

PESSOAS IDOSAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: HISTÓRIAS DO CUIDADO POR CUIDADORES

Cristiana Barbosa da Silva Gomes¹; Rachel Hellen Monteiro da Costa²; Alberiza Veras de Albuquerque³; Silvana Gonçalves Leite⁴; Rosângela Vidal de Negreiros⁵

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, e-mail: redentor.cristiana@gmail.com¹; Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, e-mail: rachel09hellen@gmail.com²; Faculdade Paulista de Enfermagem, e-mail: alberiza_veras@hotmail.com³; Faculdade Paulista de Enfermagem, e-mail: silvana.enf93@gmail.com⁴; Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, e-mail: negreiros.vidal@hotmail.com⁵

Resumo: Conviver com pessoas idosas que apresentam sinais característicos de DA significa dizer que geralmente uma única pessoa ocupa o papel de cuidador, seja por instinto ou vontade, seja disponibilidade ou capacidade. O cuidador é cotidianamente testado em sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige dedicação, responsabilidade, paciência e até mesmo o abandono de suas atividades sociais. O objetivo desse estudo é descrever o cuidar de pessoas idosas com DA no discurso dos cuidadores. A coleta de dados ocorreu entre Janeiro e Fevereiro de 2018, mediante entrevista semiestruturada com questões que remetem em relação às funções dos cuidadores das pessoas idosas e como esse cuidado afeta a saúde desses cuidadores. Formaram-se duas categorias referentes ao desenvolvimento do processo de cuidar da Pessoa idosa com DA: 1) Necessidades da Pessoa idosa com DA; 2) Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA. A primeira, refere-se à percepção dos cuidadores, tendo como base o seu contato diário. A partir desta, emergiram seis subcategorias, sendo estas: 1. necessidades fisiológicas; 2. afetivas; 3. de segurança; 4. relacionais/sociais; 5. ocupacionais e, 6. de cuidados totais/globais. De acordo com a segunda, surgiram aspectos relacionados com a fragilidade física, psicológica, agressividade e inquietação/agitação. Contudo, o processo de cuidar desenvolvido pelos cuidadores advém das múltiplas necessidades, condicionado por dificuldades inerentes à díade Cuidador/Pessoa idosa. Seria benéfico a criação de um serviço de apoio e acompanhamento, tanto para profissionais como para os familiares das respectivas pessoas portadoras desta doença.

Palavras chave: Doença de Alzheimer, Cuidadores, Pessoa idosa, Necessidades.

INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida é uma conquista e pode ser considerada uma consequência das inovações tecnológicas e científicas na área da saúde, assim como da melhoria das condições de vida, da queda da taxa de fecundidade, da educação em saúde e de novas técnicas diagnósticas e métodos terapêuticos que diminuem e controlam doenças que antes eram causas de morte (INOUYE et al., 2009).

Portanto, essa mudança demográfica vem acompanhada de um acréscimo significativo de incidências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No cenário brasileiro, cerca de 85% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e 10% destes apresentam comorbidades (SANTOS; PAVARINI, 2010).

Dentre as DCNTs que acometem as pessoas na fase do envelhecimento, as demências se destacam por

terem características que não afetam apenas o indivíduo doente, mas se estendem a toda estrutura familiar e à sociedade, causando nelas um grande impacto psicossocial e econômico (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008).

As síndromes demenciais se caracterizam pelo declínio das funções intelectuais, comprometendo a memória, a linguagem, a personalidade, a percepção, a atenção e o raciocínio, conseqüentemente, interferindo nas atividades da vida diária da pessoa e nos seus relacionamentos sociais. Dados epidemiológicos indicam que mais de 24 milhões de pessoas sofrem de alguma demência no mundo e que esta estimativa pode ultrapassar 80 milhões em 2040 (MOONEY, 2010).

Nesse contexto, o principal tipo de demência em grupos etários mais avançados é a Doença de Alzheimer (DA), responsável por 50 a 70% do número total de casos (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008), atingindo aproximadamente 5,3 milhões de pessoas no mundo. Afetando cerca de 5% de indivíduos com idade superior a 65 anos, 20% daqueles que têm 85 anos e até 47% nos octogenários.

