



ARTIGO DE PESQUISA

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUANTO AOS CUIDADOS COM IDOSO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER

*KNOWLEDGE OF THE NURSING STAFF ABOUT CARING FOR THE ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE
EL CONOCIMIENTO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE ANCIANOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER*

Ana Cláudia Silveira Sales¹, Bruna Colombo Reginato¹, Juliana Dias Reis Pessalacia², Tatiane Prette Kuznier³

RESUMO

O envelhecimento populacional implica em maior incidência de doenças crônico-degenerativas, tais como a Doença de Alzheimer (DA). Por ser uma doença extremamente aflitiva para portadores e cuidadores, este estudo teve como objetivos identificar o conhecimento da equipe de enfermagem e analisar os fatores que interferem em um cuidado adequado para com o idoso, por meio de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, utilizando-se o referencial proposto por Bardin. Foram identificados como categorias de análise os itens: admissão e inclusão do idoso; qualidade de vida do cuidador; colaboração por parte da família; cuidados e tratamentos ao idoso. Os resultados demonstraram que há falta de preparo dos profissionais no cuidado ao idoso e que tal deficiência traz consequências para a saúde física e mental dos mesmos. Foram identificados a partir das falas dos profissionais como fatores que interferem no cuidado ao idoso o acolhimento durante o processo de admissão; a inclusão através da realização de eventos culturais e tratamento com equidade; as exigências físicas e mentais que o cuidado proporciona à equipe; a falta dos familiares e a importância do carinho e paciência do cuidador. **Descritores:** Equipe de enfermagem; Assistência à saúde; Serviços de saúde para idosos; Doença de Alzheimer.

ABSTRACT

Population aging results in higher incidence of chronic degenerative diseases such as Alzheimer's disease (DA). As it is an extremely distressing illness for patients and caregivers, this study aimed at identifying the knowledge of the nursing staff and analyzing the factors that may interfere with proper care to the elderly, through a descriptive study of qualitative approach, according to Bardin's proposal. The items identified as categories of analysis were: acceptance and inclusion of the elderly; quality of life of caregivers; cooperation from the family; care and treatment for the elderly. The results showed that there is a lack of staff training in elderly care and that this deficiency has consequences for their physical and mental health. Based on the professionals' speech, it was identified as factors that interfere in elderly care: care during the admission process; inclusion through cultural events and equal treatment, staff's physical and mental abilities demanded for the treatment; absence of family and the importance of love and patience by the caregiver. **Descriptors:** Nursing staff; Health care; Health care services for the elderly; Alzheimer's disease.

RESUMEN

El envejecimiento de la población resulta en una mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas como la enfermedad de Alzheimer (DA). Siendo una enfermedad muy angustiante para pacientes y cuidadores, este estudio tuvo como objetivo identificar los conocimientos del personal de enfermería y analizar los factores que interfieren en el cuidado adecuado a los ancianos, a través de un estudio descriptivo de abordaje cualitativo, utilizando el punto de referencia propuesto por Bardin. Identificaron como categorías de análisis de elementos: la aceptación y la inclusión de los ancianos, la calidad de vida de los cuidadores, la cooperación de la familia, la admisión y el tratamiento a las personas mayores. Los resultados mostraron una falta de capacitación del personal de enfermería en el cuidado de los ancianos y que esta deficiencia tiene consecuencias para la salud física y mental de ellos. Como factores que interfieren en el cuidado de ancianos, se identificaron en el discurso de los profesionales: la atención durante el proceso de admisión, la inclusión a través de eventos culturales y la igualdad de trato, las exigencias físicas y mentales del equipo, la ausencia de la familia y la importancia de la bondad y de la paciencia del cuidador. **Descritores:** Equipo de enfermería; Servicios de salud; Servicios de salud para ancianos; Enfermedad de Alzheimer.

¹Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP), São José do Rio Preto, São Paulo. ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Professora adjunta II Universidade Federal de São João del-Rei-UFSJ, Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis/MG. ³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Professora assistente II Universidade Federal de São João del-Rei-UFSJ, Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis/MG.

