindo um problema crescente em países com alta expectativa de vida, não apenas pelo aumento de pessoas acometidas por esta patologia, mas também por sua repercussão individual, familiar e social.

A DA foi descrita pelo psiquiatra e neuropatologista Alemão Alois Alzheimer no ano de 1907, durante uma reunião da Sociedade dos Psiquiatras do Sudoeste Alemão em Tübingen (CIPRIANI, 2011; BRADLEY 2004). Sendo considerada a demência mais comum, afetando cerca de 75% das mais de 35 milhões de pessoas no mundo com demência (POVOVA, 2012).

É considerada uma patologia neurodegenerativa progressiva que apresenta lesões características de alterações extracelulares com acúmulo da proteína-beta amiloide - A/4 (placas senis) e mutação de determinados genes sendo uma das causas da DA. Além disso, uma das mutações que levam ao Alzheimer é a do gene da proteína Tau, ocasionando degeneração dos neurônios (emaranhados neurofibrilares). Além disso, estas alterações neuropatológicas podem ser provocadas por alterações genéticas e ambientais (SALAWU, 2011).

De acordo com Freitas (2008), um dos primeiros sinais da enfermidade quando acomete a memória é quando o indivíduo não consegue recordar um fato recente, ao longo da evolução da doença podem surgir outros sintomas como apraxia, sendo a dificuldades de executar tarefas no dia a dia, agnosia onde não conseguem identificar nomes de objetos e pessoas, e a ataxia decorrente de um déficit no cerebelo responsável em coordenar os movimentos do corpo, dentre outras.

Dessa forma, o paciente com DA torna-se incapacitado de realizar algumas atividades da vida diária, como: trabalho, lazer, vida social e de cuidar de si mesmo, passando a depender de um cuidador. Por mais que tenha preservado a memória na fase inicial, fica impossível a reversão, porque a perda da memória é global no avanço da patologia (FORLENZA et al., 2005; GUERRA et al., 2009; INOUE et al., 2010).

A DA muda de forma radical o cotidiano das famílias, especialmente aqueles que assumem com maior intensidade a função de cuidador, com consequências sobre a sua saúde física e mental (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

Em países como o Brasil, cerca de 90% dos cuidadores são os familiares, devido ao alto custo de vida dos pacientes com DA. Pois é dispendioso o custeio para tratamento, o contrato ou apoio de cuidadores com perfil formal, por esses motivos que os conjugues com idade já avançada, ou filhos e amigos é quem tornam-se cuidadores (LEMONS; GAZZOLA, 2006; FALCÃO, 2008).

Nesse contexto, o cuidador constitui a forma dominante de cuidado em todo o mundo, apesar dos desenvolvimentos observados nos serviços de prestação de cuidados de longa

duração, nas entidades privadas e organizações não governamentais (CARRETERO et al., 2006).

Portanto, cria-se um grupo de apoio social, sendo que com o tempo é possível formar parceria das redes de apoio social formal; onde terá informação dos profissionais formados e qualificados de saúde com capacitação especial, assim como representado especialmente pelos serviços de saúde, tornando-se o cuidador informal capaz de assumir e o papel de cuidador e poderá implantar seus cuidados ao paciente com DA (NARDI, 2008).

A atividade diária do cuidador de idosos é complexa e exige muito esforço físico e mental, desencadeando várias implicações na vida pessoal, social e laboral. Sendo comum encontrar manifestações de sintomas de tensão, fadiga, frustração, redução de convívio, depressão e diminuição da autoestima (PEREIRA, 2013).

O surgimento dessas sintomatologias tem correlação com as atividades realizadas pelos cuidadores informais que não estão aptos ou preparados para vivenciar as dificuldades relacionadas com a patologia, sendo que, só passam adquirir habilidades e conhecimentos no dia a dia, quando estão no efetivo exercício da função (THOBER, CREUTZBERG e VIEGAS, 2005).

Nesse contexto, pergunta-se: Qual o impacto do estresse na qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados com a DA na cidade de Mossoró/RN?

1.1 Justificativa

A escolha desta temática surgiu a partir de vivências pessoais após a descoberta da patologia em um familiar, onde se pôde observar a falta de conhecimento sobre a DA, Assim, houve a necessidade de entender o impacto do estresse na qualidade de vida dos cuidadores.

Além disso, o estudo se justifica na medida em que, se existem perspectivas crescentes das pessoas viverem cada vez mais, também é real o risco de ficarem mais frágeis, condicionadas às vulnerabilidades que afetam a vida e a saúde. Dessa forma, a pesquisa tem por finalidade identificar o estresse e a qualidade de vida a fim de estabelecer informações precisas e eficazes ao cuidador informal, contribuindo para a gestão dos cuidadores de idosos seja em ambiente público ou privado.

Assim como, alicerçada em concepções teóricas da DA, está pesquisa contribui para o campo da saúde do idoso e a qualidade de vida do cuidador informal, no Abrigo Amantino Câmara, na cidade Mossoró-RN. Fornecendo informações sobre a DA ao cuidador de idosos, cuidador profissional e ao familiar cuidador, no intuito de reduzir estresses, sobrecargas de

trabalhos desnecessários, problemas emocionais e sociais, que favoreça desgaste físico e psicológico do cuidador, proporcionando qualidade de vida aos cuidadores.

1.2 Hipótese

Acredita-se que o impacto do estresse na qualidade de vida dos cuidadores de idosos com DA é de grande intensidade, principalmente relacionadas à sobrecarga de trabalho físico, emocional e social.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores estressantes e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados com Doença de Alzheimer.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos cuidadores dos idosos;
- Investigar a qualidade de vida dos cuidadores dos idosos com doença de Alzheimer em uma instituição de longa permanência;
- Identificar os fatores estressantes que contribuem para redução da qualidade de vida dos cuidadores dos idosos com doença de Alzheimer em uma instituição de longa permanência.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doença de Alzheimer (DA)

A demência é um termo genérico, acontecendo um declínio das funções cognitivas incluindo memória, precedidos ou associados a sintomas psicológicos e comportamentais, levando a prejuízo social/ou ocupacional de saúde pública cada vez maior (TAKAY et al, 2008).

Em adultos a DA pode ser causada por mais de 140 condições médicas; sendo que algumas dessas condições pode ser tratável ou mesmo reversível, tornando crítico o diagnóstico preciso. Algumas dessas condições de demências que pode ser tratável incluem toxicidade de medicamento, depressão, infecção do sistema nervoso central, hematomas subdurais, tumores cerebrais primários, hidrocefalia de pressão normal, envenenamento orgânico e metálico, distúrbios nutricionais (deficiência de vitamina B12, B6 tiamina e ácido fólico) e numerosos distúrbios metabólicos (especialmente disfunção da tireóide e paratireóide) (PENDLEBURY, 1996).

Além disso, na memória existe diversos sistemas diferentes de armazenamento que pode-se frisar a memória recente ou curto prazo, onde pode armazenar informações por minutos ou horas; e a memória de longo prazo onde torna-se um sistema com capacidade de armazenar informações de uma vida inteira (PENDLEBURY, 1996).

As demências são prevalentes em idosos acima de 60 anos a nível mundial, mas a DA é a mais prevalente, chegando a atingir cerca de 25 milhões de pessoas em todo o mundo (WINBLAD, 2002). No Brasil, pesquisas indicam que a prevalência média se apresenta mais alta que a mundial na população a partir dos 65 anos, passando de 7,6% para 7,9% entre 2010 e 2020, ou seja, 55.000 novos casos por ano (BURLA, 2013).

A estimativa de pessoas que sofrem de demência mundial em 2010 foi estimada em 35,6 milhões e é previsto que este número quase dobre a cada 20 anos – para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. Totalizando novos casos de demência a cada ano, no mundo, de quase 7,7 milhões, o que implica um novo caso a cada quatro segundos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

A prevalência também desenvolve exponencialmente com a idade, passando de 3% entre os 65-74 anos, aproximadamente a 50% entre os mais de 85 anos. Segundo relata WIMO (2010), em países de baixo e médio rendimentos, os custos dos cuidadores com demências estão aumentando de forma intensa, por ser uma doença dispendiosa.

As atribuições que favorecem os custos elevados são decorrentes ao rápido aumento dos números de pessoas com demência nessas regiões; aumento substancial dos salários médios, usado para calcular o custo de oportunidade ou custo de substituição do cuidado informal; custos muito elevados com os cuidados de saúde pagos pela população de alguns países de rendimento médio (WIMO, 2010). Além disso,

Partindo da premissa que a DA é uma doença crônica e neurodegenerativa que aumenta significativamente os custos dos cuidados de saúde e afeta a vida dos pacientes acometidos e seus cuidadores, é de suma importância pensar na reorganização dos serviços e na redução dos gastos associados à assistência, auxiliando os gestores, a execução de políticas públicas e os cuidados organizados pelas famílias (GUITIERREZ, 2014, p. 4480).

Além disso, entende-se que o valor total de gastos mundial na sociedade mundial, investida na demência em uma população de 34,4 milhões de pessoas com este mal, foi estimado em aproximadamente U\$ 422 milhões, em 2009, incluindo U\$ 142 milhões para cuidados informais (34%) (WIMO, 2010).

A elevação do número de pessoas idosas na população geral reflete ganhos positivos em termos de desenvolvimento social, entretanto, com o aumento da expectativa de vida, e, paralelamente, o processo de envelhecimento humano, apresenta crescimento dos fatores de risco que estão relacionados, principalmente, às doenças crônicas não transmissíveis, acentuando os índices de morbidades que podem comprometer a independência da população idosa e, por sua vez, fazer com que esses indivíduos possam necessitar de forma constante de cuidadores que realizem cuidados básicos diários (NOVAIS, 2011).

O envelhecimento, embora seja um processo fisiológico natural, está associado à elevação acentuada da prevalência de patologias crônicas e degenerativas. Atualmente, as demências, de modo geral, são as grandes causas dos distúrbios neurodegenerativos, que tem como consequência a incapacitância a longo prazo, tanto em nível físico quanto emocional em idosos. (FREITAS et al., 2008, p. 11).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 2013). Nesse sentido, em relação à saúde mental a OMS defende que a mesma se refere a uma ampla gama de atividades direta ou indiretamente relacionadas com o componente bem-estar mental incluídos na definição de saúde acima citada. Está relacionada

com a promoção do bem-estar, a prevenção de transtornos mentais, e o tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (WHO, 2013).

Dessa forma, a saúde mental tem grande importância e é essencial para a saúde geral e bem-estar, e deve ser reconhecido com a mesma importância que a saúde física. A OMS relata também que não há uma definição de saúde mental, pois a diversidade cultural e os julgamentos subjetivos afetam o modo como à mesma é vista (WHO, 2013).

Alois Alzheimer relatou o caso de uma paciente de 51 anos que apresentava declínio da memória, acompanhado de vários déficits cognitivos e distúrbios de comportamento (GUERRA et al., 2009; HAMDAN, 2008; IBGE, 2012). A necropsia cerebral realizada identificou extensas lesões com perda neuronal, placas senis e emaranhados neuronais denominados fusos neurofibrilares (ALMEIDA, 1997; HAMDAN, 2008).

Segundo Laws, (2003) Falcão e Bucher-Maluschke, (2009), a DA é considerada uma enfermidade neurodegenerativa progressiva e irreversível de apresentação inexata, em que se pode observar atrofia cortical difusa, degenerações granulovasculares, acúmulo de placas senis, ganho de emaranhados neurofibrilares e perda neuronal.

Os emaranhados neurofibrilares são caracterizados como fios de proteínas contorcidos localizados nos corpos das células nervosas, eles interferem no metabolismo energético celular e na movimentação de substâncias para as terminações nervosas, levam a morte celular e na atrofia ocorre perda de neurônios (ZARIT; ZARIT 2010).

Esses danos são relativos, em alguns neurônios, como em região temporolímbica (hipocampo, amígdala, córtex entorrinal e área frontal e temporoparietal do cérebro), já as regiões sensoriais e motoras praticamente menos atingidas; juntos os danos a perda celular, pode se enfatizar na redução de neurotransmissores importantes como acetilcolina, serotonina e noradrenalina, são danos decorrentes a DA, e o aumento de dano oxidativo cerebral por conta dos radicais livres em demasiada quantidade (ZARIT; ZARIT 2010).