Conviver com pessoas idosas que apresentam sinais característicos de DA significa uma mudança na estrutura e dinâmica familiar, devido às novas necessidades do membro doente que precisam ser incluídas no cotidiano de todos os envolvidos nesse processo. Geralmente uma única pessoa ocupa o papel de cuidador, seja por instinto ou vontade, seja disponibilidade ou capacidade. Ele passa então a ser denominado cuidador principal e assume tarefas de assistência, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

Quando o cuidador dedica-se integralmente ao idoso doente, existe uma grande probabilidade de ocorrer esgotamento físico e psíquico, devido o trabalho ser repetitivo e contínuo, podendo afetar a qualidade da assistência prestada. No caso de demências, o fator estressante não é um evento isolado, mas as múltiplas demandas que resultam da deterioração e dependência do doente, as quais levam o cuidador a uma sobrecarga física e emocional nos estágios mais graves da doença (MOONEY, 2010).

O cuidador é cotidianamente testado em sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige dedicação, responsabilidade, paciência e até mesmo o abandono de suas atividades sociais. (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

A literatura atual revela diversas características do cuidador de idosos com DA, sendo necessário explorar conhecimentos de acordo com as especificidades regionais. Destacando assim, a relevância do referido estudo por

caracterizar-se devido à alta incidência da DA, além da valoração do cuidador como principal aliado na manutenção da saúde dos idosos.

O interesse em desenvolver essa pesquisa partiu da inquietação em avaliar a experiência dos cuidadores dos idosos com DA quanto à execução das Atividades da Vida Diárias - AVD, que podem afetar sua qualidade de vida.

A relevância do estudo se caracteriza por trazer resposta a respeito do tema, uma vez que, a DA é diagnóstica por achados clínicos e confirmado por exames de imagem, como tomografia, pela avaliação do neurologista, a partir de então surgiu à necessidade de conhecer a percepção dos cuidadores e as suas condições de vida e estado de saúde/doença.

A pesquisa contribuirá para entender o quanto o cuidador de idoso com DA necessita de orientações multiprofissional, diante da sobrecarga de trabalho, sendo possível promover transformação da sua vida, através desse conhecimento será necessário traçar metas dentro das dificuldades encontradas de forma a possibilitar melhoria da qualidade de vida do cuidador e desenvolver ações que atendam a demanda expressa pelos eles.

Tendo como objetivo geral descrever o cuidar de pessoas idosas com DA no discurso dos cuidadores. E como objetivos específicos caracterizar o perfil Biopsicossocial dos cuidadores de pessoas idosas com DA cadastrados no Projeto NEUROSAD; conhecer as possíveis alterações na saúde dos cuidadores desses idosos; descrever a percepção dos cuidadores durante o cuidar dos idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no domicílio das pessoas e seus cuidadores, que são cadastradas no Projeto NEUROSAD Alzheimer, acontece no Laboratório de Neuromodulação Sensorio Motora e Cognitiva - LaNSeMC, do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

A população composta por 16 cuidadores cadastrados no Projeto NEUROSAD, com amostra de oito cuidadores, que se enquadraram nos critérios de seleção da amostra, ser cuidador, ser cadastrado no projeto e residir no município de Campina Grande. Foram excluídos os cuidadores que não atendiam esses critérios de inclusão.

A coleta de dados ocorreu entre Janeiro e Fevereiro de 2018, mediante entrevista semiestruturada com questões que remetem em relação às funções dos cuidadores das pessoas idosas e como esse cuidado afeta a saúde desses

cuidadores. Os dados foram coletados em domicílio, com data e horário agendados, conforme a disponibilidade de cada sujeito da pesquisa. Foi utilizado um gravador de voz e analisadas segundo a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2009).

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado composto por questões objetivas que traça o perfil biopsicossocial contendo dados pessoais do cuidador como idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda familiar, grau de parentesco, tempo como cuidador, tempo dedicado como cuidador, condição que apresenta depois de ser cuidador e as alterações da saúde, além do roteiro com questões subjetivas abordando como o cuidador recebeu a notícia do diagnóstico, como era sua rotina antes de ser cuidador e o que modificou quanto a sua profissão, quais os problemas enfrentados ao cuidar e se tem conhecimento de algum auxílio para cuidador.

