



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENFE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALLANA JÉSSYCA GOMES MELO

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOS DO CUIDADOR
FAMILIAR DE IDOSOS COM ALZHEIMER**

**CUITÉ - PB
2015**

ALLANA JÉSSYCA GOMES MELO

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOS DO CUIDADOR
FAMILIAR DE IDOSOS COM ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) campus Cuité-PB, em cumprimento às exigências legais para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ms. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo

**CUITÉ - PB
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M528a Melo, Allana Jéssyca Gomes.

Avaliação da sobrecarga de cuidados do cuidador familiar de idosos com Alzheimer. / Allana Jéssyca Gomes Melo. – Cuité: CES, 2015.

72 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo.

1. Doença de Alzheimer. 2. Idoso – Alzheimer - cuidadores. 3. Idoso fragilizado. I. Título.

CDU 616-053.9

ALLANA JÉSSYCA GOMES MELO

**AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOS DO CUIDADOR
FAMILIAR DE IDOSOS COM ALZHEIMER**

BANCA EXAMINADORA

Aprovado em: ____/____/____

Prof^a. MSc. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo
Orientadora (Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité)

Prof^a. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima
Membro interno efetivo (Universidade Federal de Campina Grande - Campus
Cuité)

Prof. MSc. Matheus Figueiredo Nogueira
Membro interno efetivo (Universidade Federal de Campina Grande - Campus
Cuité)

**CUITÉ - PB
2015**

*Dedico esta vitória, em especial, à memória da minha amada avó **Maria José Bezerra de Araújo**, a qual sempre me destinou um amor imensurável e fez brotar em mim o amor e a admiração pela arte do cuidar. Obrigada por todo o carinho e confiança depositados sobre mim, por todos os seus ensinamentos, por ter me feito compreender o verdadeiro significado do 'cuidar', por poder ter sido sua cuidadora e pelos anos que vivestes ao meu lado. Sei que mesmo distante estás sempre comigo, em meu coração. À senhora, minha eterna gratidão e muitas saudades.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Inicialmente a **Deus**. Àquele que é digno de toda a minha gratidão. Pelo dom da minha vida, por está comigo em todos os momentos, por ter me protegido e me guiado nessa trajetória, e principalmente, por ter me presenteado com o dom de cuidar e me permitido concretizar esse sonho.

À minha mãe, **Maria Aparecida**, por todo o amor, carinho, cuidado e preocupação dedicados a mim. Obrigada pelos seus ensinamentos, pelo exemplo de filha, esposa, mãe e mulher que és para mim, e principalmente, por todo o seu sacrifício para me proporcionar sempre o melhor, e pelo seu incansável incentivo e persistência para me ver chegar até aqui, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida e por me apoiar em todas as minhas escolhas! Te amo muito!

Ao meu pai, **Gerrilan José**, por ser o melhor pai do mundo. O meu exemplo de caráter, honestidade, bondade, simplicidade, humildade e fé. Àquele que nunca mediu esforços para me proporcionar tudo de melhor e que inúmeras vezes deixou seus próprios compromissos para atender aos meus pedidos desesperados de realizar os meus compromissos na Universidade. Obrigada por todos os seus ensinamentos, por me proporcionar uma vida de princesa, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida e me apoiar nas minhas decisões. Te amo muito!

Ao meu irmão, **André Guilherme**, por sempre estar ao meu lado, pelo seu apoio, amizade e paciência nas inúmeras vezes que atendeu aos meus pedidos e foi meu ‘motorista’ nessas idas e vindas da minha vida, entre Barra – Cuité – Picuí – Campina Grande. Obrigada por tudo. Te amo!

À minha irmã, **Giovanna Gabrielle**, pelo seu companheirismo de sempre, apoio e amizade. Quem muitas vezes me acalmou nos momentos de desespero e se comportou como a irmã mais velha, me aconselhando. Obrigada por tudo. Te amo!

Ao meu eterno namorado, **Édypo Kiraly**, por todo amor, carinho, cuidado e paciência dedicados a mim durante todos esses anos. Pelo seu companheirismo, compreensão e apoio, principalmente, nos momentos mais difíceis. Ter você ao meu lado foi fundamental para que eu conseguisse chegar até aqui. Te amo muito!

A todos os meus **familiares e amigos**, pelo apoio, incentivo e preocupação. Obrigada pela torcida de sempre e por confiarem em mim. Eu amo todos vocês!

Às minhas amigas de sempre, **Fernanda Dantas, Adriana Emanuely e Klébia Yasmin**, que apesar da distância, sempre estiveram comigo, me incentivando e apoiando. Obrigada pela preciosa amizade e por serem como irmãs para mim. Sei que posso contar com vocês sempre. Eu amo vocês!

Às amigas e futuras colegas de profissão, **Samara Azevêdo, Nadja Medeiros, Jussara Pontes, Bruna Costa e Tuira Pedrosa**. Apesar de alguns momentos difíceis, vocês foram presentes que a UFCG me deu. Obrigada pelos diversos momentos que compartilhamos juntas, pelas palavras de conforto nos momentos de desespero, por toda a disponibilidade para ajudar nos momentos que precisei e pela preciosa amizade. Sentirei saudades!

A todos os **colegas da turma 2010.2**, por todos os momentos vividos juntos e pelo acolhimento. Sei que nem todos os momentos foram bons, mas, de alguma forma contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Vocês ficarão guardados na minha memória e no meu coração.

À minha orientadora, **Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo**, por ter aceitado o meu convite e ter feito parte da minha última etapa dessa trajetória. Parabéns pela excelente profissional e pessoa que és! Obrigada pela dedicação, competência, compromisso e paciência para comigo, e por todos os seus ensinamentos.

À Banca Examinadora, **Édijsa e Matheus**, pelo aceite do convite, pelas valiosas contribuições para a minha pesquisa e por terem feito parte da minha vida acadêmica de maneira tão importante.

A todos os **docentes** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG - Campus Cuité, por todos os conhecimentos repassados e pelas experiências compartilhadas.

A todos os **funcionários** da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e a própria **UFCG**. Obrigada por fazerem parte da minha história e por me proporcionar uma excelente formação acadêmica.

A todos os **profissionais e pacientes**, que encontrei ao longo desses anos de curso. Vocês foram peças fundamentais para o meu aprendizado profissional e exemplos para a minha vida pessoal. A vocês, minha gratidão, respeito e admiração.

Aos **profissionais de saúde** da minha querida cidade, Barra de Santa Rosa-PB, pela colaboração para a realização da pesquisa.

Aos **cuidadores** entrevistados, por aceitarem participar do meu estudo. Obrigada pela receptividade, por compartilharem suas experiências e contribuírem para o meu trabalho. A vocês, todo o meu respeito e admiração.

“Tudo que existe e vive, precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”.

Leonardo Boff

RESUMO

MELO, A. J. G. **Avaliação da sobrecarga de cuidados do cuidador familiar de idosos com Alzheimer.** 2015. 72f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2015.

Introdução: A Doença de Alzheimer (DA) pode ser definida como um transtorno neurodegenerativo crônico, progressivo e fatal, que gera deterioração cognitiva, danos à memória, sintomas neuropsiquiátricos e alterações de comportamento, os quais podem desencadear a perda da autonomia do idoso, bem como a necessidade da presença de um cuidador, que na maioria das vezes é um membro da família. **Objetivo:** Avaliar a sobrecarga de cuidados e as estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas pelos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer para minimizar sobrecarga de cuidados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa, realizado no período de junho a julho de 2015, com cuidadores familiares de idosos com DA, na cidade de Barra de Santa Rosa – PB, Brasil. Para seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) ser cuidador familiar de um idoso com DA; 2) cuidar do idoso com DA, há pelo menos 2 meses. A amostra foi composta por seis cuidadores. Os dados foram coletados por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit adaptada à língua portuguesa e entrevistas semiestruturadas, gravadas, analisadas com base na técnica de análise temática de conteúdo proposta por Laurence Bardin com discussão à luz da literatura pertinente. **Resultados:** Conforme aplicação da escala de Zarit foi possível verificar que cinco cuidadores (83,3%), apresentaram nível de sobrecarga moderada e um (16,7%), nível de sobrecarga moderada a severa. Os principais fatores desencadeadores de sobrecarga foram: necessidade de auxiliar o idoso nas atividades básicas de vida diária concomitante a demanda de tarefas que são de sua responsabilidade; prestar assistência, cuidado e estar atento ao idoso quase ininterruptamente; e as alterações fisiopatológicas da doença. As estratégias de enfrentamento e adaptação citadas pelos cuidadores foram: sair de casa e deixar o idoso com outra pessoa; conviver com o idoso acatando a maneira de vê o mundo a partir de sua doença, sem contrariá-lo; pedir calma e paciência para o idoso e para si mesmo; recorrer à televisão e rádio; se distrair com um animal de estimação e realizar seu próprio autocuidado, a exemplo da higiene pessoal, como momento para autorreflexão. **Considerações Finais:** Em síntese, pode-se considerar que esses cuidadores familiares de idosos com DA encontram-se com um nível de sobrecarga considerável, achado preocupante, devido às fragilidades do município em que vivem no que diz respeito às políticas públicas e aos programas que visem suporte biopsicossocial a esses indivíduos. Além disso, a maneira como os cuidadores visualizam o cuidar, os fatores que os levam a apresentar sobrecarga de cuidados e as estratégias que utilizam para enfrentar e se adaptar às alterações da doença possuem um significado individual para cada um deles. Nesse sentido, se faz necessário potencializar estratégias que melhorem a prevenção do adoecimento e evitem sobrecarga dos cuidadores por meio de políticas públicas, programas de suporte biopsicossocial, ações de educação em saúde e preparo formal, melhorando a assistência oferecida aos idosos e deixando os cuidadores mais preparados para lidar com as condições impostas pela doença, diminuindo as repercussões sobre sua vida.

