

A VISÃO DO CUIDADOR EM RELAÇÃO AO DOENTE DE ALZHEIMER: INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DO CUIDADO PRESTADO

Elisângela Aparecida Rocha¹

Laís Kotsuka Carlos²

Carlos Alberto de Oliveira Magalhães Júnior³

RESUMO

A população idosa vem crescendo significativamente nos últimos anos, conseqüentemente, tem-se o aumento considerável das doenças crônico-degenerativas como o Mal de Alzheimer, que é caracterizada por perdas progressivas nas funções cognitivas, gerando mudanças de comportamento até chegar à demência. A doença é composta de quatro fases, que vão desde a fase de esquecimento e incerteza, progredindo até a fase terminal. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa e descritiva, com questões semiestruturadas sobre a assistência integral prestada pelo cuidador ao doente de Alzheimer. A amostragem foi composta por 13 cuidadores de pacientes (que recebem medicação da 13ª Regional de Saúde do município de Cianorte/Paraná), tendo como objetivo investigar e analisar os cuidados prestados. Avaliando os resultados, pode ser constatada a carência de informação dos cuidadores, pois, dos entrevistados, mais da metade relataram não possuir conhecimentos teóricos sobre a doença. Porém, em contradição a esta informação, nota-se que para os cuidadores suas práticas estão de acordo com as necessidades apresentadas pelo idoso, fato que pode ser observado por um percentual de 100% de respostas positivas, quando questionados sobre a eficiência de sua assistência. Dessa forma, observou-se a necessidade de uma reeducação dos cuidadores com a finalidade de proporcionar informações indispensáveis a estes, resultando em uma melhor qualidade na assistência destinada ao idoso em todas as fases da doença.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidadores. Assistência a Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os idosos fazem parte da faixa etária em maior ascensão atualmente. Estão vivendo cada vez mais, especialmente nos países em desenvolvimento. Como uma das conseqüências deste fato, ocorreu um aumento significativo no número de doenças crônico-degenerativas, nas quais as demências têm um destaque especial, como por exemplo, o Mal de Alzheimer. Segundo Corrêa (1996 apud COSTA et al, 2008), esta patologia é a quarta causa de mortes em adultos, sendo a mais comum entre todas as demências. Ocorre após os 65 anos,

¹Bacharel em Enfermagem pela UNIPAR, Cianorte, Paraná. E-mail: elis12_rocha@hotmail.com.

²Bacharel em Enfermagem pela UNIPAR, Cianorte, Paraná. E-mail: laiskotsuka@hotmail.com.

³Professor do Departamento de Ciências, Universidade Estadual de Maringá, Goioerê/PR. Mestre em Ensino de Ciências pela USP e Doutor em Ecologia pela UEM. E-mail: juniormagalhaes@hotmail.com.

principalmente em mulheres. Acomete pelo menos 5% dos idosos com mais de 65 anos, 15 a 20% após os 80 anos e 40 a 50% após os 90 anos de idade (COSTA et al, 2008).

O Mal de Alzheimer foi descrito pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer (1907), que foi o primeiro a apresentar, em um simpósio, o relato de caso de uma paciente que havia sofrido de demência progressiva. É definida como uma afecção de perda progressiva e irreversível do funcionamento neurológico, afetando o hipocampo e, posteriormente, suas áreas corticais associativas. Caracterizada principalmente por degradação de conhecimentos previamente adquiridos, como atividades diárias, acarretando perda das funções cognitivas, mudanças de comportamento e demência (CALDEIRA, 2004; ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

No estágio inicial (fase de esquecimento e incerteza), o portador da doença manifesta perda de memória de fatos recentes, problemas em lembrar onde os objetos foram colocados, incapacidade de tomar iniciativas (ex: higiene pessoal), alterações no humor, desorientação no tempo, espaço e desinteresse em seu próprio ambiente (ROACH, 2003; SANTOS, 2001).

No estágio médio (fase confusional), há perda das funções cognitivas com aumento do estado confusional, dificuldade de comportamento em público, problemas em reconhecer rostos de familiares, dificuldade em desempenharem tarefas simples de trabalho (como resolver um problema de matemática óbvio), deficiência na escrita e ortografia e apraxia (incapacidade de executar os movimentos apropriados para determinados fins). Segundo Costa et al (2008), o idoso torna-se dependente de uma pessoa para lhe prestar cuidados, que geralmente é alguém da própria família. É nesta etapa, portanto, que ele necessita de auxílio intensivo de seu cuidador.