INTRODUÇÃO

As demências constituem um sério problema de saúde pública em todo o mundo. Hoje são, no mundo, 18 milhões de idosos com demência, estando 61% deles em países do terceiro mundo. O estreitamento da base da pirâmide indica um contínuo envelhecimento da população, mostrando que em 25 anos haverá 34 milhões de idosos nesta situação e a grande maioria (71%) estará nos países mais pobres. No Brasil, existem, na atualidade, aproximadamente 1,2 milhões de idosos com algum grau de demência⁽¹⁾. Estima-se que 40% a 70% das demências estejam relacionadas à Doença de Alzheimer (DA), que é definida por muitos como o “mal do século”, “peste negra” ou “epidemia silenciosa”, e tendo efeito devastador sobre a família e o doente.

A origem do termo “Mal de Alzheimer” deu-se no ano de 1901, quando o médico Dr. Alois Alzheimer iniciou pesquisas ao acompanhar uma paciente. Em novembro de 1906, Dr. Alzheimer fez uma conferência com o título “Sobre uma enfermidade específica do Córtex Cerebral”, e relatou o caso de sua paciente, definindo-o como uma patologia neurológica, não reconhecida, que cursa com demência, destacando o déficit de memória, de alterações de comportamento e de incapacidades para as atividades rotineiras. Relatou também, mais tarde, os achados de anatomia patológica desta enfermidade, os quais seriam as placas senis e os novos neurofibrilares. Em 1910, outro médico, Dr. Emil Kraepelin, descreveu os achados de Dr. Alzheimer em seu “Manual de Psiquiatria”, cunhando-os com o nome Alzheimer⁽²⁾.

A DA é um distúrbio neurológico, degenerativo, progressivo e irreversível, que começa de maneira insidiosa. É a causa mais comum das demências, sendo extremamente aflição para os portadores e também para seus cuidadores⁽³⁾.

A doença é considerada evolutiva, pois os problemas de memória vão se agravando e progressivamente vai se instalando um quadro demencial em que encontramos uma ruptura com a realidade, ocorrendo desorientação, confusão e grave distúrbio de memória⁽⁴⁾.

Trata-se de uma doença que causa a deterioração das funções mentais, do comportamento e da funcionalidade. Nesse sentido, a DA é uma doença cerebral e não de envelhecimento normal, porém não se sabe ao certo o porquê de sua ocorrência, não havendo, por isso, métodos de prevenção ou de cura. Mesmo assim, existem alguns fatos explicados e comprovados. Em algum período da doença, as células nervosas da parte do cérebro onde se controlam a memória, o raciocínio e a capacidade de julgamento ficam danificadas, interrompendo-se as mensagens entre os neurônios⁽⁵⁾.

A morte neuronal não ocorre por falta de oxigenação e nem por falta de circulação local, mas por fatores que ainda não foram descobertos. O que se sabe é que a perda neuronal acontece em regiões específicas como os lobos temporal e parietal, ocasionando a diminuição de neurotransmissores, que são necessários à transmissão de mensagens entre as células nervosas. Acredita-se, então, que há uma diminuição de acetilcolina, considerada a principal substância envolvida no controle da memória⁽³⁾.

Ocorre também um aumento do neurotransmissor glutamato, considerado importante mediador entre memória e aprendizado, causando a morte neuronal, quando presente em excesso. Essas alterações relacionadas à acetilcolina e ao glutamato causam hiperfosforilação de proteína *tau* e produção de proteína *B-amiloide*, principais responsáveis pelo dano celular⁽³⁾.

Com isso, ocorre um encolhimento do córtex cerebral, diminuindo a área da

superfície cerebral. Essa atrofia cerebral é um requisito muito importante para ser avaliado, visto que prejudica a capacidade de pensar e de funcionar do indivíduo⁽⁵⁾.

O diagnóstico definitivo só é feito por meio de exame anatomopatológico de tecido cerebral obtido em autópsia, conduta impossível de ser realizada quando o idoso está vivo. Neste exame, são visíveis as alterações do cérebro, como a quantidade e a concentração das placas neuríticas e dos aglomerados fibrilares no hipocampo (centro da memória cerebral); a quantidade anormal de proteínas nos neurônios doentes; o aumento no tamanho dos ventrículos (sulcos); o encolhimento do córtex e a diminuição de neurotransmissores⁽⁵⁾.

Desse modo, o diagnóstico da DA é feito excluindo-se outras patologias que podem evoluir também com quadros demenciais, tais como: doenças da tireoide, acidentes vasculares encefálicos, hipovitaminoses, hidrocefalia, efeitos colaterais de medicamentos, depressão, desidratação ou tumores cerebrais⁽⁶⁾.

