

MEMORIALIDADES



Universidade Estadual de Santa Cruz

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
RUI COSTA - GOVERNADOR

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
OSVALDO BARRETO FILHO - SECRETÁRIO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ
ADÉLIA MARIA CARVALHO DE MELO PINHEIRO - REITORA
EVANDRO SENA FREIRE - VICE-REITOR

DIRETORA DA EDITUS
RITA VIRGINIA ALVES SANTOS ARGOLLO

EDITORA DA MEMORIALIDADES
Raimunda Silva d'Alencar

Conselho Editorial da Memorialidades

Adriana de Oliveira Alcântara (Antropologia, CE)
Alba Benemérita Alves Vilela (Uesb, BA)
Alda Brito da Motta (UFBA, BA)
Alexandre de Oliveira Alcântara (MP, CE)
Alfredo Jiménez Equizábal (Universidad de Burgos, Espanha)
Anatércia Ramos Lopes (Uesc, BA)
Benedita Edina da Silva Lima Cabral (UFMG, PB)
Carmem Maria Andrade (UFSM, RS)
Carmen Palmero Cámara (Universidad de Burgos, Espanha)
Edite Lago da Silva (Uesb, BA)
Janete Ruiz de Macedo (Uesc, BA)
Jesús Blas Vicens Vich (UB, Espanha)
Joan Muela Ribera (UAB, Espanha)
Joelma Batista Tebaldi (Uesc, BA)
Josanne Moraes (Uesc, BA)
Maria Consuelo Oliveira Santos (Unam, México)
Mauro José Ferreira Cury (Unioeste, PR)
Monique Borba Cerqueira (Instituto de Saúde, SP)
Nildo Manoel da Silva Ribeiro (UFBA, BA)
Noêmia Lima Silva (UFS, SE)
Raimunda Silva d'alencar (Uesc, BA)
Rita de Cássia da Silva Oliveira (UEPG, PR)
Ruy do Carmo Póvoas (Uesc, BA)
Suzana Hübner Wolff (Unisinos, RS)
Vania Beatriz Merlotti Herédia (UCS, RS)

Conselho Científico da Memorialidades

Angela Van Erven Cabala (UESC – DLA) / Edite Lago da Silva Sena (UESB - Enfermagem) / Edméia Campos Meira (UESB - Enfermagem) / Fernanda Silva d' Alencar (UESC / Núcleo) / Frédéric Robert Garcia (UESC / DLA) / José Lúcio Costa Ramos (UFBA - Saúde) / Juan Facundo Sarmiento (UESC – DLA) / Kátia Jane Chaves Bernardo (UNEB - Psicologia) / Kátia Ramos Silva (UFPB–Ciências Sociais) / Lucia Regina Fonseca Netto (UESC-DLA) / Marcos Henrique Fernandes (UESB - Fisioterapia) / Maria Laura de Oliveira Gomes (UESC - Direito) / Matheus Silva d' Alencar (FAINOR - Fisioterapia / UESC - Núcleo) / Márcia Valéria F. Diederich L. dos Santos (UESC Biologia - Núcleo) / Miguel Arturo Chamorro Vergara (UESC DFCH - Núcleo) / Priscilla Sousa Silva (Secretaria de Saúde Itabuna / UESC - Núcleo) / Raquel da Silva Ortega (UESC – DLA)

A REVISTA MEMORIALIDADES É UMA PUBLICAÇÃO SEMESTRAL DO DFCH - NÚCLEO DE ESTUDOS DO ENVELHECIMENTO - DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ, QUE TEM COMO PROPÓSITO DIVULGAR ANÁLISES DE TEMAS RELACIONADAS COM A QUESTÃO DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO HUMANOS.

MEMORIALIDADES

Ano 12, n. 23, jan./jun. e n. 24, jul/dez. 2015

O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA

Organizadora

Raimunda Silva d' Alencar

Ilhéus-BA



2015

Copyright ©2015 by UESC

Direitos desta edição reservados à
EDITUS - EDITORA DA UESC

A reprodução não autorizada desta publicação, por qualquer meio,
seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

Depósito legal na Biblioteca Nacional,
conforme Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

PROJETO GRÁFICO E CAPA

George Pellegrini

DIAGRAMAÇÃO

Álvaro Coelho

REVISÃO

Genebaldo Pinto Ribeiro

Maria Luiza Nora

ILUSTRAÇÃO DA CAPA

Willow Tree | www.youwall.com

INDEXAÇÃO | INDEXUS

Latindex - Sistema regional de información en línea para revistas
científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

Sumários.org - Sumários de Revistas Brasileiras

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Memorialidades/ Universidade Estadual de Santa Cruz.
Departamento de Filosofia e Ciências Humanas. Ano 1,
n. 1 (jan. 2004)-. - Ilhéus, BA : Editus, 2004 -
v.

Semestral.

Descrição baseada em: Ano 12, n. 23, (jan./jun.) e 24, (jul.dez. 2015)
ISSN 1808-8090

1. Idosos – Periódicos. 2. Condições sociais – 2. Periódicos. 3. Gerontologia – Periódicos. 4. Envelhecimento – Periódicos. I. Universidade Estadual de Santa Cruz. Departamento de Filosofia e Ciências Humanas.

CDD 362.6

EDITUS - EDITORA DA UESC

Universidade Estadual de Santa Cruz

Rodovia Jorge Amado, km 16 - 45662-900 - Ilhéus, Bahia, Brasil

Tel.: (73) 3680-5028

www.uesc.br/editora

editus@uesc.br

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

SUMÁRIO

EDITORIAL	7
ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO PRECOCE AUXILIANDO NA QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR	
Lucas Fernando de Oliveira Guimarães Carolina Tebaldi Pinto Joelma Batista Tebaldi	11
O CUIDADO DOMICILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES	
Andréa Evangelista Lavinsky Kelly Cristina Soares dos Santos	31
FATORES LIMITANTES AO CUIDADO/CUIDAR DO IDOSO COM A DOENÇA DE ALZHEIMER	
Luana Bolelli Pinto Joelma Batista Tebaldi	53
A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SUPORTE AO CUIDADOR DO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER	
Estela dos Santos Duarte Janary José dos Santo	89
A DOENÇA DE ALZHEIMER EM IDOSOS E CONSEQUÊNCIAS PARA CUIDADORES DOMICILIARES	
Veronica Barreto Cardoso João Luis Almeida da Silva Carla Daiana Costa Dutra Joelma Batista Tebaldi Flávia Azevedo de Mattos Moura Costa	113

**A RELAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA
E ISOLAMENTO SOCIAL DE MULHERES IDOSAS**

Sueli de Santana

Carla Farias dos Santos

Verônica Rabêlo Santana Amaral

Roseane Montargil Rocha 151

EDITORIAL

O cuidador de idosos constitui o conteúdo desta edição da *Revista Memorialidades*. Trata-se de tema importante, na medida em que a expectativa de vida se amplia e aumenta o quantitativo de pessoas idosas em todo o país. Viver mais preenche um desejo do homem ao longo da sua história; mas, inquestionavelmente, vem acompanhado de muitos desafios. Como o envelhecimento é resultado de uma série de fatores, o viver mais implica crescente exposição a perdas, no domínio da saúde, da capacidade física, da capacidade intelectual, do exercício de papéis, das relações sociais e afetivas estabelecidas ao longo da vida.

Embora a velhice não deva ser tratada como doença, a idade é sem dúvida uma variável instigante, em especial quando acompanhada de outros fatores, como genética, estilos de vida e condições socioambientais, que podem acarretar diminuição das capacidades funcionais e mesmo cognitivas nessa etapa da vida. As vulnerabilidades decorrentes indicam a necessidade de apoio e suporte para algumas atividades cotidianas da pessoa idosa ou de acompanhamento constante, para os quais nem sempre a família tem a devida disponibilidade ou preparo.

Não é demais lembrar que as leis brasileiras de proteção ao idoso, a exemplo da Política Nacional da Pessoa Idosa e do Estatuto do Idoso, baseadas na Constituição Brasileira, reafirmam a obrigação da

família em cuidar da pessoa idosa. Preconizando e priorizando a garantia de direitos para a mesma, destacam que o papel da família, por ser considerada base da sociedade e mesmo passando por profundas modificações nos últimos cinquenta anos, ainda se constitui em importante apoio a esse segmento.

As mudanças no perfil e estrutura familiar, representadas por novas configurações, novas relações intrafamiliares e expressões de autonomia dos seus membros, foram se constituindo em função, principalmente, dos processos que ampliaram a inserção da mulher no mercado de trabalho remunerado. Essas metamorfoses, embora reduzam a participação feminina no papel de cuidadora de pessoas doentes ou com mais dependência, não eliminaram o seu envolvimento direto na atividade do cuidado de pessoas doentes.

Esses cuidados eram tradicionalmente realizados pela família, mais especificamente por um membro feminino (mulher, filha, irmã, ou uma parenta solteira), que dedicava sua vida a esse trabalho, muitas vezes sem o devido reconhecimento da sua importância.

Por se tratar de ação humana que se desenvolve enquanto prática, mas também enquanto emoção e sentimento, o cuidado extrapola a dimensão física e entra no campo da vulnerabilidade emocional da pessoa que o oferece e daquela que o recebe. Quando há proximidade prévia à doença, a relação pode ser de plena cumplicidade do cuidador com o sofrimento, a solidão, os conflitos, as dores e limitações, enfim, as contingências daquele que está recebendo a atenção.

A literatura traz duas categorias de cuidador: o informal, em geral um membro da família, esposa(o), filha(o), irmã(ão), normalmente do sexo feminino, “escolhido” entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa idosa e por apresentar maior disponibilidade de tempo; e o cuidador formal, aquele que recebeu treinamento específico para a função e a exerce mediante remuneração, mantendo vínculos contratuais. Neste caso, tanto pode ser contratado para exercer suas funções na residência de uma família quanto em instituições de longa permanência para idosos (ILPi), ou acompanhar a pessoa idosa em unidades de saúde (hospitais, clínicas, etc.). Na maioria das situações, e por assumir sozinho essa responsabilidade, o cuidador familiar lida com alterações substanciais em sua própria vida, provocadas pela sobrecarga, responsabilidades excessivas nas tarefas cotidianas, levando-o a rupturas sociais e afetivas, distanciamento de familiares e dos laços de amizade.

As exigências feitas pelas famílias em relação ao cuidador, seja ele familiar ou não, não são poucas; vão desde as habilidades técnicas à capacidade de tomar decisões, paciência e tolerância, qualidades éticas, atenção acurada às alterações da pessoa idosa, respeito, responsabilidade, motivação, além da saúde física e intelectual para o necessário apoio à pessoa idosa nas suas diversas necessidades.

A grande questão é que nem todos os cuidadores prepararam-se previamente para essa função, que passam a desenvolvê-la levados pelas circunstâncias, não necessariamente pela escolha.

Resultados de pesquisas, como os aqui apresentados nos diferentes artigos, afirmam que as pessoas que cuidam enfrentam os mais diferentes desafios, estejam ou não preparados. Dar conta deles, de maneira eficaz e benéfica ao dependente do cuidado, pode ser estressante, sofrido, fatigante, angustiante, embaraçoso, mas extremamente importante para minimizar a angústia de estar doente e vulnerável.

Assinalam também a deficiência na operacionalização das políticas públicas e serviços de apoio que auxiliem as famílias em um cuidado mais eficiente da população com crescente demanda, a população idosa.

ORGANIZADORA

ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO PRECOCE AUXILIANDO NA QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR

Lucas Fernando de Oliveira Guimarães¹

Carolina Tebaldi Pinto²

Joelma Batista Tebaldi³

Resumo. A presente pesquisa visa avaliar os benefícios e implicações do diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer (DA). Essa doença pode ser devastadora, não só para as pessoas que têm demência, mas para suas famílias e cuidadores. Assim, a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e seus cuidadores, em todo o mundo, é imperiosa e possível, devido aos métodos diagnósticos precoces. O estudo foi realizado através de pesquisa nas bases de dados *Scielo* e *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, a partir dos descritores *Doença de Alzheimer, Cuidadores, Diagnóstico Precoce*. Foram encontrados 314 artigos que abordaram o referido tema, todos disponíveis *on-line*, redigidos em português e inglês. Para nortear o presente estudo, foram selecionados 23 artigos publicados no período de 1992 a 2012. Apesar do avanço nos métodos laboratoriais e de imagem, o diagnóstico fica aquém, na fase inicial da demência. Assim sendo, é relevante que haja interferências políticas e práticas para que o diagnóstico clínico/subjetivo seja aplicado corretamente e precocemente, além de outras medidas que o presente trabalho detectou.

1 Discente do curso de medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Rio de Janeiro. *E-mail:* <lucasfernando_132@hotmail.com>.

2 Discente do curso de medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), Rio de Janeiro. *E-mail:* <carolina_tebaldi@hotmail.com>.

3 Enfermeira. Doutora em Educação. Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). *E-mail:* <joelmatebaldi@gmail.com>.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidadores. Diagnóstico Precoce.

ALZHEIMER'S DISEASE: EARLY DIAGNOSIS AIDING THE CAREGIVER'S QUALITY OF LIFE

Abstract. The present research aimed to assess the benefits and implications of early diagnosis of Alzheimer's disease (ad). This disease can be devastating, not only for people who have dementia, but for their families and caregivers. Thus, improving the quality of life of people with dementia and their caregivers, throughout the world, is vital and possible due to early diagnosis methods. The study was conducted by searching in the databases Scielo and VHL, from Alzheimer's disease descriptors, caregivers, early diagnosis. 314 were found articles that addressed this topic, all available online, written in Portuguese and English. In addition, to guide the present study, it had been cited 23 articles that were published in the period of 1992 to 2012. Despite the advance in the laboratory and imaging methods, they fall short in the early stages of dementia. Therefore, it is important that there is political interference and practices for the clinical diagnosis/subjective is applied correctly, in addition to other measures which the present study detected.

Keywords: Alzheimer Disease. Caregivers. Early diagnosis.

ALZHEIMER: DIAGNÓSTICO PRECOZ COMO AUXILIO A LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR.

Resumen: La presente investigación buscó evaluar los beneficios e implicaciones del diagnóstico precoz de la

enfermedad de Alzheimer (EA). Esta enfermedad puede ser devastadora, no solo para las personas que tienen demencia sino también para sus familias y cuidadores. De esta forma, la mejora de la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores, en todo el mundo es imperiosa y posible, debido a los métodos diagnósticos precoces. El estudio fue realizado a través de investigación en las bases de datos Scielo y BVS, a partir de los descriptores enfermedad de Alzheimer, cuidadores, diagnóstico precoz. Fueron encontrados 314 artículos que se refieren al tema, todos disponibles *on line*, redactados en portugués e inglés, además, para guiar el presente estudio, se citaron 23 artículos que se publicaron en el período de 1992 a 2012. A pesar del avance en los métodos de laboratorio y de imagen, ellos no dan cuenta de la fase inicial de la demencia. Por este motivo es relevante que haya interferencias políticas y prácticas para que el diagnóstico clínico/subjetivo sea aplicado correctamente, además de otras medidas que el presente trabajo detectó.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer. Cuidadores. Diagnóstico Precoz.

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população, observou-se também o crescimento expressivo de doenças crônico-degenerativas relacionadas à perda das funções cerebrais cognitivas dos idosos. Esse aumento, no caso da Doença de Alzheimer (DA), é significativo após os 65 anos de idade, dobrando a taxa de incidência a cada cinco anos. Estudos mostram não haver diferenças em relação ao gênero, embora a incidência para as mulheres seja mais elevada, especialmente em idades mais avançadas (NITRINI et al., 2004).

Essa síndrome demencial é caracterizada como doença degenerativa, de início e evolução insidiosa, que se desenvolve continuamente durante um período de vários anos. Os pacientes com DA mostram atrofia encefálica progressiva, perda do volume cortical, especialmente dos lobos parietais e temporais, hipocampo e núcleos basais de Meynert (FROTA et al., 2011).

Estas alterações cerebrais são responsáveis pelo desenvolvimento da perda de funções cerebrais cognitivas dos idosos e, conseqüentemente, torna imprescindível a necessidade de um cuidador, papel desempenhado, quase sempre, pelos familiares do paciente.

Assim, a experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido referida por cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante. Isso se dá por causa do envolvimento afetivo e por conta da transformação de uma relação anterior de reciprocidade em um vínculo de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida. (FERNANDES, 2009).

Os artigos analisados mostram que a maioria das pessoas que vive atualmente com demência não recebeu um diagnóstico formal. Nos países de alta renda, os casos de demência são reconhecidos e documentados na atenção primária, apenas entre 20% e 50%. Por analogia, este déficit é certamente muito maior em países de baixa e média renda. Um estudo na Índia aponta que 90% dos casos permanecem não

identificados. Essas estatísticas, quando extrapoladas para outros países, apontam que cerca de 28 dos 36 milhões de pessoas com demência não tenham recebido um diagnóstico e, portanto, não têm acesso a tratamento, cuidados e apoio organizado que a obtenção de um diagnóstico formal pode proporcionar.

É muito comum que os sintomas iniciais da DA sejam confundidos com o processo de envelhecimento normal. Essa confusão tende a adiar a busca por orientação profissional e, não tão raro, a doença é diagnosticada tardiamente (BURNS; ILIFFE, 2009). Diante disso, e na intenção de evitar o cansaço e estresse dos cuidadores, as famílias chegam ao extremo de institucionalização dos idosos com DA.

O diagnóstico de DA deve ser feito por meio da aplicação de critérios clínicos padronizados, como os do *Diagnostic and Statistic Manual (DSM-IV)* e *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)*. Os dois sistemas são similares quanto ao valor diagnóstico. Os critérios são preenchidos por meio de uma anamnese bem feita, com informante apropriado e exame físico, além de avaliação cognitiva do paciente.

Mais recentemente, avanços importantes vêm ocorrendo em relação a uma melhor compreensão da doença, a exemplo da observação de variados espectros clínicos e maior capacidade de detectar processos fisiopatológicos. Estudos neuropatológicos têm verificado que alterações patológicas encontradas na DA podem estar presentes em indivíduos assintomáticos. Neste caso, o emprego de biomarcadores pode

identificar a doença não apenas em indivíduos assintomáticos, mas também em pacientes com demência instalada (JACK et al., 2011).

Os biomarcadores para a DA atualmente disponíveis possibilitam a detecção do peptídeo β -amiloide (A-42) e da proteína tau, que apresentam correlação com a patologia da mesma. As alterações no peptídeo $\beta\text{A-42}$, seja a diminuição da sua concentração no líquido ou a identificação de depósitos desse peptídeo em tecidos cerebrais, apresentam-se de forma mais precoce (até 10 anos antes do surgimento dos primeiros sintomas) que elevações na proteína tau ou tau fosforilada, através dos novos métodos de neuroimagem molecular pela tomografia por emissão de pósitrons (PET) embora possam ocorrer em outras doenças.

Essas alterações na proteína tau, assim como a atrofia hipocampal visualizada na ressonância magnética (RM) e o hipometabolismo de glicose pelo método da tomografia por emissão de pósitrons ou simplesmente PET associado com o 2-[F18]-fluoro-2-deoxi-glicose, chamado de FDG-PET, que parecem ter relação com injúria/dano neuronal, usados como métodos específicos de diagnóstico precoce (FORLENZA; DINIZ; GATTAZ, 2010).

A relevância desta pesquisa consiste em avaliar como o diagnóstico precoce da DA e outras medidas como grupos de apoio conseguem melhorar a condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar, identificando variáveis e fatores que interferem neste processo e como estes se relacionam.

A obtenção desses dados e suas análises darão subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas e o

planejamento de intervenções junto aos cuidadores que se mostrarem mais vulneráveis na prestação do cuidado ao idoso acometido pela Doença de Alzheimer.

O presente estudo considerou como fontes as bases *Scielo* e *BVS*. Foram encontrados 314 artigos publicados no período de 1992 a 2012, abordando o tema Alzheimer. Entretanto, para este trabalho — que busca constatar através da revisão de literatura a importância do diagnóstico precoce para melhor prognóstico em relação ao doente, mas também ao cuidador — foram selecionados documentos que abordassem diretamente o proposto, principalmente a fase conhecida como comprometimento cognitivo leve, em que o indivíduo já apresenta sintomas subjetivos como perda de memória e déficit cognitivo mensurável, mas sem notável prejuízo nas atividades da vida diária.

O critério de inclusão foi conter, pelo menos, um dos descritores: *Doença de Alzheimer*, *Cuidadores* e *Diagnóstico Precoce*; estar disponível *on-line* e redigido em português/inglês; e ter sido publicado no período de 1992 a 2012. Este tempo, 20 anos, foi definido por ser considerado suficiente e atual, podendo conter os últimos estudos acerca do tema.

Inicialmente, foi realizada busca e leitura cuidadosa com o objetivo de encontrar o conjunto de informações. Posteriormente, realizou-se uma leitura de caráter exploratório, para verificar se os documentos encontrados estavam inclusos nos critérios estabelecidos. A partir desta etapa, os artigos foram selecionados, em seguida realizados fichamento e leitura analítica para, então, proceder à descrição dos temas

encontrados. E, para nortear o presente estudo, foram citados os 23 artigos considerados por nós os mais expressivos relacionados ao tema proposto.

ANALISANDO OS RESULTADOS

Os artigos analisados constataam que, além de comprometer o idoso portador, a DA, afeta sua família de maneira significativa. Desse modo, o diagnóstico precoce pode reduzir o trabalho físico, tensão psicológica, restrições sociais, assim como exigências econômicas vividas pelo cuidador.

Entretanto, diagnósticos por imagem e outros tipos possuem algumas falhas na fase inicial da doença, perpetuando assim um diagnóstico baseado em critérios clínicos. Outrossim, realça-se aqui que os artigos traziam outros métodos para preparar e fornecer vivências para o cuidador do idoso com Alzheimer, como os Grupos de Ajuda Mútua.

Embora as preocupações e os avanços sejam viáveis, sabe-se que nenhum exame de imagem pode identificar de forma precisa a possibilidade de evolução do comprometimento cognitivo leve (CCL) pré-demencial para um quadro demencial ou para a própria DA (APOLINARIO et al., 2011).

Na fase inicial da demência, além do comprometimento da memória a curto prazo, podem surgir sintomas como a repetição de questões, a redução do interesse por atividades que anteriormente causavam prazer, o prejuízo nas atividades da vida diária. A evolução clínica da doença pode ser acompanhada pela piora dos déficits cognitivos e pelo agravamento

das alterações comportamentais (FELDMAN; WOODWARD, 2005).

Além do diagnóstico precoce, contribuem para a qualidade de vida e o melhor preparo do cuidador os grupos de ajuda mútua que, segundo Sena, Pelzer e Alvarez (2004), constituem uma estratégia de cuidado grupal, envolvendo pessoas que enfrentam situações de vida semelhantes, com condições crônicas específicas ou em situações críticas de enlutamento e surgimento de demência na família, entre outras. O Grupo de Ajuda Mútua (GAM) é um espaço de excelência para a descoberta do novo suporte social, promovendo bem-estar aos membros que dele participam, além de possibilitar uma atuação mais flexível do profissional de saúde.

Santos, Pelzer e Rodrigues (2007), em pesquisa realizada com abordagem qualitativa, favoreceram a exploração de experiências de familiares que cuidam de idosos com DA. A localização dos sujeitos da amostra teve como principal espaço para a coleta de dados o Grupo de Ajuda Mútua para os familiares cuidadores de idosos portadores de DA. Esse grupo realiza encontros quinzenais e é vinculado à Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz). A amostra da sua pesquisa contemplou 14 familiares cuidadores principais. Os idosos portadores da síndrome demencial vivem, em sua maioria, na comunidade e, com o passar do tempo, requerem auxílio de um cuidador para a realização de várias atividades da vida diária, em geral um familiar próximo, do sexo feminino, cônjuge ou filha.

Segundo Rainer et al.(2002),um estudo comparativo foi realizado entre cuidadores de três grupos

geriátricos diferentes: pacientes com DA, pacientes com demência vascular e idosos não demenciados. Esse estudo revelou que o impacto sofrido pelos cuidadores é maior naqueles de pacientes com DA.

Outros estudos, conforme Cruz & Hamdan (2008), indicaram que os cuidadores de pacientes com demência sofriam mais impactos do que cuidadores de pacientes com depressão, vítimas de AVC ou mesmo de idosos sadios da comunidade.

Cuidadores de pacientes com DA possuem maiores chances de ter sintomas psiquiátricos, mais problemas de saúde, maior frequência de conflitos familiares e no trabalho, se comparados a cuidadores de pessoas da mesma idade que não apresentam os sintomas da DA (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002). Outro estudo evidencia que cuidadores de idosos dementes apresentam um pior julgamento sobre a própria saúde, sentem-se mais estressados e com a vida afetiva e social mais limitada do que cuidadores de idosos não dementes (GRAFSTROM et al., 1992). Para esses autores, a precariedade de saúde do cuidador é fator que contribui para a institucionalização do idoso. Para Engelhardt, Dourado e Lacks (2005), os altos índices de depressão em cuidadores de pacientes com DA são evidenciados com frequência na literatura.

O *Relatório Mundial de Alzheimer 2011* sinaliza um caminho em meio à crise de demência; identifica que a falta de detecção é uma barreira significativa para a melhoria da vida das pessoas com a Doença de Alzheimer e outras demências, suas famílias e cuidadores. Há opinião de especialistas e outras nar-

rativas apoiando o diagnóstico precoce da demência e declarações relativas aos benefícios do diagnóstico precoce. Para o idoso, morar com o cuidador traz benefícios, uma vez que sua demanda de cuidado tem maior possibilidade de ser atendida de forma imediata e ininterrupta, dia após dia.

Há uma hierarquia de compromissos em relação ao cuidado na vida familiar: em primeiro lugar, vem a esposa e, em seguida, a filha. Em contrapartida, para os cuidadores, aumenta a exposição aos efeitos negativos dessa atividade e, conseqüentemente, eleva seus níveis de tensão (FERNANDES, 2009).

Conforme Lenardt et al. (2011), os cuidadores que referiram não ter ajuda de familiares indicaram que os membros da família não ajudam pelo medo de assumir a responsabilidade; desinteresse; por não possuírem tempo disponível por trabalharem fora; ou porque moram em outra cidade. Dentre as muitas dificuldades com as quais 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; WALDMAN, 2004).

Intervenções em cuidadores têm surgido nos últimos 15 anos, porém só recentemente estão sendo estudadas, havendo também uma carência de estudos controlados sobre o assunto (DUNKIN; HANLEY,

1998). O objetivo da maioria das intervenções é mudar a forma como o cuidador interage com o paciente em casa. Melhores estratégias de gerenciamento de problemas influenciam no ajustamento emocional do cuidador, refletindo-se em uma melhor assistência por parte do paciente (HINRICHSEN; NIEDEREHE, 1994). Essas intervenções podem ajudar a amenizar a angústia do cuidador, evitar a institucionalização do paciente e permitir que a família possa fazer planos para o futuro (HALEY, 1997).

A literatura aponta diferentes tipos de intervenção utilizados com cuidadores de idosos demenciados: grupos de apoio, intervenções psicoeducacionais, terapia familiar e terapia individual. A seguir serão relatadas mais detalhadamente essas diferentes formas de intervenção.