Palavras-chave: Cuidadores; Idoso; Doença de Alzheimer; Idoso Fragilizado.

ABSTRACT

MELO, AJG Rating Overload family caregivers care of elderly people with Alzheimer's. 2015 72f. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, in 2015.

Background: Alzheimer's disease (AD) can be defined as a chronic neurodegenerative disorder, progressive and fatal, which generates cognitive impairment, damage to memory, neuropsychiatric symptoms and behavioral changes, which can trigger the loss of autonomy of the elderly and as the need for the presence of a caregiver, which most often is a family member. **Objective:** To assess the burden of care and coping and adaptation strategies used by family caregivers of seniors with Alzheimer's to minimize burden of care. **Methodology:** This is an exploratory-descriptive study with quantitative and qualitative approach, carried out between June-July 2015, with family caregivers of elderly with AD in the town of Barra de Santa Rosa - PB, Brazil. For sample selection were adopted the following inclusion criteria: 1) be familiar caregiver of an elderly with AD; 2) caring for the elderly with Alzheimer's disease, for at least two months. The sample was composed of six caregivers. Data were collected through the Zarit Overload Scale adapted to the Portuguese language and semi-structured interviews, recorded, analyzed based on thematic content analysis technique proposed by Laurence Bardin discussion with the light of the relevant literature. **Results:** As application of Zarit scale was possible to see that five caregivers (83.3%) had moderate level of overload and one (16.7%), level of moderate to severe overload. The main triggers overload were: the need to assist the elderly in basic activities of daily living concomitant demand tasks that are your responsibility; provide assistance, care and be attentive to the elderly almost continuously; and the pathophysiological changes of the disease. The coping strategies and adaptation of caretakers were leaving home and let the old with someone else; live with the elderly upholding a way to see the world from their illness without cross him; call for calm and patience for the elderly and for himself; resort to television and radio; be distracted by a pet and realize their own self-care, such as personal hygiene, such as time for self-reflection. **Final Thoughts:** In summary, it can be considered that these family caregivers of AD patients are at a level of considerable overhead, find worrying, due to the municipality's weaknesses in living with regard to public and programs policies aimed biopsychosocial support to these individuals. In addition, the way caregivers visualize the look, the factors that lead them to present burden of care and the strategies they use to cope with and adapt to the changes of the disease have an individual meaning for each of them. In this sense, it is necessary to enhance strategies to improve the prevention of illness and prevent caregiver burden through public policies, bio-psychosocial support programs, education initiatives in health and formal preparation, improving the care provided to older people and leaving more caregivers prepared to deal with the conditions imposed by the disease, reducing the impact on your life.

Keywords: Caregivers; Elderly; Alzheimer's disease; Frail elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer

AVD – Atividade de vida diária

CDR - Clinical Dementia Rating

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DA – Doença de Alzheimer

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Miniexame do estado mental

NUDEC - Núcleo de Envelhecimento Cerebral

OMS – Organização Mundial da Saúde

RM – Ressonância magnética

SUS – Sistema Único de Saúde

TC – Tomografia computadorizada

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TER - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Aspectos conceituais do envelhecimento e a transição demográfica	20
3.2 Alterações fisiológicas do envelhecimento humano	21
3.3 Doença de Alzheimer: considerações gerais	23
3.4 O cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer: implicações para o cuidador familiar	28
4 METODOLOGIA	31
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Cenário e local da pesquisa	32
4.3 População e amostra	32
4.4 Procedimento para coleta de dados	33
4.5 Análise e discussão dos dados	34
4.6 Aspectos éticos e legais	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	37
5.2 Caracterização dos idosos portadores de Alzheimer	42
5.3 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer	46
5.4 Análise categorial dos discursos dos sujeitos	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	63
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	65
ANEXO A – Declaração de aprovação do CEP	70
ANEXO B – Escala de Zarit adaptada a língua portuguesa	72

1 INTRODUÇÃO



O Brasil e o mundo passam por um processo de transição demográfica que vem sendo marcado pelo aumento exponencial da população idosa, tornando o envelhecimento populacional um fenômeno inevitável e crescente ao longo do tempo. Tal processo vem ocorrendo de maneira acelerada e assim, observa-se a necessidade de políticas públicas, programas de saúde e profissionais de saúde qualificados para o atendimento a essa parcela da população (MATOS; DECESARO, 2012; LOPES; CACHIONI, 2013; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

O grupo etário de idosos é bem representado no Brasil, pois, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, o número de indivíduos com 60 anos ou mais, era de 20.590.599, 10,8% da sua população. Nesse sentido, estimativas indicam que esse contingente atingirá 32 milhões em 2025, aproximadamente 15% da população, tornando o Brasil o sexto país no mundo em número de idosos (IBGE, 2010; MORAES, 2012; PORTO, 2011).

Diante desse contexto, emerge também um incremento de morbidades que acometem esses indivíduos, sendo as doenças crônicas não transmissíveis e as doenças crônico-degenerativas as que possuem maior expressividade. No tocante às doenças crônico-degenerativas, destacam-se especialmente as demências (MATOS; DECESARO, 2012; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo de demência mais comum relacionada à senilidade, sendo definida como um transtorno neurodegenerativo crônico, progressivo e fatal, que tem como manifestação a deterioração cognitiva, como danos à memória, refletindo-se na dificuldade em realizar as atividades da vida diária, sendo ainda, acompanhada de sintomas neuropsiquiátricos e alterações de comportamento (BARBOSA et al., 2012).

Estima-se que a DA acomete mais de 15 milhões de indivíduos em todo o mundo, apresentando aumento significativo na sua prevalência. Nos Estados Unidos da América, de acordo com as recentes análises estatísticas, publicadas em 2012, existem 5,4 milhões de pessoas com DA, das quais 5,2 milhões possuem idade de 65 anos ou mais. Já no Brasil, embora as estatísticas não sejam precisas, estimam-se cerca de 500 mil pessoas acometidas por essa doença (GARCES et al., 2012; APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009; ILHA et al., 2012).

De acordo com Barbosa et al. (2012), a DA ocorre em três fases. No início, o indivíduo tem tendência ao esquecimento de fatos recentes, podendo se confundir com facilidade. Na segunda fase, ocorre déficit na memória, na capacidade de orientação, de atenção e na linguagem, fazendo o idoso passar a apresentar dificuldades para desempenhar as atividades

da vida diária, com comprometimento em relação à higienização, alimentação, mobilização, eliminações, entre outros. Na terceira fase, o idoso pode perder gradativamente a sua autonomia e acabar restrito ao leito, em estado vegetativo, podendo ainda, devido às contraturas, assumir a posição fetal.

Especialmente nos estágios avançados, a DA compromete a execução das atividades de vida diária do idoso e causa perda da sua autonomia. Por isso, muitas vezes, se faz necessário que a família se mobilize para a prestação de cuidados de higiene, alimentação e outras atividades inerentes à vida diária de seu parente, o que suscita a necessidade da figura de um cuidador, que na maioria das vezes, é um membro da família.

Deste modo, diante das diversas necessidades de ordem física, mental e social evidenciadas em idosos com DA, principalmente nos estágios mais avançados da doença, pode-se presumir que a tarefa de cuidar destes idosos pode ser exaustiva e estressante. Desse modo, o cuidador poderá apresentar comprometimentos físicos e psicossociais, que se expressarão pela fadiga física e mental, devido às mudanças cotidianas para promover o cuidado contínuo e o auxílio ao idoso nas atividades básicas de vida diária.

Ademais, destacam-se as mudanças do ponto de vista econômico e social que são enfrentadas pela família e principalmente pelo cuidador. Essas mudanças nem sempre ocorrem de maneira esperada, planejada e de acordo com a vontade do cuidador, o que algumas vezes, pode levá-lo a ter problemas pessoais (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014). Vale salientar que a relação entre cuidador e idoso é permeada por um leque de sentimentos que podem ser simultâneos, variados e contraditórios, destacando-se a raiva, o estresse, o nervosismo, a irritação, o choro, a culpa pela enfermidade, a pena de ver o ente querido debilitado e a impaciência, por ter que lhe oferecer cuidado e suporte (BARBOSA et al., 2012).

Nesse contexto, percebe-se que a DA pode trazer repercussões diretas ao cuidador, sendo esse, merecedor de ações de educação em saúde que visem diminuir as dificuldades nos cuidados e a sobrecarga, assim como de preparo formal, para poder prestar uma assistência de acordo com as exigências apresentadas pela condição desse idoso, cuidando melhor e diminuindo as repercussões sobre sua própria vida. Entretanto, observam-se as fragilidades na elaboração dessas ações e de políticas públicas, como subsídios de apoio aos cuidadores familiares de idosos com DA.

Desse modo, evidencia-se a importância das autoridades políticas se preocuparem em preparar o Sistema Único de Saúde (SUS), os profissionais de saúde e a população em geral,

para receber esses idosos e conviver com a realidade da doença, e principalmente, pessoas capacitadas para assumir o papel de conduzir a vida desses idosos, os cuidadores.