Com base nos relatos de Mendez e Cummings (2003), as partes neurológicas afetadas são as placas de amiloides ou placas senis onde se acumulam terminações nervosas, situadas próximos das sinapses, as quais interferem na comunicação entre os neurônios, podendo ser tóxicas para as células normais.

Com base nas premissas, as mudanças cerebrais contribuem para desencadear a DA, devido ao acúmulo da proteína beta-amilase fora dos neurônios e a acumulação da proteína TAU dentro dos neurônios, um cérebro adulto saudável tem 100 bilhões de neurônios, cada um com longas extensões de ramificações, com importâncias crucias de ativar os neurônios individuais a percorrer outros neurônios especializados, no intuito de transmitir informações

através dos impulsos químicos enviados por um neurônio e detectados pelo neurônio receptor (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

3.1.1 Quadro clínico

A DA é caracterizada por distúrbios progressivo da memória e outras funções cognitivas, retardando o funcionamento ocupacional e social. O transtorno da memória causa sérios problemas como retardo no aprendizado, com diminuição na aquisição de novas informações e piora progressiva, impossibilitando novos aprendizados (FORLENZA et al., 2005; GUERRA et al., 2009). Entre as demências existente, a mais comumente é a DA, compreendida entre 60 e 80% dos casos, com um dos sintomas clínicos mais frequentes é a dificuldades em recordar nomes e eventos ocorridos recentemente; assim como, apatia e depressão, sintomas tardios incluem julgamento prejudicado, desorientação, confusão, mudança comportamental e dificuldade para falar, engolir e caminhar (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Além disso, a DA acarreta o comprometimento progressivo da memória recente, da linguagem, da função viso espacial e da função executiva, está associada com alterações neurocomportamentais, no entanto, a apresentação e progressão clínicas da patologia são variáveis (BRADLEY, 2004).

Segundo Abraz (2010) os principais fatores de risco para desencadear a DA são idade a partir de 60 anos e que atinge tanto homem como mulher, histórico familiar, traumatismos cranianos, diabetes, hipertensão arterial, abusos de bebidas alcoólicas, aumento do colesterol entre outros; a melhor maneira de prevenção da doença é a praticar hábitos saudáveis como alimentação saudável, praticar exercícios regularmente, estimular o cérebro com atividades cognitivas.

Diante do comprometimento causado pela doença na memória, o paciente vai apresentar manifestações comuns e podem conduzir à elaboração de uma história clínica não fidedigna, decorrente a anosognosia. (BRADLEY, 2004; VERHULSDONK, 2013).

Na descoberta da doença precoce, não apresentam déficit, apenas perda da memória ligeiramente, mas logo fica ativa novamente, como também pode apresentar episódio e semântica, ou seja, vai dificultar o sentido das palavras e da interpretação das sentenças e dos enunciados, outro fator que poderá evoluir a afasia, enfraquecimento ou perda do poder de captação, de manipulação e por vezes de expressão de palavras como símbolos de pensamentos, em virtude de lesões em alguns centros cerebrais e não devido a defeito no

mecanismo auditivo ou fonador; ou provenientes de problemas orgânicas e/ou psíquicas (BRADLEY, 2004).

Já no estágio bem avançado da doença, quando existem alterações na memória e linguagem, pode surgir evidencia de apraxia, onde comprometi o paciente a realizar atividades da vida diária ou tarefas familiares, devido as alterações na execução de gestos aprendizados (BRADLEY, 2004; GROSS, 2008).

De acordo com Bradley (2004), os sintomas neuropsiquiátricos são evidentes, durante o decorrer da patologia, em pelo ao menos 85% dos pacientes com DA, sendo eles:

- **Distúrbios do afeto ou do humor:** A depressão é um sintoma comumente em paciente com demência, muito embora sua prevalência varie em função do tipo de demência, talvez menos de 15-20% dos casos; são mais propensos em idades mais avançadas e é um fator de risco para o desenvolvimento subsequente da, em particular se já se verifica afetação cognitiva significativa.
- **Psicoses:** Durante alguma fase da patologia, em mais de 30% dos casos os delírios estão presentes sendo mais propícios em homens no caso de roubo e suspeitas, os delírios não têm relação óbvia com a função cognitiva ou com o nível de progressão da doença; as alucinações têm uma prevalência com mais de 20% na DA, sendo mais comuns como as visuais, seguidas das auditivas e raramente são olfativas, os tipo de sintomas psicóticos prediz, até certo ponto, a evolução da doença e as perturbações de identificação são mais evidentes em muitos casos, são mais novos, manifestam a doença mais cedo e têm uma taxa de mortalidade mais baixa.
- **Mudanças na personalidade:** Mudanças na personalidade subtis, atinge cerca de 3/4 dos doentes com Alzheimer, que incluem apatia, afastamento social e desinibição. Podem estar, ou não, associadas à depressão.
- **Mudanças comportamentais:** Pacientes com níveis diferenciados da demência apresentam mudanças no comportamento, isso ocorre cerca de 30-85% dos indivíduos; sendo propenso no caso da nos estágios moderada e agrave, apresentando agressão verbal e física, vagueio, agitação, comportamento sexual inadequado, não cooperação, incontinência urinária, distúrbios da alimentação, reações catastróficas, tentativas de automutilação, ansiedade e distúrbios do sono e a morte torna-se resultado de uma infecção ou patologia cardíaca, com

perspectivas de vida do paciente entre os 8 e os 12 anos após o início da doença e depende da idade de início dos sintomas.

Diante desse contexto, o exame neurológico é realizado para avaliação do déficit, sendo que na maioria das vezes o resultado é normal; em pacientes no estágio inicial podem apresentar alterações ligeiras do tônus (*gegenhalten* ou mais comumente *mitgehen*), no estágio mais grave os reflexos patológicos pode apresentar inclusive preensão, busca e sucção, são alterações decorrente o avanço da patologia que se pode apresentar deformidades na flexão dos membros e disfasia, ocasionando uma perda de peso exacerbada, que se inicia nos estágios intermediários da doença. (BRADLEY, 2004)

3.1.2 Estágios da doença

Com o decorrer do quadro evolutivo da doença, vão surgindo algumas alterações que podem dificultar na avaliação de identificação dos estágios ou fases da patologia. Alguns transtornos motores podem apresentar de forma precoce ou não, ou seja, os sinais da demência se evidenciam de forma mais lenta para alguns pacientes e outros não (RIBEIRO, 2010).

Vale frisar que segundo Riberio (2010), o período de surgimento dos sinais clínicos pode ser curto (2 ou 3 anos) ou mais longo. Pode apresentar-se na fase idosa por volta dos 65 anos, podendo está associada com a hereditariedade. Em geral podem surgir decorrente de algumas patologias tais como: problemas cardíacos, respiratórios, pneumonia, acidentes, dentre outros.

Segundo relata Dourado (2006) a medida que a patologia evolui, o esquecimento seguido de alterações do comportamento e da personalidade; o paciente vai perdendo a noção do tempo e espaço.

O score pode variar de um valor mínimo de 0 ponto, com indicação de maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos com DA, até um total máximo de 30 pontos, onde avaliar uma resposta melhor da capacidade cognitiva sendo utilizadas as notas de corte (BRUCHI, 2003). A escala de avaliação do estadiamento da demência é chamada de CDR, que varia de 0 (CDR 0 - sem demência) a 3 (CDR 3 – demência grave), de acordo com memória, orientação, julgamento e solução de problemas, assuntos na comunidade, lar e passatempos e cuidados pessoais (MORRIS,1993).

De acordo com os critérios e diretrizes propostas pela Alzheimer's Association (2012), a doença foi dividida em três fases: estágio pré-clínico, transtorno cognitivo leve e demência

devido à Doença de Alzheimer. No entanto, atualmente os estágios da são caracterizados em leve, moderado e severo.

Na fase pré-clínica, são mensurados no indivíduo mudanças no cérebro, no fluido cérebro-espinhal e/ou sangue (biomarcadores), no intuito de identificar sinais precoce da doença, muito embora não tenha desenvolvido sintomas como perda de memória, esse estágio abrange alterações cerebrais cerca de 20 anos antes dos primeiros sintomas da doença (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Os biomarcadores são parâmetros biológicos, tendo como função de medir e avaliar o estado normal ou patológico, ou ainda de respostas farmacológicas as intervenções terapêuticas e pode ser usado para diagnosticar o estágio da patologia, na evolução, prognóstico e na monitorização da resposta a um tratamento (HOOPER, 2008).

Na fase de transtorno mental leve, mas mensuráveis, nas habilidades que são observados pelo familiar, mas que ainda não modificaram as habilidades para desempenhar suas atividades de vida diária. Ainda por ser uma patologia caracterizada por sintomas na memória, pensamento e comportamento que prejudicam as habilidades do indivíduo em realizar as atividades de vida diária e que são causadas pela Doença de Alzheimer (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2012).

Na fase inicial do transtorno, o idoso tem consciência e identifica que algo de indiferente está acontecendo, portanto, a autonegação de adoecimento e o disfarce por problemas diversos são comuns (ZARIT; ZARIT, 2010).

De acordo com Santos (2010), até os membros familiares tem dificuldade de identificar, devido ao aparecimento irregular dos sintomas clínicos da patologia, sendo mais presentes nessa fase, as falhas da memória e as alterações cognitivas, as quais se mostram esporadicamente, levando o familiar fornecer justificativas diferenciadas as alterações vivenciadas, tais como mudança de temperamento, estresse ou excesso de trabalho.

A vida social e familiar vai se tornando um caos e o doente vai gradualmente desprendendo-se das suas obrigações sociais. A despreocupação com o arranjo pessoal e da casa são visíveis nesta fase (PEREIRA, [201?]).

Na fase intermediária a perda da memória é mais visível, com dificuldades de identificar objetos, amigos, familiares, esquece de tomar medicações, deixar objetos ligados, como por exemplo o fogão, o que pode ser perigoso para ele; bastante comum trocar o dia pela noite (variação de sono), a sobrecarga é intensa e tende de aumentar, já que o paciente caminha para total dependência. (PEREIRA, 2009)

Na fase avançada ou terminal nesta etapa o paciente já é quase que dependente do seu cuidador, onde sua memória já está bastante comprometida e necessita de ajudar para realizar suas atividades diárias; nessa fase, a patologia vai desencadear alterações cognitivas até ao ponto de conduzir a perda da autonomia; o paciente evidencia atos como desempenhar funções motoras (apraxia); em interpretar informações sensoriais, (afagia) onde os alimentos já não tem tanta importância; (agnosia) não sendo capaz de reconhecer rostos, objetos, lugares, de identificar sons e cheiros, passar a viver em mundo estranho e confuso; a linguagem fica restrita a poucas palavras e perde gradualmente a capacidade de comunicar verbalmente (afasia) (PEREIRA, 2009).

“ [...] o esquecimento que era fortuito, leva à perda total da memória, evoluindo da memória atual à antiga...o paciente a auto referência a ponto de cumprimentar aquele que lá está, por não reconhecer sua própria imagem refletida” (DOUTORADO, 2006, p. 25). Segundo descreve Ribeiro (2010), geralmente a morte não é ocasionada pela DA, porém, as consequências se agregam as falhas cardíacas, respiratórias, pneumonias, dentre outras.

3.1.3 Etiologia, diagnóstico e tratamento

Um dos fatores que aumenta a probabilidade de ocorrências em parentes de familiar que apresentam diagnóstico da DA é o fator genético, cogita-se outros fatores que decorrem a doença como, por exemplo, os fatores ambientais, mas a sua etiologia ainda é desconhecida. Além da idade e a predisposição genética alguns fatores de riscos associados com a DA como: traumatismo craniano, deficiência estrogênica pós-menopausa e baixo nível de escolaridade, podem estar relacionadas (NEUMANN, 2010).