Os grupos de apoio caracterizam-se por um espaço de troca de informações entre cuidadores (HALEY, 1997), e seus benefícios incluem educação e suporte social (DUNKIN; HANLEY, 1998). Há também um efeito terapêutico resultante da identificação entre as pessoas que compartilham de um mesmo problema. Os participantes do grupo levam apoio e esclarecimentos sobre a doença (GOLDFARB; LOPES, 1996). Alguns estudos com grupos-controle relataram redução de sintomas psiquiátricos no cuidador, porém não observaram redução no impacto. Os grupos de apoio são indicados para cuidadores que possuem um baixo nível de impacto, não sendo apropriados como único recurso a cuidadores com alto nível de impacto (DUNKIN; HANLEY, 1998).

Observou-se que o diagnóstico de DA é feito por

meio de critérios clínicos padronizados, utilizando-se de uma anamnese realizada com informante apropriado, exame físico e avaliação cognitiva do paciente. Depois desta avaliação, a DA poderá ser considerada provável, possível ou definitiva, por biopsia ou necropsia (LEROI; LYKETSOS, 2005).

Outros tipos de métodos diagnósticos não são satisfatórios ou apresentam pouca acurácia como método precoce. Os testes para avaliação da capacidade funcional, avaliação cognitiva e avaliação de comportamento, são complementares ao diagnóstico. Na consulta médica, os testes padronizados são instrumentos que auxiliam a avaliação clínica, porém não a substituem.

Segundo Price, Bryce e Ferri (2011), há importantes benefícios do diagnóstico precoce. Dentre eles, o mais importante é alertar os médicos para a elaboração de um plano de tratamento a curto, médio e longo prazo. Assim, ao elaborar esses planos de cuidado, deve-se levar em consideração a compreensão e os desafios enfrentados por uma pessoa com demência e seu cuidador.

Dessa forma, a tríade cuidador, paciente e família terá assegurada uma maior compreensão e consciência do que está acontecendo com ele ou ela e um melhor entendimento e adaptação às alterações cognitivas e comportamentais; possibilitando, desse modo, reduzir ainda a tendência de culpa do indivíduo diagnosticado.

O diagnóstico precoce facilita a plena participação do paciente e cuidadores no planejamento médico, educacional e em intervenções psicossociais adequadas às suas necessidades e expectativas. Enquanto as

pessoas vão variar nas escolhas que fazem, a maioria que está preocupada com suas memórias e suas famílias considera a intervenção precoce necessária, e pondera se vai ser capaz de planejar adequadamente suas finanças, vidas e cuidar do futuro.

Dessa forma, o diagnóstico precoce é desejável ainda por várias razões. Ele permite que o paciente, família e médico planejem mais eficazmente planos de cuidado para o futuro, reduz a probabilidade de eventos catastróficos tais como acidentes automobilísticos, e permite a administração mais eficaz dos medicamentos para retardar a progressão dos sintomas.

Especialistas concordam que quanto mais cedo for feito o diagnóstico e intervenção nas demências, maior será o custo benefício. A ausência do diagnóstico precoce significa que entre um terço e metade das pessoas com demência nunca o terão, formalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de demência dá acesso a um caminho de tratamento baseado em evidências, cuidados e apoio em todo o curso da doença.

Atualmente, acredita-se que mais de 36 milhões de pessoas no mundo com demência ainda têm de receber um diagnóstico e, portanto, não têm acesso ao tratamento, informação e cuidado.

Evidências sugerem que os sentimentos iniciais de choque, raiva e tristeza são equilibrados por um sentimento de confiança quando as pessoas com demência e suas famílias são bem preparadas e apoiadas.

O diagnóstico precoce da DA permite às pessoas a possibilidade de planejar, ou seja, enquanto ela ainda têm o livre arbítrio poderão escolher os caminhos dos seus cuidados futuros. Além disso, elas e suas famílias poderão receber informações oportunas, práticas, aconselhamento e apoio referente à DA. Somente através de um diagnóstico é que eles podem ter acesso a medicamentos e terapias não-medicamentosas disponíveis que possam melhorar a sua cognição e qualidade de vida. E podem, se quiserem, participar de uma pesquisa para o benefício das gerações futuras.

A probabilidade de diagnóstico precoce pode ser melhorada através de: programas de educação à base de prática médica nos cuidados primários, introdução de serviços acessíveis de diagnóstico e início do estágio de cuidados de demência (por exemplo, clínicas de memória e promoção da interação efetiva entre os diferentes componentes do sistema de saúde).

Intervenções terapêuticas precoces podem ser eficazes na melhoria da função cognitiva, tratamento da depressão, melhorando o humor do cuidador e atrasando a institucionalização do paciente. Apesar de ser comum a escuta, pelas famílias de idosos portadores de Alzheimer, de que *nada pode ser feito*, algumas dessas intervenções podem ser mais eficazes quando iniciadas mais cedo no curso da doença.

A evidência disponível sugere que os governos devem “gastar para salvar”; em outras palavras, investir agora para economizar no futuro. Os modelos econômicos sugerem que os custos associados a um diagnóstico precoce de demência são mais do que compensados pela economia de custo benefício trazido

pelos medicamentos antidemência e pelas intervenções junto ao cuidador. Esses benefícios incluem institucionalização atrasada e melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e seus cuidadores.

RECOMENDAÇÕES

Cada país deve ter uma estratégia para tratamento das demências. As estratégias nacionais de demência devem promover o diagnóstico precoce e intervenção através de sensibilização, formação de fortalecimento da saúde e da força de trabalho de assistência social e do sistema de saúde. Todos os serviços de atenção primária devem ter competência básica na detecção precoce de demência, fazendo e dando um diagnóstico de demência provisória e gestão inicial de demência.

Sempre que possível, devem ser estabelecidas redes de centros de diagnósticos especializados para confirmar o diagnóstico de demência em fase inicial e formular planos de gestão de cuidados.

Os compradores e prestadores de serviços de cuidados da demência devem garantir que, com base em evidências, intervenções sejam disponibilizadas para as pessoas desde a fase inicial da demência.

REFERÊNCIAS

- APOLINÁRIO, D.; ARAÚJO, LMQ.; CHAVES, MLF et al. Doença de Alzheimer: Diagnóstico. Diretrizes clínicas na Saúde Suplementar; Doença de Alzheimer: Diagnóstico, 2011. Associação Médica Brasileira/Agência Nacional de Saúde Suplementar (Projeto Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar).
- BURNS, A.;ILIFFE, S. Alzheimer's disease. *BMJ* 2009; 338: b158,
- CERQUEIRA, A. T. A. R; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, [online]. v. 13 (1): 133-150, 2002. ISSN 1678-5177. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642002000100007>.
- CRUZ, M.N.; HAMDAN, A.C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, v. 13 (2): 223-229, abr./jun., 2008.
- DUNKIN, J. J.; HANLEY, C. Anderson. Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Jour Neurology*, v. 51 (1): 53-60, 1998. Suplemento.
- ENGELHARDT, E., DOURADO, M.; LACKS, J.A Doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 14(2): 5-11, 2005.
- FELDMAN, H.H.; WOODWARD, M. The staging and assesment of moderate to severe Alzheimer disease. *Jour Neurology*, v. 65 (6): 510-517, 2005. Suplemento.

FERNANDES, M. G. M. Tensão do cuidador familiar de idosos dependentes: análise conceitual. 2009. 205p Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009..

FORLENZA, O.V.; DINIZ, B.S.; GATTAZ, W.F. Diagnosis and biomarkers of predementia. In: Alzheimer's disease. BMC Med, v. 8 (89): 455-463, 2010.

FROTA, Norberto Anízio Ferreira.etal. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Rev.Psicol. Saúde*. v. 5: 5-10, jun. 2011. Suplemento

GOLDFARB, D.C.; LOPES, R.G.C. A família frente à situação de Alzheimer. *Rev Gerontologia*, v. 4 (1): 33-37, 1996.

GRAFSTROM, M. et al. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: A population study. *Journal Clinical of Epidemiology*, v. 45 (8): 861-870, 1992.

HALEY, W. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Jour Neurology*, v. 48 (5): 25-29, 1997.

HINRICHSEN, G. A.; NIEDEREHE, G. Dementia Management Strategies and Adjustment of Family Members of older patients. *The Gerontologist*, v. 34 (1): 95-102, 1994.

JACK, Albert M. S. et al. Introduction recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, v. 7(3): 263-269, 2011.

LENARDT, M. H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colômbia Médica*, v. 42 (2): 13-21, abr./jun. 2011. Suplemento. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/pdf?rc11036>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

LEROI, I.; LYKETSOS, C. Neuropsychiatric aspects of dementia. In: BURNS, A.; O'BRIEN, J.; AMES, D. (editors). *Dementia*. 3. ed. London: 2005. p. 55-64.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador de doença de Alzheimer. *Acta Scientiarum Health Sciences* 2004 jan-jun; 26 (1):147-157

NITRINI, Paulo Caramelli. et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord.*, v. 18 (4):241-246, 2004. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15592138> Acesso em out. 2013

PRICE, Martin.; BRYCE, Renata; FERRI, Cleusa. Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention. Institute of Psychiatry, King's College London. UK: Alzheimer's Disease International (ADI), set. 2011.

RAINER, M. et al. Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. *Psychiatrische Praxis*, v. 29 (3): 142-147, 2002.

RELATÓRIO MUNDIAL DE ALZHEIMER. Alzheimer's Disease International world Alzheimer Report 2011. Acessível em [Http://doencadealzheimer.webnode.com.br/news/relatorio-mundial-de-alzheimer-de-2011-divulgado-pela-alzheimers-disease-international/](http://doencadealzheimer.webnode.com.br/news/relatorio-mundial-de-alzheimer-de-2011-divulgado-pela-alzheimers-disease-international/)

SANTOS, Silvana S. Costa; PELZER, Marlene T.; RODRIGUES, Mônica C. Tortelli. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. RBCEH, Passo Fundo, v. 4 (2): 114-126, jul./dez. 2007.

SENA, E. L.; PELZER, M. T.; ALVAREZ, A. M. O valor dos Grupos de Ajuda Mútua para os familiares de idosos portadores de doença de Alzheimer e outras similares. *Rev. Ciências da Saúde*, v. 1 (1): 94-98, 2004.

Recebido em outubro de 2014.
Reapresentado em agosto de 2015.
Aprovado em novembro de 2015.

O CUIDADO DOMICILIAR DE IDOSOS DEPENDENTES¹

Andréa Evangelista Lavinsky²

Kelly Cristina Soares dos Santos³

Resumo. Este trabalho tem como objetivos analisar a percepção de familiares sobre o cuidado domiciliar de idosos dependentes e discutir a importância da educação em saúde para o processo de cuidar em domicílio. É um estudo qualitativo e descritivo realizado em município baiano, tendo como sujeitos 12 cuidadores familiares em domicílio. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada e, para analisá-los, a Análise de Conteúdo. Três categorias foram destacadas: 1) *facilidades e dificuldades de cuidar em casa* (facilidades aqui entendidas como proximidade do doente, disponibilidade da família/atendimento às preferências do idoso, e dificuldades como ações relacionadas à movimentação do idoso dependente e finanças); 2) *vantagens e desvantagens de cuidar no hospital, destacando-se como principal vantagem* o atendimento nas emergências e resolutividade das complicações; 3) *a educação em saúde para o cuidado familiar em domicílio* (considerando-se a necessidade do cuidador receber orientações do enfermeiro, em especial, para a realização de cuidados simples que facilitem o dia a dia para a pessoa cuidada. Concluiu-se que, apesar das dificuldades, o domicílio é o melhor lugar para cuidar de idosos dependentes e a educação em saúde é um instrumento de valiosa importância para que o

1 Originado do projeto de pesquisas "O Cuidado Domiciliar de Idosos com Acidente Vascular Encefálico", financiado pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Bahia.

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Ciências da Saúde (DCS) da UESC. Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento da UESC. *E-mail:* <aelavinsky@uesc.br>.

3 Enfermeira. Especialista em Psicologia Social. Bolsista de Iniciação Científica (PROIC- UESC/2007-2009). *E-mail:* <enfermeirakellycristina@gmail.com>.

cuidar no domicílio possa ser eficaz. Espera-se contribuir com políticas públicas de saúde voltadas para o idoso dependente e a reflexão de profissionais da saúde sobre a importância de seu papel como orientador/educador no preparo dos familiares para a continuidade dos cuidados e assistência adequada às necessidades do idoso.

Palavras-chave: Cuidado Domiciliar. Idosos Dependentes. Familiar Cuidador.

HOME CARING OF DEPENDENT ELDERLY

Abstract. This study aims to analyze the perception of family members about home care of elderly dependents and discuss the importance of health education for the care process at home. It is a qualitative and descriptive study in Bahia municipality, with the subject 12 family caregivers at home. To collect data, we used a semistructured interview and to analyze them, the content analysis. Three categories were highlighted: 1) facilities and difficulties of caring at home (facilities here understood as proximity of the patient, availability of family / service to the preferences of the elderly, and difficulties shares as related to the movement of dependent elderly and finance); 2) advantages and disadvantages of care in the hospital, stressing yourself as main advantage care in emergencies and resoluteness of complications; 3) health education for family care at home (given the need for caregiver receive nursing guidelines, special, to perform simple care that facilitate the day a day for careful person. It was concluded that, despite the difficulties, the home is the best place to care for dependent elderly and health education is a valuable important tool for the care at home can be effective. it is expected to contribute to health public policies for the dependent elderly and the reflection of health professionals about the importance of his role as counselor / educator in the preparation of family for continuity of care and appropriate assistance to the needs of the elderly.

Keywords: Home Care. Elderly Dependents. Family Caregiver.

EL CUIDADO DOMICILIARIO DE ANCIANOS DEPENDIENTES

Resumen. Este trabajo tiene como objetivo analizar la percepción de familiares sobre el cuidado domiciliario de ancianos dependientes y discutir la importancia de la educación en salud para el proceso de cuidado en domicilio. Este es un estudio cualitativo y descriptivo realizado en un municipio de Bahia (Brasil), considerando como sujetos 12 cuidadores familiares en domicilio. Para la recolección de datos se utilizó entrevistas semiestructuradas y para el análisis, el Análisis de Contenido. Se destacaron tres categorías: 1) *facilidades y dificultades del cuidado en casa*; señalando como facilidades: cercanía al enfermo, disponibilidad de la familia/atención a las preferencias del anciano. Las dificultades se relacionan con la movilidad del anciano dependiente y las finanzas; 2) *ventajas y desventajas del cuidado en el hospital, considerando como principal ventaja* la atención en las emergencias y solución de las complicaciones; 3) *la educación en salud para el cuidador familiar en domicilio (considerando* la necesidad del cuidador de recibir orientaciones del enfermero, especialmente para la realización de cuidados sencillos de modo a facilitar el trabajo diario a la persona cuidada. Como conclusión, se constató que, a pesar de las dificultades, la casa es el mejor espacio para cuidar a los ancianos dependientes y la educación en salud es un instrumento valioso para que el cuidado en el hogar pueda ser eficaz. Se espera contribuir con políticas públicas de salud direccionadas hacia el anciano dependiente y la reflexión de profesionales de salud sobre la importancia de su papel como orientador/educador en la preparación de los familiares para la continuidad de los cuidados y asistencia adecuada a las necesidades del anciano.

Palabras-clave: Cuidado Domiciliario. Ancianos Dependientes. Familiar Cuidador.

L'ATTENTION À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Résumé. Ce travail a eu comme objectif l'analyse de la perception de la famille sur les soins à domicile de personnes âgées dépendantes et de discuter l'importance de l'éducation en santé pour le processus de soin à domicile. L'étude est qualitative et descriptive, réalisée dans une ville de Bahia, et ayant comme sujet 12 soignants familiaux à domicile. Pour la collecte de données nous avons utilisé l'entrevue semi-structurée, et pour l'analyse, l'Analyse de Contenu. Trois catégories ont été mises en avant: 1) facilités et difficultés de soigner à la maison, en soulignant comme facilité : la proximité du malade, la disponibilité de la famille/réponse aux préférences de la personne âgée ; les difficultés sont liées à la mobilité de la personne âgée dépendante et aux finances ; 2) les avantages et les inconvénients du soin dans les urgences et la résolution des complications ; 3) l'éducation en santé pour le soin familial à domicile, soulignant la nécessité du soignant de recevoir des orientations de l'infirmier pour la réalisation de soins simples de manière à faciliter le travail et diminuer les complications cliniques de la personne soignée. En conclusion, il apparaît que, malgré les difficultés, le domicile est le meilleur endroit pour s'occuper de personnes âgées dépendantes et l'éducation en santé constitue un instrument extrêmement important pour que le soin à domicile puisse être efficace. Nous espérons pouvoir contribuer avec les politiques publiques de santé pour les personnes âgées dépendantes et approfondir la réflexion chez les professionnels de la santé à propos de l'importance de leur rôle en tant qu'orienteur/éducateur dans la préparation de la famille pour poursuivre les soins et l'assistance appropriée aux nécessités de la personne âgée.

Mots-clé: Soin à Domicile. Personnes Âgées Dépendantes. Famille du Soignant.

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é fato concreto e irreversível, observado em função de uma infinidade de variáveis: queda da mortalidade e natalidade, ampla proteção social, investimentos em saneamento básico e melhoria das condições de habitação e alimentação. De acordo com o IBGE (BRASIL, 2012b), o número de idosos no Brasil dobrou entre os anos de 1991 e 2010, sendo estes a parcela da população que mais cresce no país.

São variadas as formas de apoio e cuidados a idosos dependentes adotadas por diferentes países. Alguns oferecem suporte vinculado ao Governo; outros dividem responsabilidades entre o setor público de saúde e a rede privada; em outros, ainda, há a predominância do suporte familiar, em que os encargos e responsabilidades de cuidar de seus idosos dependentes recaem sobre a família, a exemplo do Brasil.

A larga utilização de familiares para o cuidado de idosos no domicílio é uma realidade porque muitos deles não podem ser mantidos numa instituição hospitalar, especialmente aqueles que não mais precisam de um suporte médico-hospitalar específico. Segundo Aguiar (2012, p. 35), “cuidadores são aqueles responsáveis por suprir as necessidades de atenção e autocuidado a pessoas com certo grau de dependência por um curto período de tempo ou até mesmo por vários anos”. Muito comumente, é no domicílio, sem o auxílio de profissionais de saúde, que podem se agravar e surgir outros problemas no cuidado ao idoso dependente.

Para que o processo de cuidar de idosos no domicílio seja viável, é papel da equipe de saúde desenvolver atividades de educação junto aos idosos e, especialmente, dos familiares, que serão seus cuidadores. Afinal,

nos hospitais, a política de incentivo à alta dos pacientes o mais cedo possível impõe um desafio constante às enfermeiras: preparar pacientes e famílias para reorganizarem a vida em seus lares de modo que possam assumir os cuidados próprios ou de familiares em poucos dias, detectando, prevenindo e controlando situações que possam ocorrer (PERLINI; FARO, 2005, p. 155).

Para tornar possível a continuidade do cuidado domiciliar, Andrade et al.(apud PERLINI; FARO, 2005) reforçam que um processo de orientações básicas para a saúde deve ser iniciado ainda durante a hospitalização, especialmente em casos de doenças crônico-degenerativas. Esse fato é igualmente reafirmado por Tsukamoto et al. (2010) quando declaram que, muitas vezes, o cuidador desconhece os cuidados básicos que precisam ser prestados junto aos idosos dependentes. No entanto, por falta de opções, acaba por assumir o cuidado domiciliar desses idosos. Neste trabalho, foram propostos como objetivos analisar a percepção de familiares sobre o cuidado domiciliar de idosos dependentes e discutir a importância da educação em saúde para o processo de cuidar em domicílio.

O estudo teve base qualitativa e descritiva e foi realizado em município do interior da Bahia, Brasil⁴. Os sujeitos foram os familiares que cuidavam de idosos dependentes no domicílio. Foram três os critérios de inclusão: 1) ser familiar que convivia e cuidava do idoso dependente; 2) o idoso deveria estar sob seus cuidados há pelo menos duas semanas; 3) aceitar participar como sujeito da pesquisa. Foram selecionados a partir de pesquisa a prontuários de idosos internados em hospital filantrópico que mais atendia casos de doenças crônico-degenerativas. Os primeiros contatos telefônicos e visitas domiciliares foram feitos após pesquisa ao livro de registro do serviço médico e estatístico (same) do hospital. neste primeiro contato, constataram-se telefones não instalados, endereços não encontrados, óbitos e idosos que se tornaram independentes. desta forma, o corpus do estudo foi restringido a 12 sujeitos que se enquadraram nos critérios de inclusão.

Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, e os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo por se tratar de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados (BARDIN, 2011).

4 O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) a partir da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, e seus aspectos éticos estão igualmente de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012a), que trata de pesquisa e testes em seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos discursos coletados, emergiram três categorias temáticas que compõem a discussão deste artigo: facilidades e dificuldades de cuidar em casa; vantagens e desvantagens de cuidar no hospital; e a educação em saúde para o cuidado familiar em domicílio.

- **Facilidades e dificuldades de cuidar em casa**

Para muitos e, principalmente para os idosos, a família e seu domicílio acabam sendo tudo o que possuem. Em se tratando de idosos dependentes, mesmo nos casos em que não é indicada a internação hospitalar, alguns continuam requerendo cuidados especiais que, certamente, serão oferecidos no domicílio por um familiar. Não é de se esperar que cuidar de idosos dependentes em casa e sem acompanhamento profissional seja algo fácil de realizar.

No entanto, o que predomina nessa relação é o amor e a satisfação de cuidar de alguém por quem se tem alta estima, alguém que, de algum modo, lhe dedicou cuidado em algum momento da vida. Como afirmam Gonçalves, Alvarez e Santos (2000, p. 105):

o cuidador leigo é um ser humano especial, com qualidades pessoais de forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. Seus préstimos têm sempre um cunho de ajuda e apoio humano, com relações afetivas e compromissos positivos.

Neste sentido, muitos cuidadores apontam que, apesar da dependência do idoso, as facilidades de cuidar em casa são especialmente pelas possibilidades de estarem perto do familiar doente e tão querido:

- *Facilidade? Tudo. Porque eu estou aqui perto dela, então tudo o que ela precisa a gente está aqui junto dela, entendeu? Tudo! É uma água... eu pego uma coisa e dou; tudo é fácil (E1).*
- *Aqui... tudo é mais fácil... a família inteira está à disposição dele... eu acho que em casa as coisas são mais fáceis. Tudo é fácil (E4).*
- *A facilidade é ver que a pessoa está ali perto da gente, você pode ficar 24 horas, olhar a alimentação. Se bem que no hospital a alimentação eles dão direitinho. Mas aqui a gente pode escolher (E8).*

Observamos, nas falas acima, que estar perto 24 horas, disponibilidade da família para o idoso e o atendimento às suas preferências são a tônica das facilidades de cuidar no domicílio. No entanto, isso não é consenso entre os familiares cuidadores. Os idosos, por estarem mais propensos ao surgimento de alterações físicas, emocionais e orgânicas, têm uma necessidade ainda maior nos cuidados que, na grande maioria dos casos, são prestados por familiares, uma vez que são estes que se encontram disponíveis.

As dificuldades relacionadas à movimentação de um idoso dependente, à falta da estrutura física da residência e a não adaptação da mesma às novas necessidades de locomoção do idoso sobressaem-se às facilidades apontadas pelos sujeitos acima. Das dificuldades identificadas, a sobrecarga de trabalho e a falta de ajuda de outros são amplamente apontadas:

- *As dificuldades? A gente fica preocupada de fazer tanta coisa, né? (E1).*
- *A dificuldade que eu tenho é o banho, dou banho nela no leito. O banho sai legal, fica limpinha, uso alfazema, óleo Dersani, troco fralda, lençol, tudo... Mas tem que ter alguém pra me ajudar porque ela é pesada pra sentar... (E9).*
- *Eu acho difícil quando estou sozinha... (E6).*

Como evidenciado nas falas dos cuidadores acima, por vezes, o sentimento de dever cuidar de seu familiar permeia uma situação de obrigação, de estar só, pois, mesmo que exista o amparo de outros familiares, a sobrecarga maior acaba sendo de um só membro da família na grande maioria das situações (AGUIAR, 2012). Muitas vezes, outros familiares se omitem em assumir o cuidado, o que reforça a afirmação de Leal (2000, p. 23) de que: “quanto mais o cuidador se envolve, mais os não cuidadores se desvencilham, muitas vezes pelas ameaças que esse tipo

de trabalho pode conter, ou seja, comprometimento sem fim”.

O domicílio é de fato um ambiente conhecido e onde todos (idosos e familiares) sentem-se inteiramente à vontade, mas algumas medidas/cuidados devem ser adotadas/os com vistas à prevenção de acidentes e facilitação do trabalho do cuidador. Atenção especial deve ser dada para a “segurança elétrica, o acesso aos diversos cômodos e banheiro, mobilidade do idoso e os medicamentos em uso” (PARTEZANI RODRIGUES; MENDES, 2000, p. 441). No entanto, esse ambiente pode, sim, apresentar problemas quanto à sua arquitetura e manutenção: casa não adaptada gera riscos de acidentes. Os recursos financeiros parcos para realizar tais adaptações são destacados pelos sujeitos, a exemplo do E8:

- *A dificuldade às vezes é não ter recurso financeiro. A gente com dinheiro pode adaptar um quarto, adaptar a casa, o banheiro... (E8).*

Inversamente, com recursos financeiros disponíveis, adaptações são feitas, auxílio pode ser adquirido a partir da contratação de empregados, medicamentos necessários são adquiridos e, ainda, há a possibilidade de novos ambientes para o idoso pela promoção de viagens. Adiciona-se a estes o carinho e a atenção familiar, como percebido na fala de E4:

- *O que precisa já foi feito... a gente adaptou móveis, comprou colchão pra coluna, botou barra no banheiro, au-*

mentou as portas, colocou piso antiderrapante... No caso de recursos humanos, tem eu, que sou filha, e tem as empregadas, que ajudam a cuidar, e o motorista. Dinheiro? Pra quem não tem é difícil, né? Quando ele tá triste, a gente manda para a fazenda... manda pra Salvador que tem um irmão lá que é médico... (E4).

As dificuldades de cuidar no domicílio não se limitam apenas à sobrecarga de trabalho, condição de cuidador único, dificuldades financeiras e necessidades de adaptação do domicílio, como visto nas falas dos sujeitos. Segundo Pinto et al. (2012), há ainda a necessidade de locomoção e deslocamento do paciente (no próprio leito, para sair do domicílio ou em deslocamento interno), o que imprime ao cuidador uma sobrecarga física que compromete sua própria saúde.