Assim, esse estudo justifica-se pelo aumento da incidência da DA, que conseqüentemente ocasiona o aumento da demanda de cuidadores, e da necessidade de desvelar lacunas existentes na literatura acerca da temática. Além disso, a motivação para a realização da pesquisa surgiu também, a partir de vivência familiar e do conhecimento obtido por meio da disciplina Enfermagem no Cuidado a Saúde do Idoso, a qual fez despertar a necessidade de buscar aprofundamento acerca da temática, visto que enquanto acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem, pude observar que embora tenham sido contemplados aspectos acerca dos cuidados demandados pelos idosos com DA e da imprescindível presença da figura do cuidador, não se evidenciou ênfase na sobrecarga do mesmo.

Destarte, a realização da pesquisa será relevante para a comunidade científica, para os gestores dos serviços de saúde, e demais profissionais da área, pois esses se apropriarão com maior clareza dos principais fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados em cuidadores de idosos com DA, bem como os níveis de sobrecarga que eles vivenciam ao exercer a tarefa de cuidar. Esses achados poderão contribuir para a implantação de políticas públicas que visem intervir para melhorar a qualidade de vida tanto dos idosos, como principalmente, de seus cuidadores familiares. Além de ser útil também, para se pensar nas diferentes formas de implementar programas de apoio biopsicossocial ao cuidador.

Ante o exposto, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras deste estudo: A Doença de Alzheimer causa sobrecarga de cuidados aos cuidadores familiares de idosos? Qual o nível de sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer? Quais os principais fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados em cuidadores familiares de idosos com Alzheimer? Quais as estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas pelos cuidadores familiares no cuidado de idosos com Alzheimer?

2 OBJETIVOS



2.1 Objetivo Geral:

Avaliar a sobrecarga de cuidados e as estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas pelos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer para minimizar sobrecarga de cuidados.

2.2 Objetivos Específicos:

- Averiguar, na visão do cuidador, o significado de cuidar de um idoso com Alzheimer;
- Identificar o nível de sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer;
- Investigar os fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados em cuidadores familiares de idosos com Alzheimer;
- Verificar as estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer para minimizar sobrecarga de cuidados.

3 REVISÃO DA LITERATURA



3.1 Aspectos conceituais do envelhecimento e a transição demográfica

O envelhecimento consiste em um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, conhecido por senescência que, em condições normais, não gera nenhum problema. Já em condições de doenças, acidentes e estresse emocional, surge à senilidade, condição patológica que faz com que os idosos necessitem de assistência (BRASIL, 2007).

Baseando-se em fatores socioeconômicos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso todo indivíduo com 65 anos ou mais, podendo diminuir o limite para 60 anos, nos países com menor expectativa de vida. No Brasil, de acordo com a Lei 8.842, de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e a Lei nº 10.741, de outubro de 2003, que rege o Estatuto do Idoso, é considerado idoso, todo indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos (BRASIL, 2007).

Assim sendo, observa-se que nas últimas décadas têm acontecido alterações sociais que foram responsáveis por traçar um novo perfil, o envelhecimento populacional, realidade mundial que vem ocorrendo principalmente, em decorrência da diminuição da fecundidade e da mortalidade, maior controle das doenças infecciosas, crescimento das tecnologias na assistência à saúde e do avanço científico (FLORIANO; AZEVEDO; REINERS, 2012). Luzardo, Gorini e Silva (2006) citam que esse fenômeno tem sido observado em todo o mundo, inicialmente nos países desenvolvidos, e nas últimas décadas, tem acontecido também nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

De acordo com Nascimento et al. (2012), tais modificações na diminuição da população de jovens e o aumento proporcional de adultos e idosos começou a ser observada no Brasil, a partir dos anos 1970, devido a intensa queda da fecundidade e da mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida. Nesse sentido, o índice de envelhecimento no Brasil corrobora as modificações na estrutura etária da população (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Assim, o envelhecimento populacional é um grande desafio a ser enfrentado nas próximas décadas, no Brasil, devido a marcante queda da mortalidade prematura por inúmeras doenças agudas e crônicas que ocorreu no decorrer do século XX, quando houve um aumento na expectativa de vida, que continuará aumentando na maior parte das regiões do planeta. Além da diminuição nas taxas de natalidade, fator mais impactante, contribuinte para o envelhecimento da população (PORTO, 2011).

Porém, essas mudanças ocorreram não só do ponto de vista etário, mas também no que se refere à morbimortalidade, pois houve a diminuição na incidência e morte por doenças infectocontagiosas e aumento da incidência e morte por doenças crônicas degenerativas, características de idades mais avançadas, o que torna necessário uma reorganização estrutural da assistência que será prolongada, além da necessidade do aumento na demanda de cuidadores (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Em consonância com os autores supracitados, Porto (2011) afirma que, com o envelhecimento da população, verifica-se a transição entre as principais causas de morbidade e mortalidade, já que as doenças não transmissíveis e as causas externas passam a se sobressair sobre as doenças transmissíveis, devido ao fato de que, com o aumento no número das pessoas que atingem idades avançadas aumenta-se o risco de que elas adquiram doenças crônicas, favorecendo o desenvolvimento de incapacidades, o que caracteriza o fenômeno da transição epidemiológica.

No entanto, ao considerar todo esse contexto, é possível perceber que essa alteração radical na estrutura etária do Brasil vem acompanhada de muitas dificuldades, especialmente dos órgãos da saúde, para lidar com esse novo perfil epidemiológico. Sendo assim, como as conquistas sociais não acompanham a rapidez da mudança epidemiológica observa-se a ineficiência do sistema de saúde, tendo em vista que a população idosa necessita de um maior amparo e de programas de saúde mais eficientes, devido principalmente, às diversas alterações morfofisiológicas provocadas pelo processo de envelhecimento (AREOSA et al., 2014; GRATÃO et al., 2013).

3.2 Alterações fisiológicas do envelhecimento humano

De acordo com Porto (2011), não é simples conceituar o processo de envelhecimento, pois, esse envolve não só os aspectos biológicos, mas também, os sociais, psicológicos e culturais. Sendo assim, do ponto de vista biológico, o envelhecimento é um fenômeno caracterizado pela perda progressiva da reserva funcional, tornando o indivíduo mais predisposto a ter doenças, aumentando as suas chances de morrer. Destarte, considerando-se que cada indivíduo é um ser único e diferenciado nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais, o processo de envelhecimento é progressivo, gradual e variável. Desse modo, nenhum indivíduo envelhece igual a outro.

Nesse contexto, algumas das modificações anatômicas e funcionais gerais ocasionadas na senescência, incluem: diminuição da massa óssea; atrofia da musculatura esquelética (sarcopenia); diminuição da água intracelular (15 a 20%); aumento com redistribuição da

gordura corporal (20 a 40%), que se acumula nos omentos, nos lóbulos das orelhas, nas regiões paracárdica e perirrenais; redução do tecido celular subcutâneo nos membros e aumento no tronco; aumento nos diâmetros da caixa torácica e do crânio devido à atrofia muscular esquelética; e diminuição da estatura em cerca de 1 cm a cada dez anos, a partir dos 40 anos, devido ao aumento das curvaturas da coluna vertebral e ao achatamento dos arcos dos pés e dos discos intervertebrais (PORTO, 2011).

Ainda de acordo com o autor supracitado, quanto às alterações fisiológicas neurológicas causadas pelo envelhecimento, há diminuição do peso e do volume do cérebro devido à perda neuronal; acúmulo da substância lipofuscina, provável marcador do envelhecimento, tanto nas células nervosas, como em outras células do organismo. Deposita-se a substância beta-amiloide na parede dos vasos e formam-se algumas placas senis em determinadas regiões, como o hipocampo. Há redução da massa encefálica, mas as funções mentais continuam preservadas até o fim da vida. No entanto, a memória para fatos recentes e a capacidade de arquivar novas informações podem diminuir, mas não com uma intensidade capaz de danificar as atividades socioeconômicas e a vida familiar.

Os neurotransmissores, principalmente a acetilcolina e a dopamina, são reduzidos, mas não em níveis suficientes para causar disfunção na ausência de doenças que os reduzam ainda mais. Diminui a velocidade de condução nervosa e, com isso, há enfraquecimento dos reflexos tendinosos profundos, principalmente os patelares e os aquileus. Há também, redução do tempo total de sono, decorrente da diminuição da duração e da frequência da fase 4 do sono profundo, aumentando-se, os despertares (PORTO, 2011).

Além das modificações acima, o mesmo autor cita que, ainda pode haver redução da albumina sérica, fator que deve ser considerado principalmente durante a prescrição de fármacos que se ligam às proteínas plasmáticas, pois favorecerão maior percentagem de droga livre para desempenhar sua atividade; diminuição da taxa de metabolismo basal em cerca de 10 a 20%, reduzindo conseqüentemente as necessidades calóricas do idoso; transformações no sistema de regulação da temperatura corporal, responsáveis tanto pela frequente ausência de febre, quando acometidos por doenças infecciosas, como também pelo maior risco de apresentarem hipotermia ou hipertermia em condições de frio ou de calor extremos; declínio da imunidade celular e aumento da prevalência de neoplasias e infecções; e maior predisposição à formação de auto anticorpos, aumentando o risco de doenças autoimunes.

3.3 Doença de Alzheimer: considerações gerais

De acordo com Garces et al. (2012 p. 336), a DA é uma “doença neurológica progressiva e irreversível, caracterizada por perdas graduais da função cognitiva e distúrbios do comportamento e do afeto, não sendo facilmente diagnosticada”. Assim, existe dificuldade de marcar com precisão, a data de início da doença. Porém, o agravamento progressivo dos sintomas se dá de maneira gradual e contínua, geralmente, no período de 8 a 12 anos. No entanto, a velocidade de progressão da doença também varia, desde períodos muito curtos (2 anos) a períodos muito longos (25 anos), sendo a idade, o gênero e a gravidade da demência, fatores que interferem na sobrevida (FREITAS, 2013).