Estágio posterior (fase de demência) é caracterizado por completa dependência do cuidador para realização de todos os cuidados pessoais ou qualquer atividade da rotina diária. Pode apresentar sintomas psicóticos (alucinações, delírios), incontinência total (fecal e urinária), dificuldade de falar e se expressar, no qual as funções cognitivas desaparecem por completo (PAVARINI et al, 2008). Segundo Engelhardt e Laks (2007 Apud COSTA et al, 2008) é nesta fase também que o doente se restringe somente ao leito ou à poltrona. O óbito geralmente ocorre após 10 a 15 anos de evolução da doença, em consequência de patologias associadas, como: pneumonia, desnutrição, desidratação e incontinências.

Na última fase, o estágio final (fase terminal), o portador perde toda a sua capacidade mental e física, dificilmente reconhece rostos e fica mudo. É nesse período que o doente de Alzheimer necessitará de constante dedicação, compreensão e supervisão integral do cuidador (SMELTZER; BARE, 2005). É nesta fase também que ocorre a máxima importância do papel

do cuidador. Neste momento, o cuidador deve ter total disponibilidade e atenção ao doente, pois este já se encontra em situação de total debilitação. Ocorre também um maior envolvimento emocional do cuidador em relação ao idoso, pois já é sabido que a partir dessa fase não há mais expectativa de vida. A morte já é uma certeza iminente, e nem sempre o cuidador está preparado emocionalmente para este momento.

Segundo Cruz e Hamdan (2008), cuidador é uma pessoa diretamente responsável pelos cuidados do paciente, normalmente sendo a esposa, um dos filhos, outro parente ou ainda uma pessoa contratada para a função. Conforme a doença evolui, o cuidado vai se tornando cada vez mais complexo, pois o doente fica impossibilitado de cuidar de si próprio e exige cuidados que vão desde a sua higiene pessoal até a administração da casa.

O ato de cuidar vai exigir do cuidador um envolvimento intenso e uma parcela significativa de seu tempo, por um período indeterminado. Também são necessárias tomadas de decisões que atingem diretamente o idoso. Devido a essa sobrecarga de trabalho, o cuidado ao idoso pode se tornar ineficaz, pois o cuidador, atribuído de serviços, prestará assistência necessária somente aos cuidados básicos, esquecendo que este portador necessita também de cuidados baseados na patologia que ajudem a minimizar os efeitos danosos desta. Este cuidado deve ser diferenciado do idoso não demenciado, pois este, mesmo que seja dependente e necessite de cuidados integrais, ainda assim possui a capacidade de raciocínio e também de tomar decisões a respeito de si.

É de extrema importância a necessidade de uma orientação específica para o cuidador, a fim de que sejam mais facilmente encontradas alternativas que visem à solução ou à diminuição de efeitos danosos advindos com a doença, que a assistência prestada seja de maior eficácia ao tratamento e que ele possa, dessa forma, estar apto para saber como proceder nas situações mais difíceis encontradas no dia a dia. Pois, segundo Gerônimo e Pinheiro (2008), o cuidador do idoso com demência do tipo Alzheimer necessita ser humano, compreensivo, solidário e respeitoso, saber aceitar as limitações apresentadas pelo idoso sem julgá-lo.

Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar os conhecimentos do cuidador do portador da doença de Alzheimer e orientá-lo sobre particularidades da doença, a fim de garantir uma maior eficácia nos cuidados prestados e, conseqüentemente, trazer melhorias na qualidade de vida, tanto dos idosos quanto do cuidador.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa do tipo qualitativa e descritiva, realizada entre os meses de julho a agosto de 2009. A investigação qualitativa permite aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos, trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões, revelando o que está oculto em suas vivências (PAULINO, 1999). Segundo Estrela (2005), este tipo mostra-se eficiente também devido ao fato de permitir ao pesquisador estudar os fenômenos específicos, casos ou fatos em profundidade, explicando a realidade de acordo com o comportamento, conceitos, percepções e avaliação das pessoas, facilitando a compreensão do significado de um sinônimo.