Diante disso, o diagnóstico torna-se difícil, devido a coexistência das patologias presente na vida dos idosos, sendo responsáveis pelo déficit cognitivos, tornando dificultoso para o clínico abordar a doença na fase precoce. A doença de Alzheimer pode ser diagnosticada por sinais e sintomas clínicos, com uma taxa de exatidão de aproximadamente 90%, desde que apresente as manifestações clínicas que são desencadeadas decorrentes da doença (CHU LW, 2012).

Segundo Abraz (2010), uma das formas de diagnosticar a demência é através da conversa com o familiar cuidador, amigos próximos que convivem na vida diária do paciente, no intuito de colher informações cabíveis que favoreçam o diagnóstico.

A demência do tipo Alzheimer, define-se por um diagnóstico clínico e patológico combinado, que só pode ser realizado quando um paciente satisfaz os critérios clínicos,

destacando-se através da biópsia cerebral ou exame post mortem das patologias com alterações histológicas (CHAVES, 2000).

É pertinente dizer que existem outros métodos que favoreçam no esclarecimento do diagnóstico fidedigno, através de outros exames complementares como: exames de sangue; neuroimagem estrutural; neuroimagem molecular e funcional; exame do líquido cefalorraqueano; eletroencefalograma (EEG) e potenciais evocados. Além de estudo genético. (FRONTA, 2011; CARAMELLI et al, 2011)

Em relação ao tratamento, apesar de décadas de estudos sobre a DA, e no progresso feito na investigação da demência, ainda não há cura ou tratamento vigoroso para esta patologia. O tratamento tem como objetivo no momento, em aliviar os sintomas cognitivos, comportamentais, psicológicos e diminuir a progressão da doença, fazendo com que o paciente e os seus membros mais próximos sofram menos com a doença (CHU LW, 2012).

O tratamento não farmacológico da pessoa com DA, tem o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, bem como, dos cuidadores. Por isso que técnicas de comportamentos, aconselhamento apropriado relativo a habilidades de cuidados que favoreçam o cuidar diante do paciente, devem ser compartilhadas, no intuito de favorecer a prestação da assistência, pois é difícil manter os cuidados sem estresse, cansaço físico e mental (CHU LW, 2012).

Nessa perspectiva, os primeiros fármacos usados para Alzheimer, surgiram entre a década de 70 e 80, quando a patologia ganhou notoriedade mundial, nesse período foram disseminadas diversas drogas (FRANCIS, 2005).

Segundo relatam em suas pesquisas Domingues, Santos e Quitan (2009), que apesar de não erradicar a patologia ou evitar de forma precisa a sua evolução, o uso da terapia farmacológica é de grande importância, principalmente por variar de paciente para paciente e de acordo com o estágio evolutivo da doença.

Mesmo com uso contínuo dos fármacos, os inibidores da acetilcolinesterase (IACHes), não são capazes de diminuir a neurodegeneração, impedindo o avanço da doença, sendo assim, funcionam apenas como um tratamento paliativo, por mais que visem o aumento da disponibilidade de acetilcolina (RASCHETTI R et al., 2007).

Os fármacos que representam a classe são: tacrina, donepezila, rivastigmina e galantamina, outro fármaco atualmente aprovado é a memantina, um antagonista dos receptores NMDA, que diminui as concentrações de glutamato, pois segundo a hipótese glutamatérgica estão em excesso na DA provocando neurotoxicidade (RANG et al., 2012).

3.2 A participação do cuidador na Doença de Alzheimer

A população brasileira tem motivado o aumento de doenças crônicas degenerativas, de acordo com as transformações do perfil demográfico e epidemiológico, que eventualmente, podem comprometer a autonomia do idoso, tornando-se um dependente total aos cuidados da família cuidadora. Desse modo, a promoção integral da saúde e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde brasileiro (NASCIMENTO et al., 2008).

A DA é considerada uma patologia que causa impacto familiar, pelo fato do cuidador e o idoso serem acometidos igualmente pelo transtorno, mesmo sendo apresentados em formas diferentes. O indivíduo cuidador vai realizar de forma solitária e anônima a assistência de acordo com a patologia existente no paciente, após a notícia da patologia irá de forma gradativa aprendendo a lidar com essa nova condição de vida, muito embora, as vezes o despreparo para o cuidado adequado gera os impactos negativos identificados na vida de um cuidador familiar, conforme propõe Almeida, Leite, Hildebrandt (2009).

Os cuidados prestados ao idoso serão cada vez mais complexos à medida que a doença vai progredindo, exigindo por parte daquele uma exclusividade cada vez maior. Este vai tendo cada vez menos tempo para si, para as suas atividades pessoais, será progressivamente absorvido pelo aumento da carga de cuidados ao prestar ao idoso (VILAR; LOPES, 2012, p.108).

Atualmente é quantificável o número exacerbado de idosos que necessitam de tratamentos domiciliar, sendo responsável como cuidador a família, parentes e amigos (LUZARDO, 2006; FERNANDES, 2009).

A dependência, que gera fragilidade, é um estado em que se encontram diversas pessoas que, por razões relacionadas à falta ou perda de autonomia física e/ou psíquica, requer assistência e/ou ajuda de outra pessoa para realizar suas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVDs). Atualmente, essa situação de fragilidade é um problema que provoca várias implicações psicossociais, econômicas, políticas e financeiras, tanto para os indivíduos dependentes, como os que têm que dispor de tempo para ajudar a cuidar da pessoa (ARAÚJO, 2011, p. 601).

São situações que às vezes provoca mudanças na família, tornando uma atividade desgastante, com fatores de risco para o cuidador, principalmente pela sobrecarga de atividades cotidianas referente ao cuidador (GAIOLE, 2012).

É lícito afirmar que são justificativas relevante, que tem como objetivo de provar a importância de investir na formação dessas pessoas que se responsabilizam em oferecer os cuidados, no intuito de atender às expectativas de cuidar de forma adequada e que ofereça menos riscos ao cuidador e ao idoso dependente (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014).

Nesse sentido, as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, do Ministério da Saúde, vão além das condições clínicas. Elas preconizam o cuidado integral da pessoa, promovendo ações direcionadas à manutenção da qualidade de vida individual e coletiva e a garantia da autonomia e independência do idoso. Para tanto, é preciso entender as diferenças de cuidado entre os idosos independentes e vulneráveis, traçar um plano de atendimento para cada grupo, conhecer e usar a rede de apoio disponível, como Academias de Saúde e Melhor em Casa (BRASIL, 2016).

Quando se adquire conhecimento do perfil dos cuidadores de pessoas com DA e identifica a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores, pode-se proporcionar serviços de saúde para a organização do atendimento de forma correta e satisfatória (SOUZA, 2014).

Segundo pesquisas realizadas, pode-se destacar a importância de uma enfermeira qualificada que domine técnicas de avaliação e verifique se mudanças específicas de comportamento da pessoa com DA. Posteriormente, é possível orientar, personalizar, propor técnicas alternativas de intervenção e manejo baseadas nas necessidades de cuidado do binômio (idoso-cuidador) (MARINS; HANSEN; SILVA, 2016).

3.2.1 O cuidador

Em países como o Brasil, cerca de 90% dos cuidadores são os familiares, devido ao custo de vida dos pacientes com DA. Pois é dispendioso o custeio para tratamento, o contrato ou apoio de cuidadores com perfil formal, por esses motivos que os conjugues com idade já avançada, ou filhos e amigos é quem tornam-se cuidadores (LEMONS; GAZZOLA, 2006; FALCÃO, 2008).

“O reconhecimento de que os cuidadores são um componente essencial nos cuidados da saúde, principalmente nas situações crônicas e de longo prazo, tem incentivado a investigação dos problemas por eles apresentados” (WILLIAMS, 2011).

Neste contexto, podemos afirmar que a na maioria das vezes o encarregado do cuidado voluntário as pessoas idosas dependentes no domicílio, são os familiares. Dessa forma. Criase um grupo de apoio social, sendo que com o tempo é possível formar parceria das redes de apoio social formal; onde terá informação dos profissionais formados e qualificados de saúde

com capacitação especial, assim como representado especialmente pelos serviços de saúde (NARDI, 2008).

O cuidador familiar, usualmente, é aquele indivíduo que é responsável por manter os cuidados a uma pessoa de sua própria família, também conhecido como cuidador de idosos (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014). O papel do cuidador é de extrema importância mediante ao idoso dependente, e é responsável por manter os cuidados diários de acordo com as necessidades do indivíduo (BRASIL, 2008).

Existem diferentes tipos de cuidadores, como por exemplo, o papel do cuidador primário são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado, sendo os responsáveis pela maior parte das tarefas. Já os cuidadores secundários podem realizar as mesmas atividades, sendo que os diferencia do primário é o fato de não terem o nível de responsabilidade e decisão (ELIOPOULOS, 2005).

Atuando quase sempre de forma pontual em alguns cuidados básicos, revezando com o cuidador primário; os cuidadores terciários são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado, substituindo o cuidador primário por curtos períodos e realizando, na maioria das vezes, tarefas específicas como compras, pagar contas e receber pensões (ELIOPOULOS, 2005).

Uma característica fundamental dos cuidados prestados pelos cuidadores informais é a diversidade, na medida em que as atividades desenvolvidas visam assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar dos doentes: suporte psicológico, emocional, financeiro e assistência nas atividades instrumentais e básicas da vida diária. (MARTÍN, 2002, p.35).

Devido à falta de conhecimento acerca da patologia e a sua progressão no decorrer dos anos, vai ocasionando uma grande interferência nos planos executados ao prestar os serviços cabíveis ao idoso com a DA (LEITE, 2014). Portanto, o cuidador de idosos, passa a ser um indivíduo sem instruções e conhecimentos acerca da patologia, ao contrário do formal que é o profissional que tem acompanhamento da equipe multiprofissional, e desempenha cuidados apropriados, por mais que não tenha remuneração, podendo ser pessoas da família, amigos e vizinhos (LOPES, 2012).

Vale salientar que, a deficiência de orientação no ato de prestar serviços cabíveis ao idoso, pode ocasionar risco futuro tanto ao cuidador, como ao dependente (MARTINS, 2007). A sobrecarga nas famílias cuidadores, é bastante evidenciada, principalmente pela falta de qualificação e números reduzidos de familiar que se disponibilize ajudar a executar as

atividades diárias. Mas para isso é necessário que o sistema de saúde forneça ajuda aos cuidadores familiar, que precisam ter apoio social, laboral e psicossocial (SANTOS, 2016).

Assim, em face de esta realidade, torna-se crucial compreendermos as dificuldades que o cuidador familiar sente no seu cotidiano, conhecermos as suas necessidades bem como as respostas que estes consideram ser indispensáveis para o seu maior bem-estar e consequentemente um melhor acompanhamento do idoso familiar com a DA (VILAR; LOPES, 2012).

3.2.2 Estresse e qualidade de vida do cuidador

A profissão e o trabalho vão fazer parte de nossas vidas, portanto, o trabalho satisfatório vai influenciar prazer, alegria e saúde. Entretanto, quando o trabalho é desprovido de significação, não é reconhecido ou é fonte de ameaças à integridade física e/ou psíquica, acaba gerando sofrimento no trabalhador (LIPP, 2006).

Responsabilizar-se em manter os cuidados de uma pessoa idosa dependente, é uma tarefa muito importante na vida do cuidador que na maioria das vezes são cuidados prestados pelo familiar, tornando-se exaustiva e estressante, pois o cuidador passa a ter restrições e limitações na sua própria vida (FERNANDES, 2009).

Existe no Brasil uma cultura atribuída pela sociedade que predomina e difere a mulher como uma peça fundamental nos cuidados prestados aos idosos com a DA, por ser ela agente social na dinâmica dos cuidados pessoais necessários as atividades diárias dos idosos (FERNANDES, 2009; GARRIDO, 2004; SILVEIRA, 2006; KARSCH, 2004).