As questões quantitativas foram tabuladas segundo frequência absoluta e relativa e analisadas descritivamente. Os nomes dos sujeitos foram substituídos pela letra “C”, seguida do número da entrevista. A pesquisa seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, com parecer nº 69345617.1.0000.5182.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização da transcrição das entrevistas, formaram-se duas categorias referentes ao desenvolvimento do processo de cuidar da Pessoa idosa com DA: 1) Necessidades da Pessoa idosa com DA; 2) Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA.

1) Necessidades da Pessoa idosa com DA

A necessidade humana básica é aquela cuja ausência produz doença e cuja supressão permite restaurar a homeostasia, bem como o estado de saúde (FERREIRA, 2013). As necessidades correspondem a um conjunto de desejos/ações, que o indivíduo por algum motivo não as consegue realizar, mas que precisa satisfazê-las, mesmo com a ajuda de cuidadores.

De acordo com as entrevistas, verificou-se a dificuldade dos cuidadores em satisfazer as necessidades da Pessoa idosa com DA, pois o próprio doente vai perdendo a capacidade de expressar aquilo que necessita, sendo que os cuidadores almejam, a maior parte das vezes, pela satisfação das necessidades humanas básicas.

Na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow, as necessidades estão hierarquicamente organizadas:

As fisiológicas relacionadas à existência e a sobrevivência do ser humano, como: alimento, água, vestuário, sexo e saneamento; as de segurança, relacionadas com a proteção individual contra perigos e ameaças, as de amor/relacionamento/sociais relacionadas com a vida em sociedade, convívio; as de estima que refere-se a autoestima, confiança, respeito, dignidade e, por fim, as de realização pessoal como solução de problemas, aceitação de factos (REGIS; PORTO, 2011).

A categoria necessidades da Pessoa idosa com DA refere-se à percepção dos cuidadores, tendo como base o seu contato diário. A partir desta, emergiram seis subcategorias, sendo estas: 1. necessidades fisiológicas; 2. as afetivas; 3. as de segurança; 4. as relacionais/sociais; 5. as ocupacionais e, 6. as de cuidados totais/globais.

As fisiológicas englobam a higiene corporal, o banho, a alimentação, o vestir/despir, o banho, o controlo intestinal, o controlo vesical, o subir/descer escadas, o levantar/deitar, a transferência cama-cadeira, o deambular e a tomada de medicamentos (SEQUEIRA, 2010; REGIS; PORTO, 2011).

Sendo perceptível nos relatos: *“Eles tem [necessidades] nos cuidados básicos (...) para tomar banho, lavar os dentes (...)” (C2) “Eles precisam de muito apoio (...) [necessidades] de lhes dar de comer (...)”(E8) “(...)necessidade de fazer exercício físico e mental (...)” (C1) “Na alimentação” (C2).*

A partir desta subcategoria, emergiram outros aspetos relacionados com a alimentação/nutrição; a higienização; o grau de dependência/perda de autonomia; a mobilidade, a incontinência e a medicação. Inerente a isto, estão também os cuidados de estimulação, de manutenção das capacidades que a Pessoa idosa ainda é detentora, de apoio ao que ainda se pode fazer, tentando prevenir maiores limitações funcionais (MONIZ, 2008).

Em relação às necessidades afetivas, foi à segunda necessidade mais prevalente no discurso das informantes, demonstrando que os cuidados à Pessoa idosa com DA não se podem limitar apenas às prioridades fisiológicas. Estas necessidades resultam das carências afetivas, dando origem a sintomas psicóticos, ao sofrimento psicológico, ao isolamento, à solidão, à depressão (ALVES, 2014; MOREIRA, 2014).

Neste contexto, é necessário tratar a Pessoa idosa com DA como um ser único, dando-lhe carinho e atenção, preservando os seus hábitos e identidade. O cuidador deve saber escutar e compreender, mostrando-se presente.