Com o aumento no número de idosos, aumenta também o número de idosos acometidos por doenças crônico-degenerativas. Como a idade é considerada o maior fator de risco para o acometimento pelas demências, dentre elas a DA, sua prevalência aumenta progressivamente, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, como o Brasil (GARCES et al., 2012; APRAHAMIAN; MARTINELLI; YASSUDA, 2009).

De acordo com o relatório de 2012 da OMS, atualmente mais de 35 milhões de pessoas em todo o mundo são acometidas por demência. O estudo ainda mostra que esse número deverá duplicar em 2030 (66 milhões) e triplicar até 2050 (115 milhões). Dentre as demências, a DA é a forma mais comum, sendo responsável por 60% a 70% dos casos (BURLÁ et al., 2014).

A DA é uma doença que se inicia, comumente, após os 60 anos de idade, apesar de ter havido alguns raros casos descritos em indivíduos com até 30 anos de idade. Suas manifestações clínicas podem ser descritas em três estágios utilizando-se um modelo de Cummings & Benson. Porém, a sequência da progressão dos sintomas do curso típico da doença pode sofrer amplas variações, pois, as formas de apresentação clínica, progressão e, possivelmente, resposta ao tratamento podem ocorrer de maneiras diferentes (FREITAS, 2013).

No estágio inicial o indivíduo apresenta sintomas vagos e difusos, que se desenvolvem de maneira insidiosa, sendo o comprometimento da memória, principalmente a mais recente, o sintoma mais acentuado e precoce. Frequentemente, os indivíduos acometidos perdem objetos pessoais, como chaves, carteira, óculos, se esquecem de alimentos no fogão ligado e apresentam desorientação progressiva no tempo e no espaço. Algumas vezes, podem apresentar perda de concentração, desatenção, perda de iniciativa, retraimento social, abandono dos passatempos, mudanças de humor (depressão), alterações de comportamento

(explosões de raiva, ansiedade, irritabilidade e hiperatividade) e mais raramente ideias delirantes (BRASIL, 2007). Freitas (2013) complementa que alguns indivíduos apresentam precocemente alterações de linguagem, como dificuldade para encontrar palavras, no trabalho, para lidar com situações complexas e para aprender fatos novos, e que este estágio pode durar, em média, 2 a 3 anos.

No estágio intermediário, o indivíduo apresenta degradação mais acentuada dos déficits de memória e acometimento de outros domínios da cognição, como afasia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoconstrutivas e apraxia. Há progressão dos distúrbios de linguagem, dificultando à escrita, empobrecendo o vocabulário, parafasias semânticas e fonêmicas, perseverações, perda de conteúdo e dificuldade de compreensão (BRASIL, 2007).

O mesmo autor ainda informa que a doença afeta também, a capacidade de aprendizado, a memória remota, a capacidade de fazer cálculos, abstrações, resolver problemas, organizar, planejar e realizar tarefas em etapas. O indivíduo apresenta o julgamento alterado, fazendo-o perder a noção de riscos, podendo ocorrer também agitação, perambulação, agressividade, questionamentos repetitivos, reações catastróficas, distúrbios do sono e a “síndrome do entardecer”, caracterizada pela ocorrência de confusão mental e alterações de comportamento, na maioria das vezes, próximos do horário do pôr do sol.

Esses distúrbios, às vezes, são graves, mas geralmente ocasionam maior estresse ao grupo familiar e aos cuidadores do que ao próprio idoso, que, na maioria dos casos, se apresenta com perdas cognitivas mais graves. Sintomas “psicológicos” como apatia, ansiedade, depressão, ideias delirantes, alucinações, principalmente as visuais, erros de identificação, considerando pessoas familiares desconhecidas e vice-versa, ideias paranoides, especialmente persecutórias, também são frequentes, e, a duração desse estágio intermediário, se dá entre 2 e 10 anos (FREITAS, 2013).

O autor citado acima, afirma que todos esses déficits colaboram para a perda das habilidades em realizar atividades da vida diária, o que ocasiona não só um declínio cognitivo, mas, também funcional. Em relação a essa perda funcional, ela ocorre de maneira hierárquica, pois, primeiro se dá a dificuldade para executar atividades instrumentais como lidar com finanças, cozinhar e usar transporte público, e depois, a dificuldade para executar tarefas básicas como vestir-se, alimentar-se e banhar-se. Nesse estágio também podem ocorrer sintomas motores extrapiramidais como a alteração da postura e da marcha, o aumento do tônus muscular, e outros sinais de parkinsonismo que poderão agravar ainda mais esse declínio.

O estágio avançado ou terminal, o qual, de acordo com Freitas (2013), dura em média 8 a 12 anos, compromete todas as funções cognitivas de maneira muito grave, deixando o indivíduo com dificuldade para reconhecer pessoas e espaços familiares, tornando-se totalmente dependente para realizar as atividades de vida diária (AVD). Exacerbam-se as alterações da linguagem, podendo ocasionar drástica redução da fluência, levando o indivíduo a se comunicar através de ecolalias, vocalizações inarticuladas, sons incompreensíveis e jargões semânticos, podendo, após isso, alcançar o mutismo.

Nessa fase, geralmente, os indivíduos encontram-se acamados e incontinentes, e normalmente acabam falecendo por alguma complicação da síndrome da imobilidade, decorrente de sepse, causada por pneumonia, infecção urinária e úlceras por pressão (BRASIL, 2007; FREITAS, 2013). Smeltzer et al. (2009)a, complementam que o estágio terminal, onde os pacientes na maioria das vezes ficam imóveis e precisam de cuidado total, pode durar meses ou anos, e os indivíduos, algumas vezes, podem reconhecer seus familiares ou cuidadores. Além disso, os autores ainda consideram a desnutrição e a desidratação, outras complicações que causam a morte.

De acordo com a Portaria Nº 15 de 31 de março de 2010, os pacientes com suspeita de DA devem ser encaminhados para serviço especializado em neurologia, geriatria, psiquiatria ou médico com treinamento na avaliação de demências, para que assim, possa ser realizado o diagnóstico da doença (BRASIL, 2010).

Porém, ainda não existe nenhum tipo de exame para diagnosticar concretamente a DA, o diagnóstico é eminentemente clínico e de exclusão, visto que, a doença só pode ter o diagnóstico firmado através de estudo histopatológico post-mortem do cérebro (autópsia). Os exames complementares servem para excluir condições que poderiam provocar algum tipo de demência que não a Doença de Alzheimer (BRASIL, 2007).

De acordo com Smeltzer et al. (2009)a, para se alcançar um provável diagnóstico de DA, é necessário investigar as histórias médica, familiar, social, cultural e medicamentosa do indivíduo, além de realizar o exame físico do mesmo, incluindo os estados de saúde funcional e mental. Faz-se necessário também, realizar exames como hemograma completo, perfil bioquímico e níveis de vitamina B12, que diminuídos podem causar comprometimento cognitivo, que de maneira errada pode ser diagnosticado como DA, hormônios tireóideos e triagem com eletroencefalografia.

A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são exames utilizados para excluir as possibilidades de hematoma, tumor cerebral, acidente vascular encefálico, hidrocefalia com pressão normal e atrofia, porém, não são suficientes para fechar

um diagnóstico, e o exame do líquido cefalorraquidiano juntamente com os exames de sangue podem excluir suspeitas de anormalidades bioquímicas (SMELTZER et al., 2009a).

Ainda de acordo com os autores citados acima, uma escala de depressão e os testes de função cognitiva como o Miniexame do Estado Mental (MEEM) e o teste do desenho do relógio, também são úteis para excluir a possibilidade de depressão e para realizar a triagem para outras doenças. Logo, o diagnóstico da DA se dá pelo método de exclusão e o diagnóstico provável da doença, acontece quando a história médica, o exame físico e os exames laboratoriais excluíram todas as etiologias conhecidas de outras demências. Considerando-se a complexidade existente para se concluir um diagnóstico de demência, principalmente da DA, é importante ressaltar que os sintomas e comprometimentos devem estar sendo manifestados por pelo menos seis meses.

O tratamento da pessoa idosa com suspeita de demência deve ser iniciado assim que o diagnóstico for traçado, devendo o indivíduo, após avaliação na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), ser encaminhado para a atenção especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contra referência dos locais e permanecendo no acompanhamento, mesmo que a pessoa idosa seja acompanhada por especialista (BRASIL, 2007).

De acordo com a Portaria Nº 15 de 31 de março de 2010, o tratamento da DA deve ser multidisciplinar e abranger os vários sinais, sintomas da doença e suas peculiaridades de manejo. Possuindo como objetivo, propiciar estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e das atividades da vida diária, com a menor quantidade de efeitos adversos possíveis (BRASIL, 2010).