Mesmo o cuidador sendo considerado uma atividade que requer responsabilidade e dedicação, será necessário a existência de outros fatores para que não passe a interferir na qualidade de vida dos cuidadores seja ele cuidador informal ou profissional. Podemos identificar como fatores, o amor pelo serviço prestado ao idoso, obrigação e dever relacionados com os momentos vivenciados junto ao idoso e, também, como retribuição de sentimentos acumulados durante a vida do idoso com o cuidador (NARDI, 2009).

De acordo com Santos (2016) a sobrecarga dos cuidadores informal é similar a Síndrome de Burnout, devido ao estresse crônico no trabalho caracterizado por exaustão, despersonalização e não realização profissional, decorrente das responsabilidades deixadas a poucos cuidadores, onde serão sobrecarregados, sem tempo de proporcionar uma qualidade de vida e bem-estar ao cuidador. O *burden* ou a sobrecarga é um sentimento experimentado,

principalmente pelo cuidador, ao realizar uma gama de atividades potencialmente geradoras de *stress* e efeitos negativos (LUZARDO et al, 2006).

A dificuldade do cuidar não está somente na realização das tarefas em si, mas também na dedicação necessária para satisfazer as necessidades do outro, em detrimento das suas próprias necessidades. Por essa razão, tanto a sobrecarga como também o *stress* são fatores que provavelmente influenciam na qualidade de vida do cuidador de paciente com Alzheimer que, de acordo com a *World Health Organization* (WHO, 1997) é um estado de completo bem-estar físico, mental e social. (SIMONETTI; FERREIRA, 2008, p 36).

Segundo Lipp (2007), estresse é ocasionado por alterações psicofisiológicas, obrigando ao indivíduo a encarar mudanças que desperte uma emoção forte, boa ou má, causando desgaste ao organismo. O esforço exagerado pode resultar em alterações no organismo que favoreça ao adoecimento, e a resposta ao estresse pode mobilizar o organismo a encontrar recursos que exigem adaptações. O estresse não pode ser erradicado completamente, mas, sim, de forma controlada, evitando o excesso que ocorre quando o indivíduo ultrapassa os limites, esgotando sua capacidade, prejudicando sua qualidade de vida, ocasionando o adoecimento do organismo.

O cuidador torna-se importante na vida do idoso com a DA, pelo motivo de adaptar à nova realidade com o meio externo, com os cuidados que são prestados, decorrente do grau de dependência (VALIM et al., 2010).

Esses cuidados são de forma intermitente e dedicação total ao idoso, tornando-se um cansaço significativo relacionado ao desgaste psíquico e físico gerado pelo trabalho repetitivo somado à escassez de descanso. Isso interfere no comprometimento progressivo da qualidade de vida do cuidador, tendo o estresse como ponto marcante, associado ao cansaço, irritabilidade e problemas de saúde (VALIM et al., 2010).

Alguns problemas como os distúrbios comportamentais, podem surgir durante a evolução da patologia, tornando-se uma pessoa cuidadora agitada e agressiva, comumente a carga exacerbada dos cuidados prestados ao idoso dependente (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; WINSLOW, 2003). Além disso, podendo desencadear outros sintomas como apatia, depressão, tristeza crônica, isolamento e estresse, o que gera impactos diretos na qualidade de vida do cuidador (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Estudos indicam que além de enfrentamento de processos agregados ao familiar dependente como psicológico e físico, os cuidadores também sofrem com dificuldades

financeiras e sociais durante o processo evolutivo da DA (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

A tentativa de resolução de problemas dos pacientes por parte dos cuidadores pode ser frustrada se não for compreendido que a patologia limita o controle comportamental do paciente. Assim, embora o idoso se mostre estimulado a fazer algo, não se pode prever quando isso muda de figura. Isso gera raiva e mágoa por parte dos cuidadores. Porém, eles precisam compreender que só eles podem ser agentes de mudança. Se os cuidadores tomarem para si sensações de desamparo, desesperança ou mesmo raiva do paciente cria-se empecilho frente à possibilidade de mudanças (ZARIT; ZARIT, 2010, p. 58).

O cuidador necessita de apoio familiar, de amigos e da equipe de saúde para ajudar no decorrer dos cuidados, no intuito de ajudar no enfrentamento da patologia e na forma correta de prestar serviços de acordo com a necessidade do idoso com a DA. O cuidador deve realizar suas atividades sem esquecer-se de cuidar da sua própria saúde, para não se torna um cuidador doente, decorrente dos cuidados prestados (ZARIT; ZARIT, 2010).

A Qualidade de Vida (QV) do cuidador está relacionada com a qualidade de vida do idoso, mediante os cuidados prestados devido ao seu grau de dependência, ou seja, quanto mais dependente o idoso se tornar, maior o grau de dependência do indivíduo, menor sua qualidade de vida e menor possibilidade de realizar suas atividades de vida diária sem auxílio, levando o cuidador ao maior envolvimento nesse cuidado desde a alimentação e higiene até momentos de distração (BORGHI et al., 2011).

Tal afirmação é embasada na definição de QV que, segundo a Organização Mundial de Saúde, (2011) a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no tocante à cultura e ao sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Portanto, faz-se necessário atentar para os sinais de sobrecarga e desgaste do cuidador, a sua qualidade de vida se torna ameaçada devido ao estresse proveniente da sua responsabilidade no processo assistencial, exibindo diversas vezes sentimento de impotência, comprometimento da sua saúde, irritabilidade e cansaço (INOUYE et al., 2009; SANTOS; PAVARINI, 2010).

Podemos destacar a importância em observar as atividades exercidas pelos cuidadores, devido à necessidade de aprendizagem e reconhecimento das situações que esse grupo precisa enfrentar no cuidado com o idoso com a patologia de Alzheimer; sabendo que o acompanhamento do enfermeiro é de fundamental importância no auxílio aos cuidados durante todo o processo de adoecimento e de cuidado (ESCOBAR; AFANADOR, 2010).

Nesse sentido, as atenções devem ser prestadas para ambas partes, o idoso dependente que requer cuidados redobrados devido as suas limitações, como o para o cuidador, pois essa atividade tem impacto em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. (FERNANDO; GARCIA, 2009)

4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa.

Segundo descreve Gil (2007) o objetivo de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com o assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado, conhecendo mais sobre o assunto, e estando apto a construir hipóteses.

Vale Salientar que o objetivo da pesquisa descritivas possui a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência descrevendo suas características ou o estabelecimento de relações entre variáveis (PRODANOV, 2013).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. É um conjunto de fenômenos humanos, sendo entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se caracteriza não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações e a partir da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010).

4.2 Local da pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido em uma instituição de longa permanência denominada de Abrigo Amantino Câmara, no endereço Rua Venceslau Braz, N^o 415, Bairro: Barrocas, CEP: 59618-140, cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte.

A Instituição de Idosos Amantino Câmara já existe há 80 anos, foi fundada em 8 de julho de 1936 pelo primeiro bispo da diocese de Mossoró, Dom Jaime de Barros Câmara, pela necessidade que já existia na época. O Abrigo foi construído com o dinheiro que recebeu de herança do irmão, patrono da instituição. Tudo funciona a partir de trabalho voluntário e com doações obtidas.

O Amantino Câmara continua sendo o único abrigo de idosos da cidade de Mossoró. Trata-se de uma unidade filantrópica que sustenta suas despesas mensais com os salários dos idosos habitantes e ajudas da sociedade da cidade de Mossoró, juntamente com as empresas parceiras.

Possui diversos profissionais da saúde que atuam desempenhando seu papel, tais como: Médicos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Psicólogos, Fisioterapeutas, Técnicos de Enfermagem, Cuidadores de idosos e Serviços em Gerais.

A Instituição é composta por 73 idosos, sendo eles 33 homens e 40 mulheres onde são divididos por ala masculino e ala feminino; os profissionais trabalham 12 horas e folgam 36 horas, o cronograma de cuidadores são divididos dois em cada ala, dessa forma, ficam 2 cuidadores na ala masculina e 2 cuidadores em cada ala feminina.

4.3 População e amostra

A população da pesquisa foi composta por cuidadores que prestam seus serviços aos moradores idosos com a DA na Instituição Amantino Câmara, na cidade de Mossoró/RN.

Gil (2009) afirma que população é o conjunto formado a partir de elementos que compõem um mesmo universo, que contém características em comum. E de acordo com Marconi e Lakatos (2010, p.149) “Amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo da população sendo um subconjunto do universo”.

Portanto, a amostra foi composta por 10 Cuidadores que executam suas atividades diárias na Instituição de longa permanência aos idosos, que apresentam diagnóstico com DA.

Os critérios de inclusão foram: Atuar na instituição como cuidador de idoso, concordar em participar da pesquisa e assinem o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram: cuidadores de idosos que não atuem na instituição, que estão de férias, licença maternidade ou licença médica.

4.4 Instrumento de coleta de dados

Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado dois instrumentos. O primeiro foi um questionário denominado Envelhecimento e Demência: Qualidade de vida (Versão do Cuidador) instrumento adaptado, traduzido e validado para a cultura brasileira para avaliação da QV de cuidadores e idosos com DA, visando coletar informações relacionadas a temática em questão.

Foi utilizado somente a versão para o cuidador se auto avaliar (CQdV-DA). As treze dimensões (saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral) da escala foram avaliadas pelos participantes por meio de atribuição de notas que variam de “1” (ruim) a “4” (excelente).

O segundo instrumento foi um roteiro de entrevista, contendo perguntas abertas para identificar na visão do cuidador sobre os fatores estressantes que mais impactam a sua qualidade de vida.

4. 5 Procedimentos para coleta de dados

Para realizar a coleta de dados levamos em conta a disponibilidade dos participantes, nos turnos manhã ou tarde, 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 ao Abrigo pesquisado.

Os cuidadores foram convidados para participarem da entrevista, aqueles que concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi realizada em um local calmo e tranquilo, proporcionando privacidade e sigilo das informações confidenciais.

4. 6. Análise e organização dos dados

A análise dos dados qualitativos foi feita a partir do método qualitativo utilizando a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin por categorização. A análise de conteúdo é uma técnica refinada, que exige muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, o qual tem de se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise. Para tanto, disciplina, perseverança e rigor são essenciais (FREITAS; CUNHA; MOSCAROLA, 1997).

A maioria dos autores refere-se à Análise de Conteúdo como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social (BAUER, 2002).

De acordo com Bardin (2009) análise de conteúdo se resume em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem. Desta forma, podemos afirmar que a técnica é realizada através de etapas, sendo elas: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações.

Os dados quantitativos foram tabulados pelo programa Microsoft Office Excel versão 2007 e foram apresentados por tabelas, discutidos pela literatura pertinente, expresso e analisados em frequência simples e porcentagem.

4.7 Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação serão 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). A pesquisa foi aprovada pelo protocolo CEP: 09/2017 e CAAE: 64646417.3.0000.5179.

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).

O referido estudo apresentou risco (s) para o (a) participante de constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios inspirou-se que com esta pesquisa os cuidadores reflitam sobre a importância de executar suas atividades diárias aos idosos com DA de forma que favoreça uma qualidade de vida, tanto ao cuidador, quanto ao idoso, para que ambos. Que os cuidadores sejam beneficiados e venham evitar futuros problemas de saúde, decorrente a sobrecarga de atividades realizadas sem conhecimento.

4.8 Financiamento

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. 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 do cuidador

Neste item estão apresentados os dados de caracterização dos participantes da pesquisa, relacionados à idade, sexo, religião, estado civil e profissão. Sendo analisados conforme a literatura pertinente.

Tabela 1: Dados relacionados ao perfil dos cuidadores de idosos institucionalizados. Mossoró/RN. Brasil.

Variáveis	n	%
Idade		
24-38 anos	2	20%
40-60 anos	8	80%
Sexo		
Feminino	10	100%
Masculino	0	0%
Escolaridade		
Ensino Fundamental	8	80%
Ensino Médio	2	20%
Religião		
Evangélica	5	50%
Católica	5	50%
Estado Civil		
Casada	6	60%
Solteira	1	10%
Divorciada	3	30%
Profissão		
Cuidadoras	10	100%

Fonte: Pesquisa Direta (2017)

Em relação a idade dos participantes da pesquisa, podemos perceber que 20% (2) possuem entre 24 – 38 anos e 80% (8) possuem entre 40 – 60 anos de idades. Dessa forma, a maioria dos participantes pode ser considerada adultos jovens.