- **Vantagens e desvantagens de cuidar no hospital**

É possível observar em diferentes falas ao longo deste estudo a preferência unânime dos familiares de cuidar em casa devido à disponibilidade da família, amor, carinho, possibilidade de atender às preferências do idoso, dentre outros. Apesar disto, o hospital tem sido apontado como indispensável ao cuidado, sendo o atendimento nas emergências e complicações, a grande vantagem do cuidado hospitalar devido à importância insubstituível dos profissionais de saúde, como visto nas falas a seguir:

- *Lá é cuidado pelos médicos, pelas enfermeiras, técnica, né?... Se lá tiver algum problemazinho, algum sintoma diferente, estão lá para saber o que foi... (E3).*
- *Vantagem que tem é numa emergência, é só puxar a cordinha ou sair correndo atrás de um enfermeiro. Lá tem os médicos especialistas... (E9).*
- *A vantagem do hospital é porque tem o médico. Se tiver alguma urgência, tem medicação (E6).*
- *No hospital, a ajuda de uma auxiliar, de uma enfermeira... uma pessoa mais especializada (E4).*

Talvez a falta de carinho por parte dos profissionais e de contato com familiares e amigos seja considerada desvantagem para a pessoa cuidada, como abaixo aponta e4, situação percebida por outros entrevistados:

- *Eu acho que no hospital ele não tem tanto carinho. Aqui ele tem a família inteira... Meus irmãos vêm visitar, os amigos... No hospital tudo é mais fechado, tem horário de visita, a gente fica mais tensa por estar no hospital (E4).*

Além da rigidez de horário, limitação do número de visitas, pouco tempo de permanência das mesmas e distância de familiares e amigos, ter um parente internado numa instituição hospitalar demanda

esforço e investimento de tempo superiores àqueles comuns aos afazeres do dia a dia em casa. O deslocamento torna-se uma grande dificuldade na percepção do familiar que cuida do idoso dependente:

- *Ave Maria! Você fica se deslocando de casa para o hospital, você fica com a vida carregada de lá para cá... (E6).*
- *Tem que deslocar todo dia da casa da gente para ir pro hospital para acompanhar (E9).*

E ainda: superlotação da enfermaria, falta de atenção por parte da equipe E riscos de infecção são percebidos e destacados pelos entrevistados:

- *...a enfermaria que tem dez, quinze leitos, tem pacientes que estão piores que os outros. Incomoda... (E8).*
- *...tem as infecções... Às vezes chama o enfermeiro, não tem tempo, tá cuidando de outra pessoa (E9).*

Esse aspecto apontado nas falas acima é um fato, uma vez que a infecção hospitalar apresenta maior incidência e letalidade entre idosos internados em instituições hospitalares, fato diretamente relacionado ao tempo de permanência destes indivíduos na instituição (VILLAS BÔAS; RUIZ, 2004).

De fato, as preocupações elencadas pelos familiares cuidadores sobre as desvantagens de cuidar no ambiente hospitalar devem ser consideradas. O rigor

das normas institucionais impõe limites e restringe a privacidade de idosos e acompanhantes, assim como no atendimento de suas individualidades. Além disso, há risco de infecções decorrentes do período de internação de idosos que, normalmente, tem patologias de base, tornando-os mais susceptíveis à aquisição de infecções hospitalares.

- **A educação em saúde para o cuidado domiciliar**

É papel da equipe de saúde desenvolver a educação em saúde durante o período de internação hospitalar. As ações direcionadas ao cuidado, prevenção de acidentes e resolução de problemas comuns certamente poderão facilitar o cuidado em casa.

Mesmo com a instituição de programas de saúde direcionados à assistência domiciliar, é necessário que o cuidador seja capacitado para atuar com segurança e conhecimento técnico compatível com sua função, considerando a complexidade do cuidado exigido, além das peculiaridades do indivíduo idoso. Daí a importância do cuidador receber do enfermeiro e demais membros da equipe de saúde orientações para realização de cuidados simples que lhe conferirão segurança em lidar com situações futuras relacionadas com o cuidado ao doente. Outra possibilidade é o cuidador frequentar um curso de cuidadores de idosos a fim de facilitar o desempenho de suas atividades no domicílio. As orientações obtidas certamente facilitarão o cuidado e diminuirão os riscos de complicações clínicas do idoso sob seus cuidados

(TODARO; FLAUZINO, 2013; BICALHO; LACERDA; CATAFESTA apud AGUIAR, 2012).

Pode-se constatar isso na fala de E9:

- *Por exemplo: ela dá um problema aqui, eu tenho que chamar o SAMU; se a pressão dela subir, o que é que eu vou fazer? Se eu não sei se tá alta ou se tá baixa. Se eu der o sal, mata.... A glicemia eu aprendi a fazer, e aplicar a insulina... (E9).*

Considerando que um idoso saudável pode demandar atenção/cuidados específicos, não é demais pensar como é difícil cuidar de um idoso dependente. Deve-se considerar, ainda, que há idosos que, além dos déficits característicos das doenças crônico-degenerativas, apresentam complicações advindas destas doenças, a exemplo das úlceras por pressão, fato que confere maior complexidade ao cuidado:

- *É dificultoso. O difícil é material de curativo, o pessoal libera pra mim e eu faço aqui mesmo (E6).*

De acordo com Tsukamoto et al. (2010), estudos demonstram que a maioria dos familiares cuidadores não conhece os principais agravos (úlceras por pressão e complicações pulmonares) que acometem os idosos dependentes e não sabe como preveni-los ou tratá-los, embora tenha que o fazer em casa, como visto na fala de E6.

Para Araújo et al. (2011, p. 238): “os cuidadores não incorporam experiências prévias que os guiassem

em sua dinâmica de cuidar cotidianamente, que enfatizassem o saber técnico que lhes gerasse confiança na execução de atividades cuidativas”. Isto leva a inferir que as intervenções em situações de risco de morte, por exemplo, geram angústia, insegurança, medo e dúvidas quanto ao cuidado de seu familiar dependente, que poderiam ser amenizadas se orientações prévias lhes fossem dadas por profissionais de saúde.

As pessoas que assumem o cuidado nessas circunstâncias vivenciam dificuldades na busca de atendimento ao idoso dependente e experienciam dúvidas e incertezas quanto ao cuidar. Quando aconselhados e orientados, os familiares estarão mais preparados para intervir em situações que podem surgir no domicílio, sem prejuízos à sua saúde e à do idoso, bem como aos estilos de vida (LAVINSKY, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades encontradas, os familiares que cuidam dos idosos dependentes percebem o domicílio como o melhor lugar para cuidar de seus doentes por propiciar, dentre outras coisas, a possibilidade de oferecer amor e carinho, prevenção de infecções, a presença de um familiar 24 horas, atenção às preferências do idoso e cuidados dignos e de qualidade. Destacam que o hospital é importante pela presença dos profissionais de saúde, principalmente quando o idoso apresenta alguma intercorrência, pela possibilidade de dividir as tarefas e atendimento das complicações por parte desses profissionais.

Entretanto, destacamos as dificuldades comumente encontradas pelos familiares quando no domicílio deparam-se com situações para as quais não foram tecnicamente preparados. Daí a importância da educação em saúde ser instituída desde o momento da internação do idoso com o propósito de prepará-lo e preparar o familiar para a alta hospitalar e continuidade do cuidado no domicílio. Infelizmente esta ainda vem sendo realizada de forma incipiente.

A realidade encontrada neste estudo reforça nosso entendimento de que a educação em saúde dirigida aos idosos e seus familiares é um instrumento de valiosa importância para que o cuidar no domicílio – uma prática cada vez mais comum em países em desenvolvimento – possa ser viável.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Ricardo Saraiva. Implicações para o cuidado familiar em razão do idoso apresentar déficit no autocuidado. *A terceira Idade*, v. 23 (55): 32-46, nov. 2012.
- ARAÚJO, Jeferson Santos et al. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de Acidente Vascular Cerebral por seus cuidadores. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16 (1): 98-105 jan./mar. 2012.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2009. 229 p.
- BICALHO, C. S.; LACERDA, M.R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem*, v. 13 (1): 118-123, jan./mar. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 466/2012 sobre Pesquisas envolvendo seres humanos*: 2012a. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 28/08/2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*: 2000. Distrito Federal; 2012b. Disponível em:<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoNoBrasil.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 196/96 sobre Pesquisas envolvendo seres humanos*. Bioética. Brasília, v. 4 (2): 15-25, 1996. Suplemento.

GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Conhecendo os cuidadores domiciliares de idosos. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. 630 p.

LAVINSKY, Andréa Evangelista. O papel da enfermeira na orientação de saúde do idoso. *Memorialidades*, ano 3 (5/6): 95-106, jan-jun./jul-dez. 2006.

LEAL, Maria das Graças Sobreira. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *A terceira Idade*, v. 11 (20): 19-29. Ago.2000.

PARTEZANI RODRIGUES, Rosalina Aparecida; MENDES, Maria Manuela Rino. Prevenindo acidentes domiciliares. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000, 630 p.

PERLINI, N. M. O. G; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 39 (2): 154-163, 2005.

PINTO, Eduardo Araújo et al. Necessidades de cuidados expressas pela família que possui um acamado em domicílio. *Enfermagem em foco*, v. 3 (4): 194-197, 2012.

TODARO, Mônica de Ávila; FLAUZINO, Karina de Lima. Motivos para frequentar um curso de cuidadores de idosos: um estudo comparativo. *A Terceira Idade*, v. 24 (57); 30-45, jul. 2013.

TSUKAMOTO, Heloísa Freiria et al. A problemática do cuidador familiar: os desafios de cuidar no domicílio. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 3 (1): 53-58, jan./abr. 2010.

VILLAS BÔAS, Paulo José Fortes; RUIZ, Tânia. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, v. 38 (3): 372-378, 2004.

Recebido em agosto de 2014.

Aprovado em outubro de 2015.

FATORES LIMITANTES NO CUIDADO/ CUIDAR NA DOENÇA DE ALZHEIMER

Luana Bolelli Pinto¹

Joelma Batista Tebaldi²

Resumo. O processo de envelhecimento populacional implica um acréscimo nas doenças crônico-degenerativas – principalmente as demências –, destacando-se a Doença de Alzheimer (DA) como a demência mais prevalente. Por se tratar de doença progressiva e irreversível, caracteriza um quadro de total dependência do idoso portador, tornando-o dependente do apoio de um cuidador, que é geralmente um familiar, demandando cuidados que se fazem cada vez mais complexos com o avançar da demência. Este estudo tem como objetivo demonstrar os fatores encontrados na literatura, que contribuem para as limitações sobre o cuidado/cuidar na Doença de Alzheimer e sugerir possibilidades de cuidado. Na pesquisa, utilizamos revisão de literatura descritiva e explicativa, organizada através da obtenção de dados relacionados ao conhecimento disponível acerca do tema em questão. Os dados obtidos apontam para a necessidade de implementação de políticas públicas voltadas para o idoso demenciado e seus cuidadores e para a capacitação de recursos humanos em Geriatria e Gerontologia — sugerindo, em especial, a Enfermagem enquanto ciência e disciplina, a produção de conhecimento e a formação profissional —, objetivando o cuidado de idosos e a preparação de cuidadores familiares diante dessa emergente demanda social

Palavras-chave: Envelhecimento. Doença de Alzheimer. Cuidador.

1 Enfermeira pela Faculdade de Ciências Médicas. Santa Cruz de Cabralia, BA. *E-mail:* <luana_bolelli@hotmail.com>.

2 Professora Titular, Pesquisadora. UESC, Núcleo de Estudos do Envelhecimento. Ilhéus, BA. *E-mail:* <joelmatebaldi@gmail.com>.

LIMITING FACTORS IN ALZHEIMER'S DISEASE CARING

Abstract. The population aging process implies a chronic-degenerative illness growth, and amongst them dementia, being Alzheimer's disease (AD) the most prevalent one. As a progressive and irreversible disease it has as characteristics a total dependence of the elderly patient by a caretaker, who is generally a family member, demanding complex care as the disease develops for its limiting factors. The objective of this study is to show the limiting factors found in literature in Alzheimer's disease caring, suggesting possibilities. Thus the research was based in the descriptive and explanatory literature review technique, organized by data collection of available knowledge regarding the theme. The obtained data show the need to effectuate government policies regarding the elderly with dementia, their caretakers and the training of human resources in geriatrics and gerontology, suggesting in special to nursing, as science and subject, the knowledge production and professional formation aiming the abilities of human resource for elderly caring and preparing family caretakers, for this emerging social demand.

Keywords: Aging. Alzheimer's Disease. Caretaker.

FACTORES LIMITADORES EN EL CUIDADO/CUIDAR EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Resumen. El proceso de envejecimiento de la población implica en un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, en especial la demencias – en que se destaca la Enfermedad de Alzheimer (EA) como la demencia más prevalente. Por tratarse de una enfermedad progresiva e

irreversible, caracteriza un cuadro de total dependencia del anciano enfermo, que se vuelve dependiente del soporte de un cuidador, que normalmente es un familiar y demanda cuidados que se vuelven cada vez más complejos con el avance de la demencia, cuidados que generan limitaciones. El estudio tiene como objetivo demostrar los factores encontradas en la literatura que contribuyen para las limitaciones en el cuidado/cuidar en la enfermedad de Alzheimer, sugiriendo posibilidades de esta acción. Para ello, la investigación se fundamentó en la técnica de revisión de literatura descriptiva y explicativa, organizada mediante la obtención de datos relacionados al conocimiento disponible sobre el tema objeto de estudio. Los datos obtenidos señalan la necesidad de hacer efectivas las políticas públicas direccionadas para hacia el anciano demenciado y sus cuidadores, además de la capacitación de recursos humanos en Geriátría y Gerontología, con especial enfoque de la Enfermería como ciencia y disciplina, la producción de conocimiento y formación profesional, con vistas a la habilitación de recursos humanos para cuidar ancianos y preparar cuidadores familiares, frente a esa emergente demanda social.

Palabras-clave: Envejecimiento. Enfermedad de Alzheimer. Cuidador.

FACTEURS LIMITANTS DU SOIN DE LA MALADIE D´ALZHEIMER

Résumé. Le processus de vieillissement de la population implique en une croissance des maladies chronique-dégénératives, entres elles les démences, et en particulier la Maladie d´Alzheimer (MA) comme la démence la plus courante. Comme il s´agit d´une maladie progressive et irréversible, c´est une situation de totale dépendance du malade, de la personne âgée atteinte, faisant qu´elle dépende du soutien d´un soignant qui, en général, est une personne de la famille.

Les soins sont de plus en plus complexes au fur et à mesure de la progression de la démence et causent des limitations. Cette étude a comme objectif la démonstration des facteurs qui contribuent aux limitations rencontrées dans la littérature en ce qui concerne le traitement de la maladie d'Alzheimer et suggère des possibilités. Pour ce faire, la recherche a été basée sur une révision de la littérature descriptive et explicative, organisée par l'obtention de données en relation avec les connaissances disponibles sur le thème en question. Les données obtenues indiquent une nécessité de mise en oeuvre de politiques publiques pour la personne âgée démente, ses soignants et la formation de ressources humaines en Gériatrie et Gérontologie, indiquant plus spécifiquement en science infirmière, en tant que science et discipline, production du savoir et la formation professionnelle visant la formation de ressources humaines pour s'occuper de personnes âgées et préparer les soignants de la famille face à cette émergente demande sociale.

Mots-clé: Vieillesse. Maladie d'Alzheimer. Soignant.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional, antes ligado aos países desenvolvidos, é hoje considerado fenômeno mundial, pois vem ocorrendo com grande velocidade nos países em desenvolvimento.

Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os anos 2000 e 2050, o número de pessoas acima de 60 anos aumentará de 600 milhões para dois bilhões, a maioria vivendo nos países em desenvolvimento (OMS, 2006).

Considerando as projeções estatísticas e as diferenças entre os países desenvolvidos e os ainda em desenvolvimento, nestes, o veloz ritmo de envelheci-

mento da população não é acompanhado pela mesma velocidade do desenvolvimento social e econômico (LEITE, 2009), a exemplo do Brasil.

De acordo com o censo demográfico (IBGE, 2010), a população brasileira com 65 anos ou mais, no ano de 1991, era de 4,8%, passou para 5,9% no ano 2000, chegou a 7,4% em 2010 e já está em 13% (IBGE, 2013); estima-se que, nos próximos 50 anos, essa população será de 58 milhões, o que corresponderá a 23,6% da população total do país (SCAZUFCA et al., 2002).

Diante desses dados, verifica-se que a população brasileira está envelhecendo de forma progressiva e, como um país ainda em desenvolvimento, esse processo vem ocorrendo sem que haja evolução dos padrões sociais e econômicos. Essa condição implica na ausência de suporte das políticas sociais e dos serviços de saúde a respeito da maior demanda e o despreparo dos sistemas de atenção para lidar com essa realidade.

Outro ponto pertinente e relevante quanto ao processo de envelhecimento da população brasileira é a transição epidemiológica na qual o perfil de doenças transmissíveis no idoso muda para o de doenças crônicas, dentre as quais as síndromes demenciais. Para a demência pode ser definida como uma deterioração das funções cognitivas associada à redução da capacidade funcional global de um indivíduo, sendo que o comprometimento das funções cognitivas está, geralmente, associado a alterações do comportamento e da personalidade (Moraes (2008).

Sabe-se que a incidência e prevalência de demências aumentam com a idade. A prevalência de demências aumenta, particularmente, após os 65-75

anos, com taxas que variam de 1,5% aos 65 anos, 4,1% aos 70-74 anos, 18,7% aos 75-84 anos e 47,2% na população acima de 85 anos (D'ALENCAR; SANTOS; PINTO, 2010).

Entre as demências, prevalece a Doença de Alzheimer (DA), apresentando-se nos estudos como a responsável por 50 a 60% dos casos entre idosos, e, conforme indicam Gonçalves e Carmo (2012), este mesmo percentual ocorre no Brasil.

A DOENÇA DE ALZHEIMER

Principal causa entre as síndromes demenciais, a DA é definida pela maior parte da literatura como uma doença neurodegenerativa pertencente à classe das demências do tipo irreversível, caracterizada por declínio cognitivo progressivo, de início insidioso, em que há presença de perdas graduais da função cognitiva e distúrbios do comportamento e afeto. Ou seja, a doença afeta principalmente as áreas do cérebro relacionadas com a parte cognitiva, ligadas à memória e ao aprendizado.

Sintetizando tal processo, pode-se depreender a DA como uma doença que afeta principalmente a função cognitiva, sendo assim caracterizada por declínio cognitivo progressivo e irreversível, que se inicia com alterações da memória e, evolutivamente, culmina com alterações comportamentais, chegando à incapacidade cognitiva, onde se instala a perda das capacidades de autonomia e independência do portador.

A DA costuma acometer, mais comumente, indivíduos acima de 65 anos de idade, e pode desenvolver-se, em casos considerados raros, naqueles entre os 35 e 60 anos, como afirmam Cayton, Warner e Graham (2000), corroborando a corrente literária norteadora deste estudo.

Por tratar-se de doença progressiva, a evolução da DA é dividida em fases. Entretanto, é importante salientar que a doença difere de uma pessoa para outra. A doença tipicamente progride de forma gradativa sem apresentar perfeitamente as características de cada estágio (CAYTON; WARNER; GRAHAM, 2000) e ainda nem sempre esses estágios são reconhecidos de forma isolada (D'ALENCAR; SANTOS; PINTO, 2010), pois sintomas de um estágio podem aparecer em outro, considerando ainda a progressão que em algumas pessoas pode acontecer mais rapidamente.

Portanto, o processo de evolução da doença apresenta características distintas em cada indivíduo, pois depende de fatores e influências sofridas no decorrer da vida.

- **As Fases da doença.** Três são as fases da Doença de Alzheimer, apresentadas a seguir com suas características:

Fase Inicial: caracteriza-se como a fase do esquecimento e, de acordo com Cayton, Warner e Graham (2000), por ter instauração gradual da doença, é difícil identificar exatamente quando começa. Equivocadamente é rotulada pelos profissionais, parentes e amigos como “velhice” ou como parte integrante do

processo de envelhecimento.

É basicamente nessa fase que o agravamento progressivo do déficit cognitivo e o comprometimento das atividades de vida diária passam a ocorrer, antes tidas como rotina pelo portador, como por exemplo, dificuldades no controle do dinheiro, dificuldades nas compras de casa, comunicação prejudicada pelo esquecimento de nome de pessoas ou de objetos familiares, esquecimento de objetos pessoais ou ainda, o que é muito comum, esquecimento de alimentos em preparo no fogão e o hábito de se perder em locais familiares, podendo haver também desorientação no tempo e espaço. “Mesmo assim, ainda pode manter a capacidade de vestir-se, de comer só ou, até mesmo, de desenvolver uma atividade ocupacional” (D’ALENCAR; SANTOS; PINTO, 2010, p. 30).

Fase Intermediária: caracteriza-se pela acentuação dos sintomas da fase inicial e o crescente agravamento da perda de memória. Além da exacerbação dos sintomas da fase anterior relacionados à progressiva perda funcional, nessa fase encontram-se prejudicadas as capacidades de planejar e fazer julgamentos, efetuar cálculos, resolver problemas, realizar tarefas em etapas. Além disso, surgem alterações visuais e espaciais, sinais de apraxia (prejuízo na capacidade de executar atividades motoras), afasia (deterioração das capacidades da língua falada e escrita), agnosia (alteração na percepção sensorial) e anomia (dificuldade de nomeação) (D’ALENCAR; SANTOS; PINTO, 2010; GAIOLI, 2010). É nesta fase que ocorre o aparecimento dos distúrbios comportamentais, como agitação e agressividade, particularmente contra os

membros da família (PAPALÉO NETTO, 2007) e especialmente no fim do dia. Nessa etapa, o portador da doença já não mais consegue realizar sozinho as atividades básicas da vida diária, devendo ser assistido por um cuidador durante a maior parte do tempo.

Fase Final: também considerada como a fase avançada ou severa da doença, é quando desaparecem por completo as funções cognitivas e o portador torna-se plenamente dependente. Além das dificuldades para o reconhecimento de pessoas e espaços familiares, acentuam-se as alterações de linguagem, com produção de sons incompreensíveis, até atingirem o mutismo (GAIOLI, 2010), acrescidos ainda da incontinência total, perda de peso e incapacidade para andar, sentar e até mesmo engolir. Com o desaparecimento completo das funções, o doente atinge um estado vegetativo (D'ALENCAR; SANTOS; PINTO, 2009), passando a depender de outras pessoas para sobreviver; pois, totalmente dependente, fica vulnerável a infecções como pneumonia e úlceras de decúbito.

As autoras anteriormente citadas evidenciam que a vulnerabilidade às consequências dessa patologia exige uma maior carga de trabalho do cuidador, que, por consequência, também sofre tanto por desgaste físico quanto emocional, e consideram ainda de relevante importância a disponibilidade de situações e de pessoas que possam proporcionar bem-estar e dignidade ao doente na fase terminal da doença, ao tempo em que auxiliam o cuidador nesse enfrentamento difícil.

Etiopatogenia. Ainda hoje, apesar de muitas pesquisas realizadas e muitas ainda em andamento, é desconhecida a etiologia específica da DA. Sabe-se das várias hipóteses que tentam explicar o desencadear do processo fisiopatogênico da doença. Entretanto, é consenso na literatura que a principal e mais aceita é a hipótese da deposição de proteína beta-amiloide (bA) como responsável pelo processo patológico.

Considerando essa hipótese, o acúmulo de proteína beta-amiloide no tecido cerebral, em síntese, leva às alterações características da doença, como placas neuríticas (ou senis) e os emaranhados neurofibrilares que, por consequência, culminam em morte neuronal em regiões específicas do Sistema Nervoso Central (SNC), como o hipocampo, que é estrutura importante para a memória (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006) e, ao avançar da doença, o córtex e outras regiões responsáveis também por funções cognitivas.

Assim, novas investigações sobre a etiologia da DA constituem grande desafio e são de importante valia para, no futuro, possibilitar o surgimento de novas drogas que busquem não só retardar a evolução da doença, que é o que temos hoje de terapêutica, mas tornar possível a sua cura.

Fatores de risco. Vários fatores de risco para a DA estão presentes em estudos. Entre eles, os mais citados são: idade avançada; história familiar positiva para a doença; sexo feminino; síndrome de Down e presença do alelo E4 da apolipoproteína E (ApoE); sendo a idade avançada o principal fator de risco para a doença, por acometer, particularmente, indivíduos

acima dos 65 anos de idade e elevar sua prevalência à medida que a idade aumenta.

Diagnóstico. De acordo com os estudos sobre o tema, não existe ainda um diagnóstico específico para a doença. O diagnóstico é feito por exclusão, ou seja, por diagnóstico diferencial, feito através da diferenciação de outras doenças que podem apresentar os mesmos sinais de demência, a exemplo do hipotireoidismo, depressão, acidente vascular cerebral, entre outras.

Vale destacar que um diagnóstico definitivo da DA, conforme a literatura, só é possível com a biópsia cerebral, que não é feita rotineiramente (MORAES, 2008); entretanto, há os seguintes critérios diagnósticos utilizados para a Doença de Alzheimer: *possível* ou *provável*.

De um modo geral, o diagnóstico da doença é feito através de uma avaliação clínica minuciosa, através de anamnese, exame físico, avaliação cognitiva e avaliação neuropsicológica detalhada, feitos após o descarte de outras patologias com a mesma sintomatologia clínica.

O teste neuropsicológico mais utilizado na suspeita diagnóstica é o Miniexame do Estado Mental (MEEM), por ser de fácil aplicação e avaliar não somente a memória do paciente, como também outras funções cognitivas (PAPALÉO NETTO, 2007); porém, esse tipo de teste somente auxilia no diagnóstico, pois as informações que fornece não são suficientes para se fechar uma suspeita diagnóstica (CAYTON; WARNER; GRAHAM, 2000).

Dessa forma, verifica-se a dificuldade no diagnóstico da DA, visto que pode ser confundida com outra

patologia com os mesmos sintomas clínicos, além de um diagnóstico definitivo ser possível somente com a biópsia cerebral.

Portanto, torna-se de grande relevância destacar a importância da realização precoce do diagnóstico da demência, que possibilitaria o tratamento imediato aos doentes, além de, enquanto mantida a sua capacidade, planejar sua vida junto aos familiares.

Tratamento. Até o momento, a terapêutica da DA é constituída por um tratamento sintomático, ou seja, consiste na utilização de drogas que apenas atingem os sintomas da doença, já que não se sabe com exatidão a sua causa.

O tratamento visa corrigir os déficits cognitivos e os distúrbios psicocomportamentais decorrentes da doença, em especial o retardo do comprometimento da memória.

O tratamento dos distúrbios cognitivos fundamenta-se, essencialmente, na utilização de drogas que atuam na neurotransmissão colinérgica, visto que a acetilcolina é a principal substância envolvida no controle da memória (CAYTON; WARNER; GRAHAM, 2000; ABRAZ, 2002; PAPALÉO NETTO, 2007; MORAES, 2008).

Entre as drogas que agem através deste mecanismo de ação, são utilizadas na DA a galantamina, o donepezil e a rivastigmina. Também podem ser utilizados outros tipos de fármacos, tanto para casos mais avançados da doença, como a memantina (ABRAZ, 2002; PAPALÉO NETTO, 2007; MORAES, 2008; POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011), quanto para o tratamento das alterações psicocomportamentais secundárias à doença.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, por meio do Programa de Medicamentos Excepcionais, a rivastigmina, a galantamina e o donepezil (BRASIL, 2012).

Atualmente, no mundo inteiro, novas pesquisas vêm sendo desenvolvidas e novas drogas vêm sendo testadas, a exemplo de uma espécie de vacina, ainda em estudo, a imunoterapia antiamilóide (DAMIN, 2012), com futuro promissor para o tratamento da doença face à principal hipótese fisiopatogênica.

Ainda sem perspectiva de cura, baseado na estabilização ou retardo do processo de evolução da doença, o tratamento atual não impede a sua progressão. O alto grau de dependência do indivíduo portador, ao avançar da demência, torna-se inevitável, alterando todo o contexto de vida, em que o cuidar do doente gera desgaste tanto físico quanto psicológico e, por vezes, limitante.

FATORES LIMITANTES NO CUIDADO/CUIDAR NA DOENÇA DE ALZHEIMER

O processo de evolução da DA traz consigo mudanças profundas na vida do portador. As perdas graduais da função cognitiva e os distúrbios do comportamento e afeto, característicos da doença, progridem de forma irreversível até chegarem à sua total incapacidade, determinando assim a alta dependência do doente, que dependerá exclusivamente do auxílio de outras pessoas, mais especificamente de um cuidador, para sobreviver.