A tomografia pode ser solicitada para se eliminar a possibilidade de tumor, dano ou isquemia, ou para se verificar a superfície cerebral e os ventrículos aumentados. Posteriormente, os testes neuropsicológicos podem ser empregados no diagnóstico das demências, para detectar e identificar os defeitos da cognição, com complexidades variáveis. Tais testes são baseados nas queixas e nos históricos relatados pelo próprio doente e pela família. Também são realizados testes de linguagem, de estado mental, de orientação, de memória antiga, de memória recente, de cálculo, de leitura e de escrita. A avaliação completa deve ser realizada por um grupo de profissionais de saúde treinado para diagnosticar e ajudar a família e cuidadores⁽⁵⁾.

Em relação ao tratamento, os remédios existentes hoje para pacientes portadores de

DA estão se tornando melhores, por causarem menos efeitos colaterais e por obterem resultados significativos com alguns pacientes. Contudo, como a doença ainda é de causa desconhecida, seu tratamento é considerado sintomático, ou seja, atinge diretamente os sintomas, e não a causa⁽³⁾.

As medicações como donepezil, galantamina e rivastigmina, consideradas inibidores da acetilcolinesterase, visam corrigir os déficits cognitivos e os distúrbios psicocomportamentais, melhorando o desempenho das atividades do dia-a-dia. Tais medicamentos demonstram melhor atuação nas fases iniciais da doença, no entanto, têm certa eficácia nas fases moderada e avançada, principalmente quando uma delas for combinada com a memantina, que é um modulador do neurotransmissor glutamato. A decisão sobre o tratamento de longo prazo dos pacientes com DA continua sendo feita baseada na resposta individual do paciente e na experiência do médico especialista⁽³⁾.

Desde o início do tratamento com inibidores da acetilcolinesterase, surgiu a questão de que estes poderiam não ser eficazes, porque na DA há acometimento de outros sistemas de neurotransmissores, além de extenso comprometimento sináptico e neuronal. Tal crítica é apenas parcialmente correta, pois não invalida o emprego do tratamento atual, somente aponta para a necessidade de que sejam pesquisados outros recursos terapêuticos. O tratamento atual pode estar longe do que se espera que venha a ser atingido nas próximas décadas, mas já é bem superior ao que se tinha antes do advento dos atuais medicamentos⁽⁷⁾.

Existe grande esforço na pesquisa de medicamentos, que busca não só o alívio dos sintomas, mas a detenção da destruição dos neurônios, interferindo nos processos atualmente reconhecidos como mais importantes na fisiopatologia da DA⁽⁷⁾.

Paralelamente, outros tratamentos podem ser utilizados com o portador de demência. São as terapias não farmacológicas que, ao mesmo tempo em que estimulam as capacidades cognitivas como memória, atenção, percepção e outras que o paciente vai paulatinamente perdendo, proporcionam qualidade de vida ao portador, uma vez que este é levado a realizar várias atividades, satisfazendo assim uma necessidade de todo o ser humano, que é a do “fazer”⁽³⁾.

Tais terapias são de extrema relevância, visto que, a DA é uma doença da qual não se sabe a causa; não se tem um exame de laboratório ou de imagem que possa dar o diagnóstico e não possui tratamento curativo ou que reduza a sua progressão. O que existem são medicamentos que podem melhorar um pouco a memória e o comportamento do indivíduo⁽¹⁾.

Cabe ressaltar que a idade avançada, assim como a baixa escolaridade e os traumas cranioencefálicos repetidos, constituem os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença. A DA não é azar ou sinal de fraqueza emocional ou moral, pois muitas pessoas produtivas e fortes tornam-se portadoras. Apenas cerca de 5% dos casos mostram-se como herança genética bem determinada, costumando haver manifestação da doença já na quarta ou quinta década da vida⁽³⁾.

A DA e suas diferentes manifestações

A DA pode afetar cada indivíduo diferentemente, podendo ter vários sinais e sintomas progressivos, observados de acordo com suas fases descritas a seguir: 1º estágio - fase leve: o indivíduo costuma estar alerta e ser sociável, mas seus esquecimentos frequentes começam a interferir nas suas atividades da vida diária. Os sintomas costumam ser confusão, perda de memória,

