

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARJANE VIEIRA GOMES COSTA

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO APOIO AOS  
CUIDADORES/FAMILIARES DO IDOSO COM A DOENÇA DE ALZHEIMER**

MOSSORÓ/RN

2018

MARJANE VIEIRA GOMES COSTA

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO APOIO AOS  
CUIDADORES/FAMILIARES DO IDOSO COM A DOENÇA DE ALZHEIMER**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro

MOSSORÓ/RN

2018

C837i

Costa, Marjane Vieira Gomes.

Importância da equipe multiprofissional como apoio aos cuidadores /familiares do idoso com doença de Alzheimer/ Marjane Vieira Gomes Costa. – Mossoró, 2018.

34f.

Orientador: Prof. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro

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

1. Alzheimer. 2. Cuidadores. 3. Saúde do idoso. I. Título. II. Cordeiro, Ítala Emanuely de Oliveira.

CDU 616-053.9

MARJANE VIEIRA GOMES COSTA

**A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO APOIO AOS  
CUIDADORES/FAMILIARES DO IDOSO COM A DOENÇA DE ALZHEIMER**

Monografia apresentada pela aluna, Marjane Vieira Gomes Costa, do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro(FACENE-RN)

Orientadora

---

Prof. Me. Lucidio Clebson de Oliveira(FACENE-RN)

Membro

---

Prof. Me. Laura Amélia Fernandes Barreto(FACENE-RN)

Membro

## RESUMO

A velhice no ponto de vista biológico, só é percebida quando passa por transformações com o progredir da idade, com isso, ocorre um desgaste natural das estruturas orgânicas onde irá prevalecendo os processos degenerativos na qual ajuda a doença de Alzheimer a desenvolver-se em estágios, onde esse grau acaba aumentando gradativamente dentro do envelhecimento secundário/patológico. Consequentemente exigindo mais cuidados e atenção, que é onde entra o papel da equipe multiprofissional a dar apoio e acolhimento ao cuidador/familiar do idoso, que se encontra no momento necessitando de ajuda, amenizando a sobrecarga no mesmo. O objetivo geral desta presente pesquisa é analisar a importância da equipe multiprofissional como apoio aos cuidadores/familiares do idoso com a doença de Alzheimer, onde foi realizada na UBS Centro Clínico Evangélico do Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. E como específicos: Caracterizar o perfil sócio demográfico dos participantes; Conhecer de que forma a equipe multiprofissional atua no apoio aos cuidadores/familiares; Identificar os fatores que influenciam na assistência ao Cuidador/familiar. A metodologia proposta foi uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória e tem por local de coleta de informações a Unidade de Saúde Básica, no município de Mossoró, Rio Grande do Norte. A população desta pesquisa foi composta por 10 profissionais que trabalharam nesta UBS. Como instrumento de coleta de dados e informação, foi utilizado a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo de Bardin. Em todo o processo será mantido o sigilo das informações confidenciais todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foi de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. Através desses dados, no resultado pode-se perceber que a maioria dos entrevistados é entre 40 a 50 anos de idade, casados, graduados e especialistas. Onde, veem que a equipe multidisciplinar é importante justamente para manter o controle entre o idoso e o cuidador, mostrando a diferença entre eles, esclarecendo, intervindo e prevenindo algo que futuramente possa acometer esse cuidador. Para analisar os dados foi sugerido preservar a identidade dos entrevistados com a resolução 466/12, onde foram entrevistadas 10 profissionais onde foram identificados de P1 a P10. Os dados coletados foram subdivididos em três categorias, nas quais são; Categoria 1: Importância da equipe multiprofissional; Categoria 2: Atuação da equipe multiprofissional, e, Categoria 3: Fatores que influenciam na assistência ao cuidador. Através dessa pesquisa foi permitido conhecer parte do cotidiano de uma equipe multiprofissional que atua como apoio aos cuidadores/familiares de idosos com Doença de Alzheimer, bem como suas maiores dificuldades, limitações, desgastes, mas também a dedicação de cuidar de seus pacientes e agregados, onde os objetivos da presente pesquisa foram alcançados.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Alzheimer. Cuidador. Envelhecimento.

## ABSTRACT

Old age from a biological point of view, is only noticed when it undergoes transformations with the progress of the age, with this, a natural wear occurs of the organic structures where it will prevail the degenerative processes in which it helps Alzheimer's disease develops in stages , where this degree gradually increases gradually within the secondary / pathological aging. Consequently requiring more care and attention, which is where the role of the multiprofessional team comes to give support and welcome to the caregiver / family of the elderly, who is currently in need of help, mitigating the overload in it. The general objective of this research is to analyze the importance of the multiprofessional team as a support to the caregivers / relatives of the elderly with Alzheimer's disease, where it was carried out at the UBS Centro Clínico Evangélico of the Municipality of Mossoró, Rio Grande do Norte. And how specific: To characterize the socio-demographic profile of the participants; To know how the multiprofessional team works to support the caregivers / family; Identify the factors that influence the care of the caregiver / family. The proposed methodology was a quantitative, descriptive and exploratory research and has as a place of information collection the Basic Health Unit, in the municipality of Mossoró, Rio Grande do Norte. The population of this research was composed by 10 professionals who worked in this UBS. As an instrument of data collection and information, the semi-structured interview was used. Data were analyzed using the Bardin content analysis method. In all the process will be kept the confidential information confidentiality all expenses resulting from the feasibility of this research was entirely the responsibility of the associated researcher Through these data, in the result can be perceived that the majority of respondents is between 40 to 50 years of age, married, graduates and specialists. Where, they see that the multidisciplinary team is important precisely to maintain control between the elderly and the caregiver, showing the difference between them, clarifying, intervening and preventing something that may affect this caregiver in the future. To analyze the data it was suggested to preserve the identity of the interviewees with the resolution 466/12, where 10 professionals were interviewed where they were identified from P1 to P10. The data collected were subdivided into three categories, in which they are; Category 1: Importance of the multiprofessional team; Category 2: Performance of the multiprofessional team, and, Category 3: Factors influencing caregiver care. Through this research it was allowed to know part of the daily life of a multiprofessional team that acts as a support to caregivers / relatives of elderly people with Alzheimer's Disease, as well as their greater difficulties, limitations, wear and tear, but also the dedication of caring for their patients and households, where the objectives of the present research were achieved.