As cuidadoras referiram que dão uma o que a pessoa idosa necessita e, simultaneamente do que elas tentam transmitir/proporcionar. “(...) *necessidades de afeto, compreensão (...)*” (C1) “(...) *eles necessitam de muito carinho, de muita paciência e calma (...)*” (C3) “(...) *[necessidades] totalmente dependentes e isso faz com que precisem do dobro da atenção, cuidados, compreensão.*” (C5) “(...) *[necessidades] maior atenção, concentração, dedicação (...)*” (C4).

Em seguida, foram mencionadas as necessidades de segurança, uma vez que a Pessoa idosa com DA requiere acompanhamento, supervisão e, com a evolução da doença de um cuidador para execução das AVD. Para tal, é necessário que estes idosos se sintam seguros, tanto com os cuidadores (COSTA, 2011). Os sintomas de confusão e desorientação, assim como os problemas de mobilidade e coordenação podem afetar a segurança da Pessoa idosa com DA.

O cuidador deverá tentar perceber o que desencadeou estes comportamentos e agir em conformidade com a necessidade expressa, de forma direta ou indireta, verbal ou não verbal. Em muitos casos, a Pessoa idosa só precisa de andar/passear num percurso de curta distância, com vigilância.

Como se pode verificar nas falas: “*Provavelmente tem [necessidades] de acompanhamento (...)*” (C4) “*[necessidades] de andar com ela, falar com ela, fica um pouco mais calma (...) para lhe dar mais atenção*” (C5)

No que diz respeito às necessidades relacionais/sociais, esta subcategoria engloba a importância da partilha de vivências/preservação da identidade, o estabelecimento de relações interpessoais e sociais. A interação social advém do contato social, além de garantir a sobrevivência básica, é uma fonte de informação, ajuda a manter e a desenvolver a identidade, sendo fonte de prazer, conforto e bem-estar emocional (SOUSA, 2014).

É de salientar, que a falta de relacionamento está associada à condição de fragilidade social e está intimamente associada ao contexto social dos indivíduos, (DUARTE, 2015). Ainda se verifica que este tipo de necessidades é subvalorizado, no entanto as dimensões relacional, comunicacional são preponderantes no cuidado à Pessoa idosa, tendo um papel confortador (COSTA, 2006; OLIVEIRA, 2011, SOUSA, 2014). Isto, poderá contribuir para a minimização dos transtornos de humor e das perturbações comportamentais (MOREIRA, 2014).

Apresentam-se nos seguintes relatos: “(...) *[necessidades] falar da vida passada (...)*” (C6) “*[necessidades] de pessoas disponíveis, em*

tempo, paciência ... (...) que os compreendam.” (C2) “(...) [necessidades] de ter pessoas mais próximas deles ...” (C6).

Outra necessidade referida pelos cuidadores foram as ocupacionais, que estão relacionadas com o “sentir-se acompanhado e útil”, uma vez que a Pessoa idosa com DA precisa que o funcionamento e o bem-estar sejam maximizados, sendo ajudada no processo de adaptação à doença (estádio/fase inicial da DA). Caso esteja numa fase/estádio mais avançado, deve-se continuar a preservar o conforto e a dignidade do respetivo doente, dado que a autonomia está comprometida. Estas necessidades prendem-se essencialmente com a terapia e as atividades de lazer (ALMEIDA, 2011; MOUTA, MOURA; MOURA, 2012; MOREIRA, 2014).

Tal como referiram os cuidadores, a maioria das Pessoas idosas com DA passam os seus dias “sentados num cadeira, com um televisor em frente”. Seria mais benéfico, conversar, caminhar, jogar com eles. Apresentam-se as seguintes asserções: “[necessidades] (...) da nossa ajuda, conversar, passear, andar... (...)” (C7) “(...) necessidade de fazer exercício físico e mental (...)” (C3).

Vale salientar que é necessário tempo, recursos humanos e materiais, assim como o planeamento destas atividades: exercício físico, caminhadas, passeios, arrumar o seu vestuário, entre outras atividades relacionadas com o dia-a-dia, tendo em consideração as fases/estádios da doença e a necessidade de acompanhamento/vigilância.