Foram entrevistados 13 cuidadores de portadores da doença de Alzheimer, residentes na cidade de Cianorte/Paraná, cadastrados na 13ª Regional de Saúde até o mês de junho de 2009. Para realização da entrevista, foram adotados os seguintes critérios: que o idoso com Alzheimer fosse cadastrado na 13ª Regional de Saúde de Cianorte/Paraná, sem considerar o estágio da doença desenvolvida pelo doente, e que tivesse cuidador; e que este estivesse prestando cuidados há mais de um mês ao idoso e que não tivesse formação profissional na área de saúde.

A 13ª Regional de Saúde de Cianorte/Paraná é responsável pelo cadastro e entrega de medicação aos portadores de Alzheimer em 10 municípios da região, além de Cianorte. O programa existe desde o ano de 2004, porém, foi somente após a instauração da Portaria de Medicamentos Excepcionais 2577/2006 do Ministério da Saúde que o programa tornou-se informatizado em modelo único a todas as regionais. A população-alvo do estudo foram os cuidadores dos idosos residentes em Cianorte e dos dois distritos (Vidigal e São Lourenço) pertencentes a este município.

As entrevistas foram realizadas no domicílio do próprio idoso. O universo de pesquisa era composto por 49 pessoas. Deste total, foi possível entrevistar apenas 13 cuidadores, pois 14 idosos viviam sem nenhum cuidador, 2 haviam falecido, 11 deles não foram encontrados devido a erro no endereço de cadastro, 5 não estavam, 1 havia se mudado e 3 cuidadores se recusaram a participar.

A entrevista teve como instrumento norteador um questionário constituído por nove perguntas semiestruturadas, relacionadas ao cuidado integral desempenhado pelos cuidadores como: a rotina, as dificuldades encontradas no desempenho dos cuidados e conhecimento que possuíam sobre a doença, o que possibilitou aos pesquisadores, através das respostas dadas pelos entrevistados, elaborar novas questões no decorrer da entrevista. As questões foram

lidas pelos entrevistadores e registradas em gravador digital, a fim de captar as informações de maneira clara e precisa. Os relatos foram transcritos e os dados obtidos foram analisados e descritos através de percentuais. Para transcrição dos relatos, os entrevistados foram identificados através de numerais de 1 a 13, de acordo com a ordem da visita.

Levando em conta o objetivo proposto para o estudo, a pesquisa foi dividida em quatro etapas. Na primeira etapa, foram realizadas a busca e coleta de dados, usando como fonte a 13ª Regional de Saúde de Cianorte/ Paraná. A segunda etapa contou com a divisão dos entrevistados de acordo com o endereço de residência dos idosos e a entrevista em si. O terceiro momento destinou-se à análise e estudo das informações coletadas, a fim de discutir quais foram as principais carências apresentadas pelos cuidadores no decorrer da pesquisa. Após a defesa do trabalho de conclusão de curso e aprovação dos pesquisadores, será entregue um manual aos cuidadores, contendo informações indispensáveis a estes, com o objetivo de garantir melhor eficácia na assistência prestada pelos mesmos, até o presente momento da pesquisa.

Esta pesquisa contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPEH), da Universidade Paranaense, sob protocolo 16694/2009. Após autorização para iniciar a pesquisa, foram explicados aos cuidadores o objetivo da pesquisa e, em seguida, orientados sobre a liberdade de se recusarem a participarem da pesquisa caso desejassem. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecimento, no qual foi garantido a confidencialidade, privacidade e sigilo das respostas obtidas, bem como de sua identidade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A convivência e cuidado com o portador da doença de Alzheimer é uma tarefa árdua e de contínua assistência. Na fase inicial, a doença é confundida como processo natural do envelhecimento, na outra fase as situações vividas com este idoso causam grande impacto emocional no cuidador, e com o evoluir da doença, a situação se torna complexa e há total dependência por parte do idoso. Como para muitos o esquecer faz parte do envelhecimento, os familiares não dão muita atenção a este sintoma. Somente à medida que as alterações de memória se tornam evidentes, a família vai buscar ajuda, o que dificulta o diagnóstico precoce. Essa falta de conhecimento sobre a patologia interfere no cuidado que o idoso necessita na evolução da doença (PAVARINI et al, 2008).