**Keywords:** Nursing. Alzheimer's disease. Caregiver. Aging.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Problemática .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Hipótese .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4 Objetivos.....</b>	<b>9</b>
1.4.1 Objetivo geral .....	9
1.4.2 Objetivos específicos.....	9
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Aspectos gerais do envelhecimento.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Doença de Alzheimer em idoso.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 O acarretamento da sobrecarga nos cuidadores.....</b>	<b>13</b>
<b>2.4 A equipe multiprofissional como apoio ao idoso cuidadores familiares.....</b>	<b>15</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Local da pesquisa.....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 População e amostra.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Instrumento para coleta de dados.....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 Procedimento para coleta de dados .....</b>	<b>18</b>
<b>3.6. Análise dos dados.....</b>	<b>19</b>
<b>3.7 considerações éticas .....</b>	<b>19</b>
<b>3.8 Financiamento.....</b>	<b>20</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSOES .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Caracterização da amostra.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Dados qualitativos .....</b>	<b>21</b>
4.2.1 Importância da equipe multiprofissional .....	22
4.2.2 Atuação da equipe multiprofissional .....	23
4.2.3 Fatores que influenciam na assistência do cuidador.....	24
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No ponto de vista biológico, a velhice só é percebida quando passa por transformações com o progredir da idade, com isso, ocorre um desgaste natural das estruturas orgânicas onde irá prevalecendo os processos degenerativos (Caldas, 2002). Pode-se variar de pessoa para pessoa, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros (LOPES, 2013). Essas variações dependem de fatores como condições socioeconômicas, doenças crônicas e estilo de vida.

A extensão da vida humana origina uma maior dependência e cuidado. Daí a concentração de cuidado (DEBERT, 2016). A consequência do envelhecimento traz perdas funcionais na memória, na plasticidade pela falta de produção de colágeno, visíveis declínios no funcionamento do corpo, ocasiona problemas de audição, visão, obtendo perdas no paladar e olfato, na locomoção e na fala, e dentre outros. Além das perdas funcionais, algumas doenças acompanham o processo de envelhecimento, muitas delas neurodegenerativas. Ou seja, caso aumente a população idosa, conseqüentemente irá ter um aumento significativo da incidência de doenças como o Alzheimer (DA). (PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2013).

A doença de Alzheimer foi descoberta por um alemão psiquiatra e neuropatologista chamado Alois Alzheimer no ano de 1907. Onde viu que afeta a perda da memória e como consequência traz outros distúrbios cognitivos, com seu aparecimento com indicio de neurodegenerativa, progressiva e irreversivelmente, sendo que o quadro de evolução variável, com sua passagem diretamente para o estado vegetativo, dentro de um período de 10 a 15 anos a partir dos sintomas, geralmente se apresenta de forma tardia, mostrando a recorrência familiar. (FACURE, Et al, 1992)

A DA desenvolve-se em estágios, onde esse grau aumenta gradativamente, conseqüentemente exigindomais cuidados, onde entra o papel do cuidador/familiar. No que se refere ao diagnóstico, Poirier e Gauthier (2016) apresentam a Escala de Deterioração Global (GDS), desenvolvida por Barry Reisberg.

Por ser degenerativa acaba afetando o sistema nervoso, perdendo ligações de alguns neurônios referente a vários fatores de risco, como o histórico familiar, procurando identificar se houve algum caso de Síndrome de Down na família, verificar a idade do indivíduo, o histórico de pressão alta sem o início de tratamento e também o colesterol alto quando o sujeito está na faixa etária dos 40 aos 50 anos, histórico pessoal de diabetes ou síndrome metabólica, histórico de um ou mais ferimentos na cabeça, obesidade, índice de escolaridade abaixo de 12 anos, acarretando geralmente em pouca estimulação cognitiva. (NEUMANN & DIAS, 2013; POIRIER & GAUTHIER, 2016).

Juntamente é apresentado o alto índice de sintomas psiquiátricos e graus elevados de estresse no cuidador/familiar, por muitas vezes tentar um desempenho de funções onde o sobrecarregam, sendo afetados em seus resultados de cuidados onde acabam não sendo suficientes para a demanda familiar, tendo um excesso de atenção ao paciente por conta de seu caso, essa é a principal causa de estresse para o cuidador, podendo leva-lo a depressão, tendo uma vulnerabilidade física, sendo agravada quando não se tem o apoio necessário de outros familiares, de pessoas mais íntimas, ou mesmo da comunidade, gerando uma sobrecarga imensa no cuidador. (ANJOS et. al., 2015& NEUMAN & DIAS, 2013).

### **1.1 Justificativa**

Apresente pesquisa busca contribuir com informações que sirvam de discussões envolvendo a importância na qual a equipe multiprofissional conseguirá ter seu objetivo alcançado, neste caso, dar apoio aos cuidadores/familiares, e levando em consideração que por não ser um assunto muito debatido nas UBSs, seria de grande relevância aborda-lo.

### **1.2 Problemática**

Qual a importância da Equipe Multiprofissional como apoio aos cuidadores/familiares do Idoso com a Doença de Alzheimer?

### **1.3 Hipótese**

Hipótese 1: A UBS Centro Clínico Evangélico, não terá condições de dar o apoio aos cuidadores/familiares por ser de grande demanda.

Hipótese 2: A UBS Centro Clínico Evangélico, terá condições de dar o apoio que os cuidadores/familiares precisam.

## **1.4 Objetivos**

### 1.4.1 Objetivo geral

- Analisar a importância da equipe multiprofissional como apoio aos cuidadores/familiares do idoso com a doença de Alzheimer

### 1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos participantes;
- Conhecer de que forma a equipe multiprofissional atua no apoio aos cuidadores/familiares;
- Identificar os fatores que influenciam na assistência ao Cuidador/familiar;

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Aspectos gerais do envelhecimento**

Pode-se entender que o envelhecimento são consequências de uma concentração de danos nos tecidos e nas células, levando também em consideração o resultado de agressões do ambiente como ocorrendo aleatoriamente, sendo que também contribuem para todas as doenças (BARRETO, 2017).

O envelhecimento acarreta a redução tanto da capacidade física, mental e motora como também da adaptação a sobrecargas funcionais como se fosse um processo rigoroso e irreversível, sendo não voltado apenas para os seres vivos, mas também para objetos materiais, onde também são afetadas pelo decorrer do tempo (BARBIERI, 2012.p.116).

Essa deterioração de capacidades e aptidões que acomete o indivíduo pode partir de uma causa em princípio normal, ou outra causa anormal que possa vir a se desenvolver depois como traumatismos ou também doenças específicas, que para diferencia-los são dívidas em dois tipos de envelhecimentos: Envelhecimento primário ou fisiológico como causas naturais, que dependem de fatores genéticos que é considerado gradual e previsível, e, envelhecimento secundário ou patológico onde sofre uma ação do meio ambiente na maioria dos casos e é portanto em grande parte imprevisível (BARRETO, 2017).

Deve-se ter uma atenção prioritária na atenção à saúde e a prevenção da doença, sabendo que a maioria das doenças crônicas são evitáveis. Para se diminuir os encargos futuros associados às doenças crônicas, deve-se promover uma ação de fundamental importância para garantir hábitos saudáveis de vida. Focando também na moradia, no emprego principalmente na educação e no meio ambiente, por serem também questões que constituem determinantes fortes para a saúde (HÉBERT, 2015).