Quanto ao tratamento medicamentoso, os fármacos colinérgicos, donepezila (comprimidos de 5 e 10mg), galantamina (cápsulas de liberação prolongada de 8, 16 e 24mg) e rivastigmina (cápsulas de 1,5; 3; 4,5 e 6mg, sol oral de 2mg/mL), são considerados como a primeira linha de fármacos e estão indicados para o tratamento da DA de leve a moderada. Esses medicamentos são de alto custo e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Portaria supracitada, para que os mesmos sejam dispensados, é necessário que o responsável pelo paciente apresente um relatório médico com descrição da apresentação da doença, evolução, sintomas neuropsiquiátricos apresentados e medicamentos utilizados (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com a Portaria Nº 15 de 31 de março de 2010, o paciente deve fazer uma reavaliação após três a quatro meses do início do tratamento, e após isso, a cada 6 meses, para avaliar o benefício e a necessidade de continuidade do tratamento através de avaliação

clínica e realização do MEEM e da Escala CDR (clinical dementia rating), escala de avaliação clínica da demência (BRASIL, 2010).

Além disso, também é obrigatório que o paciente ou seu responsável legal estejam cientes dos possíveis riscos, benefícios e efeitos colaterais ao uso desses medicamentos, por meio da assinatura do TER (Termo de Esclarecimento e Responsabilidade), quando se prescreve medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2010).

Devido às alterações ocasionadas nos diversos sistemas do organismo dos idosos acometidos pela DA, estes necessitam também de tratamento e/ou acompanhamento com diversos profissionais de saúde, dentre eles: fisioterapeuta, devido as limitações do sistema musculoesquelético que vão surgindo; fonoaudiólogo, devido as dificuldades na fala e deglutição; nutricionista, para auxiliar na adequação de uma dieta que contenha todos os nutrientes que eles necessitam, atentando para as dificuldades na deglutição; e enfermeiro, profissional que pode realizar um plano de cuidados sistematizado em enfermagem para atender as necessidades apresentadas pelos idosos, objetivando retardar o declínio de suas funções e melhorando a qualidade de vida, em meio as limitações causadas pela doença. De acordo com Bottino et al. (2002), o tratamento multidisciplinar tem como finalidade complementar o tratamento farmacológico.

As consequências da doença não afetam apenas o indivíduo acometido, mas também, a sua família e cuidador, por isso faz-se necessário também, tratá-los, realizando reabilitação cognitiva e grupo de apoio familiar, objetivando recuperar as habilidades, desbloquear as funções cognitivas comprometidas e estimular a socialização. O grupo de apoio familiar é um método que ajuda nesse tratamento, objetivando conscientizar quanto aos sintomas da demência, resgatar a relação paciente/familiar, prevenir doenças dos cuidadores/familiares, reduzir a interdependência, despertar interesses variados, afetividade, orientar para a realidade, estimular a segurança, preparar para complicações e também para o óbito, contribuindo para a melhora da qualidade de vida do paciente e dos cuidadores/familiares (BRASIL, 2007).

Para auxiliar os cuidadores, é necessário que a equipe da atenção básica desenvolva grupos de cuidadores. Além disso, eles e as famílias podem dispor do Guia Prático do Cuidador, Ministério da Saúde, das associações de apoio para portadores de demência (Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz) ou de alta dependência, objetivando prover informações sobre a doença e orientar grupos de apoio, diminuindo a sobrecarga dos cuidadores (BRASIL, 2007).

3.4 O cuidado ao idoso com doença de Alzheimer: implicações para o cuidador familiar

Diante da impossibilidade do idoso com Alzheimer cuidar de si próprio, surge a imprescindível necessidade da figura do cuidador, indivíduo responsável por realizar os cuidados ao idoso, além de todas as outras tarefas, inclusive as atividades de vida diária, as quais, após o acometimento pela doença, ele não consegue realizar sozinho. De acordo com Falcão e Bucher-Maluschke (2009), a função de cuidar pode ser realizada pelos familiares, por profissionais e por instituições de saúde. Sendo assim, os cuidadores podem ser denominados como cuidadores formais e informais.

O cuidador formal é aquele indivíduo que passou por um curso preparatório para executar este papel, recebendo para desempenhar essa tarefa enquanto sua profissão. Já o cuidador informal, trata-se do indivíduo, geralmente um familiar, amigo ou vizinho, que assume o papel de cuidar do idoso com Alzheimer, podendo ou não ser remunerado, mas, que não passou por nenhum curso preparatório para realizar essa função (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Tratando-se do cuidador formal, existe o Projeto de Lei nº 4.702 de 09 de novembro de 2012, ainda não aprovado pelo senado federal, que dispõe sobre o exercício da profissão do cuidador da pessoa idosa e dá outras providências, e considera em seu Art. 3º, que poderá exercer a profissão de cuidador de pessoa idosa, o indivíduo maior de dezoito anos, com ensino fundamental completo e realizado conclusão de curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, aprovado por instituição de ensino reconhecida e competente (BRASIL, 2012).

Entretanto, diante da dificuldade das famílias em contratar um cuidador formal, a maneira encontrada pelas mesmas é dividir as tarefas de cuidado ao idoso entre os seus membros e eleger um cuidador familiar principal para ter a maior responsabilidade com o idoso. Silva, Passos e Barreto (2012) citam que a figura do cuidador familiar é na maioria das vezes o parceiro, o filho ou outro familiar próximo, indivíduo esse, que de uma hora para outra, encontra-se obrigado a lidar com familiares fragilizados física e cognitivamente.

De acordo com Oliveira e Caldana (2012), o cuidado dispensado ao idoso com DA é muito complexo, pois devido ao envolvimento da família em sentimentos difíceis de manobrar, acontece certo isolamento nas atividades do cuidado, abalando intensamente os sistemas emocionais, levando a privações e transformações no estilo de vida para incluir as novas necessidades de seu idoso familiar. Floriano, Azevedo e Reiners (2012) acrescentam que o cuidador familiar necessita adaptar-se ao convívio com as mudanças ocorridas na vida

do idoso, que muitas vezes se apresenta nessa condição repentinamente, o que pode lhe causar estresse físico, emocional e social.

Considerando-se o papel do cuidador de idosos, seja familiar ou profissional, percebe-se que existe uma tendência predominante principalmente para doenças físicas, psicossomáticas, ansiedade, depressão e estresse, efeitos negativos decorrentes desse cargo. Porém, é importante ressaltar que nem todos os cuidadores desenvolvem essas doenças ou se tornam insatisfeitos com o papel que exercem (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Diante de todas as dificuldades e complicações que surgem na vida de um idoso acometido por DA e evidenciando-se a necessidade contínua de um cuidador, Seima, Lenardt e Caldas (2014), destacam as mudanças que o cuidador realiza no seu modo de viver em função do cuidado ao idoso. Mudanças essas que não são realizadas pela sua própria vontade, mas sim, por conveniência, e que, muitas vezes, podem resultar em sobrecargas físicas, emocionais, sociais e financeiras mais elevadas.

Destarte, vale ressaltar que à medida que a doença progride, a demanda de cuidados aumenta, fazendo o idoso necessitar de supervisão constante, causando conseqüentemente, o aumento da sobrecarga do cuidador, que pode favorecer o desenvolvimento de doenças agudas e crônicas e, conseqüentemente, o uso de diversas medicações, tornando-o também doente (SEIMA; LENARDT, 2011). Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) citam como fatores relacionados a essa sobrecarga, os prejuízos nas atividades físicas, religiosas e de convívio social, disposição, humor, capacidade de fazer atividades de lazer e memória, entre outros, limitando o cotidiano do familiar.

Já no estudo realizado por Oliveira e Caldana (2012), as autoras consideram outros fatores que contribuem para a sobrecarga da família e principalmente do cuidador, como: as renúncias que o cuidador realiza na sua vida particular, profissional e social em função do cuidado ao idoso; o impedimento de casar e construir a sua própria família ou o risco para o casamento, quando este é casado, pela perda da privacidade do casal quando o idoso dorme no mesmo quarto; e a privação social, como deixar de sair com os amigos, de participar de reuniões familiares e de viajar.

Conforme as autoras supracitadas, existem ainda diversos sentimentos que se alternam e se pareiam frente às situações vivenciadas, como a raiva, devido a não aceitação da doença; a impaciência, devido o cuidador se sentir impotente diante da doença no idoso; tristeza, pelo arrependimento de não ter tido a capacidade de suportar os comportamentos inadequados do idoso; medo de ficar na mesma situação do idoso dependente ou de ser esquecido por ele;

solidão, por não poder contar mais com o seu parente e por não receber ajuda da família no cuidado dele, entre outros.

Nesse sentido, torna-se importante, além de cuidar do idoso com DA, cuidar também do cuidador, avaliando seu nível de sobrecarga, que de acordo com Seima e Lenardt (2011), proporciona uma direção mais efetiva para o profissional durante as orientações de cuidado ao idoso. Sendo assim, para que se possa observar esse nível de sobrecarga do cuidador, existem alguns instrumentos que podem ser utilizados, como as escalas de avaliação da sobrecarga, a exemplo da Escala de *Burden Interview* ou Escala de Sobrecarga de Zarit.

Essa Escala deve ser aplicada para o cuidador principal, aquele que mais ajuda o idoso, porém, sem a presença dele, e envolve uma lista de afirmativas que reflete como os cuidadores sentem-se ao cuidar do idoso. Depois de cada afirmativa, deve ser indicado com que frequência o cuidador se sente em relação ao que está sendo questionado, podendo responder, nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre (BRASIL, 2007). Cada uma dessas alternativas possui uma pontuação que varia de 0 a 4 e ao final é somada, determinando um escore que caracteriza o nível de sobrecarga que o cuidador se encontra.