Segundo Pavarini et al (2008), pode-se considerar que muitas vezes a doença, tanto para a família quanto para o cuidador, é vista como uma fase característica do envelhecimento, não sendo, portanto, encarada como uma patologia, como evidenciado durante a entrevista, no relato a seguir: “ele tem falha de memória só” (E 11). E muitas vezes a família não assume a doença: “a filha só disse que não pode deixar sozinha” (E 11). Dessa forma, pode-se notar que a patologia é frequentemente negligenciada pela própria família.

Nota-se que a unanimidade de cuidadores é do sexo feminino, sendo que destes, 86%, na grande maioria, tem algum grau de parentesco com o idoso, como cônjuge, filhos, noras e netos. Essa unanimidade em cuidadoras mulheres, pode ser comprovada em uma pesquisa sobre o mesmo assunto, quando constatado que pelo fato da mulher ter um instinto maternal, esta passa a assumir a responsabilidade de ser cuidadora (BATISTELLA, 2007; COELHO; ALVIM, 2004). Segundo Cruz e Hamdan (2008), cuidador é uma pessoa diretamente responsável pelos cuidados dos pacientes, dependentes numa relação de proximidade física e afetiva, normalmente sendo esposa, um dos filhos, outro parente, mesmo que não receba treinamento específico, ou ainda, contratado para tal função.

Ainda em relação a este tema, pode-se citar um estudo realizado por Sena e Gonçalves (2008), em que afirmam que o cuidador principal é, na grande maioria, do sexo feminino e com vínculos familiares. Segundo estes autores, esta função é comumente desenvolvida pela filha caçula ou mais velha, geralmente devido ser solteira, separada ou desempregada e por já morar com o pai ou a mãe portadora da doença de Alzheimer, sentindo-se na obrigação de cuidar.

Quanto à pergunta: “Você recebe ajuda de alguém para cuidar do idoso?” 46% responderam que recebem ajuda de mais alguma pessoa para auxiliar no cuidado deste doente, já os outros 54% disseram que o cuidado é apenas restrito a ele. Através disto, pôde-se constatar que muitas vezes, o cuidador recebe tal função sem o apoio de nenhum familiar, mesmo sem ter recebido treinamento ou ser preparado para tal função, sobrecarregando física e emocionalmente, tendo que modificar todo seu cotidiano em prol do idoso (PELZER apud BATISTELLA, 2007). Em um estudo realizado no hospital privado com 20 cuidadores, foi verificado que 79,3% dos entrevistados recebiam ajuda para cuidar destes idosos (PAVARINI et al, 2008). Já comparada a outra pesquisa realizada com 20 cuidadores de um hospital público e 20 de um hospital privado, foi constatado que 35% dos entrevistados necessitaram contratar uma pessoa para auxiliar no cuidado, 22,5% contrataram duas pessoas e 2,5% contrataram três pessoas (VILELA; CARAMELLI, 2006). Devido a isso, é importante ressaltar que as condições financeiras da família é fator influenciador na escolha do cuidador,

pois, se as condições forem favoráveis, isto faz com que ocorra um distanciamento do papel de cuidador, levando-os a contratar um profissional para o desempenho desta função, sendo que isso, muitas vezes, não é um fator determinante para uma assistência de qualidade, com segurança e apoio emocional (COELHO; ALVIM, 2004).

Quando questionados sobre as modificações sofridas na residência após a descoberta da doença, 15,4% disseram que houve mudanças como colocar cadeado no botijão de gás e trancar a porta do quarto e de guarda-roupas. Os demais (84,6%) responderam negativamente à pergunta, dizendo que o médico havia apenas solicitado que não mudassem os móveis de lugar, não indicando a necessidade de adaptações na moradia. Esses resultados podem ser comparados a uma pesquisa realizada no ano de 2004 em um hospital público com 20 cuidadores, no qual 82,5% afirmaram que não houve necessidade de fazer mudanças na casa após o agravamento da doença e 17,5% responderam que ocorreram mudanças no quarto e/ou banheiros (PAVARINI et al, 2008). Outra conjuntura que merece destaque é que, além de modificações sofridas na residência, muitos familiares também se veem obrigados a modificar seu estilo de vida, se sentem restritos e privados para atender as necessidades do membro doente. O Alzheimer acaba sendo considerada uma doença familiar, pois, além de acometer o próprio doente, os familiares se veem vítimas da doença (CALDEIRA, 2004).