Mais de um terço da população brasileira em 2060, será constituído por indivíduos com 60 anos ou mais (33,7%). Tendo em vista que nesse contexto de mudanças, a população idosa também se diversifica, alterando a composição etária do mesmo grupo: Atualmente está cada vez maior o número de pessoas que conseguem alcançar uma idade avançada, e muito avançada, inclusive passando dos 100 anos (DOLL, 2015).

## 2.2 Doença de Alzheimer em idosos

O envelhecimento da população vem ocorrendo devido a diminuição da mortalidade, fecundidade e o prolongamento da esperança de vida. Essa população de idosos esteve corriqueiramente associada a países desenvolvidos, no entanto, este paradigma mudou, visto que o envelhecimento da população também ocorre nos países em desenvolvimento (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Esse questão acarreta mudanças no perfil epidemiológico, dando predominância para as doenças crônicas não transmissíveis, dentre as doenças crônicas prevalentes em idosos, destacam-se as demências, no qual a mais comum a Doença de Alzheimer (DA) (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

A Doença de Alzheimer recebeu esse nome em homenagem ao Dr. Alois Alzheimer, que observou as alterações no tecido cerebral em uma de suas pacientes que, aos cinquenta e um anos, apresentou sintomas demenciais. Na época, considerou-se a causa da morte como sendo uma doença mental até então desconhecida. Houve a suposição de que a DA estivesse limitada a uma categoria da doença chamada de demência pré-senil, pois ocorria em pessoas abaixo de 60 anos de idade. No decorrer dos anos, foi confirmado que as formas pré-senil e senil apresentavam a mesma base neuropatológica, indicando que o conceito da doença é o mesmo independentemente da idade em que ocorra (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Andrade (2015) dizem que existem alterações específicas neurológicas e bioquímicas encontradas na DA, constituídas por um enredado de neurofibrilatórios, que é uma massa emaranhada de neurônios que não funcionam e placas senis ou neuríticas onde são os depósitos de proteínas beta-amilóides, parte de proteína maior, proteína precursora do amiloide. Esta lesão neuronal ocorre principalmente no córtex cerebral, que resulta numa diminuição do tamanho de cérebro.

Essas perdas neuronais não ocorrem de maneira homogênea. As áreas frequentemente mais atingidas são as células nervosas, os neurônios, que são responsáveis pela memória e pelas funções motoras, outras áreas tendem a ser mais afetadas, com isso, ampliando as perdas. Estudos demonstraram que essas alterações cerebrais já estariam instaladas antes, bem antes do aparecimento de sintomas demenciais, por isso quando aparecem às manifestações clínicas que permitem o estabelecimento do diagnóstico, diz-se que teve início a fase demencial da doença (ABRAZ, 2015).

O Alzheimer segundo SERENKI & VITAL, (2008) para determinar um diagnóstico de Doença de Alzheimer (DA), é necessário afirmar o diagnóstico de demência e considerar

juntamente as condições clínicas, neurológicas e psiquiátricas, afim de identificar os déficits cognitivos e não cognitivos e relacioná-los com as características clínicas típicas nas quais são associadas ao DA, além dos exames laboratoriais e de imagem como a ressonância magnética do crânio, mas a certeza deste diagnóstico só pode ser adquirida por meio de estudo do tecido histopatológico encefálico após o falecimento do doente.

Por ser uma doença neurodegenerativa progressiva, traz tanto modificações neurológicas quanto cognitivas e comportamentais no indivíduo. Quando a doença é diagnosticada pela primeira vez, seu tratamento farmacológico padrão já é iniciado com drogas inibidoras da acetilcolinesterase onde irão diminuir o processo de envelhecimento celular, retardando a evolução dessa doença, que conseqüentemente virá melhorar seus sinais e sintomas (CARVALHO, 2016).

Segundo o IBGE, 2012 Estima-se haver cerca de 35,5 milhões de pessoas com demência no mundo. Este número provavelmente irá dobrar a cada 20 anos, chegando no total de 65,7 milhões pessoas com demência em 2030 e a 115,4 milhões em 2050, segundo os dados fornecidos pelo Relatório de 2012 da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde realizaram juntamente com a associação Internacional de Doenças de Alzheimer (ADI). Segundo este relatório, estima-se que em cada 4 segundo, um novo caso de demência é anunciado no mundo.

Conforme o IBGE, o incide de idosos crescem todos os anos no Brasil. Atualmente, no país, onde duas pessoas com menos de 15 anos há uma com idade acima de 60 anos. Portanto, aparentemente na mesma proporção onde a faixa etária de idosos aumenta, acontece um crescimento significativo juntamente de doenças crônicas e incapacitantes, inclusive o Alzheimer. A partir dos 65 anos, a doença duplica a cada cinco anos o seu risco de desenvolvimento, tendo em mente que uma pessoa de 70 anos provavelmente tem o dobro de chances de chegar a desenvolver Alzheimer em relação a uma de 65 anos (IBGE,2012).

O número de pessoas essa doença já está atingindo cerca de 1,2 milhão. Acredita-se que a metade delas se trata. Cada ano aparecem 100 mil novos casos, estima-se que em 2030 esse número irá dobrar, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (2015). Além dessa situação, entre a cada duas pessoas com Alzheimer, apenas uma sabe que tem. A organização Mundial da Saúde (OMS) (2012) prediz que aumente em até 500% o número de casos em toda a América Latina até 2050.

Os seguintes dados são em relação a abrangência do Alzheimer pelo mundo. Desenvolveram-na: África 2,2%; na América do Norte, 6,4%; na América do Sul 7,1%; na Ásia, 5.5% e, na Europa, 9%. Pesquisadores encontraram também (IBGE, 2012).

Muitos pacientes demonstram uma exacerbação das características de sua personalidade, outros podem experimentar uma inversão na personalidade, por esse modo foi criada uma escala na qual se tem sete estágios da DA. A escala constitui-se em sete estágios: primeiro estágio ocorre sem a presença de sintomas; Segundo estágio é onde surgem os sintomas mais leves, como falha na memória de curto prazo e dificuldades ao tomar decisões; terceiro estágio, pode ter um possível tratamento precoce a fim de estabilizar a doença, ou interromper o seu avanço; pode ser definido pelo comprometimento cognitivo leve; Quarto estágio, a doença passa a se manifestar com formas mais características, sabendo que a pessoa com DA não tem a consciência das suas dificuldades funcionais; Quinto estágio é identificado pela necessidade de cuidados, visto que o indivíduo esquece de tomar banho, trocar de roupa; Há presença de sintomas comportamentais como irritabilidade e impaciência. No sexto estágio, caracteriza-se de perdas funcionais mais graves, onde surgem sintomas comportamentais como agressividade e agitação. O estágio sete identificado como a demência grave a estado terminal, e é definido pela dependência total em todos os aspectos do dia a dia; além de uma perda progressiva da capacidade motora, da linguagem verbal, e na capacidade de deglutição (POIRIER, GAUTHIER; 2016).