Permitindo à Pessoa idosa com DA sentir-se útil, integrada no ambiente físico e social, mantendo alguma independência/autonomia e, simultaneamente a sua dignidade. Por fim, foram mencionadas as necessidades de cuidados totais/globais, esta subcategoria está relacionada com a adequação dos cuidados conforme a evolução da doença, englobando todas as dimensões do cuidar. Nas fases avançadas da DA verifica-se uma dependência total das AVD, em que a Pessoa idosa com DA necessita de cuidados totais.

De acordo com o Plano Nacional de Intervenção Alzheimer (2009), este cuidar implica um trabalho de 24 sobre 24 horas, ou seja, um trabalho a tempo inteiro. A necessidade destes cuidados dá-se quando se verifica uma perda total de autonomia em todos os aspetos da vida corrente: higiene, alimentação, deslocação (ALAPHILIPPE; BAILLY, 2014).

Tal como foi referido nas seguintes falas pelas cuidadoras: “As necessidades (...) vão mudando ao longo do tempo (...) eles precisam de cuidados totais (...)” (C1) “(...) [necessidades] em tudo, até para beber simplesmente água, ou pentear-se (...)” (C2) “(...) [necessidades] precisam de supervisão,

orientação, aspetos do cuidado, eles dependem totalmente de nos.” (C3) “...Acho que as necessidades são em todos os aspetos!” (C5).

De acordo com Sequeiro (2010), a dependência física verifica-se quando há um comprometimento nas AVD, sem alterações cognitivas. Por sua vez, a dependência mental diz respeito ao comprometimento da cognição, que implica alterações nas AVD, mas mantendo a capacidade funcional para a sua execução.

No caso da Pessoa idosa com DA, em fase avançada, verifica-se ambas as dependências (perda progressiva da memória, das capacidades físicas, comunicação, alimentação). Isto implica a prestação de cuidados totais/globais, em que os cuidadores devem estar preparados para lidar com aproximação do fim, ou seja, os cuidados em fim de vida.

De acordo com Pontes (2005), a Pessoa em fase terminal, geralmente estão acamado, dependente e próximo de um estado vegetativo, precisando de cuidados como combater a febre, cuidar da higiene oral, manter desobstruídas as vias aéreas, digestivas e urinárias, posicionar e mobilizar, prover a alimentação oral, ou seja, dar tudo aquilo cuja a falta causa sofrimento, promovendo o conforto e manter a dignidade da Pessoa idosa com DA.

A identificação das necessidades da Pessoa idosa com DA, com base nos discursos das informantes, sendo hierarquicamente organizadas de acordo com a prevalência dada pelos cuidadores. É possível verificar, que as necessidades com maior prevalência são: as fisiológicas, seguindo-se as afetivas.

Se compararmos com as necessidades humanas básicas de Maslow, constatamos que os cuidadores deram maior prevalência às necessidades afetivas do que às de segurança. As necessidades relacionais/sociais foram separadas das afetivas, sendo consideradas pelas informantes como a necessidade do respetivo doente em estabelecer relações com os outros.

Por sua vez, as ocupacionais foram consideradas como a necessidade da Pessoa idosa com DA em sentir-se útil, ajudando-a no processo de adaptação à doença e contribuindo para a preservação da identidade, tendo como base aquilo que o respetivo doente gosta de fazer e/ou fazia antes de estar doente.

Nas fases avançadas da doença, a necessidade de manter o respeito e a dignidade. Podemos considerar que as necessidades de estima e realização pessoal de Maslow estão aqui englobadas. Por fim, as de cuidados totais/globais, que englobam todas as necessidades já referidas, quando a respetivo Pessoa idosa se apresenta totalmente dependente de terceiros para a realização das AVD.

2) Dificuldades na prestação de cuidados à Pessoa idosa com DA

Esta categoria diz respeito à capacidade de introspeção e reflexão das cuidadoras sobre as suas emoções, sentimentos, dificuldades e/ou obstáculos com que se deparam na relação de cuidado com a Pessoa idosa com DA, considerando as diversas atitudes e comportamentos desta.

A partir desta categoria, emergiram as seguintes subcategorias: as características definidoras do idoso (agressividade, inquietação), do próprio cuidador (gestão das emoções e sentimentos), do nível de conhecimento prático e organizacionais (gestão do tempo, formações, apoio emocional).