As profundas mudanças ocorrem não somente na vida do portador, pois as múltiplas demandas

de cuidados na doença envolvem toda uma dinâmica que altera a estrutura familiar e influencia também o cuidador, acarretando impactos significativos no cotidiano de ambos, sendo comuns as sobrecargas e limitações decorrentes de várias ordens, para quem cuida.

O cuidador. A Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153 de 7 de abril de 1999 (BRASIL, 1999), que institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, visa a capacitação de recursos humanos nas diferentes modalidades de cuidadores, classificando-os em cuidador domiciliar (familiar ou não-familiar) e cuidador institucional.

Apesar dessa classificação, as políticas sociais de atenção ao idoso, tais como a *Política Nacional do Idoso* (1994), o *Estatuto do Idoso* (2003) e a *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa* (2006), não apresentam nenhum tipo de classificação quanto aos cuidadores de idosos; entretanto, é comum encontrar em algumas publicações relacionadas a cuidador as classificações de cuidador formal e informal. correspondendo ao cuidador formal, aquele com formação profissional; e ao cuidador informal, aquele que não possui nenhum tipo de formação profissional, podendo este ser um familiar ou não.

No que tange aos cuidadores de idosos portadores da DA, o perfil desses apresenta-os, nos estudos sobre o assunto, como um familiar. Os estudos mostram ainda que além de ser um familiar, geralmente é um cônjuge ou filho que assume a prestação de cuidados, a maioria pertencente ao sexo feminino, em faixa etária também avançada, e muitos

já apresentando algum tipo de problema de saúde. Para Gratão (2006), esse perfil traçado pela literatura nacional corrobora o mesmo encontrado em estudos internacionais.

DINÂMICA DO CUIDADO E DEMANDAS PARA O CUIDADOR

Ao longo do curso evolutivo da DA, a dinâmica de cuidados vai tornando-se cada vez mais complexa, pois além da presença dos distúrbios do comportamento e afeto, o doente fica impossibilitado de cuidar de si, demandando cuidados que vão desde o aparecimento das dificuldades em realizar as atividades básicas da vida diária e a progressão para as atividades instrumentais da vida diária, que são as mais complexas como por exemplo, locomoção, administração financeira e da casa e resolução de problemas —, até, dessa forma, atingir as capacidades de autonomia e independência do indivíduo portador.

Nesse contexto, o familiar que cuida do idoso demenciado passa a ter muitas dúvidas e dificuldades, principalmente quando passa a observar as mudanças no comportamento do seu parente, não sabendo como lidar com essa situação (PAES; ESPÍRITO SANTO, 2005).

Assim, a família passa a ser o elemento central com importante papel no cuidado ao mesmo, o que acaba repercutindo na dinâmica familiar, pois ocorrem mudanças

na rotina que vão gerar conflitos e dúvidas para aqueles que passam a assumir a responsabilidade desse cuidado no ambiente domiciliar (PAES; ESPÍRITO SANTO, 2005, p. 194).

As pesquisas mostram, portanto, que a prestação de cuidados ao paciente com DA torna-se de responsabilidade do núcleo familiar, que muito comumente designa os cuidados para um de seus membros, transformando-o no cuidador principal, sujeito diretamente envolvido com todo o processo de cuidados de que necessita o idoso.

Ainda de acordo com Papaléo Netto (2007, p. 344), o perfil dos cuidadores decorre de que,

em nosso país, no qual a maioria da população não recebe mais que dois salários mínimos e no qual a renda familiar é frequentemente pouco maior que isto, o papel do cuidador comumente só pode ser executado pelo cônjuge ou filho adulto que, com raras exceções, não estão preparados para lidar com o doente demenciado. [...] Diante deste quadro, o que se observa é a filha ou filho ser obrigado a abandonar seu emprego para cuidar do paciente. O que é mais frequente, no entanto, devido a esta situação, é que os cuidados necessários sejam realizados pelo cônjuge tão idoso e frágil como o

próprio doente, o que torna o trabalho extremamente árduo. Ressalte-se que o cuidador é tradicionalmente, uma mulher. A esposa, se presente e capaz, é usualmente o cuidador primário.

Soma-se a isso a estratégia de muitas famílias frente à doença, que é quase sempre a do afastamento, deixando o cuidador sozinho para o enfrentamento da situação (D'ALENCAR; SANTOS; PINTO, 2010).

Assim, o cuidador se vê sem nenhum tipo de apoio diante de cuidados ininterruptos para com o familiar demenciado, tendo que conviver ainda com a ideia de que seu ente querido passa por um processo inevitável de involução, realidade esta determinante para uma maior sobrecarga física, psicológica e emocional do que em relação aos cuidados a um idoso dependente não-demenciado.

Esta sobrecarga apresentada pelo cuidador pode repercutir negativamente sobre o idoso enfermo, uma vez que irá afetar a qualidade do cuidado prestado, podendo, por este motivo, ainda acarretar uma internação prematura.

Frente ao explanado, a literatura aponta uma série de limitações quanto aos cuidados na DA, delineando uma realidade comum, traçando assim um perfil dos principais fatores que contribuem para essas limitações.

PERFIL DOS PRINCIPAIS FATORES LIMITANTES NO CUIDADO/CUIDAR NA DA

Entre os principais fatores limitantes encontrados nas pesquisas relacionadas aos cuidados na DA, estão:

- informação/orientação sobre a doença e sua evolução;
- índice de sobrecargas física, psicológica e emocional apresentado pelo cuidador;
- sentimentos negativos exibidos pelo cuidador com relação ao cuidado/cuidar e
- de suporte financeiro.

A **falta de informação/orientação acerca da doença e de sua evolução** apresenta-se como um fator limitante. Isto porque é muito comum familiares e cuidadores afirmarem que uma das maiores dificuldades enfrentadas nos cuidados ao doente é o fato de terem recebido pouco esclarecimento quanto à doença; não sabendo, portanto, como lidar com determinadas situações no cotidiano de cuidados.

No estudo de Santana, Almeida e Savoldi (2009, p. 461), essa afirmação pode ser constatada pela fala de um dos cuidadores pesquisados:

- A única coisa que o médico me falou era que a doença não tinha cura, que ela podia ter lapsos de memória e que era pra não deixar ela sozinha e que a tendência era piorar, agora como cuidar e as fases que ela iria ter, ele não me falou.

Pela falta de orientação, outro cuidador participante desta mesma pesquisa, Santana, Almeida e Savoldi (2009, p. 461), diz:

- Eu achava que demência era aquela pessoa que é louco!

Corroborando o estudo de Santana, Almeida e Savoldi (2009), na pesquisa de Neumann e Dias (2011, p. 969), a fala de um familiar explicita também a falta de informação:

- Eu não sabia, porque ele não explicava nada pra gente (o médico). Não sabia das informações, porque tinham coisas que eu não sabia lidar [...] sentia falta das informações.

Assim, percebe-se a falta de informação e orientação como determinantes na maneira como os familiares e cuidadores enfrentam a doença.

Pelzer (2002, p. 102) considera como contribuinte para essa realidade, o seguinte:

aassistência à saúde de uma forma global e a de enfermagem em particular, não devem e não podem ignorar as dimensões social, econômica, cultural e política do processo de envelhecimento, com risco de adotar medidas assistenciais paliativas, sem se preocupar em buscar formas de minimizá-las.

[...] Como no Brasil o paradigma referente ao manejo das demências é o paradigma cognitivo-cerebral, que valoriza as funções cognitivas, com um referencial mecanicista, no qual o modelo biomédico supervaloriza marcadores genéticos e bioquímicos. Esse contexto acaba refletindo sobre como o idoso portador de DA e seus respectivos familiares são assistidos pelos serviços de saúde. [...] A promoção da qualidade de vida do idoso dependente – em estágios avançados de DA – e dos que o estão cuidando, é uma meta a ser alcançada, desafiando os profissionais e todos aqueles que estão engajados no processo. [...] O conjunto de conhecimentos e técnicas já produzidos e acumulados, na direção da construção do objeto efetivo do trabalho em saúde com o idoso portador de DA e sua família, é ainda extremamente pequeno, pouco testado e, por isso mesmo, certamente instável, isto é, tendente a uma rápida re-elaboração.

Complementando Pelzer, Neumann e Dias (2011, p. 969) concluem:

Nesse sentido, um fator importante a ser considerado é que, em geral, observa-se uma carência de atendimento dos programas direcionados à população idosa com diferentes

perfis socioeconômicos, principalmente quando se trata de uma doença crônica e degenerativa.

Isto posto, verifica-se a incipiência na prática das políticas públicas voltadas ao idoso e, em especial, ao idoso portador de DA, pois desde o ano de 2002, ao instituir o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, a Portaria n° 703 de 12 de abril de 2002 (BRASIL, 2002) dispõe:

Considerando a Portaria GM/MS n° 702, de 12 de abril de 2002, que cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, no âmbito do Sistema Único de Saúde; [...] Considerando a Portaria SAS/MS n° 249, de 12 de abril de 2002, que aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e as Orientações Gerais para a Assistência ao Idoso; [...]

Considerando a necessidade de adotar medidas que permitam melhor organizar a assistência aos portadores de Doença de Alzheimer, em todos os aspectos nela envolvidos, resolve: [...] Art. 1° Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. [...] Art. 2° Definir que o Programa ora instituído será de-

envolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em cooperação com as respectivas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. [...] Parágrafo único. Os Centros de Referência integrantes da Rede mencionada no caput deste Artigo são os responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação a famílias e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos pacientes portadores da Doença de Alzheimer. [...] Art. 3º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleça o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da demência por Doença de Alzheimer, inclua os medicamentos utilizados neste tratamento no rol dos Medicamentos Excepcionais e adote as demais medidas que forem necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria.

Contribui ainda para essa realidade, concomitante à incipiência na prática das políticas de atenção ao idoso e ao idoso demenciado por DA, a escassez, no País, de profissionais da área da saúde com formação específica em Geriatria e Gerontologia; e entre eles, o enfermeiro.

Essa escassez de formação especializada é influenciada pelo fato de que a maioria das universi-

dades brasileiras ainda não está sintonizada com o atual processo de transição demográfica, havendo uma escassez de recursos técnicos e humanos necessários para enfrentar a explosão demográfica desse grupo no novo milênio (PELZER, 2002).

Observa-se então que há um desarranjo entre as políticas sociais de atenção ao idoso e a realidade existente, pois o próprio *Estatuto do Idoso* (BRASIL, 2003) assegura como um dos direitos prioritários da pessoa idosa a capacitação e atualização técnica dos recursos humanos nas áreas de Geriatria e Gerontologia e ainda dispõe, no seu Art. 15, que:

É assegurada atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Portanto, a assistência regulamentada, os serviços de apoio ao idoso portador de demência e seus familiares e cuidadores, assim como profissionais de saúde capacitados para atender tal demanda, ainda são insuficientes no nosso país, dificultando assim, o cuidado a esses portadores.

O alto índice de sobrecargas física, psicológica e emocional apresentados pelo cuidador mostra-se como um dos principais fatores encontrados,

pois está diretamente ligado à demanda de cuidados provenientes da DA.

No geral, como os cuidados ao idoso demenciado são prestados por um familiar — a quem a família transfere toda a responsabilidade da assistência, indivíduo direta e unicamente responsável por todos os cuidados necessários ao enfermo —, cuidar, além de requerer atenção integral devido à alta dependência do doente, pode provocar esgotamento físico, psíquico e emocional desse cuidador, já que se trata de um trabalho contínuo e sem descanso, afetando assim a qualidade da assistência prestada (DOMINGUES; SANTOS; QUINTANS, 2009).

Para o cuidador, lidar diretamente com o banho, a vestimenta, a higiene do idoso e o manejo dos distúrbios de comportamento podem ser uma das tarefas mais desgastantes [...] A tarefa do cuidar de um idoso com doença de Alzheimer exige do cuidador dedicação praticamente exclusiva, fazendo com que ele deixe suas atividades, em detrimento dos cuidados dispensados. Algumas pessoas abandonam seus empregos e ocupações, deixam de viver suas próprias vidas, muitas vezes seguindo para o isolamento social e depressão (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006, p. 592).

O isolamento social a que é exposto o cuidador traz consequências intimamente relacionadas às ações de cuidar, uma vez que tal condição pode contribuir para

exposição do sujeito cuidador ao risco de exclusão social (COSTA et al., 2012). Compreende-se, então, que as consequências da DA não se restringem somente ao idoso portador, pois atingem também os envolvidos diretamente com o cuidado, deixando-os em situação de desgaste e vulneráveis nos âmbitos biológico, psicológico, emocional e também social.

Assim, pois, sendo o cuidador o único responsável pelos cuidados, sem nenhum tipo de apoio e, dessa forma, exposto ao total desgaste físico e de igual forma, psicológico e emocional, suscetível ainda ao isolamento social e depressão, há a **presença de vários sentimentos negativos exibidos pelo cuidador com relação ao cuidado/cuidar** como resultante desses desgastes vivenciados.

Entre os sentimentos encontrados, chamam a atenção o *medo*, a *impaciência* e a *solidão*. O *medo* é expresso pelos cuidadores tanto pelo receio de algum dia ficarem na mesma situação de incapacidade quanto pela consciência dolorosa da morte iminente a que o ente querido está submetido.

O sentimento de *impaciência* surge, de acordo com os cuidadores, quando lidam com os sintomas de agressividade do enfermo e situações difíceis na tarefa do cuidado, quando se sentem impotentes em realizá-las, culminando, por vezes, em raiva ou até mesmo vontade de praticar agressões ao idoso doente. Também a *solidão* é consequência do isolamento a que são expostos e da falta de apoio familiar, quando se transformam em sujeitos únicos no desempenho e responsabilidade cotidiana de cuidar (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

Dessa forma, percebe-se que esse “misto” de sentimentos provenientes dos desgastes vivenciados colabora para uma maior sobrecarga emocional, sobretudo pelo isolamento resultante.

Adiciona-se ainda, para ampliar esse desgaste, a ***ausência de suporte financeiro*** das famílias, especialmente porque

muitos dos cuidadores sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender às necessidades básicas do próprio idoso (FIGUEIREDO; D’ALENCAR, 2009, p. 156).

Para comprometer ainda mais a qualidade do cuidar, a maioria dos cuidadores desconhece os direitos do portador da DA, bem como os seus. À falta de cumprimento das políticas públicas voltadas ao sujeito demenciado e seus cuidadores, a literatura aponta para profissionais de saúde ainda pouco capacitados para atender às demandas do cuidador; dentre elas, esclarecimento, acolhimento e orientação.

Isto posto, conclui-se que as equipes de saúde e familiares, direta e indiretamente envolvidos com o demenciado, estão distantes da realidade dos cuidados necessários a um portador de DA, dificultando ainda mais a dura “missão” de ser cuidador, particularmente o cuidador familiar, que além dos enfrentamentos cotidianos que a condição de cuidador impõe, traz consigo a dor afetiva de conviver com um familiar onde a relação passa, gradualmente, a ser unilateral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta análise permite considerar que o processo de envelhecimento populacional brasileiro vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, constituindo-se em grande desafio a ser enfrentado pelos sistemas gestores de políticas sociais e de saúde. Também possibilita considerar que, de forma concomitante à transição demográfica, há o aumento das doenças relacionadas ao envelhecimento, em especial as demências, verificando-se que, entre elas, a demência por doença de Alzheimer destaca-se como a mais prevalente.

O estudo permite deduzir que a DA, identificada por demência progressiva e irreversível, cujo principal fator de risco é a idade avançada, apresenta-se como uma doença ainda sem perspectiva de cura, em que o tratamento atual baseia-se somente na estabilização da doença, não impedindo sua evolução. Ao longo de seu curso evolutivo, gera total dependência e perda de autonomia do idoso portador, caracterizando um alto grau de demanda de cuidados que se torna cada vez mais complexo, atingindo não somente o portador, como também a família e o sujeito cuidador.

Assim, ao analisar o perfil dos principais fatores que contribuem para limitações no cuidado/cuidar na Doença de Alzheimer, inferiu-se que há uma incipiência na prática das políticas públicas e serviços de apoio voltados para o atendimento dessa parcela específica da população, somada ainda à escassez de profissionais de saúde, principalmente de enfermeiros, com capacitação adequada e especializada

na área de Geriatria e Gerontologia para atender a tal demanda. Uma incapacidade técnica que contribui ainda mais para onerar a prática do cuidado aos que dele necessitam.

Fundamentando-se nesses dados e após reflexão com base na literatura, sugere-se como possibilidade para minimizar a situação existente o cumprimento efetivo das políticas públicas voltadas para o sujeito demenciado e seus cuidadores, tanto por parte do enfermeiro quanto dos demais profissionais de saúde. A capacitação em Geriatria e Gerontologia, tal como previsto no *Estatuto do Idoso*, sugere a produção de conhecimento e formação profissional, em especial da enfermagem, visando a formação de recursos humanos para cuidar de idosos e preparar cuidadores familiares frente a uma demanda social cada vez maior.

Ao enfermeiro, reforça-se aqui, compete não só buscar a capacitação profissional especializada diante das atuais demandas por conhecimento científico acerca do envelhecimento e da Doença de Alzheimer, tendo na sua profissão a essência de cuidador e educador por excelência, mas também promover ações e programas educacionais de capacitação para cuidadores informais de idosos, em especial aqueles demenciados pela DA, a partir da individualidade e história de cada família, orientando-as, capacitando-as e apoiando-as na promoção do cuidado e atenção à saúde, tanto do portador quanto do cuidador.

Através da revisão realizada, foi evidenciada a necessidade de prosseguir com os estudos, principalmente junto à equipe multiprofissional de saúde,

para a elaboração de procedimentos e protocolos no sentido de nortear ações e, em particular, a assistência de enfermagem a esses sujeitos cuidadores, de modo geral, e principalmente aos familiares cuidadores de idosos com DA, que acabam por abdicar da própria vida para viver a do outro.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. *Você não está sozinho*. São Paulo: ABRAZ, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2004. 100 p. (CONASS Documenta ; 3). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta3.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2012.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003- Estatuto do Idoso. *Presidência da República*, Casa Civil, Brasília, DF, 1º out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 26 set. 2012.

_____. Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 abr. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5153.htm>. Acesso em: 11 mar. 2013.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 703, de 12 de Abril de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa de Assistência aos Portadores da doença de Alzheimer.. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703_21_10_2011_rep.html>. Acesso em: 8 ago. 2012.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. *Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CAYTON, Harry; WARNER, James; GRAHAM, Nori. *Tudo Sobre a Doença de Alzheimer*. Tradução José Ricardo Amaral de Souza Cruz. São Paulo: Andrei, 2000.

COSTA, Raphael Raniere de Oliveira et al. Vulnerabilidade social e saúde: interfaces do cuidado e estratégias de enfrentamento na Atenção Básica. In: 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem - CBCENF, 2012, Fortaleza-CE. Anais do 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem - Cuidado e Proteção da Vida, 2012.

D'ALENCAR, Raimunda Silva; SANTOS, Evani Moreira Pedreira dos; PINTO, Joelma Batista Tebaldi. *Conhecendo a doença de Alzheimer: uma contribuição para familiares e cuidadores*. Ilhéus: Editus, 2010.

D'ALENCAR, Raimunda Silva; PINTO, Joelma Batista Tebaldi; SANTOS, Evani Moreira Pedreira dos. Envelhecendo com Alzheimer: conhecendo o portador. *Memorialidades*, Ilhéus, Ano 6, n. 12, p. 23-53, jul./dez. 2009.

DOMINGUES, Marisa Acioly R. C.; SANTOS, Carina Farias dos; QUINTANS, Jeane R. Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. *Revista O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.1, n. 33, p. 161-169, 2009. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/161a169.pdf>. Acesso em: 17 out. 2012.

FIGUEIREDO, Barbara A.; D'ALENCAR, Raimunda S. A Doença de Alzheimer na percepção do cuidador não familiar. *Memorialidades*, Ilhéus, Ano 6, n.12, p. 151-167, jul./dez. 2009.

GAIOLI, Cheila Cristina L. de O. *Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência*. 2010. 105p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GONÇALVES, Endy-Ara Gouvea; CARMO, João dos Santos. Diagnóstico da Doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 170-176 dez. 2012. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/183/271>>. Acesso em: 28 dez. 2012.

GRATÃO, Aline Cristina M. *Demanda do cuidador familiar com idosodemenciado*. 2006. 89p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default.shtm>>. Acesso em 11 Jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 2013. Disponível em < <http://>

www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>. Acesso em: 05 jan. 2014.

LEITE, Renata E. P. *Determinação de elementos traço no encéfalo de idosos em diferentes estados cognitivos*. 2009. 142p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LUZARDO, Adriana R.; GORINI, Maria Isabel P.C.; SILVA, Ana Paula S.S. da. Características de Idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 587-94.out./dez. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06>>. Acesso em: 1º ago. 2012.

MORAES, Edgar Nunes de. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

NEUMANN, Solange M. F.; DIAS, Cristina Maria de S. B. Convivendo com a Doença de Alzheimer na família. *Revista de Enfermagem*, Revista de enfermagem UFPE on line , v. 5, p. 967-973, 2011 Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>. Acesso em: 28 ago. 2012.

OLIVEIRA, Ana Paula P.de; CALDANA, Regina H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p.675-685, jul./set. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/>

pdf/sausoc/v21n3/13.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

PAES, Poliana de França Albuquerque; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. *Revista de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery Rio de Janeiro*, v. 9, n. 2, p. 192-198, ago. 2005. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=953>. Acesso em: 29 ago. 2011.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PELZER, Marlene Teda. A enfermagem e o idoso portador de demência tipo Alzheimer: desafios do cuidar no novo milênio. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 4, n. sem indicação de número x, p. 97-111, 2002. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4722/2647>>. Acesso em: 27 mar. 2012.

POLTRONIERE, Silvana; CECCHETTO, Fátima Helena; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Doença de Alzheimer e demanda de cuidados: o que os enfermeiros sabem? *Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 270-278, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a09v32n2.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2012.

SANTANA, Rosimere Ferreira; ALMEIDA, Katia dos Santos; SAVOLDI, Nina Aurora Mello. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p.459-464, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200028>. Acesso em: 8 ago. 2012.

SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 773-778. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/29991?locale-attribute=es>>. Acesso em: 4 Jun. 2012.

Recebido em fevereiro de 2014.
Aprovado em outubro de 2015.

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SUPORTE AO CUIDADOR DO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Estela dos Santos Duarte¹

Janary José dos Santos²

Resumo: Os estudos acerca do envelhecimento vêm crescendo significativamente nas ciências médicas e sociais, por conta do aumento da longevidade, da incidência de doenças crônicas e degenerativas, requerendo dos profissionais conhecimentos mais consistentes referentes à questão. A saúde e a doença dessa população são consideradas fenômenos clínicos e sociológicos dependentes— entre outros fatores— da situação econômica e social em que a velhice é demarcada, principalmente pela aposentadoria, requerendo dos profissionais intervenções que impactem na saúde física e psicossocial do idoso e sua família. Este estudo tem por finalidade conhecer as consequências à saúde física e emocional do cuidador do portador da Doença de Alzheimer e discutir a importância da intervenção da equipe multiprofissional no enfrentamento de tais consequências. Empregou por metodologia a pesquisa de natureza qualitativa, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada, com amostra intencional de cinco famílias de cuidadores selecionadas durante o ano de 2012 em uma Unidade de Saúde da Família. A escolha por essa modalidade de investigação se deu por ela trazer retratos da realidade vivenciada por sujeitos sociais, além de permitir conhecer a trajetória de vida dos sujeitos da pesquisa. A implantação de grupos de apoio aos cuidadores surge como

1 Enfermeira graduada pela Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC), Jequié, BA. *E-mail:* <esteladuarte27@hotmail.com>.

2 Assistente social do Ministério Público do Estado da Bahia. Mestranda em Arte, Educación e Gestión Cultural pela Universidad Internacional MenéndezPelayo (Espanha). *E-mail:* <janary@ig.com.br>.

instrumento para orientar os cuidados que devem ser prestados, como espaço de troca de vivências entre cuidadores para redução do estresse e da ansiedade entre eles.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidador. Equipe Multiprofissional.

THE MULTIDISCIPLINAR TEAM IN SUPPORT TO THE ALZHEIMER'S DISEASE CARETAKER

Abstract: studies on the aging are growing significantly in social and medical sciences due to the increase of chronic and degenerative diseases, requiring more consistent knowledge professionals regarding the issue. Health and disease of this population are considered to be clinical and sociological phenomena dependent on, among other factors, the economic and social situation in which old age is marked mainly by retirement, requiring interventions that impact professionals in psychosocial and physical health of elderly and his family. The purpose of this study is to know the consequences to the physical and emotional health of the Alzheimer's disease caretaker and discuss the importance of the intervention of the multidisciplinary team in the confrontation of such consequences. Qualitative methodology was employed, using as an instrument the semi-structured interview, intentional sample of five families of caretakers are selected during the year of 2012 in a family health unit. The choice for this type of investigation was due to the possibility of bringing pictures of reality experienced by subjects of the investigation, and the knowledge of the history of life. Deployment support groups to caretakers emerges as an instrument to guide the care that should be provided, as a space for exchange of experiences, aimed at reducing stress and anxiety of the caretaker.

Keywords: Alzheimer Disease. Caretaker. Multidisciplinary Team.

EL EQUIPO MULTIPROFESIONAL EN EL APOYO AL CUIDADOR DE PORTADORES DE ALZHEIMER

Resumen: Los estudios sobre el envejecimiento han crecido de manera significativa en las ciencias médicas y sociales a causa del aumento de la longevidad y de la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas que requieren que los profesionales tengan conocimientos más consistentes sobre el tema. La salud y enfermedad en estos casos se consideran fenómenos clínicos y sociológicos que dependen, entre otros factores, de la situación económica y social en que la vejez está delimitada principalmente por la jubilación, lo que requiere de los profesionales intervenciones que incidan en la salud física y psicosocial de los ancianos y sus familias. Este estudio tiene como objetivo conocer las consecuencias en la salud física y emocional del cuidador del portador de Alzheimer y discutir la importancia de la intervención de un equipo multiprofesional para enfrentar tales consecuencias. Se empleó una metodología de naturaleza cualitativa, utilizando como instrumento la entrevista semi-estructurada, muestra intencional de cinco familias de cuidadores seleccionados durante el año 2012 en una Unidad de Salud de la Familia. La elección de este tipo de investigación se debió a la posibilidad de traer retratos de la realidad que viven los sujetos de la investigación y permite el conocimiento de la historia de vida de la misma. El establecimiento de grupos de apoyo para los cuidadores se presenta como una herramienta para guiar el cuidado que se debe proporcionar, como experiencias de espacio de intercambio, con el fin de reducir el estrés y la ansiedad del cuidador.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer. Cuidador. Equipo multidisciplinar.

L'ÉQUIPE MULTIPROFESSIONNELLE POUR LE SUPPORT AU SOIGNANT DU MALADE D'ALZHEIMER.