### **2.3 Acarretamento da sobrecarga nos cuidadores**

Os cuidadores são indispensáveis para o tratamento do idoso com Doença de Alzheimer, pelo fato de que são eles os responsáveis pela manutenção da segurança física, pela 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 (MENDES & SANTOS, 2016).

As alterações fisiológicas e biológicas no idoso exigem bastante da participação quanto da ajuda dos familiares e/ou dos cuidadores. Pela a proximidade física e também dos vínculos emocionais, o sistema emocional da família é profundamente abalado, no quais os passam a se impor privações e modificações no estilo de vida para conseguir incluir as novas necessidades de seu membro doente. A família tem a visão de que por conta dos sentimentos intensos e conflitantes, difíceis de manejar, acabam lhe impor um certo isolamento. O diagnóstico de demência traz uma realidade lesante que implica em muitas perdas envolvendo a autonomia do corpo e o afastamento do eu para o indivíduo (CALDEIRA e RIBEIRO, 2011).

Alguns estudos informam que o aumento da assistência aos cuidados pessoais são acarretados pela disfunção cognitiva, por ser um fator de risco para a incapacidade e perda

funcional, podendo determinar as necessidades de cuidados de saúde futuramente (FILLENBUAM, 1985), Assim a presença desta demência implica em uma enorme sobrecarga de estresse pessoal e familiar, proporcionando um aumento em alguns casos, o risco de institucionalização (YAFFE et al., 2002).

O cuidador é testado diariamente sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que o exige, dedicação, responsabilidade, paciência e altruísmo, onde nele pode-se apresentar um sentimento de sobrecarga, tanto pelo alto nível de ansiedade, quanto por constatar que a sua estrutura familiar está sendo afetada pela modificação dos papéis sociais (BAUAB, 2013).

Assume um compromisso que transcende uma relação de troca. Aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido por sua carga emocional, podendo gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, testando seus limites psicológicos e sua postura de enfrentamento perante a vida (BAUAB,2013).

O cotidiano dos cuidadores acaba sendo influenciado, pela demanda de cuidados que são produzidos pela DA e também por necessidades da saúde do idoso. Para a OMS, a qualidade de vida (QV) é a percepção de vários ângulos como a do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistemas de valores no qual vive e em relação às suas metas, valores, expectativas e preocupações (PINTO, et al, 2009).

O Alzheimer segundo CÂNDIDO; SOARES (2014, P.34) por ser uma doença neurológica crônico-degenerativa, em questão de seus sintomas, vem acompanhada também por muitas dúvidas e incertezas tanto por seus cuidadores como pelo próprio âmbito familiar, onde podem interferir de forma que afeta negativamente o idoso portador do Mal de Alzheimer, isso por receio de como se portar diante de tal doença e principalmente pela falta de informações e orientações adequadas. Os estudos que foram analisados para a construção desse trabalho, em sua grande maioria ressaltaram a importância do profissional de enfermagem nos cuidados prestado para o idoso com Mal de Alzheimer e aos seus familiares, resultando assim em uma melhor conduta diante de tal doença, pois será o profissional de enfermagem o norteador das assistências específicas necessárias, com o objetivo de se buscar uma qualidade de vida para o portador da doença e ao seu âmbito familiar.

A intermediária adota atividades que gerem prazer para instigar o diálogo, e na última etapa, utilizar métodos visuais e o toque. Deve-se guiar o cuidador quanto às suas necessidades e a importância da divisão do trabalho com outros membros da família, observando os cuidados com sua própria saúde (ALMEIDA, 2009).

Além disso, para a execução do cuidado, a pessoa cuidadora deve obter informações suficientes acerca das manifestações decorrentes da evolução da doença, sendo ainda importante o subsídio que busquem gerenciar uma rede complexa de apoio ao cuidador. Envolvendo desde familiares, vizinhos, até os profissionais de saúde atuantes na comunidade (ALMEIDA, 2014).

Dentre as muitas dificuldades com que o familiar cuidador se depara ao prestar cuidados ao idoso com DA no domicílio está a questão da divisão de tarefas. Diante disso, é extremamente importante que o cuidador possa receber apoio de outros familiares, pois a sobrecarga imposta pela execução das tarefas, a dificuldade no manejo com o doente, a falta de recursos financeiros, bem como o cansaço físico e mental podem contribuir para o aparecimento do estresse (LUZARDO e WALDMAN, 2004).

#### **2.4 A equipe multiprofissional como apoio ao idoso e cuidadores familiares.**

Segundo a Pesquisa Nacional feita por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) os idosos atualmente são cerca de 13% da população essa porcentagem informa que no país são aproximadamente de 26,3 milhões de idosos. Espera-se que este percentual aumente cada ano, e que, em 2060, venha chegar a 34%, segundo previsão do instituto (PORTAL BRASIL, 2014).

Por esse aumento da expectativa de vida, vem surgindo enormes desafios para o sistema de saúde e também para a previdência social, com isso o resultado de políticas de incentivos na área da saúde e da parte do progresso tecnológico vem sendo afetados. 79,1% da população idosa que são acima de 65 anos, sofrem de pelo menos uma doença crônica (BRASIL, 2011).

Referente a isso, todos os níveis de atenção à saúde, precisam impor a necessidade de trabalho em equipe, justamente para uma boa abordagem completa dos acontecimentos que interferem na saúde desta parcela da população, e também retirar esta descendência institucional que é centrada em divisão de hierarquias no trabalho, principalmente na abordagem do processo saúde-doença (BESSE,2014).

O PNSPI aponta referente as diretrizes, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual se consolidou como estratégia de referência para a reorganização da atenção básica, considera-a como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e também como referência para serviços especializados de média e alta complexidade (CARVALHO, 2011).

Para fazer a avaliação global o idoso deverá passar pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e ser acolhido pela equipe onde irá coletar informações, acolher e conseqüentemente

desenvolver suas ações, para realizar e garantir a assistência completa e contínua tanto ao idoso como a seus parentes que também estão vinculados à equipe, estabelecendo o vínculo entre o serviço e o usuário ou de forma humanizada pela unidade de saúde, sendo resolutivo, tendo com prioridade a qualidade e a responsabilidade (SANTOS, 2013).

A equipe de Saúde da Família irá disponibilizar tanto à pessoa idosa quanto a sua rede de suporte social, uma atenção bastante humanizada, dando-as orientações, acompanhamentos e também apoio domiciliar por serem fundamentais para o conforto do idoso. Já para a promover a atenção, situam-se entre as ações coletivas na comunidade, as atividades em grupos e a participação em redes sociais (MENEZES, 2012).