Perante a categoria, as características definidoras do idoso, surgiram aspetos relacionados com a fragilidade física, a psicológica, a agressividade, a inquietação/agitação. No que diz respeito à fragilidade física resulta das alterações a nível fisiológico. Esta pode incluir pouca/nenhuma caminhada, dificuldade em manter o equilíbrio, perda de peso não intencional, problemas coronários, visão diminuída, perda de força de mão e cansaço físico (DUARTE, 2015).

Como mencionaram as falas: *“É difícil, na altura em que eles deixam de falar por completo.” (C1) “[dificuldades] (...) alguns quase não se percebem a falar (...)” (C2) “(...) o problema (...) é sim, a sua alimentação.” (C3).*

No caso da fragilidade psicológica, esta é frequentemente acompanhada por um aumento de queixas psicológicas e está associada a alterações a nível cognitivo. Muitas pessoas idosas apresentam a depressão e a ansiedade, que interferem no seu funcionamento global (SEQUEIRA, 2010; DUARTE, 2015).

Apresentam-se as seguintes afirmações: *“(...) a cabeça não funcionar bem, trocam muito as coisas (...) abstraem-se também bastante (...) não assimilam,” (C2) “(...) a perda de memória, a falta de capacidade de raciocínio, confusão, delírios (...)” (C6).*

Em relação à agressividade, é constituída por conjuntos de comportamentos agressivos verbais (gritos, insultos) ou físicos (agressões, atirar objetos). É também considerado um sintoma complexo, que ocorre na maioria dos doentes nas fases/estádios moderados/avançados (SEQUEIRA, 2010).

A Pessoa idosa com DA poderá também apresentar-se agitada. Tal como referiram as informantes isto afeta não só os doentes, como a família: *“[dificuldades] Eles batem em mim ... (...)” (C3) “[dificuldades] (...) quando eles se tornam agressivos, aí a gente fica com um pouquinho de receio (...)” (C6)*

No que se refere à inquietação/agitação, este sintoma poderá ser causado pela modificação de ambiente, um tratamento mal adaptado, uma dor, entre outras. O idoso poderá deambular sem qualquer orientação no espaço, no tempo e na identificação dos elementos que o rodeiam (SEQUEIRA, 2010; MOREIRA, 2014).

De acordo com Cunha (2012), a Pessoa idosa com DA poderá apresentar sintomas de ansiedade, podendo criar situações agressivas e violentas (gritos constantes). A ansiedade é muitas vezes a base de comportamentos de agitação e de agressividade.

Apresentam-se as seguintes asserções, sendo uma referente às perturbações do ritmo vigília-sono e a outra sobre as perturbações dos comportamentos básicos (caso da alimentação): “[dificuldades] na hora de dormir, pois a pessoa saia constantemente da cama (...)” (C4) “[dificuldades] um ou outro fazem birras em relação a certas coisas (...) para sentarem para comer ”(C8)

No que diz respeito às características do próprio cuidador, esta subcategoria refere-se à gestão de emoções e sentimentos relativamente à sua tarefa de cuidar.

Apresentam-se as seguintes asserções: “[dificuldades] na comunicação.” (C1) “[...] [dificuldades], porque é assim, (...) cada vez a ficar mais parados.” (C2) “[...] [dificuldades] no que dizer ou fazer quando nos chamam nomes (...)” (C5) “[...] [dificuldades] por vezes falam as mesmas coisas muitas vezes, deixam-me saturada, cansada.” (C3) “[...] [dificuldades] cansa-nos e acabamos por falar de modo rígido com eles.” (C4)

Perante isto, verifica-se que os cuidadores têm dificuldades na comunicação, no enfrentamento da doença, como lidam com a progressão da DA, principalmente quando acompanham o processo de deterioração da Pessoa idosa com DA.

Outra das subcategorias definida, foi os saberes do cuidador, que diz respeito às capacidades e competências no cuidado.