desorientação espacial, dificuldade no cotidiano, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento. A assistência é voltada para o suporte familiar, procurando orientar a família para o entendimento do diagnóstico e prognóstico da patologia, de mudanças no comportamento e de medidas de controle da ansiedade e agitação. Nesta fase, pode-se trabalhar com técnicas de orientação para a realidade junto aos pacientes. A reabilitação cognitiva também pode contribuir para retardar o processo demencial; 2º estágio - fase moderada: iniciam-se dificuldades de reconhecimento das pessoas (prosopagnosia), de compreensão do que é ouvido, de expressar o que é dito, de nomear objetos e de executar tarefas motoras, interferindo nas atividades da vida diária, como no banho, no vestir-se e alimentar-se. Para a preservação da segurança e para a realização das tarefas do dia-a-dia é necessário que o indivíduo com DA moderada esteja sob os cuidados de outra pessoa, que trabalhe por uma melhor atenção à segurança. Sua segurança e sua tranquilidade dependem da percepção que o doente tem da segurança e da tranquilidade que o cuidador lhe transmite. Para isto, é preciso que o ambiente seja adaptado. Portanto, a assistência de enfermagem nessa fase volta sua atenção para a prevenção de acidentes, para os métodos de segurança, para orientações sobre alimentação, eliminações e medicação, para a proteção ambiental, para o estabelecimento de rotinas e para o reconhecimento dos códigos de comunicação, verbais ou não verbais; 3º estágio - fase grave: os indivíduos nessa fase necessitam da atenção do cuidador 24 horas ao dia, pois não conseguem mais realizar as tarefas comuns, como higiene pessoal. São totalmente dependentes de cuidados e estão quase sempre confusos. A perda de memória já é bastante avançada, o que dificulta muito a comunicação. Essas pessoas têm uma

diminuição acentuada no vocabulário, podendo também ter descontrole urinário e fecal. É necessário que se mantenha o suporte familiar de forma contínua, vivenciando as perdas progressivas e a iminência da morte, que, embora seja considerada um descanso para o idoso e para os cuidadores, representa um momento muito triste por ser uma despedida^(5,3).

A DA tem curso lentamente progressivo, com duração média de oito a dez anos entre o início dos sintomas e o óbito, mas não há um teste específico que estabeleça de modos inquestionáveis a doença de Alzheimer. O tempo de sobrevivência está intimamente relacionado com a qualidade dos cuidados recebidos pelo paciente^(3,6).

Atinge homens e mulheres, de todas as raças e classes sociais, geralmente a partir de 65 anos de idade⁽³⁾. O idoso portador da doença, que já é vítima de vários preconceitos estabelecidos pela sociedade, sofre cada vez mais. Com o esquecimento, que é o principal sinal dessa doença degenerativa, torna-se vulnerável a situações de humilhação, pois não se lembra de fatos de sua vida, ou mesmo de pessoas que fizeram parte de sua história. Portanto, além de um cuidado especial com este idoso, é preciso que o cuidador tenha conhecimento suficiente sobre a doença, para que não prejudique sua própria saúde. Se o cuidador não preservar a sua qualidade de vida, certamente não terá condições de garantir a do outro. Ele desempenha o papel de humanizar o tratamento.

Os recursos exigidos do cuidador não são apenas para tratar e curar feridas, para manter a vida ou para lutar contra a morte, mas, sim, para suportar junto ao paciente o inexorável, o irreversível; um encontro capaz de guardar os sentidos da existência do sujeito, sendo esta uma dimensão de cuidado⁽⁸⁾.

Para prestar cuidados aos idosos com demência, vários aspectos necessitam ser compreendidos, como a fase da doença, a qualidade da rede de suporte familiar, a história de vida de cada família, bem como a forma como cada família enfrenta a situação. Trata-se de uma experiência pessoal⁽⁹⁾.

Por ser uma patologia que requer extrema atenção e cuidados, é importante que as pessoas sejam instruídas ao máximo em relação à DA, pois essa é a melhor maneira de ajudar o portador e a si mesmo. Oferecer informações pode auxiliar no preparo de todos para o “controle” da situação.

A partir disso, foi observado que, por muitas vezes, familiares, cuidadores e também a equipe de enfermagem não se encontram preparados para lidar com tal doença, acarretando necessidade de mais informações.

Frente a esta situação, a equipe de enfermagem deve estar atenta à sobrecarga física e emocional vivenciadas no cuidado ao portador de DA. Esses aspectos podem comprometer a qualidade de vida do paciente, do cuidador e também comprometer o cuidado a ser prestado⁽¹⁰⁾.