Portanto, os cuidadores têm variações em sua faixa etária, geralmente é próxima ou a mesma dos idosos, ou seja, são idosos independentes cuidando de idosos dependentes, principalmente de idosos com a DA (BRASIL, 2009; FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Em relação ao sexo, 100% (10) são mulheres. Segundo o autor Sampaio (2001), isso se deve pelo fator principal o papel de cuidar que a mulher transmite de forma natural. Assim, os cuidados aos idosos são realizados em ambiente institucional geralmente são por mulheres.

Acerca da escolaridade dos participantes, podemos destacar que 80% (8) possuem o ensino fundamental e 20 % (2) ensino médio. Portanto, percebemos que a escolaridade dos cuidadores ainda é baixa. Nesse sentido, os cuidadores precisam de capacitação na realização dos cuidados em saúde para favorecer a aproximação com o conhecimento direcionado aos cuidados aos idosos com DA.

Além disso, o nível de escolaridade pode influenciar os sentimentos dos cuidadores, sendo que a baixa escolaridade dificultaria a compreensão do que acontece com o paciente. No entanto, os sentimentos dos cuidadores são consequência de uma interação complexa de fatores, indo muito além da informação (FONSECA, 2008).

Sobre a religião dos participantes da pesquisa, podemos destacar que 50% (5) são evangélicas e 50% (5) católicas. Já em relação ao estado civil, 60% são casados, 10% solteiros e 30% divorciados. Deste modo, dos participantes da pesquisa a maioria são casados. Nesse sentido, podemos considerar que o estado civil do cuidador também requer atenção, porque o ambiente familiar seguro gera mais tranquilidade para a realização de suas tarefas.

Portanto, este pode ser um fator positivo e facilitador quando constitui um apoio para as atividades desenvolvidas, ou negativo quando gera sobrecarga ao cuidador pelo acúmulo de papéis (PEREIRA et al, 2013).

Analisando as respostas dos cuidadores, pôde-se frisar que não existe nenhum vínculo ou grau de parentesco com os cuidadores da instituição com os idosos residentes, sendo assim, não existe ligação familiar. Além disso, por diversos motivos e na maioria dos casos os idosos são deixados na instituição para serem cuidados por profissionais que trabalham na instituição de abrigo aos idosos, principalmente pela dependência que eles causam decorrente a DA, tornando suas atividades vida diárias na responsabilidade de outros.

Desse modo, podemos destacar que existe uma relação de obrigação, proveniente de valores impostos pela cultura familiar, ou seja, cuidar é uma obrigação moral: quando eram crianças, os pais cuidaram dos filhos, no momento que os pais estão dependentes, os filhos devem cuidar de seus pais, e esse sentimento deveria perdurar pelas gerações. Quando os filhos são cuidadores dos pais, muitas vezes, o sentimento de obrigação confunde-se com uma retribuição de cuidados, somando-se também ao afeto (CATTANI, 2004).

Bem como, os cuidados devem ser assumidos pelo conjugue, onde é bem parecido que ambos acham que o dever de cuidar, se torna uma obrigação matrimonial, pois há um projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença (ELSEN, 2002; CATTANI, 2004).

Referente a profissão dos cuidadores constatou-se que 100% (10) dos cuidadores de idosos se dedicam apenas em cuidar dos mesmos, exercendo uma escala de 12 horas do dia de trabalho, tendo como descanso de 36 horas, ou seja, trabalha em dias alternados.

Portanto, cuidar de um idoso é sempre uma missão que envolve uma série de experiências e sentimentos, o que exige uma gestão delicada. Além disso, o perfil do cuidador constitui-se em uma rede autônoma e geralmente desintegrada dos serviços de saúde, carente de orientações e suporte dos profissionais de saúde (PACHECO, 2007).

Sendo assim, é de suma importância a ampliação de ações que tenham o cuidador como sujeito principal ou profissional, para que essa atividade seja reconhecida e investida em práticas adequadas, trazendo benefícios para quem cuida e quem é cuidado (NARDI, 2008).

5.2 Dados relacionados ao estresse dos cuidadores de idosos com DA

Neste item são apresentados os dados acerca do estresse dos cuidadores em suas atividades diárias, foram desenvolvidas três categorias: **Violência e aceitação do idoso durante os cuidados diários, Desconhecimento sobre DA e consequências para a saúde do cuidador e Atividades diárias sem excessos.**

Para garantir o sigilo das informações e a privacidade dos participantes, os nomes dos cuidadores de idosos foram identificados por C – Cuidador e seguidos de numeração arábica sequenciada, sendo de C1 a C10.

Violência e aceitação do idoso durante os cuidados diários

Quando questionados aos cuidadores de idosos sobre o que o mesmo considera como um fator estressante em sua rotina de trabalho no cuidado com o idoso com a DA, percebemos que a maioria dos participantes descreveram que a violência do idoso é muito constante nas atividades diárias, como apresentada nas falas abaixo.

“[...] fator que eu considero estressante é porque não é fácil manter os cuidados de forma agradável, tem idosos que quando vou dar banho quer bater em mim, chuta, quer morder, briga comigo e às vezes sou mesmo agredida de forma que não causa danos em meu corpo, mas, entendo que é decorrente da doença e sei que eles são como umas crianças que já não entendem nada [...]” (C2)

“[...] às vezes o que deixa o trabalho estressante é quando eles mantem certa resistência quando não querem tomar banho, às vezes não quer comer e

quando come fala que não comeu nada, diz que a gente que bater nele, ou querem bater na gente [...]” (C7)

Podemos ressaltar que, pela forma que o idoso com doença de Alzheimer apresenta as alterações em seu comportamento, identificou que para o cuidador, lidar ininterruptamente com o manejo dos distúrbios de comportamento dos idosos pode ser uma das tarefas mais desgastantes mediante as execuções das atividades realizadas.

Dependo da fase em que apresenta a patologia nos idosos com Alzheimer, os sinais e sintomas vão sendo cada dia mais constantes na vida deles, como foi citado pelos cuidadores apresentando os sinais clássicos durante a entrevista. Assim, no decorrer dos anos a patologia tende-se se agravar, por ser uma doença neurodegenerativa e as dificuldades são constante para os cuidadores realizar suas atividades, devido os sinais apresentado como o esquecimento do que foi realizado durante o dia ou história do tempo de criança, agressões, dificuldade na aceitação de realizar os cuidados na higienização, o mal humor, dificulta até mesmo para alimentar, devido a memória ter sido acometida pela doença.

Nessa perspectiva, a patologia causa alterações comportamentais diversas ao idoso, tornando-o agitado, violento, mal-humorado, de acordo com os relatos de visões, acabam gerando um estresse no cuidador e são prevalentes na maioria dos idosos com demência (PAVARINI, 2008).

Quando questionados aos participantes quais as principais dificuldades no cuidado com o idoso com a DA, a maioria descreveu suas dificuldades em manter os cuidados com a higiene diária dos idosos e desconhecimento sobre os aspectos da DA.

“[...] Às vezes o idoso não quer tomar banho e eu não posso levar sozinha ao banheiro por ele querer mim agredir ou mesmo não tem vontade de manter sua higiene diária, mas preciso levar ao banho ele querendo ou não, preciso manter ele limpo e higienizado esse é o meu dever e eu procuro sempre fazer da melhor forma, só que tem deles que não vai só comigo de jeito nenhum, aí preciso chamar uma amiga para me ajudar[...]” (C1)

“[...] Quando é para banhar eles que não aceita, quer fugir da gente e isso são responsabilidade que cai sobre a gente, precisamos cuidar da limpeza pessoal, alimentação e ainda pastorear pra ele não fugir, isso que eu considero dificuldades. ” (C8)

Nesse contexto, as características apresentadas pelos cuidadores são consequências provenientes da patologia que aos poucos compromete sobremaneira sua integridade física, mental e social aos idosos com a DA, tornando incapacitados de realizar suas atividades e ao mesmo tempo dificulta o trabalho do cuidador. Ao longo dos tempos o cuidador pode

apresentar alto nível de ansiedade, sobrecarga de trabalhos, afastamento da própria sociedade e família.

Quando existe aceitação por parte dos cuidadores de idosos dependentes e são respeitadas as suas limitações, a atenção e ética vai tornar o ambiente mais propício para oferecer-lhes apoio e ajudar nas realizações das atividades executadas com os idosos dependentes (FERREIRA, 2006).

Além disso, de acordo com o grau da patologia, o idoso torna-se dependente, ao ponto de se sentir incapaz de realizar os cuidados diários, necessitando de ajuda e cuidador para realizar as atividades de vida diária (OLIVEIRA, ROZENDO, 2014).

Desconhecimento sobre DA e consequências para a saúde do cuidador

Outra dificuldade levantada pelos participantes foi em relação ao desconhecimento dos aspectos da DA., como apresentado nas falas abaixo:

“[...] não conheço essa doença de Alzheimer, apenas sei que ela causa a perda da memória e deixa o idoso dependente de tudo, em minha opinião seria melhor que a gente passasse por um treinamento para favorecer o nosso trabalho aqui [...]” (C2)

“[...] A falta de conhecimento que eu tenho da doença, às vezes fico pensando se não teria uma forma melhor de cuidar dele sem estresse, porque não é fácil de cuidar de um idoso com essa doença pois ela causa dependência total ao idoso [...]” (C 3).

Os cuidadores se deparam com numerosos fatores, que incluem a aceitação do diagnóstico, lidar com um stress cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro. Com isso, o cuidador ficará vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, e abusar física e verbalmente do paciente, de álcool e de medicamentos psicotrópicos (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004).

Portanto, faz-se necessário realizar a implantação de projetos que favoreçam os cuidados, capacitação no intuito de descrever a doença e meios mais cabíveis para os cuidadores realizarem uma assistência mais qualificadas aos idosos institucionalizados.

Além disso, ressaltamos a necessidades de implantar programas que incentive e forneça capacitação voltados a uma assistência de qualidade aos cuidadores e enfatizar a patologia de forma nítida, visando alcançar melhores resultados efetivos na melhoria da qualidade de vida daqueles que cuidam e dos que necessitam ser cuidados.

Assim, a patologia de Alzheimer é complexa e merece amplas considerações referentes ao cuidador como formações qualificadas e recursos para identificar os sintomas, para que o cuidador passe ajudar na determinação de uma assistência qualificada. Uma das atribuições mais importante é identificar a capacidade funcional do idoso para que possa implantar cuidados e oferecer aos cuidadores suporte e orientação referente à progressiva dependência em consequência a DA (TALMELLI et al, 2010).

Quando indagamos ao cuidador a pergunta sobre o questionário se você acredita que o cuidado realizado aos idosos com DA pode prejudicar sua saúde futuramente. Todos afirmaram que os cuidados que são prestados aos idosos da instituição, não tem nenhuma influência para a saúde futura.

“Não tem nada a ver com o meu cuidado, até porque eles não dão muito trabalho no cuidado só algumas vezes e que amanhecem diferentes do normal, mas logo relaxam. Se eu adoecer na vida pode ter certeza que não tem nada a ver com o meu cuidado que tenho com os idosos hoje [...] C5
“Não acredito que devido ao cuidado desses idosos vai deixar-me futuramente doente, até porque eu não tenho nenhum estresse aqui [...] C6

Cuidar de um idoso não é tão fácil, até porque, dependendo do grau da dependência, os cuidados podem ser redobrados, assim como, nas responsabilidades em auxiliar o idoso para realizar suas necessidades básicas humana do dia, pode deixar o cuidador com a saúde física comprometida, afetando até mesmo na qualidade de vida e estresse do cuidador.