Quando questionados sobre os cuidados diários destinados aos idosos, a maioria (85%) respondeu que, apesar de necessitar de ajuda para realizar algumas atividades (como administrar a medicação ou acompanhar durante o banho, por exemplo), eles não possuem um grau elevado de dependência, como se pode observar no relato a seguir: “ele trabalha a manhã inteira, tudo isso aqui ele que varre. A única coisa que eu ajudo é no medicamento” (E 10). Apenas uma minoria (15%), relata que o idoso é totalmente dependente de cuidados, estando impossibilitados até mesmo de se locomoverem, porém, esta dependência é justificada pelos cuidadores entrevistados devido à associação da doença de Alzheimer com outras morbidades, como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e fratura de fêmur.

Com o progredir da doença, o cuidador vai se sentindo cada vez mais envolvido com o paciente, tanto que ele acaba em viver em função do idoso ao tentar suprir suas necessidades e prestar-lhe assistência necessária. Isso lhe afeta tanto física como psicologicamente, pois o cansaço excessivo e o grau de estresse prejudicam o bem-estar do cuidador, afetando diretamente a assistência prestada. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Cruz e Hamdan (2008), dizem que o cuidador é sujeito essencial na vida dos portadores de Alzheimer, envolvendo-se e assumindo responsabilidades em nível crescente como administração de finanças e medicamentos, além das Atividades de Vida Diária.

Quanto à questão: “Quais são as maiores necessidades apresentadas por ele?”, houve algumas repostas variadas, das quais as mais comuns (46%) foram com relação à alimentação, banho e medicação, “almoçam na minha casa” (E 5), “é toma remédio, que ele não tem muita noção de toma o remédio”(E 10), “o cuidado com ela é 24 horas” (E 3), “quando ele quer tomar banho ele já fala” (E 8). De acordo com Freitas et al (2008), situações como tomar banho se tornam cada vez mais complexas, causando certo estresse e momentos perigosos, pois o doente, muitas vezes, pode se recusar a fazê-lo. Às vezes, é necessário criar estratégias para saber como lidar com essa situação, por isso a importância de o cuidador entender sobre a patologia, pois desta forma ele compreende melhor o que ocorre em cada fase da doença, podendo prestar cuidados mais adequados. Ainda na mesma pesquisa, um cuidador entrevistado refere que adaptou tanto calçados como roupas para que o idoso mantenha sua autonomia.

Já quando questionados sobre as maiores dificuldades encontradas com relação ao cuidado prestado, constatou-se que as maiores dificuldades não estão na prestação de cuidados, mas na aceitação dos idosos em serem cuidados, como se pode notar no seguinte relato: “ela não aceita, ela acha que está normal [...] Ela fica agressiva, ela não aceita ajuda, [...] aí você tem que levar com jeito né, com jeitinho, paciência até conseguir” (E 5). Para outros, as dificuldades estão no tempo exigido para o cuidado e no desgaste físico, como: “o mais difícil é que não pode largar ela sozinha” (E 13), “o mais difícil é pegar ela e por na cadeira de banho” (E 1). Comparados a outros dados pesquisados, situações simples, que antes eram realizadas com facilidade pelos idosos, hoje já não são possíveis de serem executadas por eles, necessitando da presença do cuidador em todos os momentos (FREITAS et al, 2008). O desgaste físico também é citado pelos entrevistados como sendo uma das maiores dificuldades devido ao cuidado com esses idosos, pois o cuidador se vê mantenedor de todas as adaptações que a doença trouxe consigo.

Dos entrevistados, 62% dizem não ter conhecimento adequado, e tampouco preparo para cuidar de doentes de Alzheimer. E outros 38% restantes, relatam conhecer um pouco sobre a doença, sendo que as informações que obtiveram foram através da internet e explicações médicas ou algum curso. Porém, o conhecimento demonstrado ainda é insuficiente para uma boa qualidade na assistência aos doentes, como pode ser exemplificada no relato a seguir: “o pouco que a gente aprendeu foi nas consultas com o médico” (E 4), “nós procuramos, lemos bastante. Os médicos que a gente ia também orientava bastante”(E 5), “meu tio procurou na internet, nós fomos atrás”(E 10), “eu ouvi falar que fica com a cabeça atrapalhada”. De acordo com os dados obtidos em outro estudo, quando os cuidadores são

informados sobre a doença e sua evolução, o convívio com os doentes se torna mais fácil, pois estes poderão, dessa forma, reorganizar-se e preparar-se para mudanças que precisarão ocorrer dentro de suas casas e em seu núcleo familiar (FREITAS et al, 2008).