Cabe observar ainda, o posicionamento da família diante da doença, pois, assim como a doença passa por vários estágios, a família também passa por diferentes etapas. No início, a família está inerte diante das manifestações de déficit do paciente, o que gera sentimentos de hostilidade e irritação. Outrossim, o paciente pode perceber as próprias deficiências, correndo o risco de deprimir-se⁽¹¹⁾.

A DA causa um temível declínio da autonomia, transtornos comportamentais e um progressivo grau de dependência, sobretudo nas fases mais avançadas, representando significativo fator de estresse para os familiares e cuidadores⁽¹²⁾.

Poucas são as pessoas que estão preparadas para a responsabilidade e para a sobrecarga que é cuidar de um portador dessa doença, sendo cada vez mais importante a preocupação e o interesse da equipe de enfermagem em proporcionar uma melhor qualidade nos cuidados com esses pacientes. A falta de conhecimento sobre o cuidado com os idosos portadores de Alzheimer pode influenciar de forma negativa na evolução da doença, visto que o estímulo cognitivo e comportamental proporcionado a esses sujeitos é essencial. Portanto, o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o que é a doença de Alzheimer e sobre como manejar o paciente com tal doença poderá ajudar a melhorar os cuidados prestados a ele, assim como a qualidade de vida dos idosos e de seus familiares. Deste modo, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção da equipe de enfermagem de um centro de vivência geriátrico sobre o cuidado ao idoso portador de DA e sobre o seu preparo para a assistência ao idoso nas situações de: admissão, inclusão, colaboração por parte da família e informações sobre os cuidados e tratamentos. Também se buscou identificar os fatores que possam interferir na qualidade dos cuidados ao doente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo e exploratório e de abordagem qualitativa. A análise das falas foi fundamentada na abordagem qualitativa, sendo sistematizada conforme a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin⁽¹³⁾. Essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença e frequência podem ter significados para o objetivo escolhido. A unidade de significado pode ser recortada em ideias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significados

isolados. Para efeito deste trabalho, as unidades de significado constituíram-se em categorias de análises decorrentes da vivência dos membros da equipe de enfermagem no atendimento ao idoso portador da doença de Alzheimer. Na operacionalização e no tratamento dos dados desta proposta, seguimos os seguintes passos: ordenação dos dados (com a transcrição das entrevistas, releitura do material e organização dos relatos); classificação dos dados (elaboração dos núcleos de sentido) e análise final (quando estão estabelecidas as articulações entre os dados e a teoria). O critério de amostragem utilizado foi o de repetição das falas dos profissionais.

Foram entrevistados neste estudo 15 profissionais componentes da equipe de enfermagem atuantes em um centro de convivência geriátrico privado de São José do Rio Preto-SP, no ano de 2007, e que aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento. Foram entrevistados os seguintes profissionais: um enfermeiro e 15 auxiliares de enfermagem. O citado estabelecimento é formado por quatro casas, tendo ao todo 34 pacientes e, desses, 20 são portadores de DA. Existem 25 profissionais da saúde, entre eles: enfermeira, médico, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, terapeuta ocupacional, nutricionista e 18 auxiliares, sendo que um estava de férias. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário contendo questões abertas, aplicado junto aos membros da equipe de enfermagem, que aceitaram participar do estudo.

O instrumento de coleta de dados se constituiu em um roteiro, contendo questões abertas sobre o preparo da equipe no cuidado ao idoso portador de DA e sobre os fatores que interferem na assistência de enfermagem de qualidade.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Incor de São José do Rio Preto/SP, protocolo nº 0002.0.137.000-07, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos de pesquisa foram convidados a participar do estudo, sendo devidamente esclarecidos, e também assinaram um termo de consentimento livre. Foi resguardado o sigilo e o anonimato dos sujeitos de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material apresentado a seguir é constituído pela síntese extraída dos conteúdos das falas das entrevistas realizadas junto aos 15 profissionais da equipe de enfermagem participantes da pesquisa, a qual revelou como tema central a importância da atuação da enfermagem na assistência ao idoso com DA em um centro de convivência geriátrica.

A partir das falas e relatos dos membros da equipe de enfermagem, emergiram as seguintes categorias de análise qualitativa: admissão do idoso com DA; a inclusão do idoso portador da DA junto aos demais idosos que não sofrem da doença; qualidade de vida do profissional cuidador; a colaboração por parte da família; cuidados e tratamentos ao idoso com DA.