Onde estes profissionais deverão já estar capacitados o suficiente para lidar com o envelhecimento, quebrando esse processo de trabalho e instigar uma relação com o idoso, reconhecendo que o mesmo tenha experiência e sabedoria do que está acontecendo. Entretanto, para se ter uma assistência adequada, necessita-se principalmente do conhecimento sobre as diretrizes e as finalidades da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tanto como por parte dos profissionais que são membros da ESF, bem como a capacitação desses profissionais para um acolhimento de qualidade para com os grupos de idosos (COSTA, 2016).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo onde foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, onde terá abordagem qualitativa.

Uma pesquisa de campo é bastante utilizada para fornecer conhecimentos referente a um problema, testar uma hipótese, ou até gerar novas descobertas em uma determinada área dentro de determinado assunto, tendo como base em projetos de pesquisa que determina as hipóteses, os objetivos e a metodologia utilizada para realizar as observações controladas, as variáveis a serem observadas e analisadas, a amostragem, a técnica de coleta de dados, a preparação das informações e a análise estatística de cada amostra de uma pesquisa (CASTILHO, BORGES E PEREIRA, 2011).

Para Minayo (2010), através desse método qualitativo pode ser possível entender as percepções, interpretações e opiniões que os humanos fazem a respeito de como vivem.

Uma pesquisa qualitativa traz a entender que busca um fenômeno específico em profundidade, e ao contrário de estatísticas e regras, trabalha com descrições, comparações e interpretações. Na pesquisa quantitativo-descritivo, o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos e o isolamento de variáveis principais (CASTILHO, BORGES E PEREIRA, 2011).

#### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em áreas de Estratégias Saúde da Família (ESF), na qual está localizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro Clínico Evangélico localizada em Rua: José Negreiros, 346 - Centro, CEP: 59610-170 no Município de Mossoró/RN. E uma UBS de médio porte, referência para toda a micro área abrangida, desempenhando a função de atendimento de consultas médicas, consultas de Enfermagem como: Pré-Natal; crescimento e desenvolvimento (CeD); Vacinas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A escolha do local deu-se pelo fato da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Tendo a partir da observação de fatos e fenômenos que exigem controle adequado e para se determinar o que será coletado, utilizaremos a pesquisa de campo, além disso, como

objetivo de conhecer e conseguir conhecimentos acerca de um problema que se procura uma resposta (MARCONI; LAKATOS, 2010).

### **3.3 População e amostra**

Uma população é um agrupamento de indivíduos que partilham, de uma característica comum. Quando é falado sobre população, quer se dizer um número de habitantes de uma determinada área. (RICHARDSON, 2010).

A amostra de uma população é uma porção desta população, na qual foi submetida a uma pesquisa, afim de avaliar ou julgar a qualidade do todo, onde obedece a diversos critérios de classificação de amostras, na qual se divide em dois grandes grupos: amostragem probabilísticas e não probabilísticas (RICHARDSON, 2010).

Assim, a população da pesquisa foram os multiprofissionais, que atuam na área de abrangência citadas como local de pesquisa. Dessa população foram retirados 10 (dez) profissionais, que foram a amostra, 02 médicos da residência, 02 enfermeiros, 02 odontólogos, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista, 01 psicólogo, 01 Assistente social, respeitando os critérios de exclusão e inclusão.

Como critérios de inclusão para participar da pesquisa, profissionais que estejam vinculadas a UBS acima de 18 anos e que aceitaram a participação da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão utilizados foram profissionais que são abaixo de 18 anos e que não se interessaram e/ou disponibilizaram em participar da pesquisa.

### **3.4 Instrumento para coleta de dados**

O instrumento para coleta de dados foi a entrevista, na qual onde pode-se definir que a entrevista foi como a técnica, onde o pesquisador colocou diante do pesquisado. A entrevista é uma forma de interação social, na qual o pesquisado será a fonte das informações respondendo a tais perguntas, para que o pesquisador possa procurar e coletar os dados. (GIL, 2009).

### **3.5 Procedimento para coleta de dados**

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/LTDA, os multiprofissionais foram convidados a serem entrevistados para a referida pesquisa.

O período de coleta de dados foi realizado nos meses entre julho a outubro de 2018. O entrevistador utilizou um questionário para registrar as entrevistas que foram transcrita, de forma fidedigna.

### **3.6 Análise dos dados**

Os dados foram analisados por meio da abordagem metodológica em pesquisa qualitativa do tipo Bardin que, consiste, os resultados obtidos por meio de uma pesquisa qualitativa, foram expostos, tendo como base os depoimentos que estão em forma de discursos síntese, que foram submetidos a uma análise inicial para debater as ideias que encontraram nas entrevistas, com o objetivo de uni-las em um só discurso escrito na primeira pessoa do singular.

Os dados qualitativos foram organizados em forma de tabela, que segundo Marconi e Lakatos (2010), na qual a tabela possa ser apresentada os dados por meio de colunas verticais e horizontais, com método estatístico e sistemático, podendo assim fazer a representação dos dados que foram obtidos.

### **3.7 Considerações éticas**

Esta pesquisa foi submetida à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. No decorrer desse processo de construção e elaboração desta investigação foram observadas as indicações éticas dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, informando ao participante que houve o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

Todo o projeto de pesquisa desenvolvido em seres humanos, sendo realizado em todo território Brasileiro atendeu todas as exigências éticas e científicas fundamentais na qual foi ser redigido e guiado na forma estabelecida pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, onde inclui-se este projeto.

Também foi embasado na Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), na qual os profissionais de enfermagem foram aprovados em seu código de ética, para realizar pesquisas com seres humanos e os orientar quanto ao seu comportamento no seu campo de pesquisa, respeitando todas as formas éticas na sua legalidade.

Esta pesquisa possui riscos mínimos, como: importunar, haver receio em responder aos questionamentos, entretanto, foi esclarecido o objetivo desta pesquisa, sendo assim, irá contribuir para que tenha um ambiente o mais adequado possível durante a entrevista, diminuindo os riscos do mesmo. Os benefícios estão em analisar o conhecimento dos multiprofissionais como apoio ao cuidador/familiar com o idoso com a doença de Alzheimer e contribuir para o conhecimento científico através da divulgação da pesquisa.

### 3.8 Financiamento

Todas as despesas destinadas à realização desta pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador participante, dentre outros gastos que vierem a surgir no decorrer desta pesquisa.