Através destes relatos e dos dados obtidos, foi possível fazer uma comparação com outro estudo realizado no ano de 2004 no ambulatório de geriatria e neurologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP, onde são atendidos idosos portadores de Alzheimer (ABRAZ), no qual foi observada uma realidade diferente da encontrada neste estudo. Naquele estudo, 50% dos cuidadores tiveram reuniões com outros cuidadores e médicos, além de receberam fitas VHS com maneiras corretas de cuidar do idoso com a demência. Apenas 12,5% destes sentem necessidade do preparo adequado para cuidar dos idosos e os demais 37,5% referem que, com o tempo, foram capazes de cuidar do idoso por si só. Nesta mesma pesquisa, 62,5% não tinham conhecimentos prévios da doença, e o restante 37,5% teve conhecimento superficial. Dos entrevistados, 50% relataram ter explicação médica após diagnóstico.

Na última questão, foi indagado sobre a avaliação que o próprio cuidador faz em relação a sua assistência, e para 100% dos cuidadores seus cuidados estão sendo satisfatórios. Todos acreditam que sua assistência está coerente com a necessidade identificada nos idosos, sendo que não se consideram despreparados para tal função, o que pode ser constatado nos relatos: “eu acho que cuido bem dela, porque tipo assim, as filhas dela já falou pra mim se fosse pra fazer pra elas o que eu faço elas não faziam[...], eu acho, se não for bom também não é ruim,[...] se ela faz xixi eu não deixo ela molhada[...] ela não tem ferida, não fica suja” (E 1). E no outro, “bom, eu acho. É que nem a gente fala, a gente faz o que a gente pode [...] eu faço tudo pra ela!” (E 4).

Através das respostas obtidas nesta questão, observou-se que, para os cuidadores em geral, o que define a eficácia de seus cuidados está na capacidade de zelarem pela higiene, alimentação, medicação e supervisão destes idosos, o que acaba fazendo com que estes estejam em um grau cada vez mais elevado de dependência de seus cuidadores, não sendo estimulados a realizarem algumas atividades simples sozinhos. Esse fato pode ser comprovado por uma pesquisa realizada por Costa et al (2008) que constata que, pelos familiares não entenderem as peculiaridades que afligem a doença ou por não compreenderem sobre o manejo adequado com este idoso, se restringem apenas aos cuidados básicos como alimentação, medicação e higiene. Todavia, os autores Smeltezer e Bare (2005) indicam que os cuidados vão além disto, como: mudança no estilo de vida do paciente, promoção e manutenção da saúde. Sobretudo, essas medidas são complexas e de longa duração, o cuidado

vai além das necessidades momentâneas apresentadas pelo idoso, a assistência tem que ser destinada às fases específicas da doença.

Nesta questão ficou evidente a falta de conhecimento e o despreparo dos cuidadores. Em nenhum relato foi destacada a importância de conhecerem melhor as fases da doença e as necessidades específicas de cada etapa. Para os cuidadores, não falta informação teórica, mas sim, paciência por parte deles e aceitação de seus cuidados por parte dos idosos.

O ato de cuidar exige do cuidador um envolvimento intenso e uma parcela significativa de seu tempo, pois já em fase inicial da doença, o idoso necessita de alguém que lhe preste cuidados integrais, e com a evolução da doença, a assistência vai se tornando cada vez mais complexa, exigindo do cuidador disponibilidade de tempo e conhecimentos práticos sobre como proceder em situações em que o idoso não poderá tomar decisões por conta própria, sendo, portanto, indispensável que esteja apto a esta tarefa. Desta forma, viu-se necessária a elaboração de um manual de cuidados dirigido aos cuidadores, a fim de reeducá-los, visto que, não possuíam nenhuma informação sobre a correta assistência com os idosos.