No que diz respeito à *Admissão do Idoso* com Doença de Alzheimer pela equipe de Enfermagem, cabe lembrar que o idoso portador de DA apresenta maior risco de institucionalização devido ao progressivo aumento da dependência física e mental e também à necessidade de cuidados profissionais⁽¹⁴⁾. Consequentemente é importante uma admissão voltada para o bem-estar do próprio cliente, como mencionado pelas entrevistadas:

- “A admissão do idoso deve ser realizada de forma acolhedora, simples, fazendo com que

o idoso e os familiares se sintam seguros e confiantes”. (J.F.A.)

- “Não tentar mudar a rotina, por causa da doença (...) precisamos estimulá-lo”. (K.K.F.)

- “É lógico que tem que perguntar sobre o que gosta de comer, de fazer, os costumes de família”. (M.R.S.)

Deste modo, observamos que os profissionais destacaram o “acolhimento” ao idoso e sua família durante o processo de admissão como um importante fator relacionado à qualidade da assistência de enfermagem. Nesta categoria, apontam a importância da criação de um vínculo com o idoso e suas famílias, fazendo com que se sintam seguros em relação ao cuidado a ser prestado.

Também ressaltam a importância do respeito às preferências e rotinas familiares do idoso, através do questionamento sobre tais preferências, logo no processo de admissão.

Em relação à *Inclusão do Idoso* portador da DA junto aos demais idosos que não sofrem da doença, pode-se dizer que o idoso não é simplesmente aquele que já viveu, é, além disso, alguém que está vivo. Alguém que precisa se encontrar vinculado à comunidade e às outras pessoas⁽¹⁵⁾.

Observa-se esta preocupação nas seguintes falas:

- “Durante a TO (Terapia Ocupacional) eles ficam juntos, a gente não isola eles de jeito nenhum. Quase toda a semana tem festinha ou bingo. Mesmo que eles não entendam, a gente faz”. (M.R.C.)

- “O tratamento deverá ser igual para todos, pois todos precisam de cuidados e carinho por igual”. (V.B.V.G.)

Observamos, a partir da análise das falas acima, que os profissionais percebem a importância da socialização através da inclusão do idoso. Ressaltam como fatores importantes a realização de atividades grupais

e de recreação e que todos sejam tratados sem diferença. Isto é, o idoso pode se sentir “isolado” ou “menosprezado” quando a equipe demonstra preferências com alguns idosos.

Quanto à questão da *Qualidade de Vida do Profissional Cuidador*, destacamos que o cuidado ao idoso demanda muita paciência e pode provocar desgaste físico e mental ao cuidador, pois, mais do que fazer companhia, ele deve ficar atento às exigências do idoso, além de dar apoio e carinho nos momentos mais difíceis. Deste modo, é fundamental que o cuidador saiba o que é essa doença e como lidar com os problemas relacionados a ela. O cuidado ao idoso portador de DA requer muitas exigências, devido ao fato de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e se tornar cada vez mais dependente⁽¹⁶⁾. A DA apresenta como características a perda da capacidade de raciocínio e alterações no comportamento, o que a diferencia muito das outras doenças orgânicas. O cuidador deverá proporcionar bem-estar ao doente, tendo a sensibilidade de tomar lugar do doente para reconhecer o frio, o calor, a fome, o desconforto, o sono e a dor, possibilitando entre cuidador e paciente maior comunicação, segurança e tranquilidade. Nesse sentido, cuidar de sujeitos portadores de Doença de Alzheimer requer muito mais do que habilidade, mas muita paciência e compreensão.

Ressalta-se que a experiência de cuidar do idoso com DA é muitas vezes percebida como uma doação que envolve não só um sentimento de dever profissional e humano, mas a responsabilidade de fazer o melhor possível pelos mesmos⁽¹⁷⁾, como percebemos nas falas abaixo:

- *“Tentei entender a situação clínica do idoso, respirei fundo e pensei no quanto a nossa atenção e dedicação é importante para o bem-estar desse idoso”*. (C.D.B.M.)

- *“Eu, particularmente, costumo trabalhar com muito amor, assim eu tenho forças para superar os desafios”*. (E.M.S.M.)

- *“cansa muito a mente e assim cansa o corpo. Então pedi férias, porque quando volta, trabalha com prazer”*. (E.S.B.S.)

Tais falas apontam que a falta de preparo da equipe de enfermagem no cuidado ao idoso pode colaborar para o maior desgaste físico e mental que os membros da equipe vivenciam. Enfatizam que ao entender a situação clínica do idoso, podem compreender melhor as necessidades de cuidado de enfermagem.