A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN, oferece importantes contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa, como total uso do acervo bibliográfico, orientador, bibliotecária e a banca examinadora.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Caracterização da amostra

**Tabela 1-**Valores de frequência simples e porcentagem dos respondentes (n=10)

PERFIL DEMOGRAFICO	DADOS	%
IDADE	<b>30 a 40 anos</b>	<b>33%</b>
	<b>41 a 50 anos</b>	<b>41%</b>
	<b>51 a 60 anos</b>	<b>25%</b>
ESTADO CIVIL	<b>Viúvo (a)</b>	<b>9%</b>
	<b>Casado (a)</b>	<b>60%</b>
	<b>Solteiro (a)</b>	<b>17%</b>
	<b>Divorciado(a)</b>	<b>17%</b>

ESCOLARIDADE	<b>Graduado (a)</b>	<b>50%</b>
	<b>Especialista</b>	<b>40%</b>
	<b>Mestrado</b>	<b>10%</b>

**Fonte:** Dados coletados pela pesquisadora. FACENE/RN – 2018.

A tabela acima representa o perfil demográfico dos doze (12) profissionais entrevistados da UBS. Composto por pessoas de idade entre 30 a 40 anos apresentando o percentual de 33%. Entre 41 a 50 anos apresentando o percentual de 41% e entre 51 a 60 anos de 25%. Através desses dados, pode-se perceber que a maioria dos entrevistados é entre 40 a 50 anos de idade, dá-se para ver que a maioria são pessoas adultas próximo da terceira idade, na qual esses profissionais são bastante experientes nas suas áreas (COELHO Et Al ,2015).

Em relação ao estado civil desses profissionais, seria de Viúvos (as) totalizando de 9%. Casados (as) de 60%. Solteiros (as) e Divorciados (as) de 17% dessa amostra. A maioria dos entrevistados são casados, então pode-se dizer que tem uma boa relação e interação com a equipe, onde se mostram bastantes dinâmicos, mantendo um olhar holístico sobre os pacientes (COELHO Et Al ,2015).

O nível de escolaridade dos profissionais é no total de 50% graduados e 40% de especialistas e 10% de profissionais mestres. Percebe-se que a maioria dos profissionais são graduados, pois para prestar o atendimento ao paciente, precisa de um nível de conhecimento mais elevado, mostrando que uma quantidade significativa dos profissionais também são especializados, mostrando assim, a valorização de cada profissão, não permitindo a falta de suporte para a equipe (COELHO Et Al ,2015).

#### **4.2 Análise dados qualitativos**

Para analisar os dados foi sugerido preservar a identidade dos entrevistados com a resolução 466/12, onde foram entrevistadas 10 profissionais onde foram identificados de P1 a P10. Os dados coletados foram subdivididos em três categorias, nas quais são; Categoria 1: Importância da equipe multiprofissional; Categoria 2: Atuação da equipe multiprofissional, e, Categoria 3:Fatores que influenciam na assistência ao cuidador.

#### 4.2.1 Importância da equipe multiprofissional

É necessário ter uma atenção especial ao idoso e ao cuidador, pois o processo de envelhecimento saudável requer cuidados de promoção, prevenção, educação e intervenção. Assim, é preferível o entrosamento e qualificação dos multiprofissionais na Atenção Básica, para isto, além do envolvimento é preciso que os profissionais da Atenção Básica se qualifiquem e ofertem o cuidado de forma interdisciplinar para se inserir no ambiente familiar (BRASIL 2013).

Quando foram questionados a equipe multidisciplinar sobre sua importância como apoio ao cuidador de idosos com DA, as concepções foram positivas, como pode-se observar nas falas a seguir:

*P1 “muito boa com maior responsabilidade, dando apoio que o idoso tem”*

*P2 “orientar sobre os cuidados diários com o idoso”*

Em questão de informar e orientar quanto a doença, é sempre necessário. O idoso e o seu cuidador/familiar muitas vezes não tem conhecimento suficiente para compreender como ocorre a evolução da doença de Alzheimer, na qual acaba gerando muitas dúvidas. É onde a equipe multiprofissional atua, dando apoio com informações suficientes para que esse cuidador/familiar possa lidar com doença até seu último estágio (ALMEIDA, 2014).

Inclui fazer uma boa anamnese no idoso juntamente com um bom acompanhamento psicológico para orientar como está a evolução, para os cuidadores/familiares. Mostrando como pode se desenvolver, preparando mentalmente. Como pode-se ver nas falas a seguir:

*P5” ajuda esclarecer sobre a doença questões desconhecidas, dúvidas existentes e outros...”*

*P6” Uma visão céfalo caudal onde o cuidador seja visto de forma globalizada onde o psicológico seja trabalhado para o enfrentamento de situações inusitadas como: o não reconhecimento ou ênfase do grau de parentesco dos familiares pelo idoso”*

O cuidador/familiar por prestar assistência ao idoso com DA, geralmente acaba implantando limitações, mudando o estilo de vida para adaptar-se ao idoso que necessita de cuidados, levando a partir daí uma nova vida, onde a vida do idoso e do cuidador é a mesma, não dando-se oportunidade para o lazer, isso acomete uma sobrecarga psicológica e física, vivendo

em uma tensão constantemente, podendo ter alguma doença como por exemplo a depressão (BAUAB, 2013).

A equipe multidisciplinar é importante justamente para manter o controle entre o idoso e o cuidador, mostrando a diferença entre eles, esclarecendo, intervindo e prevenindo algo que futuramente possa acometer esse cuidador.

*P10” É importante pois sabemos que o cuidador adoecer junto com o idoso”*

Vê-se que a equipe dessa UBS é bastante proativa, olhando sempre com um olhar holístico, observando o paciente/cuidador/familiar como um todo, onde todos participam desse cuidado.

#### 4.2.2 Atuação da equipe multiprofissional

Uma UBS deve oferecer um ambiente na qual tenha segurança, e que acolha o idoso com cuidados dos quais precisa, ajudando para sua qualidade de vida e a satisfação de ambos (MARINHO, 2013)

Frente a sociedade, a estrutura física de qualquer instituição acaba sendo o espelho do serviço que estão oferecendo, por existir essa avaliação empírica feita pelos indivíduos que veem a instituição mais parecida com sua residência e não como um hospital, certificando-se juntamente a assistência ali prestada e também a privacidade de seus familiares (COSTA, 2013).