Résumé: Les études sur le vieillissement se développent significativement dans les sciences médicales et sociales du fait de l'augmentation de la longévité, de l'incidence de maladies chroniques et dégénératives qui demandent de la part des professionnels impliqués des connaissances plus consistantes dans ce domaine. La santé et la maladie dans cette population sont considérées comme des phénomènes cliniques et sociologiques, qui dépendent, entre autres choses, de la situation économique et sociale dans laquelle la vieillesse est démarquée principalement par la retraite, ce qui requiert de la part des professionnels des interventions qui aient un impact physique et psycho-social sur la personne âgée et sa famille. Cette étude a pour finalité de connaître les conséquences sur la santé physique et émotionnelle du soignant du porteur de la maladie d'Alzheimer et de discuter l'importance de l'intervention de l'équipe multiprofessionnelle pour combattre de telles conséquences. Pour ce faire, nous avons adopté une méthodologie de nature qualitative en employant comme instrument l'entrevue semi-structurée, avec un échantillon de cinq familles de soignants sélectionnées pendant l'année 2012 dans une Unité de Santé de la Famille. Le choix de cette modalité de recherche a été motivée par la possibilité d'accès à des situations réelles vécues par les sujets de cette recherche, en plus de permettre la connaissance de la trajectoire de vie de ces sujets. L'implantation de groupes de soutien aux soignants apparaît comme un outil pour orienter les soins qui doivent être apportés ainsi que l'espace d'échanges d'expériences vécues ayant comme objectif la réduction du stress et de l'anxiété chez le soignant.

Mots-clé: Maladie d'Alzheimer. Soignant. Équipe Multiprofessionnelle.

INTRODUÇÃO

Os estudos acerca do envelhecimento vêm crescendo significativamente nas ciências médicas e sociais por conta do aumento da longevidade, bem como da incidência de doenças crônicas e degenerativas, requerendo dos profissionais conhecimentos referentes aos idosos. O crescimento dessa população tornou-se um fenômeno mundial. Estudos relatam que, em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo; as projeções indicam que no Brasil, em 2050, a população idosa será de 1,9 bilhão de pessoas (IBGE, 2002).

Segundo a Secretaria Geral dos Direitos dos Idosos da Secretaria de Direitos Humanos,

uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) “uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050”. [...] Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos (BRASIL, 2012a, p.1).

Atenta ao processo de envelhecimento da população mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou em 1991 a Carta de Princípios para as Pessoas

Idosas, indicando a necessidade de intervenção do Estado na proteção dessa população, pontuando que as políticas elaboradas devem incluir a concepção de independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade das pessoas idosas. No ano de 2002, em Madri (Espanha), a ONU organizou a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que teve por objetivo central “construir uma sociedade apropriada para todas as pessoas, de todas as idades”(BRASIL, 2003) e que redundou na elaboração do *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento*.

A saúde e a doença nos idosos são consideradas fenômenos clínicos e sociológicos dependentes, entre outros fatores, da situação econômica e social em que a velhice é demarcada, principalmente pela aposentadoria. Nessa fase da vida, ocorre uma ruptura com o mundo produtivo, transpondo-se o idoso da categoria de trabalhador para ex-trabalhador, de cidadão ativo para inativo, com reflexo negativo para seu estado de saúde, podendo causar vulnerabilidade psicológica e emocional.

DOENÇA DE ALZHEIMER: A IMPORTÂNCIA DO CUIDADOR PARA O PACIENTE

A prevalência das doenças crônicas e degenerativas aliada à longevidade dos brasileiros tem contribuído para o aumento do número de idosos com limitações funcionais, implicando a necessidade de cuidados constantes para com essa população. Entre as enfermidades degenerativas, podemos citar a Doença de Alzheimer como uma das principais doenças

crônicas e degenerativas que vêm acometendo a população, à medida que esta envelhece.

A Doença de Alzheimer foi descrita pela primeira vez em 1906 pelo psiquiatra, neuropatologista e médico alemão Alois Alzheimer, que viveu entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX. O doutor Alzheimer iniciou o acompanhamento do caso de uma paciente admitida em seu hospital – a senhora August –, que fora uma mulher normal, saudável, até os 51 anos, quando começou a desenvolver os primeiros sinais da doença (lapsos de memória progressivos, desorientação, afasia), e foi a óbito aos 55 anos. Após a morte da senhora August, o doutor Alzheimer examinou o cérebro da paciente com o auxílio de um microscópio. Ao fazer a autópsia, descobriu um cérebro morto, com lesões que nunca haviam sido descritas antes. Tratava-se de um problema dentro dos neurônios, os quais apareciam atrofiados em vários pontos do cérebro e cheios de placas estranhas e fibras retorcidas, enroscadas umas nas outras.

Em novembro de 1906, durante o 37º Congresso do Sudoeste da Alemanha de Psiquiatria, na cidade de Tübingen, Alois Alzheimer apresentou a conferência “Sobre uma Enfermidade Específica do Córtex Cerebral”, na qual relatou o caso da sua paciente, definindo-o como uma patologia neurológica, não reconhecida, que cursava com demência. Ele destacou ainda na conferência os sintomas de déficit de memória, alterações de comportamento e incapacidade para as atividades rotineiras. E mais tarde relatou os achados de anatomia patológica dessa enfermidade, que seriam as placas senis e os novelos neurofibrilares.

Na edição de 1910 de seu *Manual de psiquiatria*, o doutor Emil Kraepelin descreveu os achados do doutor Alzheimer, cunhando a nova patologia com o nome de Alzheimer, sem prever a importância que essa descoberta e essa classificação teriam no futuro.

Entre as enfermidades que atingem os idosos, a doença de Alzheimer é a principal causa de demência em pessoas com mais de 60 anos. O aumento da incidência dessa patologia entre os idosos e as repercussões para a qualidade de vida dos pacientes acometidos pela doença e das pessoas que deles cuidam mostram a necessidade de maiores estudos sobre a sua evolução e tratamento. A demência é conceituada por Melo e Driusso (2006, p.11-12) como

uma síndrome clínica de diversas etiologias, caracterizada por um decréscimo adquirido e persistente da memória e da função cognitiva, que se manifesta por uma deficiência de memória somada à perda de outras funções corticais como linguagem, habilidades para realizar tarefas físicas complexas, para identificar objetos ou pessoas ou para construir objetos, pensamento abstrato, julgamento e personalidade.

No decorrer da vida, a questão essencial é viver bem, o que é largamente aceito pelas pessoas. No entanto, percebe-se maior atenção a essa questão quando as pessoas se dão conta de que a vida não dura para sempre. É justamente na fase da velhice

que tais questões vêm à tona com maior impacto psicológico para os sujeitos.

A *Síntese de Indicadores Sociais* (IBGE, 2009, p. 166) analisa que

em números absolutos, estima-se que esse segmento, em 2008, alcançava cerca de três milhões de pessoas. Estes dados mostram como o processo da longevidade está presente na sociedade brasileira e já indicam a necessidade de providências urgentes para garantir uma infraestrutura de atendimento a esses idosos.

A demência não é uma doença por si só, mas um grupo de sintomas que podem acompanhar certos danos e condições. Alterações de personalidade, temperamento e comportamento podem ocorrer, como dificuldade com a memória em relação a eventos recentes, dificuldade para saber o lugar das coisas e a hora, dificuldade em identificar palavras, compreensão da linguagem, inabilidade do raciocínio, distorção em interpretar.

Algumas vezes chamada de “demência degenerativa primária” ou “demência senil do tipo Alzheimer”, a doença de Alzheimer é responsável por pelo menos 50% de todas as demências apresentadas pelos idosos e se caracteriza por três fases:

1. Fase inicial – Muitas vezes os seus sintomas são considerados como naturais da idade; normalmente se caracteriza pela perda significativa de

memória, particularmente das coisas que acabam de acontecer; não saber a hora ou o dia da semana; perder-se em locais familiares; dificuldade na tomada de decisões; mudança de humor, depressão ou ansiedade; reação de raiva incomum ou agressividade em determinadas ocasiões; perda de interesse por *hobbies* e outras atividades pelas quais sempre se interessou.

2. Fase intermediária – Com o progresso da doença, as limitações ficam mais claras e mais graves. A pessoa com Doença de Alzheimer tem as dificuldades com as atividades do dia a dia evidenciadas através da ausência acentuada de memória, especialmente com eventos recentes e nomes das pessoas; dificuldade para gerenciar sua vida sozinha, sem problemas; incapacidade de cozinhar, limpar ou fazer compras; necessidade de ajuda para a higiene pessoal; a dificuldade com a fala fica mais avançada; perde-se tanto dentro como fora de casa; pode ter alucinações (vendo ou ouvindo coisas que não existem).
3. Fase final – A fase final ou avançada é a mais próxima da total dependência e da inatividade. Nessa fase, os distúrbios de memória são muito sérios e o lado físico da doença torna-se mais evidente, podendo ocorrer dificuldades para comer; incapacidade para se comunicar; não reconhecimento de parentes, amigos e objetos familiares; dificuldade de entender o que acontece ao seu redor; incapacidade de

encontrar o caminho de volta para a casa; dificuldade para caminhar e na deglutição, incontinência urinária e fecal; e o confinamento na cadeira de rodas ou cama.

A incidência da Doença de Alzheimer acarreta grande impacto social, emocional e financeiro para os familiares dos pacientes. Duarte e Santos (2013, p.5) afirmam que,

com a evolução da doença, os idosos, , em sua maioria, tornam-se progressivamente dependentes dos chamados cuidadores, especialmente do cuidador principal. A atenção e o carinho dispensados ao doente, os fatores econômicos, o uso de transportes coletivos, a moradia, vestuário, medicamentos entre outros fatores que tornam a tarefa do cuidador um desafio. [...] A sobrecarga física, emocional e psíquica que os cuidadores de portadores de Alzheimer estão expostos, comumente os conduz à má qualidade de vida. As consequências mais comuns do impacto de cuidar de um portador de Alzheimer são a piora da saúde física e emocional.

É o cuidador quem fica a maior parte do tempo ao lado do paciente, seja ele um familiar, um amigo ou um profissional contratado pela família. É dele a responsabilidade de dedicar-se aos cuidados do paciente no tocante à alimentação, higiene, comunicação,

prevenção de complicações e acidentes como quedas, queimaduras, intoxicações e administração de medicamentos.

A *Política Nacional de Saúde do Idoso* (BRASIL, 1994) define cuidador como a pessoa, membro ou não da família, que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias como a alimentação, higiene pessoal, além de outros serviços exigidos no exercício das suas atividades da vida diária.

Nesse contexto, a família mostra-se a principal provedora dos cuidados e das necessidades básicas aos idosos altamente dependentes. Além da privação do convívio social e do acometimento físico e mental, o cuidador frequentemente não possui tempo para o lazer ou para si próprio, tendo muitas vezes que abdicar de seus ideais e ambições para dedicar-se ao idoso doente.

Os cuidadores possuem papel fundamental para o tratamento e cuidado do portador de Alzheimer no ambiente domiciliar e familiar. Porém, nem todos os familiares estão preparados física e psicologicamente para conviver e cuidar do portador de Alzheimer, visto que este não os reconhece, não valoriza seus esforços, tornando seu trabalho bastante estressante emocional e fisicamente. Diante disso, é fundamental o acesso a informações sobre a patologia e apoio psicossocial aos cuidadores.

O cuidador é a pessoa mais importante na vida do portador de Alzheimer, é o elo do enfermo com a vida, a figura principal entre o médico e o paciente, o responsável pelo bem-estar e pela qualidade de vida do enfermo. O cuidador tem de possuir sensibilidade para “sentir” pelo enfermo: frio, calor, dor, fome,

sono, o momento de atender suas necessidades fisiológicas e ter a percepção para dizer o que ele precisa. A tarefa de cuidador exige atenção, afeto e principalmente respeito pelo outro.

Os laços afetivos estabelecidos antes da doença mostram-se como o fator mais importante na escolha do cuidador. Em primeira instância, é entre os sujeitos com maior vínculo afetivo que recaia indicação da família na hora da escolha de quem será o cuidador. A presença da afetividade é o principal elemento considerado pelos respondentes, mesmo quando não possuem vínculo de parentesco.

Para Bodachne (2004), o ato de cuidar de um idoso apresenta diversas peculiaridades, as quais precisam ser analisadas dentro do seu contexto histórico, político, socioeconômico e cultural. O cuidar costuma provocar forte impacto sobre o cuidador, dentre as alterações identificadas estão as repercussões físicas, psíquicas, sociais e econômicas, pois a doença acarreta mudanças na vida do idoso, do seu cuidador e da família como um todo. Estudos demonstram que os cuidadores passam por alterações no quadro de saúde física e emocional.

O ESTUDO REALIZADO

O presente trabalho empregou por metodologia o estudo de natureza qualitativa, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada, com amostra intencional de cinco famílias de cuidadores selecionadas durante o ano de 2012 em uma Unidade

de Saúde da Família. Para realização da pesquisa foi preservado o anonimato e sigilo dos depoimentos, utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), obedecendo aos preceitos legais de que trata esta Resolução³.

A escolha por este tipo de pesquisa pauta-se na convicção de que a pesquisa qualitativa traz retratos da realidade vivenciada por sujeitos sociais, além de permitir conhecer a trajetória de vida daqueles que são acometidos pela doença de Alzheimer. Optou-se por esse método por ele ser por nós considerado o mais adequado para compreender a realidade dos sujeitos. Segundo Martinelli,

no que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa. [...] Assim, um dado muito importante é que a pesquisa qualitativa nunca é feita apenas para o pesquisador, seu sentido é social, portanto deve retornar ao sujeito (MARTINELLI, 1999, p.25-26).

3 Os dados foram obtidos após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da faculdade à qual a pesquisa esteve vinculada.

A abordagem qualitativa oferece maiores condições para compreender a dinâmica e implicações da relação entre o cuidador e o portador de Alzheimer. É importante para dimensionar os problemas com os quais trabalhamos, para trazer grandes retratos da realidade. Assim, a pesquisa qualitativa não possui por fim último a aplicação de questionários ou realização de entrevistas, ela objetiva produzir conhecimento que sirva para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Para concluir, Martinelli (1999) destaca três considerações sobre a pesquisa qualitativa: a primeira é quanto ao seu caráter inovador, como pesquisa que se insere na busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais; a segunda é quanto à dimensão política desse tipo de pesquisa que, como construção coletiva, parte da realidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e criativa; e a terceira é que exatamente por ser um exercício político, uma construção coletiva, não se coloca como algo excludente ou hermético, é uma pesquisa que se realiza pela via complementar, não da exclusão.

A amostra foi definida a partir de diálogos mantidos com profissionais da saúde que laboram na Rede SUS do município estudado. Martinelli (1999, p.24) afirma que “o importante, nesse contexto, não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm em função do que estamos buscando com a pesquisa”.

O estudo foi realizado junto aos cuidadores dos portadores de Alzheimer através de entrevista semiestruturada constituída por perguntas fechadas (para traçar o perfil dos cuidadores) e perguntas

abertas (para traçar o perfil psicossocial do cuidador familiar). Na primeira parte da entrevista, objetivou-se coletar dados de identificação e na segunda parte foram elaboradas questões específicas da temática com a finalidade de coletar dados referentes à saúde física e emocional do cuidador do portador da Doença de Alzheimer.

A análise de dados é o processo pelo qual se dá ordem, estrutura e significado aos dados coletados, consiste na transformação dos dados em informações sistematizadas, úteis à sociedade. Ornellas afirma que

a letra falada e a letra escrita, contidas nas entrevistas, merecem uma pontuação: cabe lembrar que o que está dito e escrito é o ponto de partida, a análise e interpretação é o processo a ser seguido e a contextualização é o pano de fundo que pode assegurar relevância (ORNELLAS, 2011, p.22).

Cabe ao pesquisador realizar a releitura da palavra escrita e falada, dar vida e fazer retornar à vida (sociedade) a sistematização elaborada.

RESULTADOS DA PESQUISA

Verificou-se que 100% dos cuidadores são do sexo feminino, remetendo-nos à questão de gênero, visto que historicamente os cuidados domésticos são atribuídos às mulheres, especialmente às mulheres da família daquele que necessita de cuidados.

Em referência ao tema escolaridade, 60% das cuidadoras possuem ensino médio completo; e 40%, ensino superior. Todas encontram-se em idade produtiva para o mercado de trabalho; apenas 20% das respondentes exercem atividade laborativa como cuidadora; 20% passaram a administrar o negócio do portador de Alzheimer; e 60% das cuidadoras permaneceram exercendo atividade laborativa, além dos cuidados dispensados ao portador de Alzheimer.

O cuidar costuma provocar forte impacto sobre o cuidador, dentre as alterações estão presentes as repercussões físicas, psíquicas, sociais e econômicas sobre o portador de Alzheimer e seu grupo familiar, pois acarreta reorganizações na família, na sua organização e nas suas finanças.

Em relação ao tema alteração no quadro de saúde, 40% das respondentes afirmaram não possuir problemas de saúde e 60% afirmaram sofrer problema de saúde. Entre as que afirmaram possuir problema de saúde, 100% possuem patologias relacionadas à coluna. Isso nos remete a dois fatos: 1) aquelas que não possuem problemas de saúde cuidam de portadores de Alzheimer em fase inicial/intermediária; 2) aquelas que possuem problemas de saúde, especificamente coluna, cuidam de portadores da doença de Alzheimer em estágio avançado/terminal, portanto, precisam prestar assistência em todas as atividades, inclusive necessidades fisiológicas, higiene pessoal, mudança de decúbito, o que requer grande esforço físico.

Com referência ao tema alteração no quadro de saúde emocional, apenas 20% das respondentes afirmaram não ter ocorrido alteração; enquanto 80% confirmaram

alteração na saúde emocional, relatando estresse, perda do padrão de sono e irritabilidade. Segundo Karsch (2003, p.107-108), devemos considerar quatro fatores como principais a levar o cuidador ao estresse:

- as práticas do cuidar requeridas por 24 horas;
- o comportamento muitas vezes agressivo do idoso;
- as relações interpessoais, quando os cuidados prestados se refletem no desgaste das relações afetivas entre idoso e cuidador;
- as consequências na vida social, isto é, quando os cuidados interferem na vida social do cuidador, privando-os de atividades de lazer e convivência com amigos.

Quanto às maiores dificuldades enfrentadas pelo cuidador, verificou-se tratar-se de questões que se refletem na saúde emocional do cuidador.

- *A maior dificuldade para mim é ter atenção 24 horas, a pessoa vai se transformando em criança. Às vezes deixo de fazer coisas que gosto para dar atenção a ele (Informante 3).*

Com relação ao tema orientação acerca da doença por profissionais de saúde, 20% afirmaram não ter recebido qualquer orientação, outros 20% afirmaram ter recebido pouca informação ou informações vagas e 60% afirmaram que receberam informação da equipe de saúde. As informações devem ser voltadas também

para os cuidados dispensados ao portador de Alzheimer, visto que em muitos casos o cuidador desconhece os cuidados corretos, podendo incorrer em improvisações prejudiciais à saúde do idoso.

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ORIENTAÇÃO AO CUIDADOR

A equipe multiprofissional desempenha papel fundamental na orientação ao cuidador familiar, institucional ou contratado, pois é papel da equipe orientar pacientes e familiares acerca dos cuidados adequados com vistas a padrões de qualidade da saúde do paciente e cuidador.

Assim, enquanto educadores em saúde, os profissionais de saúde.. também devem oferecer subsídios aos cuidadores leigos para que escolham as alternativas disponíveis durante a fase em que cuidam dos doentes sem que essa função acarrete prejuízo à sua saúde. Nesse contexto, o cuidador e a família são fundamentais para a prestação dos cuidados ao idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. Considerando que em sua maioria os familiares não estão preparados nem física nem psicologicamente para conviver e cuidar desses idosos, é primordial o acesso às informações sobre a patologia e como desenvolver os cuidados domiciliares, o que requer o acompanhamento de uma equipe multiprofissional para proporcionar o apoio e as orientações a partir da implementação de programas com grupos de apoio aos familiares que assumem a função de cuidar do idoso com doença de Alzheimer.

A equipe multiprofissional possui o papel de facilitar a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos

tratamentos, o alívio dos efeitos secundários, mudanças positivas no estilo de vida do paciente e da sua família, além da aproximação do profissional com os aspectos sociais e emocionais do paciente, possibilitando um aprendizado prático sobre a integridade e humanização do atendimento.

O diagnóstico da Doença de Alzheimer para a família é um momento de impacto diante da realidade que demarca a necessidade de enfrentar uma nova situação familiar. A partir de então, surgem para o cuidador familiar dificuldades como solidão, cansaço e, não raro, a falta do apoio necessário dos demais membros da família.

Com o apoio dos profissionais de saúde, os cuidadores passam a conviver melhor com suas limitações no cuidado ao idoso com Alzheimer, pois no grupo de cuidadores é possível compartilhar experiências, dificuldades, medos e conflitos com pessoas que vivem situações semelhantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foi possível constatar que são muitas as repercussões físicas e emocionais para o cuidador, e que a parceria deste com a equipe de saúde acarreta ganhos para o sistema de saúde e para o portador de Alzheimer, pois reduz o número de internamentos e torna o cuidador mais capaz de prestar cuidado eficaz, identificar situações de emergência, proporcionando qualidade de vida para o idoso acometido da doença.

O impacto da Doença de Alzheimer sobre as relações familiares mostrou-se muito forte, decorrente das

inevitáveis alterações que envolvem afeto, carinho, amor, paciência, tolerância, relações de poder e outras variáveis. A doença promove um processo de reorganização familiar para suprir a tarefa de cuidar. Mesmo nos casos em que a tarefa de cuidador é compartilhada por diferentes membros da família, o que é bastante comum, a responsabilidade maior é exercida por uma única pessoa, o cuidador principal.

Ressalta-se a importância da implantação de programas de orientação e apoio ao cuidador que envolvam a família e a comunidade, para esclarecer dúvidas sobre a patologia, acompanhar o tratamento, prestar apoio psicológico e social para atenuar o esgotamento e o estresse gerados pela convivência com o idoso doente. A implantação de grupos de apoio aos cuidadores surge como instrumento para orientar esses sujeitos quanto aos cuidados que devem ser prestados, um espaço de troca de vivências entre cuidadores para redução do estresse e ansiedade, contribuindo para a estabilidade emocional do cuidador, que aprende a conviver com os problemas de forma realista.

O presente artigo trata do cuidador familiar. No entanto, faz-se necessário sinalizar que as “novas” configurações familiares são, em sua maioria, caracterizadas por famílias não numerosas ou mesmo casais sem filhos, realidade que inviabiliza a resolução das questões de saúde no âmbito estritamente familiar, requerendo do poder público ações que garantam a criação de serviços alternativos de saúde com vistas a assegurar a saúde e cidadania do idoso conforme preconiza a *Política Nacional do Idoso*.

REFERÊNCIAS

BODACHNE, L. *Manual de orientações para familiares e cuidadores*. Curitiba: Novartis, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 1994. p. 1-9. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf>. Acesso em outubro de 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação para o envelhecimento* (ONU, 2002). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466/2012 – Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. Publicada no DOU nº 12, – quinta-feira, 13 de junho de 2013. Seção 1 . p. 59 . Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 abril. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*. Brasília: SDH/PR, 2012a. Disponível em: <[http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos / Dados sobre o envelhecimento no Brasil.pdf](http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/Dados_sobre_o_envelhecimento_no_Brasil.pdf)>. Acesso em: 13 jun. 2015.

DUARTE, Estela dos S.; SANTOS, Janary J. dos. Repercussões físicas e emocionais do cuidador do portador da doença de Alzheimer. In: I ENCONTRO NACIONAL DE TRABALHO, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL, 1., 2012, Maceió. *Anais...* Maceió: Faculdade Integrada Tiradentes, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico. Banco de dados agregados do IBGE, 2002*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censodemografico2002>>. Acesso em: 24 fev. 2012.

_____. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 166 p.

KARSH, Ursula M. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. In: Serviço Social e Sociedade – Velhice e Envelhecimento. São Paulo: Cortez, 2003. Nº 75, Ano XXIV. p. 107-108.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999. Série Núcleo de Pesquisa: 1.

MELO, M. A.; DRIUSSO, P. Proposta fisioterapêutica para os cuidadores de portadores da doença de Alzheimer. *Envelhecimento e Saúde*, São Paulo, v.12 (4): 11-12, 2006.

ORNELLAS, Maria de Lourdes S. *Entrevista: a escuta revela*. Salvador: EDUFBA, 2011. 81 p. Série Métodos e Técnicas de Pesquisas: 1.

Recebido em abril de 2014

Reapresentado em agosto de 2015

Aprovado em outubro de 2015

A DOENÇA DE ALZHEIMER EM IDOSOS E AS CONSEQUÊNCIAS PARA CUIDADORES DOMICILIARES

Veronica Barreto Cardoso¹

João Luis Almeida da Silva²

Carla Daiane Costa Dutra³

Joelma Batista Tebaldi⁴

Flávia Azevedo de Mattos Moura Costa⁵

Resumo. O envelhecimento da população vem ocorrendo devido à tendência mundial à diminuição da mortalidade, fecundidade e o prolongamento da esperança de vida. Isso acarreta mudanças no perfil epidemiológico no qual predominam as doenças crônicas não transmissíveis que podem ou não limitar e comprometer a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso, implicando na necessidade de cuidadores. Dentre as doenças crônicas prevalentes em idosos, destacam-se as demências, sendo a mais comum a Doença de Alzheimer (DA). Objetivou-se identificar, nas produções científicas nacionais, as consequências do cuidado ao idoso portador de Doença de Alzheimer para os cuidadores domiciliares. Foi realizada pesquisa bibliográfica, nas bases de dados do *Lilacs* e *Scielo*, utilizando como descritores: Doença de Alzheimer, Cuidadores e Idosos, entre 2000 e 2012. Como resultados, identificou-se que o cuidado é exercido, na maioria das vezes, por mulheres; que a Doença de Alzheimer acarreta um

1 Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). *E-mail*: <veronica.bcardoso@gmail.com>.

2 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem (UESC).
E-mail: <prof.jlalmeida@gmail.com>.

3 Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (UESC). *E-mail*: <cdcdutra@uesc.br>.

4 Enfermeira. Doutora em Educação (UESC). *E-mail*: <joelmatebaldi@gmail.com>.

5 Pedagoga e Enfermeira. Doutora em Ciências (UESC). *E-mail*: <flavia@uesc.br>.

rompimento do modo de vida do cuidador, que passa a ter seu cotidiano modificado e sobrecarregado; e que o grupo de apoio consiste em um importante meio de ajuda para os cuidadores, visto que através das experiências adquiridas nos grupos, os cuidadores podem ter uma ideia da dimensão dos problemas que podem enfrentar no cotidiano e dessa forma planejar ações que reduzam sua sobrecarga. Conclui-se que os profissionais de saúde devam ampliar o foco de sua atenção diante da DA, de maneira que não só ajudem o portador como também seus cuidadores, visto que estes realizam o trabalho mais desgastante.

Palavras-chave: Idosos. Cuidadores. Doença de Alzheimer.

ALZHEIMER'S DISEASE IN ELDERLY AND ITS CONSEQUENCES FOR CAREGIVERS DOMESTIC

Abstract. Population aging is occurring due to the worldwide trend toward decreased mortality, fertility and the prolongation of life expectancy. This leads to changes in the epidemiological profile in which predominate the chronic diseases that may or may not limit and impair the functional capacity and quality of life of the elderly, resulting in the need for caregivers. Among the prevalent chronic diseases in elderly individuals are dementia, the most common being Alzheimer's disease (AD). Aimed to identify in national scientific production, the consequences of care to the elderly with Alzheimer's Disease for home caregivers. Literature search, the databases *Lilacs* and *Scielo* using as descriptors: Alzheimer's Disease, Caregivers and Seniors, between 2000 and 2012 As a result, it was identified that care is exercised mostly by women; that Alzheimer's disease causes a disruption in the way of life of the caregiver, that shall be your supercharged and modified everyday; and that the support group is an important means of support for carers, as through experiences in groups,

caregivers can get an idea of the scale of the problems they may face in daily life and thus plan actions that reduce your overhead . It is concluded that health professionals should broaden the focus of their attention on Alzheimer's Disease, so that not only help the wearer as well as their caregivers, as these are the ones that carry the most demanding job.