Quanto à *Colaboração por Parte da Família*, ressaltamos que o abandono do idoso por parte da mesma pode se constituir fator de agravamento do estado de saúde do idoso. A falta de conhecimento dos familiares quanto à DA e seus cuidados tem se constituído principal fator de exclusão precoce das relações sócio-familiares e internação dos idosos em instituições⁽¹⁸⁾. Porém, muitas vezes essa institucionalização é necessária, pois o asilo é um lugar próprio para dar os cuidados ao idoso. Mesmo assim, é importante que a família se lembre de que internar não é abandonar, mostrando ao idoso que ele nunca estará sozinho. Aponta-se para a necessidade de uma rede de apoio integrada entre as esferas: Estado, Família e Sociedade, cada uma com seu limite de atuação. No entanto, não se podem esquecer as transformações que a instituição familiar brasileira vem sofrendo, em que as mulheres estão participando do mercado de trabalho e em que a opção pela institucionalização do idoso ocorre, na maioria das vezes, somente quando há um limite relacionado às famílias oferecerem o cuidado necessário⁽¹⁹⁾.

- *“A equipe de enfermagem não substitui a família, mas deve ter paciência, tolerância em ouvir, acariciar e realizar os cuidados necessários”*. (S.F.B.)

- *“Devemos dar-lhes carinho, atenção e muito amor de tal forma que faça com que eles superem e suportem a falta dos familiares”.* (D.L.C.)

- *“Devemos mostrar que, apesar da distância, a família se preocupa, e que aqui também somos uma família. Tratando e demonstrando todo o carinho que sentimos, pois aqui aprendemos a amar todos, cada qual com suas diferenças”.* (C.R.C.)

As falas demonstram que os profissionais percebem a ausência e o abandono dos idosos por parte de seus familiares como fatores dificultadores à assistência, mas que, mesmo assim, devem ter paciência e tentar, de certa forma, suprir tal deficiência.

Em relação aos *Cuidados e Tratamentos*, no Brasil, há ainda poucos estudos e conhecimento quanto às demências, suas formas de tratamento, orientação e suporte ao idoso e seus cuidadores⁽¹⁷⁾. Neste sentido, ressalta-se que, além dos cuidados médicos, o doente também necessita primordialmente de carinho e atenção diários, ou seja, necessita ser assistido com satisfação e palavras amáveis de qualquer pessoa, ainda que não a reconheça, não podendo ficar desadaptado, sentindo-se inútil ou rejeitado⁽¹⁸⁾. A partir disso, foi relatado:

- *“Tudo é prioridade, por mais que você faça, sempre precisa de mais. Às vezes carinho e amor é muito importante”.* (A.B.)

- *“tem que ter jogo de cintura e muita paciência...”* (K.K.F.)

- *“Fazer com que o cliente sinta-se bem, em paz e com segurança, e que tenha uma boa qualidade de vida”.* (S.F.B.)

Quanto aos cuidados e tratamentos prestados ao idoso, a equipe não atribuiu prioridade a nenhuma modalidade de tratamento, contudo, destacou que a assistência de enfermagem deve ser prestada com foco na segurança do idoso, melhora da

qualidade de vida e, acima de tudo, com muito carinho e paciência.

Maffioletti, Loyola e Nigri⁽⁸⁾, refletindo sobre o cuidado de enfermagem oferecido ao idoso, identificaram uma prática que comprometia a interação dos profissionais com aqueles e fizeram uma crítica ao ensino da enfermagem na medida em que este se encontra muito focado no cuidado de forma holística, negligenciando a singularidade do cuidado ao idoso.

A enfermagem não tem o poder de curar, e nem o de mudar os pacientes e suas famílias, mas pode mudar a reação das famílias diante dos problemas, pois existem doenças incuráveis, mas não há doentes intratáveis⁽¹⁸⁾.

Embora os portadores de DA tenham dificuldade de expressar seus sentimentos, sabem reconhecer a importância do afeto e da atenção dispensados a eles, sendo extremamente agradecidos em cada fase de sua “estranha” doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência do aumento da expectativa de vida da população brasileira, o processo de envelhecimento vem acelerando-se e tornando-se alvo de discussões, pois nem a sociedade e nem o próprio serviço de saúde estão preparados para assumir cuidados tão peculiares.