Assim, as consequências do desconhecimento do que o cuidado pode causar ao longo dos tempos o cuidador pode apresentar alto nível de ansiedade, sobrecarga de trabalhos, afastamento da própria sociedade e familiar

No entanto, pesquisas afirmam que cuidar de um idoso por um longo tempo exige dedicação constante do cuidador, fazendo com que sua saúde corra riscos, principalmente para aquele que o cuidado é prestado somente por ele, fazendo-o se sentir sobrecarregado, portanto, pode comprometer o autocuidado (MENDES; MIRANDA; BORGES, 2010).

Atividades diárias sem excessos

Diante da pergunta lançada ao cuidador referente se os cuidadores se sentem estressados com o cuidado diário aos idosos com DA e suas outras responsabilidades em casa ou no trabalho, alguns afirmaram que não se sentiam estressados pelo fato de trabalhar em dias alternados, conforme as falas abaixo:

“[...] consigo conciliar o trabalho e a vida diária com a minha família numa boa como eu trabalho em dias alternados, agora se fosse todos os dias aí sim seria bem estressante e não teria como manter o trabalho com êxito e a minha vida pessoal com harmonia, dessa forma se torna bem fácil de conciliar. ” C1
“Não até porque todos os cuidadores cada um têm a sua função e ninguém é muito de esperar um pelo outro não, e os idosos da instituição são bem tranquilos [...]” C4

Nesse sentido, as atividades que são executadas a idosos dependentes, pode desencadear ao longo dos tempos desgaste ao cuidador, podendo comprometer a sua condição de saúde física e mental, levando a quadros de ansiedade, depressão e distúrbios de comportamento (AHERN, 2006).

“[...] Não considero estressada, às vezes me sinto cansada, porque conviver com idoso não é fácil e ainda por cima com a doença de Alzheimer[...]” (C2)
“[...] Graças a Deus que eu consigo conviver eles sem que meus problemas interfiram no cuidado do dia a dia, até porque eu deixo meu problema em casa e venho trabalhar com a minha mente voltada para eles no intuito de dar o melhor de mim através de amor, carinho, atenção [...]” (C1)

A literatura destaca que a sobrecarga de trabalho executados aos idosos com a DA, os cuidadores poderão torna-se estressados e com grande probabilidade de desencadear a patologia, devido ao excesso de trabalho e a responsabilidade em realizar as atividades de forma rotineira.

Entretanto, nem todos os cuidadores desenvolvem patologias ou se tornam insatisfeitos com a tarefa de cuidar, isso pode ser explicado com a utilização de diferentes estratégias individuais que o cuidador elabora para lidar com as situações consideradas desgastantes. Apesar dos problemas e dificuldades enfrentados na tarefa de cuidar de idosos de longa dependência, existe a possibilidade de resultados emocionais positivos para esses cuidadores, os quais podem estar associados a maior ou menor resiliência (GAIOLI, 2012). Sendo assim, os cuidadores da presente pesquisa afirmam que realizam o cuidado aos idosos com satisfação em seu trabalho.

Quando questionados sobre se o cuidador sente-se sobrecarregado com as atividades diárias ao idoso com DA e em quais situações. Todos afirmaram que não se sentem sobrecarregados diante os cuidados ofertados aos idosos, como destacados nas falas a seguir.

“Não. Graças a Deus até porque eu não trabalho todos os dias, e quando estamos aqui resolvemos somente os deveres do nosso cuidado e outra, cada cuidador tem suas tarefas a desempenha durante o dia justamente para não sobrecarregar as colegas de trabalho [...]” C1

“Não me sinto sobrecarregado porque todos têm sua função a realizar aqui, e também trabalho dias sim e dia não, dá para descansar em casa e viver a minha vida com a família numa boa sem interferir com o trabalho [...]” C4

Podemos destacar que, quando direcionamos o cuidado ao cuidador, uma questão importante diz respeito ao cansaço decorrente dessa ação, pois as demandas constantes de tarefas e seus efeitos sobre saúde do cuidador têm justificado a institucionalização dos idosos (SANTOS, 2007).

Por isso, é importante conhecer a qualidade de vida dos cuidadores e os fatores que a influenciam para planejar ações integrais em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos danosos da sobrecarga de cuidado vivenciada por eles (PINTO et al., 2009).

Quando o trabalho é realizado por apenas um cuidador, é nítido que muito em breve o cuidador vai se tornar um profissional sobrecarregado, estressado, e que poderá adquirir patologias devido ao trabalho em excesso. Diante disso, podemos perceber mediante as informações colhidas que esse não seria um problema para o cuidador, pelo simples motivo de trabalhar em dias alternados e existir vários cuidadores.

5.3 Dados relacionados à qualidade de vida dos cuidadores de idosos

Neste item, foram analisadas as treze dimensões (saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral) através de um questionário da versão para o cuidador se auto avaliar (CQdV-DA). A tabela abaixo apresenta os resultados descritos pelos participantes da pesquisa.

Tabela 2: Dados relacionados à importância dos fatores que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados. Mossoró/RN, Brasil, 2017.

Variável	Categorias	Importância	
		n	%
Saúde Física	Muito	9	90%
	Razoável	1	10%
	Nada	0	0%
Humor	Muito	10	100%
	Razoável	0	0%
	Nada	0	0%

Moradia	Muito	10	100%
	Razoável	0	0%
	Nada	0	0%
Memória	Muito	10	100%
	Razoável	0	0%
	Nada	0	0%
Família	Muito	10	100%
	Razoável	0	0%
	Nada	0	0%
Casamento	Muito	7	70%
	Razoável	3	30%
	Nada	0	0%
Amigos	Muito	8	80%
	Razoável	2	20%
	Nada	0	0%
Você em Geral	Muito	9	90%
	Razoável	1	10%
	Nada	0	0%
Capacidade para fazer tarefas	Muito	10	100%
	Razoável	0	0%
	Nada	0	0%
Dinheiro	Muito	4	40%
	Razoável	6	60%
	Nada	0	0%
Vida em Geral	Muito	100	100%
	Razoável	0	0%
	Nada	0	0%

Fonte: Pesquisa Direta (2017)

Diante dos resultados apresentados acima, podemos perceber que 90% dos participantes da pesquisa afirmam que a saúde física é muito importante. Portanto, é necessário que os cuidadores de idosos estejam saudáveis para exercer suas atividades diárias na prestação de serviços durante o seu plantão diurno.

Segundo descreve o Ministério de Saúde (2009), cuidar de idosos requer exigências físicas e/ ou psíquicas em suas tarefas. Nesse sentido, é indispensável que mediante a sobrecarga das atividades de vida diárias realizadas pelo cuidador, a predisposição das doenças possa ser amenizada, principalmente aqueles que têm o papel de cuidar em tempo integral sem ajuda de outros.

Em relação a variável Humor, 100% dos participantes afirmaram que é muito importante para a QV. Desse modo, sabemos que o humor é necessário no trabalho exercido pelos cuidadores de idosos, facilitando na realização das atividades diárias e principalmente a quem presta os serviços aos residentes dependentes da instituição com a DA, pois as

alterações comportamentais dos idosos podem interferir diretamente no cuidador, caso o mesmo não saiba lidar com a situação.

Vale ressaltar que Rosa (2003), descreve a DA causa da incapacidade física e cognitiva parcial ou total ao idoso, como por exemplo, o simples fato de exercer ou desempenhar certos gestos e de realizar certas atividades de vida diárias no cotidiano, tornando o idoso fragilizado, incapacitado de realizar certas atividades e depende de cuidadores para realizar suas necessidades diárias.

Para a variável Moradia, 100% dos cuidadores afirmaram que é muito importante para a QV. Portanto, a qualidade precária nas condições de moradia pode contribuir sobremaneira na percepção da qualidade de vida dos cuidadores de idosos com DA.

Nas variáveis Memória e Família, 100% dos participantes consideram muito importante para a QV. Nesse sentido, a memória é fundamental para armazenar informações antigas e atuais, para cuidar de idosos dependentes com a DA é de extrema importância ter uma mente saudável para prestar cuidados, favorecendo a continuidade das atividades.

Os cuidadores afirmaram que o cuidar no dia a dia aos idosos deixaram suas memórias mais ativas para manter a sua rotina de trabalho, pois o compromisso e a responsabilidade de prestar assistência favoreceram a sua memória. Nesse sentido, o objetivo principal do cuidador é assegurar e manter medidas cabíveis para transmitir conforto físico e segurança do doente.

Diante as informações concedidas os cuidadores expressaram 100% sobre a importância que a família representa em suas vidas, principalmente pelo apoio concedido mediante a escolha de trabalho que os mesmos se propõem em realizar cuidados, porque muitos acabam afastando-se do meio familiar para prestar cuidados aos idosos que foram abandonados pelos seus filhos, netos, esposas, dentre outros.

Nesse requisito podemos frisar a compreensão que os familiares têm pela profissão do cuidador, como foi escrito anteriormente, muitos dos cuidadores deixam suas casas, suas vidas e de cuidar da sua própria família tais como filhos, esposos, mãe dentre outros para desempenhar um papel de cuidador que deveria ser de um membro responsável pela família do idoso.

Em relação a variável Casamento, 70% dos participantes afirmaram que acreditam que é muito importante para a QV. Pois a união e o companheirismo entre o casal colaboram, deixando mais fácil a superação das dificuldades enfrentadas no dia a dia. No entanto, outros participantes não tem o mesmo parecer ao informar em suas respostas.

Sobre a presença de Amigos 80% para a QV a maioria afirmou que é muito importante. Diante do que foi sobre a importância que tem os amigos, as cuidadoras de idosos relataram que tem grande influência para o trabalho, com intuito de fluir harmonia, confiança e segurança entre os profissionais e os moradores residentes da instituição.

Em seu trabalho e rotina diária enquanto cuidador de idosos pode existir dificuldade no convívio da sociedade, pois o mesmo possui pouco tempo para lazer ou mesmo para si próprio, tendo, muitas vezes, que abdicar de seus ideais e ambições para dedicar-se ao paciente de forma radical. O fato de não participar de atividades sociais e o distanciamento dos amigos pode desencadear o sentimento de abandono e isolamento por parte do familiar (GWYTHER, 1998 apud LAWAL, 2008).

Em relação a variável você em geral, 90% acreditam que é muito importante e na variável Capacidade de fazer tarefas, 100% afirmam que também é muito importante para a QV. Segundo descreve Fernandes (2009), os cuidadores ao se perceberem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de tensão e estresse, conseqüentemente, a desempenharem suas funções aquém de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado inapropriados, normalmente acompanhada por resultados insatisfatórios.

Podemos perceber a forma que os cuidadores realizam suas atividades, é nítido o amor, a paciência e a perseverança transmitida aos idosos residentes da instituição, fazendo grande diferença entre eles, pois existe respeito e uma relação harmoniosa sem ser de obrigação pelo que faz, mascarando o cansaço e o estresse no final do dia.

As cuidadoras de idosos da instituição tem uma variação de faixa etária entre jovens adultos e idosos, mas embora algumas apresentem cansaço devido à idade mesmo assim realizam os deveres de cuidadoras com capacidades e presteza sem deixa nada a desejar.

Cuidar de idosos requer muitas habilidades e força muscular para desempenhar um papel que deveria ser realizado por outra pessoa, por isso que às vezes o cuidador se torna cansado e estressado no final do expediente, mas não é o caso dos cuidadores que prestaram seus depoimentos a pesquisa realizada com eles.

É importante frisar que nenhuma condição é boa ou má em si mesma e consiste numa variedade de circunstâncias, de capacidades para lidar com as demandas do idoso e com os próprios sentimentos e de uma multiplicidade de elementos individuais, sociais, psicológicos, históricos e situacionais, que variam entre os diferentes cuidadores e no mesmo cuidador ao longo do tempo (FRANCIS, 2013).

As condições financeiras dos cuidadores do local da pesquisa, segundo informaram que estão satisfeitos com o salário ofertado, porém, podemos destacar o medo pelo qual o

profissional tem de perder o emprego e na maioria das vezes muitos acabam omitindo realmente o seu ponto de vista em relação ao salário; salientando que, por motivos de privacidade durante as respostas do entrevistado em nenhum momento foi mencionado o valor mensal do salário.