Keywords: Seniors. Caregivers. Alzheimer's Disease.

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN ANCIANOS Y LAS CONSECUENCIAS PARA LOS CUIDADORES DOMICILIARIOS

Resumen. Envejecimiento de la población se está produciendo debido a la tendencia mundial hacia la reducción de la mortalidad, la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida. Esto lleva a cambios en el perfil epidemiológico en el que predominan las enfermedades crónicas que pueden o no pueden limitar y perjudicar la capacidad funcional y la calidad de vida de las personas mayores, lo que resulta en la necesidad de cuidadores. Entre las enfermedades crónicas prevalentes en las personas de edad avanzada son la demencia, la enfermedad de Alzheimer es la más común (AD). Tuvo como objetivo identificar la producción científica nacional, las consecuencias de la atención a las personas mayores con la enfermedad de Alzheimer para cuidadores domiciliarios. Sistematizar la bibliografía, las bases de datos *Lilacs* y *Scielo* mediante descriptores como: Enfermedad de Alzheimer, cuidadores y la tercera edad, entre 2000 y 2012 Como resultado, se identificó que se tiene cuidado en su mayoría por mujeres; que la enfermedad de Alzheimer causa una perturbación en la forma de vida del cuidador, que será vuestro cotidiano sobrealimentado y modificada; y que el grupo de apoyo es un importante medio de apoyo a los cuidadores, como a través de experiencias en grupos,

los médicos pueden tener una idea de la magnitud de los problemas que pueden enfrentar en la vida diaria y así planificar acciones que reduzcan sus gastos generales. Se concluye que los profesionales de salud deben ampliar el foco de su atención en la enfermedad de Alzheimer, por lo que no sólo ayudará al usuario, así como sus cuidadores, ya que llevan el trabajo más exigente.

Palabras clave: Personas Mayores. Cuidadores. La Enfermedad de Alzheimer.

LA MALADIE D'ALZHEIMER CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES ET LES CONSÉQUENCES POUR LES SOIGNANTS À DOMICILE.

Résumé. Le vieillissement de la population est en cours dû à une tendance mondiale de la diminution de la mortalité, la fécondité et le prolongement de l'espérance de vie. Cela entraîne des changements sur le profil épidémiologique dans lequel dominent des maladies chroniques non transmissibles qui peuvent ou non limiter et compromettre la capacité fonctionnelle et la qualité de vie chez la personne âgée, ce qui implique la nécessité de soignants. Parmi les maladies chroniques courantes chez les personnes âgées on peut souligner les démences et en particulier la maladie d'Alzheimer (MA) comme étant la plus courante. Nous avons cherché à identifier dans les productions scientifiques nationales, les conséquences des soins chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer pour les soignants à domicile. Après des recherches bibliographiques dans les bases de données du *Lilacs* et *SciELO* employant les termes : *maladie d'Alzheimer, soignants et personnes âgées*, entre 2000 et 2012, les résultats obtenus démontrent que, dans la plupart des cas, les soins sont apportés par des femmes ; que la maladie d'Alzheimer cause une rupture dans le mode de vie du soignant qui voit son quotidien

modifié et surchargé ; et que le groupe d'appui consiste en un important moyen d'aide pour les soignants vu qu'à travers les expériences vécues dans les groupes, les soignants parviennent à avoir une idée de la dimension des problèmes auxquels ils peuvent être confrontés au quotidien et planifier ainsi des actions qui réduisent leur surcharge. En conclusion, les professionnels de la santé doivent concentrer davantage leur attention face à la MA afin d'aider le malade ainsi que ses soignants, vu que ceux-là réalisent le travail le plus difficile.

Mots-clé: Personnes Âgées. Soignants. Maladie d'Alzheimer.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população vem ocorrendo devido à tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida. A população idosa esteve habitualmente associada a países desenvolvidos, no entanto, este paradigma mudou. Nos últimos quarenta anos, o envelhecimento da população também ocorre nos países em desenvolvimento (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). Esse fenômeno acarreta mudanças no perfil epidemiológico, com predominância para as doenças crônicas não transmissíveis, que podem ou não limitar e comprometer a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso, implicando na necessidade de cuidadores (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Dentre as doenças crônicas prevalentes em idosos, destacam-se as demências, sendo a mais comum a Doença de Alzheimer (DA). Trata-se de um acometimento que afeta o idoso e compromete sua

integridade física, mental e social, deixando-o total ou parcialmente dependente de cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no domicílio. Diante dessa situação, surge o papel do cuidador (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

A probabilidade de desenvolver demências aumenta com o avançar da idade. Para Freitas e Machado (2006), a prevalência das demências muda de 1,4% dos idosos entre 65 e 69 anos para 20,8% daqueles entre 85 e 89 anos, podendo alcançar aproximadamente 38,6% daqueles entre 90 e 95 anos. Pesquisas realizadas em 2010 revelam que existem 35 milhões de casos no mundo e sua prevalência vem aumentando significativamente. Trata-se, portanto, de uma doença muito comum que causa um impacto desastroso sobre a vida do paciente e de seus familiares, além de onerar financeiramente a família.

A Doença de Alzheimer foi denominada dessa forma 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 independente da idade em que ocorra (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Segundo Sena e Gonçalves (2008), a Doença de Alzheimer é caracterizada como uma doença neurológica irreversível, que se manifesta de forma insidiosa devido a lesões neuronais e consequente degeneração do tecido nervoso. Por isso, a pessoa apresenta alterações progressivas, principalmente na memória, no comportamento e no desenvolvimento de suas atividades.

Conforme Machado (2006), estudos sugerem uma etiologia multifatorial para a Doença de Alzheimer, na qual são destacados os fatores genéticos e ambientais que, possivelmente, agindo através de complexas interações, modulariam o risco de desenvolvimento da doença. Para o autor, os fatores de risco estabelecidos foram a idade – considerada a mais importante para o desenvolvimento da DA, podendo ser observado um aumento progressivo de casos a partir dos 60 anos; a história familiar positiva; a síndrome de Down; o baixo nível educacional; e o gênero feminino. Sereniki e Vital (2008), acrescentam os altos níveis plasmáticos de colesterol, que também constituem um fator de risco para o desenvolvimento da Doença de Alzheimer. A identificação dos fatores de risco é importante, pois possibilita a prevenção da doença e intervenções nos pacientes.

Embora a comunidade científica se esforce para explicar os mecanismos patológicos responsáveis pela Doença de Alzheimer, as bases moleculares permanecem em grande parte desconhecidas, existindo apenas hipóteses. As duas principais hipóteses que tentam explicar a etiologia da doença são: hipótese da cascata amiloida e a hipótese colinérgica. A primeira

supõe que a neurodegeneração na DA é iniciada com a clivagem proteolítica da proteína precursora amiloide e resulta na produção, agregação e deposição da substância β -amiloide ($A\beta$) e placas senis. Quando a substância β -amiloide ($A\beta$) está em altas concentrações, são formadas no cérebro fibras amiloidais insolúveis, as quais podem agregar-se ao zinco e ao cobre, agravando, dessa forma, a toxicidade neuronal. Já a segunda hipótese supõe que a disfunção do sistema colinérgico é suficiente para produzir uma deficiência na memória em modelos animais, a qual é semelhante à Doença de Alzheimer. Os cérebros de pacientes portadores de DA mostraram degeneração dos neurônios colinérgicos, ocorrendo uma redução da atividade no córtex cerebral da colina acetiltransferase e a acetilcolinesterase (SERENIKI; VITAL, 2008).

Segundo Machado (2006), a doença afeta de forma distinta cada paciente, ou seja, são diversas formas de apresentação clínica e de progressão da doença e, provavelmente, de resposta ao tratamento. Os sintomas vão piorando de forma gradual e contínua, frequentemente, no período de oito a 12 anos. Porém, existe uma variabilidade na velocidade da progressão da doença, podendo ser de dois até 25 anos.

Os primeiros sintomas clínicos da doença são a dificuldade em registrar novas informações e a deficiência de memória recente, enquanto que as lembranças remotas são preservadas até um certo estágio da doença. O paciente demonstra, inicialmente, dificuldade em pensar com clareza, tende a cometer lapsos e a se confundir facilmente, além de apresentar queda em seu rendimento funcional em tarefas

complexas. Quando a doença vai progredindo, o paciente passa a ter dificuldades de desempenhar tarefas simples, como por exemplo utilizar os utensílios domésticos, vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentar-se. No estágio avançado da doença, o paciente perde a capacidade de funcionar de modo independente, tornando-se dependente de um cuidador (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

De acordo com Sereniki e Vital (2008), os sintomas da doença são frequentemente acompanhados por distúrbios comportamentais como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e depressão. Além desses sintomas, a apatia, a lentificação da marcha ou do discurso, a dificuldade de concentração, perda de peso, a insônia e a agitação também podem ocorrer. Para Abreu, Forlenza e Barros (2005), o óbito acontece após 15 anos de evolução, devido a complicações clínicas ou quadros infecciosos.

Segundo D'Alencar, Santos e Pinto (2010), as famílias também se encontram em uma situação difícil. Muitas vezes, por desinformação e ausência de condições materiais, os familiares ficam abalados e confusos, têm dificuldades em cuidar, perdem a paciência e reagem de forma negativa ao diagnóstico.

Machado (2006, p. 278) afirma que “a Doença de Alzheimer pode gerar desagregação e desestruturação das relações pessoais, financeiras e emocionais, daí ser considerada uma doença familiar e social”. Diante disso, faz-se necessário, também, o cuidado com a família, visto que a ausência familiar acaba interferindo na qualidade do tratamento dispensado ao portador da doença.

Normalmente, os cuidados com os idosos dependentes são prestados pela família no domicílio e incidem em um de seus membros, o qual é denominado cuidador principal. Quando outros membros da família auxiliam no cuidado, são chamados de cuidadores secundários (GONÇALVES et al., 2006).

Estudos apontam que, devido à sobrecarga de atividades, os cuidadores vivenciam a limitação do tempo livre para si e para seus familiares, acarretando em um desgaste físico e emocional (VIEIRA; FIALHO; MOREIRA, 2011). Esta situação não permite que as necessidades biológicas e psicossociais, como descansar, dormir e ter uma vida social ativa, sejam realizadas satisfatoriamente (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Outros problemas citados por cuidadores de idosos dependentes são limitações na vida profissional, desde a redução do tempo de trabalho até seu abandono; falta de tempo para cuidar de si; casamento em conflito; cansaço constante; além da percepção de sua saúde piorada (GONÇALVES et al., 2006).

Os cuidadores são fundamentais para o tratamento do idoso com Doença de Alzheimer, pois são eles os responsáveis pela 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.

Diante de tamanha responsabilidade, o papel do cuidador torna-se difícil e desgastante, visto que este

convive com um indivíduo dependente, que não reconhece nem valoriza seus esforços; lida frequentemente com irritabilidade, agressividade, mudança de humor e de comportamento. Portanto, é imprescindível que ocorra um preparo físico e psicológico para os cuidadores com o objetivo de atenuar o esgotamento e o estresse gerados pela convivência com uma pessoa que cada vez mais precisará de cuidado e atenção.

Segundo Cassis et al, (2007), o conceito de cuidadores está sendo muito discutido na literatura. Considerava-se cuidador o membro da família que provia cuidados à pessoa; depois foi definido como o indivíduo que residia com o paciente e que atuava no cuidado por mais de seis meses ou, ainda, como o principal responsável por proporcionar ou coordenar os recursos requeridos pela pessoa.

De acordo com Wanderley (1998 apud KAWASAKI; DIOGO, 2001), existem vários tipos de cuidadores. Ressaltaque não são categorias excludentes, mas sim complementares, podendo possuir mais de uma classificação. Conforme a autora, o cuidador pode ser remunerado (receber dinheiro pelo seu trabalho); voluntário (não é remunerado); principal (tem a responsabilidade permanente da pessoa sob seu cuidado); secundário (divide a responsabilidade do cuidado com o cuidador principal); leigo (não recebeu qualificação específica para o exercício profissional da atividade de cuidar); profissional (possui qualificação específica para a prática do cuidar);familiar (tem algum parentesco com a pessoa cuidada); e o cuidador que não possui qualquer grau de parentesco com a pessoa cuidada.

O cuidado, na maior parte das vezes, é realizado no domicílio pela comunidade ou pela família. Em vários países, pode-se observar que, ao longo da história, o cuidado do idoso tem sido exercido por mulheres. Esta realidade também ocorre no Brasil, em que as cuidadoras principais são as esposas, filhas e netas (GONÇALVES et al., 2006).

De acordo com Sena e Gonçalves (2008), muitas situações influenciam na tomada de decisão sobre quem assumirá o papel de cuidador principal. Por exemplo, o fato de ser mulher, a filha caçula ou a mais velha, de estar separada, solteira, desempregada, morar com o pai ou a mãe portador/a de DA e, de alguma maneira, sentir-se na obrigação de cuidar, ser o cônjuge (esposo ou esposa) e considerar o valor afetivo e moral estabelecido na relação matrimonial.

Deve-se considerar que cuidar de uma pessoa idosa com Doença de Alzheimer é bem mais complexo e exigente do que cuidar de uma pessoa idosa com suas faculdades mentais intactas, visto que, à medida que a doença progride, aumenta também o grau de dependência, exigindo maior atenção do cuidador. Fazem parte também a convivência diária com agressividade, alterações de comportamento e de humor. O papel do cuidador de idosos portadores de DA constitui uma experiência de alto impacto na vida de quem cuida, uma vez que acarreta alterações na saúde física, emocional e social (SENA; GONÇALVES, 2008).

Nesse sentido, Luzardo, Gorini e Silva (2006) afirmam que esse cuidador pode apresentar um alto nível de ansiedade, tanto pelo sentimento de sobrecarga quanto pela percepção de que sua estrutura familiar

está sendo afetada pela modificação dos papéis sociais. Cruz e Hamdan (2008) constataam que cuidadores de pacientes com DA têm maiores chances de desenvolver sintomas psiquiátricos, mais problemas de saúde, maior frequência de conflitos familiares e problemas no trabalho, quando comparados com pessoas na mesma idade que não exercem essa função. Dentre os sintomas físicos desenvolvidos com maior frequência, destacam-se a hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias e propensão a infecções. No que se refere aos sintomas psicológicos, os mais frequentes são depressão, ansiedade e insônia.

A partir desse contexto, percebe-se que cuidar de idosos dependentes, como o caso dos portadores de Alzheimer, traz reflexos importantes no desenvolvimento desse papel. Neste artigo, porém, questiona-se se esse cuidar traz somente consequências negativas e, nesse caso, se há formas de enfrentamento dessas situações para melhorar a qualidade de vida do próprio cuidador.

Este artigo é resultado de uma pesquisa bibliográfica e foi constituída por artigos científicos selecionados nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (*Lilacs*) e Scientific Electronic Library Online (*Scielo*). Para a busca dos artigos foram utilizados os unitermos: Idoso e Cuidador; Alzheimer e Cuidador.

Estabeleceu-se para critério de inclusão: conter pelo menos um dos descritores: *Doença de Alzheimer e Cuidadores Familiares*; estar disponível on-line, estar redigido em português e ter sido publicado no período de 2000 a 2012. Este período de tempo foi definido por ser considerado amplo e atual, podendo

conter os últimos estudos acerca do tema.

Foram encontrados 33 títulos na base de dados do *Lilacs* sobre o assunto e 119 no *Scielo*, sendo que dos títulos encontrados no *Scielo*, 18 encontravam-se também no *Lilacs*. De acordo com o critério de inclusão e objetivos da pesquisa, apenas 19 foram selecionados para abordar a temática relacionada aos cuidadores de idosos domiciliares com Doença de Alzheimer.

Após encontrar as obras, foi realizada uma leitura com o objetivo de visualizar o conjunto de informações. Em seguida, realizou-se uma leitura exploratória para verificar se os artigos encontrados estavam inclusos nos critérios estabelecidos. A partir disso, os artigos foram selecionados e, em seguida, realizou-se fichamento e leitura analítica.

O CONTEXTO DAS PUBLICAÇÕES

Após a análise dos artigos elaborou-se um quadro contendo o título, referência e autores (Quadro 1).

QUADRO 1 – Distribuição dos artigos por título, referências e autores

Artigos por Título	ReferênciaS	Autores
Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão de literatura	Revista eletrônica de Enfermagem, v.11, n.2, p.403-412, 2009.	ALMEIDA, K.S.;LEITE, M.T; HILDEBRANDT, L.M.
O familiar cuidador de portador de Doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua	Revista Ciência,Cuidado e Saúde, v.7, n.3, p.339-345, 2008.	ARRUDA, M.C; ALVAREZ, A.M; GONÇALVES, L.H.T.
O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer	Revista Arquivos de Ciência da Saúde, v.11, n.12, p. 100-104 , 2004.	CALDEIRA, A.P.S; RIBEIRO, R.C.
Qualidade de vida de cuidares de idosos com Doença de Alzheimer	Revista Acta Paulista de Enfermagem, v.22, n.5, p. 652-657, 2009.	PINTO, M.F. et al.
Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores:uma série de casos em um serviço de neurogeriatria	Revista Texto & Contexto - Enfermagem, v.15, n.4, p. 587-594, 2006.	LUZARDO, A. R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S.
A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer	Revista Colombia Médica, v.42, n.2, p. 17-25, 2011.	LENARD, H.L. et al.
Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer- Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty	Revista Texto & Contexto -Enfermagem, v. 17, n.2, p. 232-240, 2008.	SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L.H.T.

(Continua)

Artigos por Título	ReferênciaS	Autores
Filhas que cuidam de pais/mães com provável/ possível Doença de Alzheimer	Revista Estudo de Psicologia, Natal, v. 13, n.3, p. 245-256, 2008.	FALCÃO, D.V.S; BUCHER- MALUSCHKE, J.S.N.F.
Implicações da Doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo	Revista Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n.5, p. 891-899, 2010.	INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I.
Cuidar de familiares idosos com a Doença de Alzheimer: uma reflexão sobre os aspectos psicossociais	Revista Psicologia em Estudo, v. 14, n.4, p. 777-786, 2009.	FALCÃO, D.V.S; BUCHER- MLUSCHKE, J.S.N.F.
Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador	Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n.4, p. 508-513, 2008.	FREITAS, I.C.C. et al.
Qualidade de vida de idosos com Doença de Alzheimer e de seus cuidadores	Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, n.4, p. 751-758, 2012.	BORGUI, A.C. et al.
O impacto da Doença de Alzheimer no cuidador	Revista Psicologia em Estudo, v.13,n.2, p. 223-229, 2008.	CRUZ, M.N.; HAMDAN, A.C.
Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos	Revista Kairós, v. 12, n. 1, p. 97-112, 2009.	FIGUEIREDO, D.; LIMA, M.P.; SOUSA, L.
Ser cuidador familiar do portador de Doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados	Revista Cogitare Enfermagem, v.12, n. 2, p.143-149, 2007.	CELICH, K.L.S.; BATISTELLA, M.

(Conclusão)

Artigos por Título	ReferênciaS	Autores
Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência de tipo Alzheimer: estudos de casos	Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento, v. 12, n.2, p.197-217, 2010.	VALENTINI, I.B.; ZIMMERMANN, N.; FONSECA, R.P.
Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares	Revista Eletrônica de Enfermagem, v.10, n.3, p.580-590, 2008.	PAVARINI, S.C.I. et al.
Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer	Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.43, n.2, p. 455-461, 2009.	SANTANA, R.F.; ALMEIDA, K.S.; SAVOLDI, N.A.M.
Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer	Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.57, n.4, p.283 -287, 2008.	PAULA, J.A.; ROQUE, F.P.; ARAÚJO, F.S.

Fonte: CARDOSO, V. B., Ilhéus-BA, 2012.

Observando o Quadro 1, constata-se que prevalecem os artigos publicados após o ano de 2004⁶, destacando-se maior ocorrência em 2008 – com publicação de sete artigos –, e nenhuma publicação entre 2000 e 2003, evidenciando que estudos sobre cuidadores de portadores de DA são recentes.

Quanto aos periódicos, pode-se observar que os mais frequentes na pesquisa dos artigos foram a *Revista Eletrônica de Enfermagem* e a *Revista Texto e Contexto-Enfermagem*, cada uma com duas publicações. Pode-se observar também que, dos 19 artigos

6 19 artigos foram publicados entre os anos de 2004 e 2012.

selecionados, oito encontram-se em periódicos específicos da enfermagem, os demais correspondem à saúde coletiva, psicologia e medicina. Dessa forma, verifica-se que a profissão da enfermagem está cada vez mais engajada em pesquisar sobre a Doença de Alzheimer e seus cuidadores. Porém, é notável o reduzido número de artigos relativos, especificamente, à assistência de enfermagem ao portador de DA e seus cuidadores.

As informações pertinentes aos objetivos das publicações foram analisadas e agrupadas em temáticas, como apresentadas a seguir.

TEMÁTICAS DAS PUBLICAÇÕES:

- **Perfil dos Cuidadores.** Ao analisar as obras selecionadas, 10 artigos encontrados abordaram o perfil de pessoas que assumem o papel de cuidador de idosos com Doença de Alzheimer (DA). Dentre esses artigos, quatro discutiram também o motivo que leva o indivíduo a exercer tal função, destacando que dentre estes, dois são dos mesmos autores⁷, porém publicados em anos distintos. Os demais apontam somente para o perfil dos cuidadores.

De acordo com Almeida, Leite e Hildebrandt (2009), a motivação para exercer o cuidado é importante quando se trata da Doença de Alzheimer, haja

7 Falcão e Bucher-Maluschke (2008 e 2009).

vista sua evolução lenta e insidiosa, o que pode tornar o cuidado uma tarefa pesada e desgastante. Para Sena e Gonçalves (2008), as relações intrafamiliares influenciam na tomada de decisão de quem exercerá a função de cuidador principal. Falcão e Bucher-Maluschke (2008, 2009) acrescentam que, além desses fatores, o fato de o indivíduo possuir condições financeiras e disponibilidade de tempo também influenciam na tomada de decisão de quem assumirá o papel de cuidador do idoso com DA.

Nessa perspectiva, Arruda, Alvarez e Gonçalves (2008), em estudo realizado com 120 famílias cadastradas em um projeto de extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, constataram que, além de questões de gênero, parentesco, coabitação e condição social, outros fatores que levam a assumir o cuidado de um parente idoso são o dever de cuidar e a autodesignação de cuidador, ou seja, a própria cuidadora assume o papel espontaneamente, pelo fato de ter experiência prévia e se considerar habilitada a exercer tal função novamente.

Esse papel de cuidador é exercido predominantemente por mulheres, residentes no mesmo domicílio, geralmente esposas ou filhas, casadas, com idade média de 54,5 anos, grau de escolaridade menor ou igual a oito anos. Além da atividade de cuidadoras, possuem outras ocupações. Outra importante consideração a ser feita é a presença de doenças nessas cuidadoras.

Em trabalho desenvolvido por Luzardo, Gorini e Silva (2006), foi observado que os cuidadores preferencialmente são os cônjuges do sexo feminino, que

vivem junto do idoso e que têm proximidade afetiva e conjugal ou entre pais e filhos e a maior parte delas não abandonou suas atividades de lazer. A escolaridade variou em torno de oito anos ou menos, com idade média de 59,33 anos e a maior parte exercia também outra ocupação.

Já Lenard et al. (2011) obtiveram resultados diferenciados em alguns aspectos, ao constatarem que a maior parte das cuidadoras eram as filhas dos idosos, sendo a idade média de 53,5 anos. No entanto, nos demais aspectos os achados foram semelhantes: as cuidadoras também residiam no mesmo lar do idoso e realizavam com eles atividades de lazer. Um fator importante a ser considerado neste estudo é a não participação das cuidadoras em grupos de suporte social bem como a presença de doenças.

Quanto a este último aspecto, Pinto et al. (2009) constataram que 96,6% das cuidadoras da pesquisa desenvolvida apresentavam alguma doença. Em relação à idade, ao sexo, estado conjugal, ocupação, escolaridade e tipo de relacionamento, ou seja, se é filha ou cônjuge do portador da DA, os resultados foram semelhantes aos demais artigos consultados: são filhas, com idade média de 57,4 anos, casadas e que possuem apenas o ensino médio.

Caldeira e Ribeiro (2004) encontraram em sua pesquisa resultados semelhantes aos achados da literatura: todas as cuidadoras eram mulheres, metade delas casadas; cursaram apenas o ensino fundamental; tinham idade avançada e se ocupavam de afazeres domésticos. Resultados parecidos também foram obtidos por Inouye, Pedrazzani e Pavari-

ni (2010), ou seja, as cuidadoras são filhas ou esposas, com idade de 60 anos ou mais e que residem no mesmo lar.

Já Arruda, Alvarez e Alves (2008), em artigo publicado⁸, apresentaram predominância do grau de escolaridade média e superior entre cuidadores de portadores de DA. De acordo com os autores, essa situação pode favorecer o cuidado prestado aos idosos, devido ao acesso a informações.

A partir da análise dos artigos, pode-se identificar que a designação de cuidadores parece obedecer a certas regras sociais refletidas em fatores como: relações de gênero, com predominância feminina nos cuidados; proximidade física, considerando a convivência; proximidade afetiva, com destaque para a relação conjugal e parental. A predominância feminina no papel de cuidadora pode estar ancorada na história, em que a mulher, ao longo do tempo, foi a pessoa responsável pelo cuidado dos filhos, do marido e do lar. Nesse sentido, de acordo com os conceitos que a sociedade reproduz, observa-se que é a mulher a figura mais eleita para assumir a função de cuidar do outro, trazendo como consequência a sobrecarga e o adoecimento, com o autocuidado prejudicado em função de estar envolvida com o outro, assim como o distanciamento tanto da família como do ambiente social.

8 "O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua".

CONSEQUÊNCIAS PARA O CUIDADOR FRENTE À DOENÇA DE ALZHEIMER EM IDOSOS

Na literatura analisada, nenhum artigo discutiu sobre os aspectos positivos em cuidar de idosos com DA; todos abordaram questões negativas na vida do cuidador. Os estudos apontam que a função do cuidador de um idoso com Alzheimer constitui uma experiência difícil, que envolve alterações em sua saúde mental, física e social.

A progressão da doença traz como consequência a dependência do idoso demenciado. Com isso, a necessidade de cuidados aumenta cada vez mais. A demência afeta não só a qualidade de vida do idoso, mas a de seus cuidadores. Os planos futuros desses familiares ficam comprometidos e surgem sentimentos de sobrecarga, limitações, desespero, desequilíbrio, frustração e angústia. Outro fator que colabora com o adoecimento do cuidador é a existência de outros problemas de saúde com os demais membros da família; a sobrecarga do cuidador principal fica potencialmente aumentada, podendo gerar maior efeito ansiogênico, estresse e transtornos do humor (PAVARINI et al., 2008).

A literatura também revelou, em relação aos sentimentos dos cuidadores, a existência frequente de raiva, culpa, estresse, depressão, sobrecarga, isolamento, desespero e medo. O sistema emocional da família é muito abalado, em função das imposições, privações e modificações no estilo de vida, para incluir as novas necessidades de seu familiar doente. Com isso, vê-se envolvida por sentimentos intensos

e conflitantes, difíceis de controlar, que acabam por lhe impor um certo isolamento (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004).