4 METODOLOGIA



4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem mista – quantitativa. De acordo com Gil (2008), a pesquisa do tipo descritiva tem a finalidade de descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis. A pesquisa exploratória apresenta o desenvolvimento e esclarecimento de ideias, com vista a oferecer um olhar panorâmico do assunto abordado, podendo oferecer dados que darão suporte à realização de outros estudos (TRIVIÑOS, 2010). A abordagem qualitativa, objetiva compreender e interpretar os fenômenos estudados, considerando os seus significados e subjetividades (GONSALVES, 2007). Já a abordagem quantitativa, objetiva realizar a mensuração de opiniões, reações, hábitos e atitudes em um universo, sendo representada por uma amostra que represente o estudo (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

4.2 Cenário e local da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Barra de Santa Rosa, Paraíba (PB), Brasil. O município localiza-se na mesorregião do agreste paraibano e microrregião do Curimataú ocidental. De acordo com o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010, o município possui 14.157 habitantes, estimando-se para 2015, um aumento para 15.145 (IBGE, 2010). O número de idosos segundo dados obtidos pela Coordenação da Atenção Básica, através da Secretaria Municipal de Saúde do município, é de 2.071, desses, 952 são do sexo masculino e 1.119 do sexo feminino. De acordo com o mesmo levantamento, desse total de idosos, 15 são portadores da doença de Alzheimer (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARRA DE SANTA ROSA, 2015).

4.3 População e amostra

A população desse estudo foi composta por cuidadores familiares de idosos com DA, residentes no município de Barra de Santa Rosa-PB. Para seleção da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: 1) ser cuidador familiar de um idoso com DA; 2) Cuidar do idoso com DA, há pelo menos 2 meses, tempo que foi considerado o mínimo possível, para que o cuidador pudesse experienciar a rotina de cuidados de um idoso com Alzheimer. Foram excluídos os cuidadores formais, os que não atenderam aos critérios de inclusão supracitados

e aqueles que os endereços não foram localizados por meio do levantamento nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Para a seleção da amostra, foi realizado um levantamento nominal dos idosos diagnosticados com doença de Alzheimer, na UBSF que presta assistência a esses idosos, junto a Coordenação da Atenção Básica, através da Secretaria Municipal de Saúde de Barra de Santa Rosa-PB. Após isso, a pesquisadora, entrou em contato com os profissionais da UBSF correspondente, para que fosse verificada *in loco*, a presença ou não do cuidador familiar do idoso com Alzheimer. Após a realização do levantamento em cada UBSF do município, apenas 13 idosos com DA foram encontrados, sendo que dois tratavam-se de casos não confirmados, um faleceu durante a realização da pesquisa, um, possui diversos cuidadores não familiares e remunerados, e um idoso e sua cuidadora são parentes da pesquisadora. Assim sendo, restaram oito cuidadores de idosos, dos quais, dois recusaram-se a participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra foi composta por seis cuidadores familiares de idosos com DA.

4.4 Procedimento para coleta de dados

Para a avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos, os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário sendo subsidiada por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit adaptada a língua portuguesa (ANEXO B). A escala é composta por vinte e duas questões e os resultados são expressos pelos seguintes escores: menor ou igual a 20: ausência de sobrecarga; 21-40: sobrecarga moderada; 41-60: sobrecarga moderada a severa; e 61-88: sobrecarga severa (TANG et al., 2013), e encontra-se traduzida e validada no Brasil (SEQUEIRA, 2010).

Para identificar os fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados em cuidadores familiares de idosos com Alzheimer e as estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas para o cuidar desses idosos na ótica dos cuidadores, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas, tendo duração de 40 minutos em média e orientadas por um roteiro de entrevista contendo três questões, além de dados de caracterização do cuidador e do idoso com Alzheimer (APÊNDICE B).

O cuidador foi caracterizado quanto à idade, sexo, estado civil, religião, profissão, tempo que presta cuidados ao idoso, remuneração, grau de parentesco com o idoso, local de moradia e composição de seu núcleo familiar. Os idosos foram caracterizados quanto à idade, sexo, tempo de apresentação do diagnóstico, locomoção e grau de dependência. Antes da realização da entrevista, a pesquisadora realizou um contato prévio informal com os

cuidadores. Quando esses se mostraram acessíveis à realização da pesquisa, foi marcado um momento oportuno preferível para o entrevistado e assim, a entrevista foi realizada, sendo gravada com a permissão do entrevistado, e posteriormente o material foi transcrito na íntegra para viabilizar a análise do material empírico.

4.5 Análise e discussão dos dados

A análise dos dados empíricos foi realizada por meio da técnica de análise temática de conteúdo, proposta por Laurence Bardin, a qual é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, tendo em vista obter procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que admitam a inferência de conhecimento relativo às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 2009).

Por meio dessa técnica, o pesquisador procura conhecer aquilo que está por trás das palavras emitidas pelos sujeitos da pesquisa. Assim sendo, para a operacionalização dessa técnica são realizadas as seguintes fases: 1ª) seleção do material, que consiste na organização do material obtido nas entrevistas, por meio da transcrição e leitura “flutuante” para então formular o *corpus* da investigação (área de atenção da pesquisa); 2ª) A Escolha das Unidades de Análise que ocorre após constituído o *corpus* do trabalho, onde os dados brutos do texto serão transformados sistematicamente em recortes ou unidades de análise, que correspondem aos pequenos segmentos do conteúdo ou temas que surgiram nas falas dos sujeitos entrevistados; e 3ª) Fase de categorização, que é uma operação de classificação dos elementos construtivos de um conjunto de palavras. As categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos com características comuns (BARDIN, 2009).

Os dados foram apresentados por meio dos discursos dos participantes e discutidos à luz da literatura pertinente. É válido ressaltar, que para garantir a privacidade dos participantes, os cuidadores foram identificados por nomes fictícios, a exemplo de Flor, Rosa, Orquídea entre outros, visando garantir o sigilo da identidade desses indivíduos.

4.6 Aspectos éticos e legais

Essa pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que oferece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a qual, de acordo com a mesma resolução, é a “pesquisa que, individual ou coletivamente, tenha como participante o ser humano, em sua totalidade ou partes dele, e o envolva de forma direta ou indireta, incluindo o manejo de seus dados, informações ou materiais biológicos” (BRASIL, 2012).

Em obediência a essa Resolução, foram assegurados a todos os participantes do estudo, esclarecimentos sobre os objetivos e a importância da pesquisa, através de informações que estão disponíveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assim como o direito ao anonimato, à confidencialidade, à privacidade e de desistir de participar da pesquisa em qualquer fase, sem algum prejuízo, atentando ainda para o sigilo profissional e para a garantia de que as informações só seriam utilizadas para os fins da pesquisa.

A aceitação em participar da pesquisa foi garantida pela assinatura do TCLE, fornecido em ato anterior à obtenção das informações. De acordo com a resolução, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos (BRASIL, 2012). Sendo assim, os riscos dessa pesquisa referem-se ao receio e ao constrangimento em responder e se submeter a uma entrevista com questionamentos acerca da sobrecarga de cuidados e das estratégias de enfrentamento e adaptação. Para minimizar esses riscos, a pesquisadora esclareceu que a intenção desse estudo é avaliar a sobrecarga de cuidados e as estratégias de enfrentamento e adaptação de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, podendo contribuir para a implantação de políticas públicas que visem intervir para melhorar a qualidade de vida tanto dos idosos como principalmente, de seus cuidadores familiares. Além disso, a pesquisadora também esclareceu que a participação do cuidador seria voluntária, e que ficaria garantido seu anonimato e a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos.

Os benefícios desse estudo relacionam-se à possível contribuição para a implantação de políticas públicas que visem intervir para melhorar a qualidade de vida tanto dos idosos como principalmente, de seus cuidadores familiares. Além de ser útil também, para se pensar nas diferentes formas de implementar programas de apoio biopsicossocial aos cuidadores. Vale ressaltar, que essa pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Formações de Professores da Universidade Federal de Campina Grande-Campus Cajazeiras, com número de CAAE 43745415.9.0000.5575 e número de parecer 1.171.936.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO



Nesse capítulo, serão apresentados a análise dos dados bem como a discussão dos resultados. Inicialmente serão apresentadas as variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos/econômicos, a caracterização familiar, clínica e de vida diária dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Posteriormente, serão apresentadas as caracterizações sociodemográfica, clínica e de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária dos referidos idosos.

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Barra de Santa Rosa-PB, 2015. (n=6)

Caracterização sociodemográfica dos cuidadores	n	%
Idade		
70 a 74	2	33,3
45 a 49	2	33,3
35 a 39	1	16,7
50 a 54	1	16,7
SEXO		
Feminino	5	83,3
Masculino	1	16,7
Escolaridade		
Analfabeto	3	50
Alfabetizado	1	16,7
Ensino médio	1	16,7
Ensino superior	1	16,7
Estado civil		
Casado	3	50
Solteiro	2	33,3
Viúvo	1	16,7
Religião		
Católico	5	83,3
Evangélico	1	16,7
Profissão/Ocupação		
Aposentado	2	33,3
Do lar	2	33,3
Farmacêutica/bioquímica	1	16,7
Agricultor	1	16,7
Tempo que cuida do idoso		
3 a 6 anos	4	66,7
Entre 1 e 3 anos	1	16,7
Mais de 6 anos	1	16,7
Remuneração		
Entre 1 a 2 salários mínimos	5	83,3
Mais de 2 salários mínimos	1	16,7
TOTAL	6	100

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Como é possível observar na Tabela 1, os cuidadores estavam entre a faixa etária de 35 a 74 anos. Dois (33,3%) possuem faixa etária entre 70 a 74 anos e outros dois (33,3%) encontravam-se entre 45 a 49 anos. Esse achado é semelhante ao encontrado no estudo de Luzardo, Gorini e Silva (2006), realizado com 36 cuidadores que acompanhavam os idosos no atendimento neurogeriátrico, do Serviço de Neurogeriatria do Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no qual, os cuidadores apresentaram idade variando entre 33 e 78 anos.