A tarefa de cuidar da Pessoa idosa exige um conjunto de conhecimentos específicos, assim como competências. Moniz (2008), estes conhecimentos devem resultar de uma mobilização teórica e prática de um conjunto de conhecimentos, adquiridos ao longo de toda a formação inicial, assim como com a experiência profissional.

Apresentam-se as seguintes falas: “[dificuldades] o que é que eu fiz, porque que ele esta assim, ha varias perguntas na nossa cabeça.” (C3) “[o Alzheimer é diferenciado e a gente sabe pouco, a gente chama ela às vezes de chata, (...) é por falta de conhecimento.” (C4) “[...] [dificuldades] se tem fome (...) eles não falarem, só fazerem ruídos, murmúrios (...)” (C5)

Em relação aos aspetos organizacionais, foram mencionadas a gestão do tempo, as formações e o apoio emocional. Estes cuidadores sentem necessidade de adquirir e atualizar os seus conhecimentos: higiene, alimentação, cuidados de saúde e segurança, gestão e mudança comportamental, medicação, posicionamentos, entre outros (SEQUEIRO, 2010; SOUSA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade deste estudo foi contribuir para a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa idosa com DA. A partir dos resultados obtidos, foi possível responder questões. Em primeiro lugar, concluiu-se que o processo de cuidar desenvolvido pelos cuidadores com a Pessoa idosa com DA advém das múltiplas necessidades condicionado por dificuldades inerentes à díade Cuidador/Pessoa idosa e aos aspetos inerentes à organização, sendo gerido por estratégias de intervenção variadas e intencionais, capazes de serem promotoras do conforto e bem-estar da Pessoa idosa.

Posto isto, conclui-se que seria benéfico a criação de um serviço de apoio e acompanhamento, tanto para estes profissionais como para os familiares das respetivas pessoas portadoras desta doença. Em relação às dificuldades na prestação de cuidados, evidenciadas pelas cuidadoras, são resultado da pouca informação que possuem sobre a DA e a falta de apoio emocional, que se repercutem, principalmente nos cuidados como a alimentação, a higiene, entre outros. Estes são ainda mais difíceis, quando a respetiva Pessoa idosa apresenta um quadro de agitação/inquietação e/ou agressividade

As cuidadoras têm consciência da complexidade de cuidar da Pessoa idosa com DA, revelando que não se sentem capacitadas para fazê-lo, baseando a sua conduta profissional naquilo que consideram corretos, sem terem um suporte teórico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.M.; COSTA; M.F.M.; CAETANO, J.A.; SOARES, E.; BESERRA, E.P. Problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**. N.43, a.1, pp:37-43. 2009.

ARRUDA, M.C., ALVAREZ, A.M., GONÇALVES, L.H.T. O familiar cuidador de portador de Doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mutua. **Cienc Cuid Saúde**. a.7, n.3, pp.339-45. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [citado 2013 jun. 13]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

ENGELHARDT, E.; DOURADO, M.; LACKS, J. A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. **Rev Bras Neurol.**; n.41, a.2, pp:5-11. 2005.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Bras Enferm.** n.62, a.1, pp:57-63. 2009

INOUE, K.; PEDRAZZANI ES, E.S.; PAVARINI, S.C.I.; TOYODA, C.Y. Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. **Rev latino-am enfermagem.** a.17, n.2, p.187-93. 2009.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm.** a.1, n.4, pp:587-94. 2006.

MOONEY, S.F. **Alzheimer**: cuidar de seu ente querido e cuidar de você mesmo. 1 ed. São Paulo: Paulinas; 2010.

MONTEZUMA, C.A; FREITAS, M.C; MONTEIRO, A.R.M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. [cited 2011 jun 21]; a.10, n.2, pp.395-404. 2008. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>>.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev Gaúcha Enferm.**: a.31 n.1, pp.115-22. 2010.

VALIM, M.D.; DAMASCENO, D.D.; ABI-ACL, L.C.; GARCIA, F.; FAVA, S.M.C.L. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. **Rev Eletr Enf** [periódico na Internet]. 2010 [citado 2012 set 04]; 12(3):528-34. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a16.htm>.

VIEIRA, C.P.B; FIALHO, A.V.M.F. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Rev Rene.** 2010; n.11, a.2, pp:161-9.