Sabe-se que há um número elevado de pessoas idosas que preservam sua capacidade funcional, porém, também há um número expressivo de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas, os quais se tornam dependentes, necessitando de assistência. A partir desse momento, os cuidadores passam a se comportar como um elo entre o idoso e a vida.

Assim, pelo presente estudo, pudemos observar que há falta de preparo dos profissionais no cuidado ao idoso e que tal

deficiência traz consequências para a saúde física e mental dos mesmos. Foram identificados a partir das falas dos profissionais, como fatores que interferem no cuidado ao idoso, o acolhimento durante o processo de admissão; a inclusão através da realização de eventos culturais e tratamento com equidade; as exigências físicas e mentais que o cuidado proporciona à equipe; a falta dos familiares e a importância do carinho e paciência do cuidador.

Contudo, mesmo com tal despreparo, constatamos que todos os funcionários de enfermagem sabem da importância de proporcionar o carinho, o amor e principalmente a paciência, fazendo jus à expressão “enfermagem, a arte de cuidar”.

São vários desafios a serem enfrentados no universo das demências, nos mistérios da mente, no significado dos sentimentos, no cuidar de si mesmo e no do outro, no aprender a respeitar e a lidar com as diferenças e incertezas. Felizmente, a medicina tem avançado muito, o que está sempre renovando as nossas esperanças de viver um pouco mais de tempo, com mais saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1- Caldeira AP, Ribeiro RC. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq Ciênc Saúde*. 2004;11(2):100-4.

2- Mello K, Mendonça M. Os anjos da guarda de quem tem Alzheimer. *Revista Época* 06 out 2007. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG79465-8055-490,00-OS+ANJOS+DA+GUARDA+DE+QUEM+TEM+ALZHEIMER.html>

3- Caovilla VP, Canineu PR. *Você não está sozinho*. São Paulo (SP): ABRAZ; 2002.

4- Borges FM. *Convivendo com Alzheimer: manual do cuidador*. 2002. Disponível em: [\[content/uploads/2008/04/manual-do-cuidador-alzheimer.pdf\]\(http://content/uploads/2008/04/manual-do-cuidador-alzheimer.pdf\)](http://www.cuidardeidosos.com.br/wp-</p>
</div>
<div data-bbox=)

5- Gwyther LP. *Cuidados com portadores da doença de Alzheimer: um manual para cuidadores e casas especializadas*. Rio de Janeiro (RJ): Novartis; 1985.

6- Vilela LP, Caramelli P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2006; 52(3): 148-152.

7- Nitrini R. Há sentido em utilizar o tratamento atualmente disponível para a doença de Alzheimer? *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)* 2006; 33(4): 214-217.

8- Maffioletti VLR, Loyola CMD, Nigri F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(4): 1085-92.

9- Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 10(3): 580-90.

10- Almeida KS, Leite MT, Hildebrandt LM. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 11(2):403-12.

11- Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de alzheimer no cuidador. *Psicol. Estud.* 2008; 13(2): 223-229.

12- Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. psiquiatr. clín.* 2005; 32(3): 131-36.

13- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

14- Gorzoni ML, Pires SL. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev. psiquiatr. clín.* 2006; 33(1): 18-23.

15- Coutinho M. *A velhice e o isolamento*. 2002. Disponível em: http://www.cm-castanheiradepera.pt/ocastanheirense/1741/manuel_coutinho.htm

16- Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Implicações da doença de Alzheimer na

qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. Cad. Saúde Pública 2010; 26(5): 891-899.

17- Santana RF, Almeida KS, Savoldi NAM. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer Rev. esc. enferm. USP 2009; 43(2): 459-464.

18- Santana RF. Grupo de orientação em cuidados na demência: relato de experiência de uma enfermeira aluna do curso de psicogeriatria. Textos sobre envelhecimento 2003;6(1):81-98.

19- Freitas AVS, Noronha CV. Elderly people in long-term institutions: speaking about care. Interface (Botucatu)2010; 14(33): 359-69.

Nota: Artigo extraído do Trabalho de conclusão de curso intitulado: Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com o idoso portador da doença de Alzheimer, apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Rio Preto.

Recebido em: 13/11/2011
Versão final em: 14/12/2011
Aprovação em: 16/12/2011

Endereço de correspondência
Juliana Dias Reis Pessalacia
Rua São Paulo, no 1710, apto 104, Santo Antônio.
Cep: 35502025 Divinópolis/ MG - Brasil.
E-mail: juliana@pessalacia.com.br