O cuidado de um familiar que demenciou traz à tona muitos sentimentos antagônicos em um curto espaço de tempo: amor e raiva, paciência e intolância, carinho, tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, insegurança, negativismo, solidão, dúvida quanto aos cuidados, medo de ficar doente também e medo de o paciente estar sofrendo e morrer (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006). Dados semelhantes foram encontrados por Falcão e Bucher-Maluschke (2008), revelando que os sentimentos mais relatados pelas filhas cuidadoras foram estresse, depressão, culpa, isolamento e raiva.

Esses sentimentos podem ser fruto de sobrecarga ou percepção de que a própria estrutura familiar está sendo afetada pela modificação dos papéis. O cuidador é cotidianamente testado em sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige dedicação, paciência, responsabilidade e renúncias. Caldeira e Ribeiro (2004) também obtiveram relatos semelhantes no tocante às questões psicológicas vivenciadas pelos cuidadores. Questionados como se sentiam diante da situação em que se encontravam, a resposta de metade deles foi negativa. Referiram sentir-se “amarrados”, deprimidos, com medo e cansados. Freitas et al. (2008) afirmam que todos esses sentimentos ocorrem mesmo quando cuidadores são esclarecidos sobre a doença. A ocorrência de depressão foi analisada por Valentin, Zimmermann e Fonseca (2010), Celich e Batistella (2007)

e Lenard et al. (2011), todos corroborando ansiedade dos cuidadores e achados de outros estudos.

O cuidado de idosos demenciados provoca nos cuidadores desordens emocionais ou psicológicas como um misto de vários sentimentos já citados. Falcão e Bucher-Maluschke (2009) trazem a abordagem de uma patologia de tipo psicossocial denominada *Síndrome de Burnout*, que pode ocorrer em cuidadores de idosos com DA. Trata-se de uma resposta inadequada do sujeito diante de uma exposição prolongada a eventos estressantes, sejam eles físicos, psicológicos e sociais, no ambiente de trabalho, e desenvolve-se quando as estratégias de enfrentamento utilizadas habitualmente tornam-se ineficazes.

Figueiredo, Lima e Sousa (2009), em trabalho intitulado “Os ‘pacientes esquecidos’: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos”, avaliaram a satisfação com a vida e a percepção da saúde entre dois grupos de cuidadores de idosos. A amostra, constituída por 99 familiares que cuidavam de pelo menos um idoso dependente, foi dividida em duas subamostras: 52% cuidam de um idoso com demência e 47% cuidam de um idoso sem demência. O resultado da pesquisa demonstrou que os cuidadores de idosos dementes sentem-se menos satisfeitos com a vida do que aqueles que cuidam de um idoso sem demência. Quanto ao estado de saúde, constatou-se que os familiares de idosos sem demência sentem-se menos nervosos, deprimidos e tristes, e mais calmos e felizes que aqueles que cuidam de familiares idosos com demência.

Reportando-se às alterações físicas que ocorrem

com os cuidadores de idosos com DA, Cruz e Hamdan (2008) afirmaram que o impacto sofrido pelos cuidadores pode ser observado também na utilização dos serviços de saúde, visto que os cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer frequentam 46% mais médicos e utilizam mais medicamentos psicotrópicos do que os cuidadores de pacientes sem DA. Segundo os autores, as pesquisas demonstraram que os cuidadores apresentam uma piora de sua saúde física e um prejuízo no sistema imunológico; portanto, 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas de doenças físicas e psicológicas. Os sintomas físicos mais comuns destacados são: hipertensão arterial, distúrbios digestivos, doenças respiratórias e propensão a infecções.

Dados da pesquisa de Lenard et al. (2011) corroboram esses mesmos resultados. Ao analisarem a condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com DA, verificaram que a alteração física mais comum nos cuidadores é a hipertensão, seguindo-se os problemas inflamatórios e articulares, digestivos, da coluna, distúrbios da tireoide, *diabetes melitus*, cardiopatias, colesterol alto, problemas respiratórios, glaucoma, problemas renal e circulatório e osteoporose. Os demais problemas verificados foram relacionados à saúde mental. Diante das patologias citadas, constatou-se que os cuidadores que relataram possuir uma ou mais doenças obtiveram maiores níveis de sobrecarga.

Borgui et al. (2011) sinalizaram que pessoas que desenvolvem atividades sociais e de lazer apresentam um nível de qualidade de vida mais elevado. Pinto

et al (2009) constatam que menos atividades sociais significam problemas no trabalho e que os cuidadores passam por conflitos familiares com maior frequência. NESTE ULTIMO ASPECTO, Falcão e Bucher-Maluschke (2009) realçaram comprometimento no relacionamento das cuidadoras com seus filhos, assim como destes com seus avós, portadores e não de DA. Todo processo cansativo vivenciado pelos cuidadores favoreceu o distanciamento emocional entre os cônjuges, a disfunção física ou emocional em um deles, os conflitos conjugais e a projeção de problemas em um ou mais dos filhos. Assim, pode-se perceber que o cuidado acarretou desgaste na coesão familiar.

Além dos autores acima, Santana, Almeida e Savoldi (2009), Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) destacaram que muitas cuidadoras passam a sair menos de casa, ter vida social restrita e redução da rede de suporte, comprometendo a vida social. Quanto às atividades cotidianas, percebeu-se que o grupo de não-cuidadores, quando comparado com o grupo de cuidadores de idosos, com DA, era mais ativo no que se refere à ocupação, atividades físicas, religiosas e convívio social.

Celich e Batistella (2007), ao trazerem a questão do cansaço que as cuidadoras apresentam e do afastamento da vida que tinham antes de assumir tal função, obtiveram resultados semelhantes a outros estudos. Na pesquisa, CuidadorES desabafaM dizendo-se cansadOS, DE TEREM abandonADO a própria casa, seus pertences, e não sabeREM por quanto tempo suportarÃO a situação em que se encontra.

REDES DE APOIO SOCIAL (ENFRENTAMENTOS)

De acordo com a literatura analisada, as redes de apoio social constituem uma importante fonte de ajuda para os cuidadores, pois é através delas que os participantes podem obter informações sobre a DA, desenvolver habilidades para lidar com os portadores da doença, além de trocarem sentimentos e experiências sobre a vivência da função de cuidador. Assim, a participação nesses grupos favorece o aprendizado para os cuidadores, de maneira que a troca de experiências e o convívio com pessoas que estão passando pela mesma situação remetem à sensação de conforto na medida em que percebem não serem as únicas pessoas que exercem a difícil tarefa de cuidar de idoso demenciado.

De acordo com Paula, Roque e Araújo (2008), pesquisas investigaram sobre o impacto na vida dos cuidadores submetidos a tratamento e apoio de suporte com profissionais de saúde e verificaram que os cuidadores que eram submetidos ao auxílio possuíam uma melhor qualidade de vida. Para Cruz e Hamdam (2008), as intervenções em cuidadores só recentemente estão sendo estudadas, com poucos estudos controlados. A maioria das intervenções tem como objetivo alterar a forma como os cuidadores lidam com os pacientes em casa. A literatura aborda diferentes tipos de intervenção utilizadas com cuidadores de idosos demenciados: grupos de apoio, terapia familiar, terapia individual e intervenções psicoeducacionais.

Os grupos de apoio caracterizam-se por espaços de troca de informações entre os cuidadores. Todos

se beneficiam por receberem suporte social e educação sobre a doença, além do efeito terapêutico que resulta da identificação entre as pessoas que compartilham problemas semelhantes. Esses grupos são indicados para cuidadores que possuem um baixo nível de impacto. Já a terapia familiar é indicada para famílias que possuem questões mal resolvidas que interferem no cuidado do paciente. E a terapia individual é indicada para cuidadores com psicopatologia. Finalmente, a intervenção psicoeducacional é considerada como uma troca de informações entre paciente e terapeuta sobre a doença, sintomas típicos e curso esperado, com o objetivo de implementar recursos para que as famílias aprendam a lidar com a doença. Os cuidadores podem beneficiar-se da redução de impactos, pois durante a terapia aprendem estratégias de administração de sintomas psicológicos e comportamentais, assim como desenvolver habilidades de comunicação com o paciente (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Santana, Almeida e Savoldi (2009) analisaram a experiência dos cuidadores que participam de um grupo de apoio denominado Polo de Neurogeriatria, no Rio de Janeiro. No grupo, os cuidadores recebem orientações e suporte, estimulando o encontro e a socialização dos saberes com o objetivo de fortalecer o aprendizado mútuo para se adaptarem à realidade em que se encontram. Além disso, os cuidadores também recebem incentivos para fortalecer sua autoestima e resgatar a necessidade do autocuidado. Os autores verificaram que a participação dos cuidadores no grupo foi positiva por proporcionar conhe-

cimentos e melhores condições de cuidar do idoso dependente no domicílio. No entanto, como ponto negativo, identificaram que ainda é pouca a participação de cuidadores no grupo, devido à dificuldade de locomoção/transporte e custo econômico necessário para permanecerem participando.

Esses grupos são formados por integrantes de famílias que vivenciam problemas de vida semelhantes, advindos da existência de doença crônica incapacitante que ocorre no núcleo familiar. Os participantes dos grupos de ajuda mútua recebem apoio para lidar com as diversas situações que a doença impõe, descobrem soluções para seus problemas, sentem-se pertencentes a um grupo específico e compartilham suas vivências particulares. A participação dos cuidadores em grupos de ajuda torna-se essencial para aprenderEM COMO lidar com as multiplas situações QUE PASSAM A VIVENCIAR.

No que concerne ao aprendizado adquirido nos grupos de apoio, Valentin, Zimmermann e Fonseca (2010) verificaram que cuidadores participantes por longo prazo de tais grupos tiveram a oportunidade de adquirir e construir maior entendimento sobre a DA e aprenderam como lidar com as diversas situações que a DA impõe. Já aqueles que participaram poucas vezes das reuniões não adquiriram o aprendizado efetivo para enfrentar as situações impostas pela doença.

Falcão e Bucher-Maluschke (2009) também abordaram as intervenções para cuidadores, especificamente em terapia familiar. Os autores encontraram que esse tipo de terapia, associado a um programa

de apoio baseado no uso de computadores e telefones, foi eficaz na redução dos sintomas depressivos dos familiares, especialmente das filhas que cuidam de idosos com DA. Discutiram também sobre as prioridades que a intervenção deve incluir, destacando a redução do impacto estressante da doença sobre a família, informações sobre a condição médica, a capacidade de limitações funcionais e o prognóstico; orientações concretas sobre a manutenção e a solução de problemas e vinculação a serviços suplementares para apoiar a família.

Em síntese, o grupo de apoio consiste em importante ajuda para os cuidadores, visto que através das experiências adquiridas em tal grupo, os cuidadores podem ter uma ideia da dimensão dos problemas que podem enfrentar no cotidiano e, dessa forma, planejar ações que reduzam sua sobrecarga.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a presente revisão sobre DA e cuidadores domiciliares, foi possível perceber a complexidade do cuidado para a vida de quem cuida diariamente dessas pessoas, apontando a necessidade de uma maior atenção e assistência à saúde, tanto para o portador quanto seus cuidadores, vistos como um novo desafio para as políticas de saúde do Brasil.

Verificou-se que apesar das divergências dos autores e obras analisadas, há convergências quando a questão é a sobrecarga e as consequências negativas na vida dos cuidadores. De maneira geral, as obras

analisadas apontam que o cuidado de idosos com DA pode trazer alterações na saúde mental, física e social dos seus cuidadores.

Verifica-se que as pesquisas contendo o contexto de vida do cuidador e os problemas por eles enfrentados possuem pouca visibilidade para a sociedade, o que se constitui em situação que requer a imediata execução das políticas públicas de saúde já existentes, capazes de diminuir as diversas consequências para o cuidador e aumentar a rede de suporte. Além disso, pode-se constatar também que, no contexto brasileiro, ainda há espaços para pesquisas científicas sobre os cuidadores de idosos com DA.

Espera-se que este trabalho venha a contribuir com profissionais de saúde no sentido de alertar e ampliar o olhar não só para os idosos que passam a ser portadores da DA, mas também para os seus cuidadores, visto que o trabalho árduo acarreta alterações em vários aspectos de suas vidas. Assim, a atenção ao cuidador garante-lhenão só a melhoria em qualidade de vida mas, sobretudo, melhoria do cuidado ao portador da Doença de Alzheimer.

REFERÊNCIAS

ABREU, Izabella Dutra de; FORLENZA, Orestes Vicente; BARROS, Hélio Lauar de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.32 (3): 131-136,, jun. 2005.

ALMEIDA, Katiele dos Santos; LEITE, Marinez Tambara; HILDEBRANDT, Leila Mariza. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer:revisão de literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*,v.11(2):413-422, 2009.

ARRUDA, Micheli Coral; ALVAREZ, Ângela Maria; GONÇALVES, Lucia H. Takase. O familiar cuidador de portador de Doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. *Revista Ciência,Cuidado e Saúde*, v.7 (3): 339-345, 2008.

BORGHI, Ana Carla et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32 (4): 751-758, 2012.

CALDEIRA, Ana Paula S.; RIBEIRO, Rita de Cássia H.M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Revista Arquivo Ciência Saúde*, v.11(2): 100-104, 2004.

CASSIS, Stella Velasques Anderaos et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.53 (6): 497-501. , 2007.

CELICH, Kátia Lílian Sedrez; BATISTELLA, Maribel. Ser cuidador familiar do portador de Doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. *Cogitare Enfermagem*, v. 12 (2): 143-149, 2007.

CRUZ, Marília da Nova; HAMDAN, Amer Cavalheiro. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13 (2): 223-229, 2008. -

D'ALENCAR, Raimunda Silva; SANTOS, Evani Moreira Pedreira dos; PINTO, Joelma Batista Tebaldi. *Conhecendo a Doença de Alzheimer: uma contribuição para familiares e cuidadores*. Ilhéus-BA: Editus, 2010.

DOMINGUES, Marisa Accioly R.C.; SANTOS, Carina Farias dos; QUINTANS, Jeane R. Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. *Revista O mundo da Saúde*, São Paulo, v. 33 (1):161-169,2009.

FALCÃO, Deusivânia Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Julia Sursis Nobre Ferro. Filhas que cuidam de pais/mães com provável/possível Doença de Alzheimer. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 13 (3): 245-256,2008.

_____. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre os aspectos psicossociais. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14 (4): 777-786, 2009. -

FERREIRA, Caroline Gomes; ALEXANDRE, Tiago da Silva; LEMOS, Naira Dutra. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20 (2): 398-409, 2011.

FIGUEIREDO, Daniela; LIMA, Margarida Pedroso; SOUSA, Liliana. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, v.12 (1): 97-112, 2009.

FORLENZA, Orestes V. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria clínica*, São Paulo, v.32 (3): 570-577, jun. 2005. -

FREITAS, Iara Cristina Carvalho et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61 (4): 508-513, 2008.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Revista Texto e Contexto- Enfermagem*, Florianópolis, v.15 (4): 570-577, dez. 2006.

INOUYE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida de cuidador: um estudo comparativo. *Revista Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26 (5): 891-899, 2010. -

KAWASAKI, Kozue; DIOGO, Maria José D'Elboux. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal - parte I. *Revista da Escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 35 (3): 257-264, set. 2001.

LEMOS, Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15 (3): 170--179, dez. 2006.

LENARD, Maria Helena et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Revista Colombia Médica*, v.42 (2): 17-25, 2011.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katál*, Florianópolis, v. 10, (n. esp), p. 37-45, 2007.

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.

MACHADO, João Carlos Barbosa. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E.V. de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 260-280

PAULA, Juliane dos Anjos; ROQUE, Francelise Pivetta; ARAÚJO, Flávio Soares. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57 (4): 283-287, 2008.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10 (3): 580-590, 2008.

PINTO, Meiry Fernanda et al. Qualidade de vida de cuidadores com Doença de Alzheimer. ***Revista Acta Paulista de Enfermagem***, São Paulo, v. 22 (5): 652-657. 2009

POLTRONIERE, Silvana; CECCHETTO, Fátima Helena; SOUZA, Emiliane Nogueira. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32 (2): 270-278. jun. 2011.

SANTANA, Rosimere Ferreira; ALMEIDA, Katia dos Santos; SAVOLDI, Nina Aurora Mello. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.43 (2): 455-461, 2009.

SCHOSSLER, Thaís; CROSSETTI, Maria da Graça. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. *Revista Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v.17 (2): 280-287, jun. 2008.

SENA, Edite Lago da Silva; GONÇALVES, Lucia Hisako. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. *Revista Texto e Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v.17 (2): 232-240, jun. 2008.

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbatto Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v.30, n.1,p.AS PAGINAS DESSE SUPLEMENTO NAO FORAM NUMERADAS X-x, 2008.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Fêres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22 (8): 1629-1638, ,2006.

VALENTIN, Ivani Bressan; ZIMMERMANN, Nicolle; FONSECA, Rochele Paz. Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência tipo Alzheimer: estudos de caso. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre envelhecimento*,Porto Alegre, v. 15 (2): 197-217,2010.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito; FIALHO, Ana Virgínia de Melo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso, Brasil, 1979 a 2007. *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 20 (1): 160 -166, mar. 2011.

Recebido em outubrode 2014.
Reapresentado em outubro de 2015.
Aprovado em novembrode 2015.

A RELAÇÃO ENTRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O ISOLAMENTO SOCIAL DE MULHERES IDOSAS

Sueli de Santana¹

Carla Farias dos Santos²

Verônica Santana Rabelo Amaral³

Roseanne Montargil Rocha⁴

Resumo. A Incontinência Urinária (IU) é um problema que acomete pessoas em todas as fases da vida, mas é comum principalmente em idosos, sobretudo nas mulheres, fazendo com que muitos acreditem que a perda involuntária de urina faz parte do processo de envelhecimento. Em função da IU, muitas mulheres tendem a isolar-se pelo sentimento de constrangimento, preferindo os ambientes domésticos e o afastamento até da família, afetando sua qualidade de vida, ocasionando doenças e, em alguns casos, a morte precoce. Este trabalho objetiva discutir a relação entre a IU e consequências para a mulher idosa, conhecer os motivos pelos quais a maioria não procura tratamento e avaliar o impacto do isolamento no âmbito social e na sua qualidade de vida. Trata-se de pesquisa de artigos nacionais publicados na Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (*Lilacs*), Google Acadêmico e ScientificElectronic Library Online (*Scielo*), que abordam temas relacionados à IU e ao isolamento social de mulheres. O objetivo do tratamento não deve ser curar a patologia, mas melhorar o controle esfintário, prevenir complicações e os

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) /Departamento de Ciências da Saúde (DCS). *E-mail:* <sueldesantana@gmail.com>.

2 Acadêmica de Enfermagem, UESC/DCS. *E-mail:* <carla.farias@hotmail.com.br>.

3 Acadêmica de Enfermagem, UESC/DCS. *E-mail:* <vekrabelo@gmail.com>.

4 Doutora em Enfermagem, UESC/DCS.
E-mail: <Roseannemontargil@gmail.com>.

transtornos, promovendo conforto e melhora da qualidade de vida. A IU é multifatorial e envolve as singularidades do comportamento, do gênero, idade, alterações dos músculos pélvicos, doenças crônicas. Atualmente há uma diversidade de terapias na perspectiva de minimizar, controlar e eliminar esse complexo problema, através de terapias comportamentais que trazem resultados positivos já comprovados para restabelecer a saúde, autoestima e devolver a qualidade de vida.

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Mulher Idosa. Problema Social.

THE RELATIONSHIP BETWEEN URINARY INCONTINENCE AND SOCIAL ISOLATION OF ELDERLY WOMEN

Abstract: Urinary incontinence (UI) is a problem that affects people in all stages of life, but it is common especially in the elderly, especially in women, causing many to believe that the involuntary loss of urine is part of the aging process. Depending on the UI, many women tend to isolate themselves and show the feeling of embarrassment, preferring domestic environments and the clearance to the family, affecting their quality of life, causing diseases and, in some cases, premature death. This work aims to discuss the relationship between UI and effects on the elderly woman and the impact on social isolation and their quality of life to know the reasons why most people don't seek treatment. It consists in National articles published research on Latin American literature in Health Sciences (*Lilacs*), Google Scholar Scientific Electronic Library Online (*Scielo*) that discuss topics related to UI and social isolation of women. The goal of treatment should not be the cure of the pathology, but improve the sphincter control, prevent complications and disorders by promoting comfort and improves the quality of life. The UI is multifactorial and involves the singularities of the behavior,

gender, age, changes in the pelvic muscles, chronic diseases. Currently there are a variety of therapies to minimize, control and eliminate this complex problem through behavioral therapies, which bring positive results have proven, to restore health, self-esteem, and restore the quality of life.

Keywords: Urinary Incontinence. Elderly Woman. Social Problem.

LA RELACIÓN ENTRE INCONTINENCIA URINARIA Y LA AISLACIÓN SOCIAL DE LA MUJERES ANCIANAS

Resumen: La incontinencia urinaria (IU) es un problema que afecta a personas en todas las fases de la vida pero es más común, principalmente, en ancianos, sobre todo en mujeres, esto hace que muchos creen que la pérdida involuntaria de orina hace parte del proceso de envejecimiento. En función de la IU, muchas mujeres tienden a aislarse por vergüenza, prefiriendo los ambientes domésticos y se alejan de la familia lo que afecta su calidad de vida y ocasiona enfermedades y, en algunos casos, la muerte precoz. Este trabajo objetiva discutir la relación entre la IU y sus consecuencias sobre la mujer anciana, el impacto en el ámbito social de la aislación, de su calidad de vida y también, conocer los motivos por los cuales la mayoría no busca tratamiento. Se trata de una investigación en artículos nacionales publicados en Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (*Lilacs*), Google Acadêmico Scientific Electronic Library Online (*Scielo*) que tratan temas relacionados a la IU y al aislamiento social de mujeres. El objetivo del tratamiento no debe ser curar la patología y sí mejorar el control esfinteriano, prevenir complicaciones y trastornos promoviendo comodidad y mejoría en la calidad de vida. La IU es multifactorial e involucra las singularidades del comportamiento de género, edad, alteraciones de los músculos pélvicos y enfermedades crónicas. Actualmente,

hay diversas terapias que buscan minimizar, controlar y eliminar este complejo problema a través de terapias comportamentales que traen resultados positivos ya comprobados para restablecer la salud, auto estima y devolver la calidad de vida.

Palabras clave: Incontinencia Urinaria.Mujer Anciana. Problema Social.

LA RELATION ENTRE L'INCONTINENCE URINAIRE ET L'ISOLEMENT SOCIAL DES FEMMES ÂGÉES

Résumé: L'Incontinence Urinaire (IU) est un problème qui touche les personnes dans toutes les phases de la vie, mais qui est plus courant principalement chez les femmes âgées, faisant que nombre d'entre elles croient que la perte involontaire de l'urine fait partie du processus de vieillissement. Du fait de l'IU, beaucoup de femmes tendent à s'isoler à cause du sentiment de gêne, préférant les ambiances domestiques et même l'éloignement de la famille, ce qui affecte leur qualité de vie, entraînant des maladies et dans certains cas la mort précoce. Ce travail a comme objectif de discuter la relation entre l'IU et ses conséquences sur la femme âgée, son impact dans le domaine social comme l'isolement et les conséquences sur la qualité de vie. Il permet enfin, de connaître les raisons pour lesquelles une grande majorité d'entre elles ne recherche pas de traitement. Il s'agit d'une recherche sur des articles nationaux publiés dans la littérature Latino-Américaine en Sciences de la Santé (*Lilacs*), Google Académico Scientific Electronic Library Online (*Scielo*) qui aborde des thèmes liés à l'IU et à l'isolement social des femmes. L'objectif du traitement ne doit pas être la guérison de la pathologie, mais l'amélioration du contrôle sphinctérien, la prévention des complications et des problèmes apportant ainsi davantage de confort et une amélioration de la qualité de vie. L'IU est multifactorielle et se trouve directement liée

aux singularités du comportement, du genre, de l'âge, des altérations des muscles pelviques et des maladies chroniques. Actuellement il y a une diversité de thérapies visant minimiser, contrôler et éliminer ce problème complexe, à travers de thérapies comportementales qui parviennent à des résultats positifs et déjà avérés afin de rétablir la santé, l'auto-estime et le retour de la qualité de vie.

Mots-clé: Incontinence Urinaire. Femme Âgée. Problème Social.

INTRODUÇÃO

A longevidade é uma resposta a mudanças de indicadores de saúde como a redução da fecundidade e da mortalidade, além de ser um reflexo da melhoria da qualidade de vida da população brasileira, fruto do avanço da tecnologia e do acesso a serviços essenciais, como a saúde, por exemplo. Contudo, a velhice exige cuidados especiais e o serviço de saúde precisa estar atento aos problemas que afligem as pessoas idosas (BRASIL, 2007). Este estudo aborda a incontinência urinária e o isolamento social que acomete principalmente as mulheres idosas.

A Incontinência Urinária (IU) é um problema que acomete pessoas em todas as fases da vida, mas é comum principalmente em idosos, sobretudo, nas mulheres, fazendo com que muitos acreditem que a perda involuntária de urina é parte do processo de envelhecimento (PORTO, 2005). Esta é uma ideia equivocada, já que se constitui de relevante problema social e de saúde e, como tal, requer tratamento adequado. Com o aumento progressivo da expectativa de vida da

população, o número de mulheres na meia idade tende a aumentar cada vez mais, sobretudo quando a IU torna-se mais prevalente (LOPES; HIGA, 2006).

A micção é o processo pelo qual a bexiga se esvazia, e isso ocorre mediante dois momentos: no primeiro, a bexiga se enche até que a tensão na parede alcance o limiar, originando o segundo momento, que é um reflexo nervoso chamado reflexo da micção, que esvazia a bexiga; caso este não ocorra, causa, ao menos, o desejo consciente de urinar (GUYTON; HALL, 2006). A incompetência do esfíncter urinário, além de outras patologias como doenças neurodegenerativas, diabetes (bexiga neurogênica), bem como o número elevado de gestações, promovem a incapacidade de conter naturalmente a urina na bexiga após esforços físicos, como tosse, espirro ou risada (PORTO, 2005). Em função do problema da IU, muitas mulheres idosas apresentam baixa autoestima e buscam o isolamento social pelo sentimento de constrangimento com a constante perda involuntária de urina, vergonha devido ao odor desagradável e comprometimento de sua higiene pessoal. Por isso, preferem os ambientes domésticos e o afastamento até mesmo dos familiares. Tal comportamento afeta diretamente as relações interpessoais e sua qualidade de vida, favorecendo o surgimento de doenças e, em alguns casos, a morte precoce (LOPES; HIGA, 2006).

Atualmente, existem várias opções de tratamento, porém pesquisas apontam que apesar dos transtornos que a IU provoca na vida de mulheres, a maioria não as procura (SILVA; LOPES, 2009).

Este trabalho objetiva discutir a relação entre a Incontinência Urinária e consequências para a mulher idosa, conhecer os motivos pelos quais a maioria não procura tratamento e o impacto do isolamento no âmbito social e na sua qualidade de vida.

Trata-se, portanto, de pesquisa bibliográfica em artigos nacionais publicados no *Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs)*, Google Acadêmico e *ScientificElectronic Library Online (SciELO)*, que abordam temas relacionados à incontinência urinária e ao isolamento social de mulheres idosas, além do impacto sobre sua qualidade de vida.