Observa-se que a maioria dos cuidadores possui 45 anos ou mais de idade, sendo que dois cuidadores são idosos. Portanto, trata-se de um idoso cuidando de outro idoso, sendo essa uma questão que merece atenção, pois, pode demonstrar que há déficit no número de pessoas adultas jovens para esse tipo de ocupação. Além disso, tal fato ocorre por estar designado na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu Art. 229, o qual diz, dentre outros, que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (BRASIL, 1988). Por outro lado, os idosos cuidadores não são dependentes, e isso, pode demonstrar o envelhecimento ativo, como resultado das campanhas e programas que a saúde pública vem realizando, assim como, as formas de vida saudável que a população vem valorizando e adotando, para viver mais e melhor.

A grande maioria dos cuidadores é do sexo feminino, cinco (83,3%), sendo apenas um (16,7%) do sexo masculino. Esse achado confirma a predominância das mulheres nas atividades inerentes ao cuidado, tarefa imposta a elas desde os tempos mais remotos, que permanece até os dias atuais, e corrobora o estudo de Seima e Lenardt (2011), realizado com 208 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, usuários de um Centro de Referência em Atendimento aos Idosos, da cidade de Curitiba-PR, no qual 178 (86%) dos cuidadores eram do sexo feminino.

Quanto ao nível de escolaridade, três (50%) dos cuidadores são analfabetos, o que pode implicar na menor compreensão dos achados clínicos da doença de Alzheimer, comprometer as consultas e retornos ao médico e a forma como deve ser tomada a medicação e realizados os cuidados. Esse achado contrapõe-se ao apresentado no estudo de Oliveira e Caldana (2012), realizado com 20 cuidadores familiares cadastrados na Associação Brasileira de Alzheimer do Amazonas (ABRAZ-AM) na cidade de Manaus, o qual apontou que o nível de escolaridade dos entrevistados é no mínimo o nível médio.

Neste estudo, o índice de analfabetismo pode está relacionado ao fato dos cuidadores serem, em sua maioria, de meia-idade ou idosos, e ao contexto onde eles vivem uma cidade do interior paraibano, onde as oportunidades de estudar são poucas e nem sempre valorizadas.

Sendo assim, esses cuidadores podem não ter estudado quando mais jovens, por ter necessitado trabalhar para ajudar aos pais no sustento da casa, por residirem distante das escolas ou por terem casado muito jovens e dessa forma, tiveram que trabalhar para sustentar suas famílias.

Em relação ao estado civil, três (50%) cuidadores são casados, dois (33,3%) são solteiros e apenas um (16,7%) é viúvo. No estudo de Seima e Lenardt (2011), também prevaleceram os cuidadores casados, 127 (61%). O fato de o cuidador ser casado, em algumas vezes, pode se tornar um fator contribuinte para o aumento da sobrecarga. Além de cuidar do idoso, tarefa que requer dedicação diária e constante, também necessita oferecer atenção ao seu cônjuge e aos outros membros da sua família, podendo ainda, possuir obrigações como realizar as tarefas diárias do lar e/ou do trabalho fora de casa. Por outro lado, o fato de o cuidador ser casado, pode se constituir em um fator positivo, pois ele poderá contar com seus familiares para apoiá-lo nos cuidados ao idoso, assim como para proporcionar um suporte emocional.

Quanto à religião, prevaleceu o catolicismo, com cinco (83,3%), e apenas uma (16,7%) afirma ser evangélica. Sobre esse quesito, é importante ressaltar que independente de qual seja a religião, a fé é algo imprescindível na vida do cuidador familiar de um idoso com DA, pois, nos momentos de desespero e cansaço, a confiança em um ser supremo e onipotente, contribui de maneira incalculável para o reequilíbrio emocional do cuidador e continuidade do cuidado ao seu familiar. No estudo de Santos, Pelzer e Rodrigues (2007), realizado com 14 familiares cuidadores principais de idosos com DA, o catolicismo também foi predominante.

No que concerne à profissão/ocupação, dois (33,3%) cuidadores são aposentados, dois (33,3%) realizam as atividades domésticas, uma (16,7%) é farmacêutica e bioquímica e outra (16,7%) é agricultora. O estudo de Pinto et al. (2009), desenvolvido no Núcleo de Envelhecimento Cerebral (NUDEC) da Universidade Federal de São Paulo, com 118 cuidadores, obteve a mesma prevalência no resultado, onde, 38 (32,2%) relataram ser aposentados.

Esses achados ressaltam mais uma vez que os cuidadores de meia-idade, idosos, aposentados, não exercem outras atividades fora de casa, o que pode ser mais uma explicação para que estes se responsabilizem pela tarefa de cuidar dos seus familiares idosos com DA.

Em se tratando do tempo que o cuidador assiste ao idoso, a maioria, quatro (66,7%) cuidadores, relataram cuidar do idoso a cerca de 3 a 6 anos. Corroborando esse resultado, no estudo de Seima e Lenardt (2011), a maioria dos cuidadores, 26 (61%), também referiram cuidar do idoso há mais de 3 anos. Esse período de cuidado de 3 a 6 anos, pode acarretar para

o cuidador, de maneira negativa, em uma quantidade de sobrecarga significativa, já que se trata de um período de tempo considerável. Por outro lado, positivamente, o tempo mais prolongado de convivência e cuidado ao idoso portador de Alzheimer, pode contribuir para que o cuidador se encontre mais adaptado à doença e as modificações que ela causa, deixando-o mais experiente e seguro para prosseguir com seu papel de cuidar.

No tocante à remuneração, a maioria dos cuidadores, cinco (83,3%), relataram receber entre 1 a 2 salários mínimos e apenas um (16,7%) relatou remuneração acima de 2 salários mínimos. Esse achado, pode se relacionar ao fato de que a maioria dos cuidadores desse estudo são aposentados ou desempenham atividades do lar, e muitas vezes essa renda deriva da aposentadoria do idoso. No estudo de Sakman e Puggina (2014), realizado com 23 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, a maioria, 12 (52,2%), recebe um salário mínimo mensal.

Nesse ponto, é importante enfatizar que, como a tarefa de cuidar é algo que demanda muito tempo diário e sobrecarga, muitas vezes o cuidador conta com a aposentadoria do idoso cuidado para prover a maioria das necessidades do lar, devido em grande parte das vezes, não poder dedicar-se a um trabalho fora de casa para obter sua própria renda. Assim, quando isso ocorre, a renda familiar em muitas das vezes é considerada baixa, tendo em vista as necessidades de medicação, cuidados especializados e demais necessidades que o idoso vai apresentando com a progressão da doença.

Tabela 2- Caracterização familiar, clínica e de vida diária dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Barra de Santa Rosa-PB, 2015.

Caracterização familiar, clínica e de vida diária dos cuidadores	n	%
Grau de parentesco com o idoso		
Esposa (o)	3	50
Filho	3	50
Local de moradia		
Casa própria de alvenaria	6	100
Composição do núcleo familiar		
3 a 4 pessoas	4	66,7
1 a 2 pessoas	2	33,3
Realiza outras atividades além de cuidar do idoso		
Sim	6	100
Participação em grupo de suporte social		
Não	6	100
Problema de saúde ou uso de medicação		

Sim	5	83,3
Não	1	16,7
Uso de álcool		
Não	5	83,3
Sim	1	16,7
Tabagista		
Não	5	83,3
Sim	1	16,7
TOTAL	6	100

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

No que se refere ao grau de parentesco com o idoso, três (50%) cuidadores são filhos e três (50%), são os cônjuges. Esse resultado está em consonância com o estudo de Luzardo, Gorini e Silva (2006), onde de 36 cuidadores, 16 (44,4%) eram filhas, 11 (30,6%) esposas e cinco (13,9%) esposos.

No quesito local de moradia, todos os cuidadores afirmaram morar em casa própria de alvenaria, e em grande parte dos casos, residindo com o idoso. Esse achado é corroborado pelo estudo de Gratão et al. (2013), realizado na comunidade urbana de Ribeirão Preto-SP, no qual, grande parte dos cuidadores também referiu residir junto com o idoso. Essa é outra questão que também contribui para o aumento da sobrecarga do cuidador, tendo em vista que residindo na mesma casa que o idoso, este necessita muitas vezes modificar a estrutura física da casa, a distribuição dos móveis e até mesmo a rotina de todos os indivíduos da casa, para adaptarem-se as necessidades do idoso com DA.

Em relação à composição do núcleo familiar, considerando que a maioria dos cuidadores se declarou casado, grande parte deles, quatro (66,7%), também possui um núcleo familiar maior que 3 a 4 pessoas. Esse dado também pôde ser observado no estudo de Sakman e Puggina (2014), onde de 23 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, 16 (69,6%), possui de 1 a 2 filhos, assim, formando um núcleo familiar de 3 a 4 pessoas.

É possível observar também na Tabela 2, que todos os cuidadores afirmaram realizar outras atividades além do cuidado ao idoso, sendo essas, em sua maioria, tarefas domésticas. No estudo de Seima e Lenardt (2011), 91 (92%) dos cuidadores relataram realizar outras atividades além de cuidar do idoso, das quais as tarefas de maior prevalência foram os afazeres domésticos (55%), dado que corrobora o encontrado nessa pesquisa. Esse já pode ser outro fator contribuinte para o aumento da sobrecarga do cuidador, tendo em vista, que por si só, cuidar do idoso já é uma tarefa de grande responsabilidade, que requer muito tempo e dedicação do cuidador, podendo trazer-lhe cansaço físico e mental, principalmente.