De acordo com Ribeiro (2008), a baixa remuneração pode levar os cuidadores a buscar uma forma de complementação salarial para ajudar na renda mensal por não ser reconhecido financeiramente, sendo assim, torna-se um fator que contribui para o estresse destes profissionais.

A tabela abaixo apresenta a situação atual das características para a qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados, analisando as treze dimensões: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral.

Tabela 3: Dados relacionados a situação atual das características para a qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados. Mossoró/RN, Brasil (2017).

Variável	Categorias	Importância	
		n	%
Saúde Física	Ruim	0	0%
	Regular	0	0%
	Bom	3	30%
	Excelente	7	70%
Humor	Ruim	0	0%
	Regular	0	0%
	Bom	0	0%
	Excelente	100	100%
Moradia	Ruim	0	0%
	Regular	2	20%
	Bom	4	40%
	Excelente	4	40%
Memória	Ruim	0	0%
	Regular	0	0%
	Bom	7	70%
	Excelente	3	30%
Família	Ruim	0	0%
	Regular	0	0%
	Bom	4	40%
	Excelente	6	60%
Casamento	Ruim	0	0%
	Regular	1	10%
	Bom	5	50%
	Excelente	2	20%
Amigos	Ruim	0	0%
	Regular	1	10%

Você em Geral	Bom	6	60%
	Excelente	3	30%
	Ruim	0	0%
	Regular	1	10%
Capacidade para fazer tarefas	Bom	5	50%
	Excelente	4	40%
	Ruim	0	0%
	Regular	0	0%
Dinheiro	Bom	4	40%
	Excelente	6	60%
	Ruim	0	0%
	Regular	2	20%
Vida em Geral	Bom	8	80%
	Excelente	0	0
	Ruim	0	0%
	Regular	0	0%
	Bom	6	60%
	Excelente	4	40%

Fonte: Pesquisa Direta (2017)

De acordo com os dados relacionados à situação atual das características para a qualidade de vida dos cuidadores de idosos institucionalizados, podemos observar que mediante a saúde física, que 30% dos entrevistados declaram boa e 70% afirmaram ótima, pois mantem suas atividades diárias sem que ocorram quaisquer alterações, assim, é preciso realizar uma análise constante da saúde dos cuidadores por parte da instituição de cuidados aos idosos.

Em relação ao humor, 100% dos cuidadores afirmaram que estão ótimos, pois a sua profissão tanto facilita devido os idosos serem divertidos, quanto é das características deles manterem o humor diário e não há queixa a apresentar, até porque o humor vai facilitar a vida tanto dos cuidadores quanto a dos idosos.

Ao indagar a pergunta referente à família 40 % dos entrevistados afirmam estar boa e 60% apontam estar ótimo e declara ter uma relação harmoniosa com o parceiro, até porque a família tem grande influência na vida do ser humano.

Mediante a pergunta lançada sobre o casamento podemos observar que obtivemos respostas diversificadas, onde 20% dos colaboradores dizem estar regular, 50% informaram ser boa e 30% estão ótimos, pois alguns informaram que o casamento seria bem mais eficaz na vida dos cuidadores se o parceiro soubesse valorizar e entender de forma geral, e alguns não vivem com os seus parceiros, porém, o casamento não tem tanta influência em suas vidas.

Ao analisar as respostas dos cuidadores em relação aos amigos, 10% relatam regular, que no ponto de vista os amigos não colaboram em seu trabalho, 60% boa, pois amizade em

seu local de trabalho tem boa influência e 30% declaram ótimo com as amizades do trabalho pelo fato do companheirismo e ajuda nas atividades diárias.

Em relação a variável você em geral, 10% afirmou regular, 50% bom e 40% ótimos. Dessa forma, a maioria afirma que considera estar boa, levando em conta todos os aspectos da vida, no trabalho e na vida pessoal, portanto, a vida em geral dos cuidadores influencia diretamente em relação aos cuidados prestados aos idosos.

Alguns cuidadores relatam em suas respostas diante a pergunta sobre a capacidade para realizar suas atividades e 40% afirmou boa e 60% ótimo em suas atividades diárias. Este resultado está relacionado ao fato da jornada de trabalho dos participantes ser realizado em dias alternados.

Em relação a dinheiro, 20% informam regular e 80% bom. Provavelmente os cuidadores recebem um salário mínimo para realizar as suas tarefas, porém, em meio as dificuldades que o mercado de trabalho apresenta, acredita-se que os participantes têm receio de falar, arriscando perder o emprego, e por isso, a maioria afirmou estar satisfeito com o dinheiro.

Em relação à vida em geral, 60% responderam estar boa e 40% afirmam estar ótimos. Assim, podemos perceber que a maioria dos participantes destacou que a vida esta boa para a situação atual de QV.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o envelhecimento da população no Brasil e no mundo é um fato que vem atraindo a atenção das organizações governamentais e da comunidade em geral, devido as suas implicações diretas nos sistemas de saúde pública, previdência social e na vida diária das famílias que vivenciam a experiência do cuidar de familiares idosos.

Dessa forma, o prolongamento da vida pode trazer inúmeras patologias crônicas, dentre elas podemos destacar a demência do tipo Alzheimer, acarretando alterações no perfil epidemiológico, afetando o idoso e comprometendo sua integridade física, mental e social. Por ser uma doença que causa total dependência, são necessários cuidadores para executar suas atividades de vida, por isso, tornar-se dispendioso.

Na maioria das vezes os familiares abrem mão dos cuidados e entrega o idoso a uma instituição de longa permanência, onde existe inúmeros cuidadores contratados pela instituição para realizar os cuidados diários. Assim, a partir do conhecimento do contexto familiar, social, econômico, das experiências, desejos e anseios dessa população é que podemos atender às suas necessidades de cuidado de forma completa.

Embora se trate, ainda, de uma realidade que gera questionamentos, o cuidador de idosos é um elemento presente no cenário assistencial brasileiro e atualmente reconhecido como profissão. Dessa forma, a condição de ser cuidador denota sobrecarga de trabalho, geralmente vinculado a situações de conflitos familiares e à falta de informações necessárias ao desempenho do cuidado, sendo evidenciados sentimentos de medo, ansiedade, angústia, tristeza e revolta diante de uma doença incapacitante, além da insegurança frente às dificuldades de lidar com essa patologia.

Os cuidadores de idoso têm grande influência, importância no tratamento e na vida dos idosos, diante as responsabilidades que lhes são cabíveis, podemos destacar alguns dos cuidados que são ofertados durante os cuidados tais como: a manutenção da segurança física, redução da ansiedade e da agitação, melhoria da comunicação, promoção da independência nas atividades de autocuidado, atendimento das necessidades de socialização e privacidade, manutenção de nutrição adequada, controle dos distúrbios, padrão de sono, além de várias outras atividades que requerem a ajuda dos cuidadores.

Foram analisadas as treze dimensões: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral, a maioria dos participantes acreditam

que as dimensões são importantes para a sua qualidade de vida, bem como, apontaram que a situação atual da qualidade de vida está entre boa e excelente.

Nessa perspectiva, os objetivos da pesquisa foram alcançados, a metodologia proposta foi suficiente para atingir os objetivos. No entanto, a hipótese da pesquisa foi refutada, pois acreditava-se que o impacto do estresse na qualidade de vida dos cuidadores de idosos com DA era de grande intensidade, principalmente relacionadas à sobrecarga de trabalho físico, emocional e social.

Além disso, no início da realização da pesquisa, foi observado um bloqueio entre os cuidadores ao fornecer informações a respeito dos idosos institucionalizados com a DA, mas, quando indaguei as perguntas aos cuidadores, foi que os mesmos perceberam que não se tratavam de uma pesquisa de difícil, ou seja, não teria como comprometer o seu trabalho através das respostas fornecidas.

Porém, para entender melhor a vida do cuidador que presta serviços ao idoso institucionalizado, será necessário conhecer a sua história de vida através do histórico familiar, social, econômico, das experiências, desejos, frustrações e anseios desses cuidadores, é que podemos atender às suas expectativas de cuidado de forma completa.

Vale saliente que, foi percebido que as características dos cuidadores são profissionais realizadas pelo simples fato de poder contribuir através dos cuidados prestados aos idosos, pelo trabalho que executam. São profissionais simples, dedicadas e humanizadas, que realizam seus cuidados, com amor e carinho, sem que o dia a dia de trabalho exaustivo interfira na vida pessoal e familiar dos mesmos.

Após a entrega da monografia, será realizada uma palestra com todos os cuidadores de idosos da instituição, para descrever melhor a doença de Alzheimer. Abordando as características da doença, com a intenção de qualificar o profissional e facilitar na realização dos seus afazeres diários, para desempenhar seus cuidados com qualidade, confiança e harmonia entre os cuidadores e os idosos, reduzindo o desenvolvimento estresse, favorecendo a melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AHERN, N. R, KIHTEL, E. M, SOLE, M. L. **A review of instruments measuring resilience.** *Iss Compr Pediatr Nurs.* Apr-Jun; n. 29, v. 2, .103-25, 2006.

ALMEIDA, K. S.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.2, p. 403-411, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a23.htm>> Acesso em: 04 ago. 2016.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's Disease Facts and Figures. **Alzheimer's and Dementia**, Chicago, v. 8, n. 2. 2012.

ANJOS, Karla; BOERY, Rita; PEREIRA, Rafael. Qualidade de Vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n.3, p.600-8; 2014.

ARAÚJO I.; PAUL, L. C.; MARTINS M. Living older in the family context: dependency in self-care. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p.866-871, ago. 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, 2009.

BAUER MW. **Análise de conteúdo clássica:** Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3.ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T; JUSTO, T; GOMES, F.B.; SILVA, S.G.M; VOLPATO, D.C. Sintomas de estresse em educadores brasileiros. **Aletheia**, v. 17, n. 18, p. 63-72, 2003.

BOCCHI S. C. M, ANGELO M. **Between freedom and reclusion:** social support as a quality-of-life component in the family caregiver-dependent person binomial. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 16, n. 1, p. 15-23, jan/fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/02.pdf> Acesso em: 07 jun. 2016

BORDET R, DARTIGUES JF, DUBOIS B, GOEHRS JM, VERNOUX L, SEMAH F, et al. Biomarkers for the early stages of clinical development in Alzheimer's disease. **Therapie**, v.65, n.4, jul./aug. 2010.

BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência:** Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

BRADLEY, W.G. et al. **Neurology in Clinical Practice.** 4.ed. Massachusetts: Butterworth-Heinemann, 2004.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e das outras providencias. **Diário Oficial da União**, 4 Jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso. 2ª ed. 3ª reimpressão. Série E. Legislação de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [citado 05 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf Acesso em: 5 jun. 2016

BRASIL. Ministério da saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes para pesquisa com seres humanos**. Brasília, 2012

BRASIL. Portaria GM n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília (DF), 2006.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Neuropsiquiatria**, v.61, n.3, 2003.

BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Cien Saude Colet.**, v.18, n.10, p.2949-2956, 2013.

CARAMELLI, P. et al. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Rev Eletr Enferm.**, v. 6, n.2, p. 254-71, 2004 Disponível em: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/812/929 Acesso em: 27 nov. 2017.

CHAVES, M.I.F. Diagnóstico diferencial das doenças demenciantes. In: FROLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu. p. 81-106, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.

DALFOVO, M. S.; ROGÉRIO A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: Um resgate teórico. **Revista interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p. 0113, sem II. 2008

DOMINGUES, M.A. R, C.; SANTOS, C. F.; QUINTANS, J. R. A 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, 2009.

DOUTORADO, M. L. **O impacto da doença de Alzheimer nas relações familiar sob a ótica do cuidador**. 2006. 80f. Monografia (Especialista em Terapia Familiar e de Casal do Núcleo de Família e Comunidade) - Pontifca 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. 2017.

ELIOPOULOS C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ELSENI. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSENI, I.; MARCON, S.S.; SILVA, M.R.S. (Org.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM; p.11-24, 2002.

FALCÃO, D.V.S.; MALUSCHKE, J.S.N.F.B. Filhas que cuidam de pais/mães com provável/possível Doença de Alzheimer. **Estud Psicol.**, v.13, n.3, p.245-56, 2008.