Na assistência, a presença de uma equipe multiprofissional certifica a sociedade que o idoso estará sendo bem tratado, considera-se uma assistência eficaz, aquela em que não depende apenas da quantidade de profissionais que atuam, mas sim, da qualidade de administração e nível de conhecimento na área. Apesar disso, a atuação dos multiprofissionais será concretizada a utilidade de um cuidado humanizado que se encaixe em diversas atividades em equipe, como diz nas falas:

*P2” Acompanhamento, orientação sobre higiene, alimentação e etc”*  
*P6” visita domiciliar quando solicitada, vacinação, orientações quanto aos cuidados e o encorajamento para o aprendizado dos manejos terapêuticos”*

Essas ações desenvolvidas na UBS, faz com que ajude na interação entre família, indivíduo, ajudando a organizar, planejar e separar pensamentos, fazendo com que

cuidador/familiar não pense apenas no idoso, e sim, um pouco em si. Mostrando de uma forma técnica, quais os cuidados, como administrar um recurso financeiro, informando horas para ajudá-lo. Fazendo visitas domiciliares, mensalmente para ver como está o andamento dessa orientação e fazer novamente a educação em saúde, de acordo com algumas falas dos profissionais:

*P7” orientações quanto aos cuidados diários, orientações quanto ao uso de barras de apoio para locomoção do idoso; administração (orientação) aos recursos financeiros, orientação sobre horário correto das medicações”*

*P10” Visitas domiciliares, feitas mensalmente”*

#### 4.2.3 Fatores que influenciam na assistência ao cuidador

Entende-se que a demora para atendimento faz com que alguns usuários desistam de esperar o atendimento, tendo como consequência a falta de recursos para que os profissionais se desloquem até a residência do usuário, e conseqüentemente muitas vezes por falta de tempo para esperar o indivíduo acaba não procurando o serviço (VIEIRA et al, 2013).

As opiniões dos usuários voltado ao atendimento é de extrema importância para contribuir com a melhoria da assistência, para reorganização do sistema e também para se fazer um investimento voltado para a realidade da necessidade desse público (ROSA, PELEGRINI e SILVA, 2011).

A dificuldade no acesso a UBS, onde não se traz uma capacitação aos profissionais sobre a doença, não atendendo aos pedidos dos profissionais que estão ali em busca da melhoria desse atendimento especializado, para prestar uma melhor assistência ao cuidador/familiar, como diz nas falas de alguns profissionais:

*P7” falta capacitação dos profissionais para atuar especificamente com esse grupo. Seria bom capacitação também diretamente com o cuidador.”*

*P8” financeira; sociais; estaduais e etc”*

*P9” Dificuldade de acesso a UBS, falta de investimentos para em ações para esse público”*

Os serviços de saúde infelizmente possui de fendas, no atendimento para a população em geral. É preciso uma compreensão e assimilar esses cuidados voltados para esse público e também uma percepção no perfil dos profissionais para conseguirem lidar com essa problemática na população (MOZER, 2014).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através dessa pesquisa foi permitido conhecer parte do cotidiano de uma equipe multiprofissional que atua como apoio aos cuidadores/familiares de idosos com Doença de Alzheimer, bem como suas maiores dificuldades, limitações, desgastes, mas também a dedicação de cuidar de seus pacientes e agregados.

Ao cuidar de um paciente com Doença de Alzheimer inclui-se juntamente ao plano de cuidado o cuidador/familiar, onde a equipe trabalha para ajudar ambas os lados, da forma onde o cuidador/familiar não se sinta totalmente sobrecarregado e nem tanto desconfortável ajudando-o a aprender a conviver com o sofrimento do outro tendo que muitas vezes, esconder a sua própria dor e suas necessidades. Além disso, a convivência com um familiar com Doença de Alzheimer exige que o cuidador/familiar deixe alguns afazeres da sua vida pessoal em prol do outro, que é aonde pode se desencadear alguma doença mental.

Cabe aos profissionais de saúde, buscarem práticas onde possibilite diálogos e interações, respeitando os conhecimentos, as religiões, o meio ambiente, dando oportunidade aos cuidadores aprenderem, tendo como finalidade de garantir qualidade de assistência aos portadores de Doença de Alzheimer e suporte aos responsáveis pelo cuidado. Neste sentido, disponibilizar atenção aos cuidadores, onde esses profissionais são capazes de orientar e intervir frente aos conflitos e desafios familiares, ajudando aquele que se sentir frágil e impotente, deixando-o forte e persistente.

Nota-se, porém, uma grande precariedade de atenção a esses cuidadores/familiares, há uma necessidade significativa, principalmente por parte do poder público, para disponibilizar mais capacitações aos profissionais para saber lidar com as famílias e não apenas com os doentes. Essa questão é indiscutível para o responsável pelo cuidado, pois precisam de profissionais capacitados para passar os conhecimentos sobre a doença, seus sintomas e sua progressão. Nesse sentido, o cuidador estará preparado para realizar um cuidado domiciliar mais seguro e menos desgastante mentalmente.

## REFERÊNCIAS

- ABRAZ, Associação Brasileira de Alzheimer, 2015. Disponível em: <<http://www.abraz.org.br/>> . Acesso em março de 2018
- ALMEIDA KS, Leite MT, Hildebrandt LM. **Cuidados familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura.** Rev. eletrônica enferm. 2009 Disponível em <<https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf>> Acesso em 21 nov.2017
- ALMEIDA, L. G. R. S.; JARDIM, M. G.; FRANCO, E. C. D. **O cuidar do idoso com Alzheimer: sentimentos e experiências vivenciados por seus cuidadores.** Revista de Enfermagem da UFSM, 2 ed., v. 4, 2014. p. 303-312.
- ANDRADE, L. M. et. al. **Suporte familiar ao cuidador da pessoa com Doença de Alzheimer.** Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 275 – 295, dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/23912/17154>. Acesso em: 24 nov 2017
- ANJOS, K. F dos et. al. **Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 5, p. 1321 – 1330, mai. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-2081232015000501321&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-2081232015000501321&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 05 nov. 2017
- BAUAB, J. P., **O cotidiano, a qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos em processo demencial de uma unidade escola ambulatorial.** São Carlos – SP, 2013
- BRASIL MC, Andrade C. Reconfiguração de campo do familiar cuidador do portador de Alzheimer. *Psicol estud (internet)*. 2013 (citado 2015 mar 30);18(4)713-23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos.** Brasília, DF, 2012.
- CALDAS CP. **O idoso em processo de demência: o impacto na família.** In: Minayo MCS
- CALDEIRA, A. N. S.; RIBEIRO, R. C. H.M. **O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer.** Artigo Original, *Arq Ciênc Saúde* 2004 abr-jun;11(2):X-X
- CASTILHO, Auriluce Pereira; BORGES, Nara Rúbia Martins; PEREIRA, Vânia Tanús (orgs.). **Manual de metodologia científica - ILES Itumbiara-GO,** 2011.
- CAVALCANTI, Joseane da Rocha Dantas et al. **Assistência Integral a Saúde do Homem: Necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento.** Escola Anna Nery -Revista de Enfermagem, [s.l.], v. 18, n. 4, p.628-634, 2014.
- CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- COELHO, Emanuely Souza, et al. **Perfil dos gestores de unidades básicas de saúde em São Luiz-MA.** *Rev. Invest, Bioméd., São Luiz,* 7:47-57.2015
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 2007

Costa MCNS, Mercadante EF. **O idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso.** Rev Kairos Gerontol 2013;16(2):209-222.