Os artigos foram selecionados tomando como base o título e, posteriormente, o conteúdo dos resumos. Foram selecionados dez artigos que abordavam fatores associados à IU e aos riscos que o problema pode gerarna mulher, em especial na idosa.

DISCUTINDO O ACHADO

A revisão bibliográfica revelou a importante proximidade da IU com a população feminina em geral, cujos tipos mais comumente apresentados são: incontinência urinária de esforço, que é a perda involuntária de urina associada a atividades físicas, pelo aumento da pressão intra-abdominal; urge-incontinência, definida como perda involuntária de urina associada com a urgência para urinar; e incontinência mista, quando existe associação dos sintomas de incontinência de esforço e urgência e incontinência.

Estudos recentes têm demonstrado grande preocupação com a interferência da IU na qualidade de vida das mulheres. Pesquisadoras da Universidade Estadual de São Paulo analisaram aspectos relacionados à ocorrência de episódios de IU durante as atividades desenvolvidas diariamente como causadores de constrangimento social, disfunção sexual e baixo desempenho profissional (LOPES; HIGA, 2006).

Oliveira et al. (2012) indicaram que tais alterações têm forte impacto psicológico e são causas determinantes de isolamento social, estresse, depressão, sentimento de vergonha, condições de incapacidade e baixa autoestima, e resulta em alto índice de morbidade. Ainda a respeito dos fatores de risco para IU na mulher, essas autoras afirmam que a faixa etária mais acometida pela incontinência urinária está entre 35 e 81 anos, devido à redução da capacidade da bexiga em armazenar urina, comportando em média de 250ml a 300ml de diurese, quando na população em geral este volume chega a 500ml ou 600ml.

A redução do nível de estrógeno após a menopausa também é um fator desencadeante, principalmente quando associado com o sobrepeso e a ocorrência de doenças crônicas. A pesquisa revelou ainda que outros fatores concorrentes da IU são as cirurgias ginecológicas, especialmente as histerectomias, por alterarem a estrutura do assoalho pélvico e o aumento da prevalência pela paridade. Fatores hereditários como raça, uso de alguns fármacos, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e exercícios intensos na região abdominal também se apresentam como fatores de risco (LOPES; HIGA, 2006).

Artigo publicado na *Revista Brasileira de Enfermagem* sobre o tema, com enfoque na conduta do enfermeiro, orienta para a necessidade do portador de IU buscar avaliação multidisciplinar clínica e psicológica para esclarecer o diagnóstico da incontinência sobre a disfunção (RODRIGUES; MENDES, 1994).

Para Craven e Hirnle (2006), o objetivo do tratamento não deve deter-se em curar a patologia, mas melhorar o controle esfintário, prevenir complicações e transtornos causados nessas mulheres, promovendo conforto e melhora da qualidade de vida. As terapias comportamentais em geral são as primeiras opções de tratamento, devido à eficácia na diminuição ou eliminação da IU, evitando os efeitos adversos de medicações e cirurgias, e dependem diretamente do tipo de IU que a paciente apresenta mediante avaliação médica para iniciá-la (OLIVEIRA et al., 2012).

Exercícios da musculatura pélvica (EMP) visam fortalecer e reabilitar o assoalho pélvico. A terapia com cones vaginais— que pesam de 20g a 100g e são introduzidos na vagina duas vezes ao dia por 15 minutos—, provoca a retenção e contração dos músculos pélvicos e contribui para controlar a eliminação da urina.

Percebe-se que, atualmente, existe uma variedade de tratamentos disponíveis para a IU; porém uma pesquisa⁵ com mulheres que buscaram atendimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) revela que 56% das mulheres incontinentes não buscam auxí-

5 Realizada na cidade de Campinas, publicada na Revista da Escola de Enfermagem da USP em 2009.

lio profissional. A grande maioria porque considera o problema como algo normal; outras porque não acreditam que exista uma solução para o problema. Existem ainda aquelas que acreditam que a incontinência faz parte do processo de envelhecimento.

Outros fatores são mencionados em menor escala, como as dúvidas quanto aos benefícios proporcionados pelo tratamento, desconhecimento dos locais onde os tratamentos são oferecidos, vergonha de expor o problema e falta de recursos para custear as consultas e o tratamento. Um fator agravante, ainda segundo a pesquisa, é a postura de alguns profissionais médicos que informam a suas pacientes não haver necessidade de tratar a IU. Isso revela a necessidade de informação e atualização dos profissionais sobre a problemática (SILVA; LOPES, 2009).

No Brasil, como em todo o mundo, o número de mulheres idosas é maior que o número de homens. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), do total de pessoas idosas no país, 44,1% eram homens e 55,9% eram mulheres (apud PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). A pesquisadora Anita Neri (2001) refere-se ao número mais elevado de mulheres idosas do que homens como o fenômeno da feminização da velhice, e questiona se a maior longevidade das mulheres é acompanhada de uma melhor qualidade de vida.

O bem estar psicossocial é fundamental para a manutenção da qualidade de vida da pessoa em todas as faixas etárias e o isolamento da pessoa idosa tem grandes consequências, promove o surgimento de doenças, aumento do consumo de medicamentos

e queixas de desconforto, além de levar à depressão (NERI, 2001). Portanto, a incontinência urinária em mulheres idosas deixa de ser um problema apenas físico e torna-se um dos fatores predisponentes para o isolamento social, trazendo consigo todos os transtornos já mencionados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comparando as literaturas abordadas, percebe-se que os autores concordam quanto às causas da IU e aos impactos que provocam na vida de mulheres idosas. Concluem que o problema social e de saúde a que mulheres idosas são acometidas é multifatorial e envolve as singularidades do comportamento do gênero, como a idade, alterações dos músculos pélvicos, doenças crônicas, dentre outros fatores. Da mesma maneira, afetam diretamente a qualidade de vida dessas mulheres, com sérias consequências para o seu universo social e da família. Além de gerar isolamento social, concorre diretamente para o desencadeamento de doenças cardiovasculares e mentais, tais como depressão e possibilidade eminente de morte.

Contudo, a pesquisa aponta para uma diversidade de terapias na perspectiva de minimizar, controlar e eliminar esse problema complexo e atual através de terapias comportamentais para a perda involuntária de urina. Tais terapias trazem resultados positivos e já comprovados para restabelecer a saúde, a autoestima, a dignidade e devolver a qualidade de vida dessas portadoras idosas.

Foi possível observar, de acordo com os autores analisados, que a grande maioria das mulheres incontinentes não busca atendimento, por considerar a IU um problema normal da velhice, por desacreditar dos benefícios do tratamento, além do baixo poder aquisitivo. Isto requer da Saúde Pública uma atenção mais integral à pessoa idosa, para garantir seu bem estar físico e psíquico-social, proporcionando uma velhice mais saudável e feliz.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p., il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
- CRAVEN, R. F; HIRNLE, C. J. *Fundamentos de Enfermagem: saúde e função humanas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2006. 1492 p.
- GUYTON, A. C; HALL, J. E. *Tratado de fisiologia médica*. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, ano 10: 344-46. 2002.
- LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; HIGA, Rosângela . Restrições Causadas pela Incontinência Urinária à Vida da Mulher. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 40, n. 1,, mar. 2006.
- NERY, Anita L. *Envelhecimento e Qualidade de Vida na Mulher*. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2., 2001, São Paulo. **Anais...** Cidade: Universidade de São Paulo 2001.
- OLIVEIRA, A. de M et al. Assistência de Enfermagem à Incontinência Urinária na Mulher. *Múltiplo Saber, Londrina*: v.15 (1):100- 11, 2012.
- PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato; MELZER, David. Incapacidade Funcional entre as Mulheres

Idosas no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo. v. 39 (3): 383-91, 2005.

PORTO, Celmo Celeno. *Vademecum de Clínica Médica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1033p.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani;
MENDES, Maria Manuela Rino. Incontinência Urinária em Idosos: Proposta para a Conduta da Enfermeira. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 2 (2): 5-20, jul. 1994.

SILVA, Ligia. da; LOPES, Maria. Helena. Baena. de Moraes. Incontinência Urinária em Mulheres: razões para não procurar o tratamento. *Rev. Esc. de Enferm. USP*, São Paulo, v. 43 (1): 72-8, 2009.

Recebido em maio de 2014.

Reapresentado em julho de 2015.

Aprovado em agosto de 2015.

REVISTA MEMORIALIDADES

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Os **trabalhos** devem ser digitados em **editor de texto, salvo em arquivo.doc**, espaço 1,5 entre linhas, papel tamanho A4, com margens de 3 cm, fonte Arial, tamanho 12, com tamanho máximo de 25 laudas, incluindo as ilustrações: gráficos, tabelas, fotografias. **Título/ subtítulo** devem ser digitados em caixa alta, centralizado, espaço simples, fonte Arial, tamanho 12, seguido da tradução em inglês. **Nome do autor (es)** alinhado à direita e em negrito, fonte Arial, tamanho 12, abaixo do título do trabalho; a formação, titulação, instituição de origem e *e-mail* para contato, órgão financiador da pesquisa (se houver), e registro no Comitê de Ética devem aparecer em nota de rodapé, fonte Arial, 10. Cada texto deve ser acompanhado de um resumo com até 250 palavras, em português, em espanhol e em língua inglesa. O artigo deve contemplar entre três e cinco palavras-chave (mínimo e máximo), também traduzidas para os idiomas espanhol e inglês.

As **ilustrações** (se houver) devem ser enviadas separadamente do texto, numeradas em algarismos arábicos, com as fontes apresentadas em Arial, tamanho 10, com indicação de suas posições no texto. Os gráficos, mapas e tabelas devem ser apresentados no mesmo formato (pdf e Word).

A **resenha** não deve ultrapassar cinco laudas e deve ser de trabalho publicado no último ano. O título da resenha deve ser centralizado, em espaço simples, fonte Arial, tamanho 12. O nome completo do

resenhista deve estar alinhado à direita, em negrito, fonte Arial tamanho 12, com a indicação, abaixo do nome, da titulação, instituição de origem, *e-mail* para contato. As traduções terão uma extensão flexível, haja vista o texto trabalhado. Devem ser enviados em formato pdf e em *Word for Windows*.

Os trabalhos recebidos serão enviados a pareceristas *ad hoc* que irão se manifestar quanto à sua aceitação.

CITAÇÕES

As citações diretas de autores, destacadas ou não, no decorrer do texto, devem seguir a forma: autor, data da publicação, número da página.

Exemplos: (JAGUARIBE, 1962, p. 35); (FERREIRA; MELLO, 2008, p. 34-35).

As citações indiretas (paráfrases) de autores, no decorrer do texto, devem seguir a forma: autor e data da publicação. Exemplo: (JAGUARIBE, 1962). Se houver mais de um título do mesmo autor no mesmo ano, eles são diferenciados por uma letra após a data: (ADORNO, 1975a), (ADORNO, 1975b) etc.

REFERÊNCIAS

Todas as obras referenciadas devem ser indicadas no final do artigo e alinhadas à esquerda. **Só devem constar na lista de referências os autores que foram citados, direta ou indiretamente, no bojo do texto.**

PUBLICAÇÃO CONSIDERADA NO TODO

Livros, folhetos (manual, guia, catálogo, enciclopédia, dicionário etc.): sobrenome do autor (em caixa alta), nome (em caixa alta e baixa). Título (em negrito; em caixa alta e baixa). Tradução (se houver). Número da edição (a partir da 2ª). Local da publicação: Editora, ano da publicação.

Exemplos com um autor:

- ROMILLY, Jacqueline de. **A tragédia grega**. Brasília, DF: UnB, 1998.
- ORLANDI, E. **Análise do discurso**, princípios e procedimentos. 5. ed. Campinas: Pontes Editores, 2003.
- _____. **As formas do silêncio no movimento dos sentidos**. Campinas: Editora Unicamp, 1997.
- HAGEDORN, Peter. **Oscilações não-lineares**. Tradução Nazem Nascimento. São Paulo: Edgard Blücher Ltda., 1984.
- GOMES, L. G. F. G. **Novela e sociedade no Brasil**. Niterói: EduFF, 1998. (Coleção Antropologia e Ciência Política, 15).

Exemplo com dois autores:

- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telma Mourinho Baptista. Porto: Porto, 1994.

Exemplo com três ou mais autores:

- BARROS, R. F.; SILVA, M. S.; RAMOS, F. O. **A alegria do saber**. Salvador: SCIPIONE, 2000.

OBSERVAÇÃO: *Et al.* é a abreviação de *Et Alii* (latim), atualmente é usado, preferencialmente, nas citações diretas ou indiretas. Na referência com mais de três autores, todos os nomes são grafados conforme o exemplo acima e as normas da ABNT.

Exemplo com organizador, editor, diretor ou compilador:

- PEROTA, Maria Luiza L. R. (org.). **Multimeios**: seleção, aquisição, processamento, armazenamento, empréstimo. 3. d. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1993.

PARTE DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS OU LIVROS

Artigo, capítulo, volume, fragmento e outras obras: sobrenome do autor (em caixa alta), seguido do nome (em caixa alta e baixa). Título e subtítulo (se houver). Seguido da expressão In: e do sobrenome (em caixa alta) e nome (em caixa alta e baixa) do organizador ou editor ou diretor ou compilador ou coordenador. Título do periódico ou da obra (em negrito), subtítulo (se houver). Número da edição. Local de publicação: editora, data de publicação. Número do volume e, ou localização da parte referenciada.

Exemplos:

- BOLETIM GEOGRÁFICO. Rio de Janeiro: IBGE, 1943-1978. Trimestral.
- REZENDE, Fernando. A imprevidência da previdência. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 51-68, abr./jun. 1984.
- PORTO, Edgard. Desenvolvimento regional na Bahia. In: AVENA, Armando (org.). **Bahia século XXI**. Salvador: SEPLANTEC, 2002. P. 97-128.
- SANTOS, F. R. A colonização da terra dos Tucuju. In: _____. **História do Amapá**, 2. ed. Macapá: Valcan, 1974. 1. Grau.

Trabalhos de conclusão de cursos acadêmicos (especialização, mestrado e doutorado): sobrenome do autor (em caixa alta), seguido do nome (em caixa alta e baixa). Título. Ano de disponibilização ao público. Número de folhas (optativo). Grau acadêmico a que se refere (titulação), nome da instituição do programa (optativo). Instituição em que foi apresentada, local, ano da apresentação.

Exemplo:

- LOPES, Roberto Paulo Machado. **Universidade pública e desenvolvimento local**: uma abordagem a partir dos gastos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. 2001. 241 f. Dissertação (Mestrado em Economia)– Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

DOCUMENTO DE EVENTO

Como um todo: Nome do evento (em caixa alta), número do evento (se houver), ano, local (cidade) de realização. Título do documento, seguido de reticência (em negrito) (anais, atas, *proceedings*, livro de resumos etc.), local da publicação, editora e data da publicação.

Exemplo:

- CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA E SOCIOLOGIA RURAL, 42., 2004, Cuiabá. **Anais...**, Cuiabá: SOBER, 2004.

Em parte: Sobrenome(s) do autor(es) (em caixa alta), nome (em caixa alta e baixa). Título. Segue a expressão In: e o nome do evento, número do evento (se houver), ano, local (cidade) de realização. Título do documento (anais, atas, *proceedings*, livro de resumos etc.)... (em negrito), Local da publicação, editora e data da publicação. Localização da parte referenciada.

Exemplo:

- FERREIRA, M.; MORENO, Rogério B.; OKAMOTO, M.; GONÇALVES, Paulo S.; MATTOSO, Luiz Henrique C. Comparação da qualidade de látex e borracha natural de diferentes clones da região de Matão, SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUÍMICA, 36., 1996, São Paulo. **Resumos...** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Química, 1996. p. PN1-PN1.

* Se o acesso a essa documentação for por meio eletrônico, deve ser acrescido o tipo de suporte da referência, conforme as normas da ABNT.

Exemplos:

- REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 57., 2005, Fortaleza: **Anais...**, Fortaleza: UECE, 2005. 1 CD-ROM.
- SABROZA, P. C. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4., 1998, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998. Disponível em: <[HTTP://www.abrasco.com.br/epirio98/](http://www.abrasco.com.br/epirio98/)>. Acesso em: 17 jan. 1999.

DOCUMENTO JURÍDICO (LEGISLAÇÃO, JURISPRUDÊNCIA – DECISÕES JUDICIAIS, DOCTRINA E INTERPRETAÇÕES DE ATOS LEGAIS)

Cabe: Jurisdição (ou cabeçalho da entidade, no caso de se tratar de normas, em caixa alta). Título (em negrito; em caixa alta e baixa), data de publicação e dados da publicação.

Exemplos:

No caso de legislação

- BRASIL. **Código civil**. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. 46. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

No caso de jurisprudência

- BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. *Habeas-corpus* n° 181.636-1, da 6ª Câmara Civil do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, Brasília, D.F., 6 de dezembro de 1994. **Lex: jurisprudência do STJ e Tribunais Regionais Federais**, São Paulo, v. 10, n. 103, p. 236-240, mar. 1998.

ENTREVISTAS

Cabe: Nome do entrevistado (em caixa alta e baixa) (ANÔNIMO OU NÃO). Título da entrevista. A palavra depoimento, entre colchetes o mês e o ano da entrevista. Os nome(s) do(s) entrevistador(a)(es). Cidade,

espaço onde a entrevista foi realizada, descrever o material usado para realizar a entrevista e por que foi ela concedida.

Exemplo:

- BEZERRA, Júlia. A comunidade ribeirinha: depoimento [abr. 2010]. Entrevistadores: Carlos Santana e Elza Silva Santos. Ilhéus: Uesc, 2010. Smartphone Samsung Galaxy S III I9300 Metallic Blue Android 4.0 3G - Câmera 8MP Wi-Fi GPS Memória Interna 16GB (120 min). Entrevista concedida ao Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso da graduação em Licenciatura em História.

INFORMAÇÕES VERBAIS (PALESTRAS, DEBATES, COMUNICAÇÕES VERBAIS ETC.)

Cabe: Indicar entre parênteses a expressão informações verbal, mencionando-se em nota de rodapé os dados pertinentes.

Exemplo;

- ABNT alterou a NRB n.º ..., que estará sendo disponibilizada a partir de outubro deste ano (informação verbal)¹.

1 Informação fornecida por Maria Ferreira na palestra final do Encontro..., no Centro Cultural do Catete, Rio de Janeiro, em agosto de 2013.

IMAGEM EM MOVIMENTO (FILME, VIDEOCASSETE, DVD E OUTROS)

Cabe: Título (em caixa alta e baixa). Direção. Produção. Créditos (diretor, produtor, realizador, roteirista e outros). Elenco relevante. Local de publicação: produtora, data. Especificação do suporte em unidade física.

Exemplo:

- CENTRAL do Brasil. Direção: Walter Salles Júnior. Produção: Martire de Clermont-Tonnerre e Arthur Cohn. Elenco: Fernanda Montenegro, Venícius de Oliveira, Marília Pêra, Othon Bastos e Otávio Augusto. [s.l.]: Le Studio Canal; Rio Filme; MCT Productions, 1998. 1 bobina cinematográfica.

DOCUMENTO ICONOGRÁFICO (PINTURA, GRAVURA, ILUSTRAÇÃO, DESENHO TÉCNICO, DIAPOSITIVO, DIAFILME, MATERIAL ESTEREOGRÁFICO, TRANSPARÊNCIA, CARTAZ E OUTROS)

Cabe: Sobrenome do autor (em caixa alta), nome do autor (em caixa alta e baixa). Título (em negrito) (quando não existir, deve-se atribuir um nome ou indicar entre colchetes que o documento é sem título). Subtítulo (se houver). Local, editora, data de publicação. Data do suporte. Especificação do suporte.

Exemplo:

- KOBAYASHI, K. **Doença dos xavante**. [S.l.: s.n.], 1980. [20--]. 1 fotografia.

DOCUMENTO CARTOGRÁFICO (ATLAS, MAPA, GLOBO, FOTOGRAFIA DE ÁREA E OUTROS)

Cabe: Sobrenome do autor (em caixa alta), nome do autor (em caixa alta e baixa). Título (em negrito). Local, editora, data de publicação. Designação específica e escala do suporte.

Exemplos:

- ATLAS Mirador Internacional. Rio de Janeiro: Enciclopédia Britânica do Brasil, 1981. 1 atlas. Escalas variáveis.
- INSTITUTO GEOGRÁFICO E CARTOGRÁFICO (São Paulo, SP). **Regiões de governo do Estado de São Paulo**. São Paulo, [s.n.], 1994. 1 atlas. Escala 1:2.000.

DOCUMENTO SONORO (DISCO, CD, CASSETE, ROLO DE FITA, MÍDIAS DE ESTADO SÓLIDO: PEN- DRIVES, FLASH-CARDS, MPs E OUTROS)

No todo: A – Sobrenome do(s) compositor(es) ou interprete(es) (em caixa alta). Nome do(s) compositor(es),

interprete(es) (em caixa alta e baixa). Título (em negrito). Local, gravadora (ou equivalente), data. Especificação do suporte.

B – Sobrenome do entrevistado (em caixa alta). Assunto (em caixa alta e baixa). Título (em negrito). Nome e sobrenome do(s) entrevistador(es). Local, gravadora (ou equivalente), data. Especificação do suporte.

Exemplos:

- FAGNER, R. **Revelação**. Rio de Janeiro: CBS, 1988. 1 cassete sonoro (60 min), $\frac{3}{4}$ PPS, estéreo.
- SILVA, Luiz Inácio Lula da. **Luiz Inácio Lula da Silva**: depoimento [abr.1991]. Entrevistadores: V. Tremel e M. Garcia. São Paulo: SENAI SP, 1991. 2 cassetes sonoros. Entrevista concedida ao Projeto Memória SENAI SP.

Em parte: Sobrenome dos compositor(es) e interprete(es) da parte (em caixa alta). Nome do(s) compositor(es) e interprete(s) da parte (em caixa alta e baixa). Título da parte (em caixa alta e baixa). Segue a expressão In: Nome do(s) compositor(es) ou intérprete(s) do todo da obra (em caixa alta e baixa). Título do documento referência no todo (em negrito; em caixa alta e baixa). Local, gravadora (ou equivalente), data. Especificação do suporte. Faixa ou outra forma de individualizar a parte referenciada.

Exemplo:

- COSTA, S.; SILVA, A. Jura Secreta. Interprete: Simone. In: SIMONE. **Face a face**. [s.l.]: Emi-Odeon Brasil, 1977. 1 CD. Faixa 7.

DOCUMENTO TRIDIMENSIONAL (ESCULTURAS, MAQUETES, FÓSSEIS, ESQUELETOS, OBJETOS DE MUSEU, ANIMAIS EMPALHADOS, MONUMENTOS E OUTROS OBJETOS E SUAS REPRESENTAÇÕES)

Cabe: Sobrenome do autor (em caixa alta). Nome do autor (em caixa alta e baixa). Título (em caixa alta e baixa; em negrito). Ano. Especificação do objeto.

Exemplos:

- DUCHAMP, M. **Escultura para viajar**. 1918. 1 escultura variável.
- BULE de porcelana. [China: Cia da Índias, 18-]. 1 bule.

PARTITURAS

Cabe: Sobrenome do autor (em caixa alta). Nome do autor (em caixa alta e baixa). Título (em caixa alta e baixa; em negrito). Local, editora e ano. Especificação da partitura. Especificação do instrumento.

Exemplos:

- BARTÓK, B. **O mandarim maravilhoso**. Viena: Universal, 1952. 1 partitura. Orquestra.
- GALLER, L. (org.). **Canções populares brasileiras**. Rio de Janeiro: Carlos Wehns, 185. 1 partitura (23 p.). Piano.

OUTROS TIPOS DE DOCUMENTOS

Como um todo: Nome do documento ou título do serviço ou produto (em caixa alta e baixa). Se necessário, parte em negrito. Versão (se houver): subtítulo (se houver), data da publicação. Descrição do meio eletrônico ou suporte (se houver).

Exemplo:

- LEGISLAÇÃO brasileira: normas jurídicas federais, bibliografia brasileira de Direito. 7. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 1999. 1 CD-ROM.
- BRASIL. Supremo Tribunal. **Súmula n. 14**. Não é admissível por ato administrativo, restringir em razão de idade, inscrição em concurso para cargo público. Disponível em: <<http://www.truenetm.com.br/jurisnet/sumusSTF.html>>. Acesso em: 29 nov. 1998.

DOCUMENTO DISPONÍVEL EXCLUSIVAMENTE POR MEIO ELETRÔNICO

A referência deve seguir o mesmo formato indica-

do para artigos e/ou matéria de publicações diversas, acrescida das informações relativas à descrição física do meio eletrônico (*CD-ROM*, *on-line* e outros). Quando se tratar de obra consultada *on-line*, é indispensável a informação do endereço eletrônico, apresentada entre os sinais <>, seguida das expressões Disponível em: e Acesso em:. Referenciar a hora, minutos e segundos é opcional.

Exemplo:

- ALVES, Castro. **Navio Negroiro**. [S.l.]: Virtual Books, 2000. Disponível em: <[http:WWW.terra.com.br/virtualbooks//Lport2/navionegroiro.html](http://WWW.terra.com.br/virtualbooks//Lport2/navionegroiro.html)>. Acesso em: 10 jan. 2002.

NOTAS

[S.l.] Local de publicação não identificado.

[s.n.] Editora não identificada.

Caso o documento não apresente data de publicação, usar:

- Data aproximada [ca. 1936]
- Data provável [2001?]
- Década certa [194-]
- Década provável [197-?]
- Século certo [19--]
- Século provável [19--?]
- **Não utilizar s/d = *Sine die*.**

* Eventualmente, o(s) nome(s) do(s) autor(es) de várias obras é referenciado seguidamente, na mesma página de REFERÊNCIAS; então pode ser substituído por um traço linear, correspondente a seis (6) toques. Porém, se nessa sequência vier o mesmo autor e outro, os nomes serão referenciados totalmente.

Exemplos:

- FREYRE, G. **Casa grande & senzala**: formação da família brasileira sob regime de economia patriarcal. Rio de Janeiro: J. Olímpio, 1943.
- _____. **Sobrados e mocambos**: decadência do patriarcado rural no Brasil. São Paulo: Nacional, 1936.
- FRAGA, Paulo Cesar Pontes. Juventude, narcotráfico e violência no Brasil. In: RIBEIRO, Ana Maria Mota; IULIANELLI, Jorge Atílio S. **Narcotráfico e violência no campo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- _____. Da favela ao Sertão. In: FRAGA, Paulo Cesar Pontes; IULIANELLI, Jorge Atílio S. **Jovens em tempo real**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- FRAGA, Paulo Cesar Pontes; IULIANELLI, Jorge Atílio S. **Os jovens e o Submédio São Francisco**. Rio de Janeiro: Koinonia e Pstrmsf, 1998.

* As ilustrações (tabela, gráfico, desenho, esquema, diagrama, fluxograma, fotografia, quadro, mapa, planta, retrato etc.) serão identificadas na parte

superior, precedidas da palavra designativa, seguidas do número de ordem de ocorrência no texto, em algarismo arábico. Na parte inferior constará a legenda (se houver), nota a respeito da imagem (se houver) e a fonte (OBRIGATÓRIA).

- ** As notas de rodapé, numeradas em algarismos arábicos e em ordem sequencial, são apenas informações complementares e de natureza substantiva, restringindo-se ao mínimo necessário.
- *** Glossário, apêndice e anexos são opcionais.



IMPrensa UNIVERSITÁRIA

IMPRESSO NA GRÁFICA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - ILHÉUS-BA