4 CONCLUSÃO

O estudo teve como propósito realizar uma análise da assistência ofertada aos portadores do Mal de Alzheimer, por meio de seus cuidadores. A partir dos dados coletados, foi observado que, para muitos, o esquecimento é visto como uma fase característica do processo de envelhecimento, o que faz com que o Alzheimer seja negligenciado, pois não é encarado como uma doença. Notou-se também que há um alto percentual de cuidadores do sexo feminino, sendo geralmente as esposas, filhas, netas ou noras; e, por fim, foi constatada a baixa qualidade dessa assistência, resultante do despreparo destes cuidadores, devido à carência de informações e conhecimentos teóricos e práticos sobre como procederem nas atividades cotidianas com esses usuários.

Conclui-se que é de extrema necessidade realizar uma reflexão sobre tal situação, a fim de buscar soluções simples e cabíveis para a resolução do problema. Como proposta, acredita-se que é de suma importância a realização de um treinamento a esses cuidadores, buscando dessa maneira, trazer-lhes um maior grau de conhecimento sobre a patologia e as necessidades básicas do idoso. Para isto, sugere-se a implantação de uma educação continuada a esse tipo de cuidador devendo ser realizada, preferencialmente, pela 13ª Regional de Saúde de Cianorte, visto que este é o local onde os cuidadores se deslocam mensalmente em busca de medicamentos.

Além dessa reeducação, acredita-se ser importante oferecer-lhes informação por escrito por meio de um manual padrão, confeccionado por estes pesquisadores com a colaboração de outros profissionais de áreas relacionadas ao tema, um aliado para um aumento na qualidade da assistência oferecida por estes cuidadores aos portadores do Mal de Alzheimer em todas as fases da doença.

THE KEEPER IMPRESSIONS FROM THE ALZHEIMER PATIENT: RENDERED-CARE ANALYSIS AND INVESTIGATION

ABSTRACT

The elderly population has been increasing meaningfully in the last years, and, as a consequence we have a raise in chronic-degenerative diseases, such as Alzheimer's disease, which is characterized by progressive losses in cognitive functions, generating changes of behavior until dementia. The disease is composed by four steps, which go from forgetting and uncertainty, progressing until the terminal phase. The present study is a qualitative and descriptive research, with semi structured questions about the full assistance given by the person who takes care of the Alzheimer patient. The sample was composed by 13 caregivers of patients who receive medication from the 13th Health Regional in the city of Cianorte, state of Paraná, Brazil, aiming at investigating and analyzing the care given. Evaluating the results, it was possible to verify the lack of information of caregivers, because, from the ones interviewed, more than half reported they did not have theoretical and practical knowledge about the disease. On the other hand, it was possible to note that their practice are according to needs presented by the patient, fact that may be observed by a percentage of a 100% of positive answers, when they were asked about the efficacy of their assistance. Thus, it was possible to verify the need of a reeducation of caregivers, aiming at proportionating indispensable information to them, resulting in a better quality in the assistance to the elderly in all phases of the disease.

Keywords: Alzheimer Disease. Caregivers. Delivery of Health Care.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 131-136, maio/jun. 2005.

BATISTELLA, M. Ser cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. **Cogitare Enfermagem**, Erechim, v. 12, n. 2, p. 143-149, abr./jun. 2007.

CALDEIRA, A. P. S. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 2, p. 100-104, abr./jun. 2004.

COELHO, G. S.; ALVIM, N. A. T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 541-544, set./out. 2004.

- COSTA, A. M. S. et al. **Assistência de enfermagem ao paciente com Alzheimer**. 2008. 19f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Enfermagem)-Universidade de Marília, Marília, 2008.
- CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.
- ESTRELA, C. **Metodologia científica: ciência, ensino, pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
- FREITAS, I. C. C. et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 508-513, jul./ago. 2008.
- GERÔNIMO, T. C.; PINHEIRO, P. A. **Alzheimer: interação e comprometimento da equipe de Enfermagem**. 2008. 58 f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Enfermagem)-UNIANDRADE, Centro Universitário Campos de Andrade, Curitiba, 2008.
- PAULILO, A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 135-148, jul./dez. 1999.
- PAVARINI, S. C. I. et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 580-590, 2008.
- ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- SANTOS, S. S. C. **Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão a ação cuidativa**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.
- SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 232-240, abr./ jun. 2008.
- SMELTZER, S. C., BARE, B. **Brunner e Suddart: o tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 148-152, maio/jun. 2006.