FERNADEZ, L.L.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil - Exames complementares. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 5, n.3, p.11-19, 2011.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras.Enferm.**, v.2, p.57-63, 2009.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saúde soc.**, v. 20, n. 2, p. 398-409, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/12.pdf> Acesso em: 18 maio 2017.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 327-30, 2006.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2009.

FONSECA, V.A; BORGES, M.M.M.C. Doença de Alzheimer: repercussões na vida do cuidador e da família. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste**, v. 7, n. 2; nov./dez. 2014.

FORLENZA, O.V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **Rev. Psiq. Clín.**, v.32, n.3, p.137-148, 2005.

FRANCIS, Paul T. NORDBERG, Agneta. ARNOLD, Steven E. A preclinical view of cholinesterase inhibitors in neuroprotection: do they provide more than symptomatic benefits in Alzheimer’s disease? **Frontiers in aging neuroscience**, Suíça, 11, dez. pag.5-89, 2013.

FREITAS, H. M. R.; CUNHA, M. V. M.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. **Revista de Administração da USP**, v.32, n.3, p.97-109. 1997.

FROTA, N.A.F. et al. Recomendações em Doença de Alzheimer e Demência Vascular da Academia Brasileira de Neurologia Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. **Dementia & Neuropsychologia**, v.5, n.3, p.6-10. 2011.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, dez. 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa - ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. UFRGS, Rio de Grande do Sul, 2009.

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

GROSS, R.G.; GROSSMAN, M. Update on apraxia. **Curr Neurol Neurosci Rep. Nov.**, v.8, p.490-644, 2008.

GUERRA, A.S. et al. Estudo prospectivo na avaliação do deterioro cognitivo de pacientes com demência de Alzheimer. **Neurobiologia**, v.72, n.1, 2009.

GUITIERREZ, B.A.O. et al. Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: É possível melhorar a assistência e reduzir custos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p.4479-4486, 2014.

HAMDAN AC. Avaliação neuropsicológica na doença de Alzheimer e no comprometimento cognitivo leve. **Psicol. Argum.**, v.26, n.54, p.183-192, 2008.

HEBERT, L. E. et al. Age-specific incidence of Alzheimer's disease in a community population. **JAMA**, v.273, n.17, p.1354-1359, 1995.

HOOPER C, LOVESTONE S, SAINZ-FUERTES R. Alzheimer's Disease, Diagnosis and the Need for Biomarkers. **Biomark Insights**, v.27, n.3, p.317-323, maio 2008.

HORIGUCHI, Adriana Satomi. **Alzheimer**: stress e qualidade de vida de cuidadores informais. 2010. 100 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 08 ago. 2016.

INFORMAIS. **Psychiatry on line Brasil**, v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano10/art0310.php>> Acessado em: 18 mar. 2017

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Influência da Doença de Alzheimer na percepção da qualidade de vida do idoso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.1093-1099, 2010.

KARSCH U, M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saúde Pública**, v.19, p.861-6, 2003.

LEITE, C.D.S.M. et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na Doença de Alzheimer: Uma revisão literária. **J Bras Psiquiatr.**, v.63, n.1, pag.48-56. 2014.

LEMOS ND, GAZZOLA JM, RAMOS LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde Soc.**, v.15, n.3, p.170-9, 2006

LENARDT M. H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colomb Med.**, v.42, supl. 1, p.17-25, abr.jun. 2011. Disponível em: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11036> Acesso em: 20 maio 2017

LIPP, M.N. **O stress do professor**. Campinas: Papyrus, 2006.

LOPES, D.B.; CAIXETA, L. O estresse dos cuidadores. In: CAIXETA, L. (Org.). **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LUZARDO, A.R., GORINI, M.I.P.C., DA 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 Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 587-594; 2006.

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

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

MARINS, A.M.F; HANSEN, C.G; SILVA, J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**, v.20, n.2, Abr./Jun. 2016.

MARTINS, J.J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n. 2, p.254-62, 2007.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P.; GARRETT, C. Estudo da Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga dos cuidadores informal. **Psicologia, saúde & doença**, v.4, n.1, p.131-148, 2003.

MENDES, Glauciane Drumond; MIRANDA, Sílvia Mara; BORGES, Maria Marta Marques de Castro. **Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado**. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.3, n.1, jul./ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa**. Brasília (DF): MS; 2008.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago. 2011.

MINAYO, M. C.S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

NARDI, T. et al. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). **Rev bras geriatr gerontol.**, v. 14, n. 3, p. 511-19, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n3/v14n3a11.pdf> Acesso em: 24 abr. 2017

NARDI, E.F.R.; OLIVEIRA M.L.F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.29, n.1, p.47-53, jan./mar. 2008.

NASCIMENTO, L.C. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n.4, p. 514-7, jul./ago. 2008.

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. 2017.

NOVAIS N.N. et al. Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos- um enfoque sistêmico. *Rev Kairós Gerontol.*, 2011.

RANG, H. P. et al. **Rang & Dale farmacologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PACHECO, M.J.C. Elderly caring for elderly. **Gerokomos**, v. 18, n. 3, p. 25-32, 2007. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300003 23 Acesso em: 02 fev. 2017

PENDLEBURY, W.W.; SOLOMON, P.R. Alzheimer's disease. **Clin Symp.**, v.48, n.3, p.2-32, 1996.

PEREIRA, Roberta Amorim, et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n. 1, p. 185-92, 2013.

PEREIRA, H. R. **Subitamente cuidadores informais dando vozes às experiências vividas**. Loures: Luso ciências, Ed.Técnicas e Científicas, 2013.

RASCHETTI, R. et al. Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: a systematic review of randomised trials. **Plos medicine**, v.4, n.11, p.338, 2007.

RUTTER, M. Resilience: some conceptual considerations. **J Adolesc Health**, v. 14, p. 626-31, 1993.

SANTOS, LAURA FERREIRA. **Sobrecargas dos cuidadores é equivalente ao desgaste dos médicos e enfermeiros**. Portugal, 2016, Disponível em: <https://www.publico.pt/servico-nacional-de-saude>. Acesso em: 02 fev. 2017

SANTOS, R. L. et al. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 161-167, 2011.

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, S.M.A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3ed. Campinas: Alínea, 2010.

SANTOS, S.S.C; PELZER, M.T.; RODRIGUES, M.C.T. Condições de enfrentamentos dos familiares cuidadores de idosos portadores de Alzheimer. **Rev. Bras. De ciências do envelhecimento humano**, Passo Fundo, v.4, n.2, p.114-126, 2007.

SIMONETTI, J.P., FERREIRA, J.C. - Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem- USP**, v.42, n.1, pag. 19-25, 2008.

SOUZA, F.F. **Reflexos na qualidade de vida do cuidador familiar do portador de Doença de Alzheimer**. Brasília, 2014.

TAKAI M, Takahashi M, Iwamitsu Y, et al. **The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia:** relations to depression and quality of life. *Arch Gerontol Geriatr.*; v.49, n.1, p. 1-5, 2008.

THOBER, Evelise; CREUTZBERG, Marion; VIEGAS, Karin. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n.4, p. 438-43, 2005.

VERHULSDONK, S. et al. Anosognosia and depression in patients with Alzheimer's dementia. **Arch Gerontol Geriatr.**, v.15, abr. 2013.

VIEIRA, C.P.B. et al. **Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, 2011.

LIPP, M.E.N. **Stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto. 2007.

VILAR, D; LOPES, M. A doença de Alzheimer pela voz de cuidadores informais – um estudo qualitativo. **Lusíada: Intervenção Social**, Lisboa, n.39, 2012.

WALDMAN, B. **O enfoque cultural no processo de educação em saúde**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, REPENSUL, Porto Alegre, 1999.

WILLIAMS CL. What spouse caregivers know about communication in Alzheimer's disease: development of the AD communication knowledge test. **Ment Health Nurs**, v.32, n.1, p.28-34, 2011.

WIMO A.; WINBLADA, B.; LINUS, JL. The worldwide societal costs of dementia: estimates for 2009. **Alzheimers Dement**, v.6, n.2, p.98-103, 2010.

WINBLAD, B. Socio-economic perspectives of dementia and costeffectiveness of treatment. In: International Geneva/Springfield. Symposium on Advances in Alzheimer Therapy, Geneva, Switzerland, 2002. **Anais...** Geneva, Switzerland, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL: Measuring Quality of Life**. 2009. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf Acesso em: 22 out. 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia: a public health priority**. World Health Organization 2012. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf Acesso em: 22 out. 2010

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Giselle dos Santos Costa Oliveira, pesquisadora responsável e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e a aluna Raquel Ferreira Caé estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **“ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA CIDADE DE MOSSORÓ/RN”**.

Tem-se como objetivo geral: Analisar o estresse e a qualidade de vida dos cuidadores informais dos idosos institucionalizados com Doença de Alzheimer. Justifica-se que essa pesquisa deu-se a partir das experiências vivências por cuidador familiar após a descoberta da patologia em um parente familiar, onde pôde-se observar a falta de conhecimento sobre a DA; passei a ver a necessidade de entender o impacto do estresse na qualidade de vida dos cuidadores informais, que executam seus cuidados diários com o idoso.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas a respeito do tema. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) 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 risco (s) para o (a) participante de constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que com esta pesquisa os cuidadores reflitam sobre a importância de executar suas atividades diárias aos idosos com DA de forma que favoreça uma qualidade de vida, tanto ao cuidador, quanto ao idoso, para que ambos. Que os cuidadores sejam beneficiados e venham evitar futuros problemas de saúde, decorrente a sobrecarga de atividades realizadas sem conhecimento.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) 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. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), e a justificativa, riscos e 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 pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2017.

Responsável da Pesquisa

Participante da Pesquisa

¹Endereço residencial do (a) pesquisador (a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701- Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: gisellesantos@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 – Instrumento de coleta de dados**ROTEIRO DE ENTREVISTA****I - Caracterização do cuidador**

Idade: _____

Sexo: M ___ F___

Religião: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Superior

Profissão do cuidador: _____

Grau de Parentesco do cuidador: _____

II – QUESTÕES RELACIONADAS Á TEMÁTICA

1. Na sua visão, o que você considera como um fator estressante em sua rotina de trabalho no cuidado com o idoso com a DA?
2. Quais as principais dificuldades no cuidado com o idoso com a DA?
3. Você se sente estressado com o cuidado diário aos idosos com DA e suas outras responsabilidades em casa ou no trabalho?
4. Você acredita que o cuidado realizado aos idosos com DA pode prejudicar sua saúde futuramente? Se sim, por quê?
5. Você se sente sobrecarregado com as atividades diárias ao idoso com DA? Em quais situações?

ANEXOS

ANEXO A - Questionário

QUESTIONÁRIO

Envelhecimento e Demência: Qualidade de Vida na DA							
(Versão do cuidador)							
Número da entrevista: _____							
Instruções: Por favor, avalie o quanto cada item é importante para sua qualidade de vida como um todo e em seguida avalie sua atual situação, como você vê. Indique suas escolhas colocando um X no quadrado apropriado. No último item, por favor, avalie sua qualidade de vida como um todo, como você a vê.							
Importância				Situação Atual			
Muito	Razoável	Nada		Ruim	Regular	Bom	Excelente
			Saúde Física				
			Humor				
			Moradia				
			Memória				
			Família				
			Casamento				
			Amigos				
			Você em Geral				
			Capacidade para fazer tarefas				
			Dinheiro				
			Vida em Geral				

Adaptado de: Novelli, M.M.P.C. (2006)

Pontos:

ANEXO B – Certidão



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 1ª Reunião Extraordinária realizada em 23 de fevereiro 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado “ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA CIDADE DE MOSSORÓ/RN” Protocolo CEP: 09/2017 e CAAE: 64646417.3.0000.5179. Pesquisadora Responsável: GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA e dos pesquisadores associados: RAQUEL FERREIRA CAE, LUCIDIO CLEBESON DE OLIVEIRA, AMÉLIA RESENDE LEITE.

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 para junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 23 de fevereiro de 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RR Marques'.

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