DEBERT, G. G. **Arenas de conflito em torno do cuidado.** In: FARIA, L.; CALÁBRIA, L. K.; ALVES, W. A. (Orgs.). Envelhecimento: um olhar interdisciplinar. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 89-101.

Disponível em: <http://www.ulbraitumbiara.com.br/OLD/manumeto.pdf> Acesso em: 05 nov. 2017.

FACURE, N. O; CASTRO, L. A. G.; MENEZES, M.C.L. **Doença de Alzheimer** relação entre o tempo de doença e seu estadiamento; Instituto do Cérebro de Campinas: \*Neurocirurgião; \*\*Psicóloga; \*\*\*Bióloga. Aceite: 07- setembro-1992. Dr. Nubor Orlando Facure — Instituto do Cérebro de Campinas — Rua 11 de Agosto 412 — 13013-100 Campinas SP — Brasil.

FERREIRA, Caroline Gomes; ALEXANDRE, Tiago da Silva; LEMOS, Naira Dutra. **Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliar.** 2011

FILLEBAUM, G.G. **Screening the elderly: a brief instrumental activities of dally living measure.** J Am Geriatr Soc. 1985;33:89-705

GIL, A. C., **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LEFÈVRE, F.; Lefèvre, A. M. C. V. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramento).** Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

LOPES, S. R. de A.; MASSINELLI, C. de J. de. **Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer.** Revista Aletheia, Canoas, RS, v. 40, p. 134 – 145, abr. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100012). Acesso em: 05 nov. 2017

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. **Alzheimer: atenção ao familiar cuidador.** Rev. Acta Scientiarum, v. 26, n. 1, p. 147-157, jan./jun. 2004.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell. **Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria.** Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.15 (4): 587-594, dez. 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO LM, Vieira MA, COSTA SDM, ANDRADE JMO. **Grau de dependência de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência.** Rev Gaúcha Enferm 2013;34(1):104-110. doi: 10.1590/S1983-14472013000100013

MENDES, C. F. M; SANTOS, A. L. S. dos. **O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares.** Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 121 – 132, Jan/Mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902016000100121&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100121&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 01 nov 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitic, 2010.

MOZER, Isabele Torquato; CORRÊA, Áurea Christina de Paula. **Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira.** Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, Cuiabá, v. 18, n. 4, p. 578-585, 2014.

NEUMANN, S. M. F.; DIAS C. M. de S. B. **Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador?** Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, MS, v. 5, n. 1, p. 10 – 7, jun. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2013000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100003). Acesso em: 05 nov. 2017

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde, 2012. **Dementia: uma prioridade de saúde pública.** Genebra, OMS.

PAPALIA, D, E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre: Artmed, 12. ed, 2013.

PINTO, M. F. et al; **Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer,** Artigo original, São Paulo- SP, 2009

POIRIER, J.; GAUTHIER, S. **Doença de Alzheimer: o guia completo.** São Paulo: MG Editores, 2016. POIRIER, J.; GAUTHIER, S. **Doença de Alzheimer: o guia completo.** São Paulo: MG Editores, 2016.

REVISTA Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20 (2): 398-409, 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** 3.ed. São Paulo: Editora Atlas S. A. 2010.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alisia H. Weis; LIMA, Maria Alice D. da Silva. **Resolutividade da Assistência e Satisfação de Usuários da Estratégia Saúde da Família.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):345-51.

SERENIKI, A; VITAL, M. A. B. F. **A doença de Alzheimer: Aspectos fisiopatológicos e farmacológicos.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.30 no.1 suppl.0 Porto Alegre 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200002)> acesso em: 18 nov. 2017

SOARES, Jessika Santos; CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor. **Assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus cuidadores: revisão integrativa do período 2005-2013.** Revista Enfermagem Contemporânea, v. 3, n. 1, 2014

YAFFE, K., FOZ, P.; et al. **Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia.** JAMA, vol. 287, n. 16, p 2090-2097, 2002.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Marjane Vieira Gomes Costa, pesquisadora participante, aluna regularmente matriculada no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança - FACENE, sob a orientação da pesquisadora responsável, Itala Emanuely Oliveira, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título **“A importância da equipe multiprofissional como apoio aos cuidadores/familiares do idoso com a doença de alzheimer”**. Tem-se como objetivo geral: Analisar a importância da equipe multiprofissional como apoio aos cuidadores/familiares do idoso com a doença de Alzheimer

Justifica-se essa pesquisa por interesse do pesquisador pelo tema. A escolha do tema surgiu a partir de evidências durante os estágios e no dia a dia a respeito de idosos na terceira idade que não tem o conhecimento sobre a Doença de Alzheimer.

Convidamos o senhor(a) a participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre dados pessoais e dados relacionados ao entendimento dos cuidadores/familiares sobre a importância de identificar a Doença Alzheimer. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora 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 apresenta riscos mínimos, porém os benefícios superam os riscos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

O(s) pesquisador(es) estará(ão) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora 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.

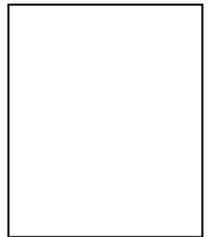
Declaro também que os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/LTDA.

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, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Ítala Emanuely Oliveira  
Pesquisadora responsável



---

Participante da Pesquisa/Testemunha

---

Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável:  
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN  
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143  
e-mail: itala@facenemossoro.com.br

---

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa  
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB  
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792  
e-mail: cep@facene.com.br

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

### FORMULÁRIO

#### I. PERFIL DOS PROFISSIONAIS

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Estado Civil: (  ) Casado (a) (  ) Solteiro (a) (  ) Viúvo (a) (  ) Divorciado (a)
3. Nível de Escolaridade: (  ) Especialista (  ) Mestrado (  ) Doutorado

#### II. QUESTÕES RELACIONADA OS PROFISSIONAIS

1. Qual a importância da equipe multiprofissional como apoio aos cuidadores/familiares do idoso com DA?
2. Quais são as ações desenvolvidas na UBS para dar apoio aos cuidadores/familiares de idosos com DA?
3. Quais são os fatores que influenciam na assistência ao cuidador/familiar de idosos com DA?

**ANEXO**



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 3ª Reunião Ordinária realizada em 12 de abril 2018 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **"A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COMO APOIO AOS CUIDADORES/FAMILIARES DO IDOSO COM A DOENÇA DE ALZHEIMER"**, Protocolo CEP: 81/2018 e CAAE: 87131118.1.0000.5179. Pesquisadora Responsável: ITALA EMANUELLY DE OLIVEIRA CORDEIRO e das Pesquisadoras Associadas: MARJANE VIEIRA GOMES COSTA; LAURA AMÉLIA FERNANDES BARRETO; e LUCÍDIO CLEBESON DE OLIVEIRA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para Junho de 2018, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 12 de abril de 2018.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

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