Ao questioná-los sobre a participação em algum grupo de suporte social, todos os cuidadores responderam não participar, uma vez que, o município não possui nenhum grupo

de apoio relacionado a essa problemática. Essa é uma questão que merece destaque, e que pode ser planejada pelas autoridades públicas do município, visando contribuir para a diminuição da sobrecarga de cuidados apresentada pelos cuidadores e melhorar a assistência prestada aos idosos acometidos pelo Alzheimer.

O grupo se tornaria ainda mais eficaz, se planejado para abranger os demais familiares dos idosos, não apenas os cuidadores principais, e sim, todos os que convivem frequentemente com os mesmos, visando sensibilizá-los sobre a necessidade e importância da divisão dos cuidados com os idosos entre os membros da família, o que contribuiria para diminuir ou até mesmo erradicar a sobrecarga gerada, quando apenas um indivíduo é responsabilizado pelo cuidado.

No que concerne à presença de problemas de saúde por parte do cuidador, a maioria, cinco (83,3%), respondeu possuir morbidades, com destaque para a hipertensão arterial sistêmica, presente em três cuidadores. Outros problemas citados foram a gastrite e o hipotireoidismo. No estudo de Seima e Lenardt (2011), também prevaleceu à hipertensão como problema de saúde mais frequente (21,6%) e os anti-hipertensivos como medicamentos mais utilizados.

A maioria dos cuidadores, cinco (83,3%), negou ser etilista ou tabagista e apenas um (16,7%), afirmou fazer uso de álcool socialmente e ser tabagista. Esses resultados se opõem aos encontrados no estudo de Fernandes e Garcia (2009) realizado com 30 cuidadoras de idosos cadastrados no Programa de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, o qual mostrou que após tornarem-se cuidadoras, sete (23,3%) passaram a fumar e seis (20%) passaram a ingerir álcool, embora que, raramente.

Assim, é relevante observar que, apesar de muitos cuidadores utilizarem o álcool ou o cigarro como forma de refúgio diante da sobrecarga de cuidados, como se evidencia em outras pesquisas, os cuidadores participantes desse estudo não demonstraram utilizar esses hábitos como forma de suporte emocional para a situação que vivenciam. Talvez esse resultado possa estar relacionado com os impactos das políticas antialcoolismo e antitabagismo que vem sendo empregadas no Brasil. Além disso, esse é um resultado extremamente positivo, já que utilizando esses meios de refúgio, os cuidadores iriam prejudicar sua própria saúde, bem como a saúde dos que os rodeiam, inclusive dos próprios idosos com DA.

5.2 Caracterização dos idosos portadores de Alzheimer

Tabela 3- Caracterização sociodemográfica dos idosos com Doença de Alzheimer (DA). Barra de Santa Rosa-PB, 2015.

Caracterização sociodemográfica dos idosos com DA	n	%
Idade		
73 a 79	4	66,7
80 a 85	2	33,3
Sexo		
Feminino	3	50
Masculino	3	50
Escolaridade		
Alfabetizado	4	66,7
Analfabeto	2	33,3
Estado civil		
Casado	4	66,7
Viúvo	2	33,3
TOTAL	6	100

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Na Tabela 3, observa-se que quatro (66,7%) idosos encontram-se na faixa etária de 73 a 79 anos e dois (33,3%), estão entre 80 a 85 anos. Dessa forma, pode-se verificar que os idosos acometidos estão mesclados entre idosos jovens e idosos velhos, levando-se em consideração a seguinte subclassificação: idosos jovens (60 a 74 anos), idosos velhos (75 a 84 anos) e idosos muito velhos (mais de 85 anos) (ALMEIDA et al., 2007). No estudo de Holanda, Ponte e Pinheiro (2012), realizado com trinta cuidadores de idosos com a doença de Alzheimer, cadastrados em uma entidade sem fins lucrativos que atua na área da educação em saúde em Fortaleza-CE, a doença incidiu nos indivíduos com idades que variaram de 59 a 91 anos. Assim, pode-se verificar que a DA incide cada vez mais nos idosos mais envelhecidos, mas também naqueles idosos considerados jovens, ocorrendo até mesmo em indivíduos considerados adultos (< 60 anos), como foi verificado no estudo supracitado.

Quanto ao sexo, os resultados foram os mesmos, três (50%) dos idosos com Alzheimer são do sexo feminino, e três (50%), do sexo masculino. No entanto, vale salientar que devido o número reduzido da amostra desse estudo, esse dado pode não refletir as diferenças do acometimento da doença entre os sexos. Muitos estudos referem predominância da DA no sexo feminino, assim como, evidenciou o estudo de Holanda, Ponte e Pinheiro (2012), no qual houve um número elevado de portadoras de Alzheimer do sexo feminino, 23 (76,6%), enquanto, apenas, sete (23,3%) do sexo masculino.

No quesito escolaridade, quatro (66,7%) dos idosos são alfabetizados, e dois (33,3%) são analfabetos. O estudo de Uesugui, Fagundes e Pinho (2011), realizado com 31 idosos e seus respectivos cuidadores apresentou resultado semelhante, no qual 56,2% dos idosos

possuíam ensino fundamental incompleto, portanto, eram alfabetizados, e 43,7 eram não letrados, portanto, analfabetos. Resultados já esperados, pois em sua maioria, os idosos tinham dificuldades de acesso aos estudos, na época da juventude, que pode ter refletido na baixa utilização intelectual do sistema nervoso, que repercute em baixos níveis instrucionais, o que pode ter sido um fator contribuinte para o acometimento pela doença.

Em relação ao estado civil, quatro (66,7%) dos idosos são casados e dois (33,3%), são viúvos. Esse resultado se opõe ao evidenciado no estudo de Borghi et al. (2011), realizado em Maringá-PR, no qual, de 50 idosos, a maioria, 33 (66%), eram viúvos, enquanto 14 (28%), eram casados.

Tabela 4- Caracterização clínica e de dependência para atividades básicas de vida diária dos idosos portadores de Alzheimer. Barra de Santa Rosa-PB, 2015.

Caracterização clínica e dependência para atividades básicas de vida diária dos idosos com DA	n	%
Tempo de diagnóstico da doença de Alzheimer		
5 anos	2	33,3
4 anos	2	33,3
7 anos	1	16,7
1 ano	1	16,7
*Comorbidades		
HAS	5	83,3
Parkinson	4	66,7
Outras	3	50
Locomoção		
Deambula com auxílio do cuidador	6	100
*Grau de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária		
Necessita de auxílio para higiene íntima	5	83,3
Necessita de auxílio no banho	4	66,7
Alimenta-se por VO sem auxílio	4	66,7
Necessita de auxílio para vestir-se	4	66,7
Necessita de auxílio para higiene oral	4	66,7
Toma banho sozinho	2	33,3
Alimenta-se por VO com auxílio	2	33,3
Usa medicamentos para demência ou outros		
Sim	6	100
TOTAL	6	100

Fonte: dados da pesquisa, 2015.

*Nas variáveis comorbidades e grau de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária, um idoso pôde ter apresentado mais de uma necessidade/morbidade.

Como observado na Tabela 4, em relação ao tempo de diagnóstico da doença de Alzheimer, a maioria foi diagnosticada entre 4 a 5 anos. Esse é um período de tempo considerável para a progressão do quadro da doença, porém, como a evolução é individual e necessita de avaliação clínica, não é possível afirmar em qual estágio da doença esses indivíduos se encontram.

Quanto às comorbidades apresentadas pelos idosos, cinco (83,3%) apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS), quatro (66,7%) doença de Parkinson e três (50%) outras doenças - úlcera varicosa, convulsão e psoríase. No estudo de Pinto et al. (2009), a HAS também foi a comorbidade que prevaleceu entre os idosos, 69 (58,57%). Entretanto, nessa pesquisa nenhum idoso era diabético, fato que se contrapõe ao evidenciado no mesmo estudo já citado, onde o Diabetes esteve presente em 35 (29,7%) dos idosos.

De acordo com Smeltzer et al. (2009)b, a doença de Parkinson é um transtorno do movimento, neurológico e progressivo, que também pode provocar incapacidade no indivíduo acometido, deixando-o, assim como na DA, dependente de um cuidador. Assim, por ser considerada também neurodegenerativa e crônica, percebe-se que muitas vezes está atrelada e acontece concomitantemente com a DA ou vice-versa.

No tocante a locomoção, todos os idosos deambulam com auxílio do cuidador. Esse fato merece destaque, pois, pode trazer consequências como: risco de úlcera por pressão, pneumonias, atelectasias, necessidade de auxílio para realização das necessidades fisiológicas, dentre outras. Além disso, demonstra um grau de dependência bem significativo e constante dos idosos em relação aos seus cuidadores, o que requer destes, maior dedicação e tempo para o cuidado, podendo gerar aumento da sobrecarga.

Quanto ao grau de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária, cinco (83,3%) idosos necessitam de auxílio para a higiene íntima, quatro (66,7%) necessitam de auxílio no banho, quatro (66,7%) alimentam-se por via oral (VO) sem auxílio, quatro (66,7%) necessitam de auxílio para vestir-se, quatro (66,7%) necessitam de auxílio para higiene oral, dois (33,3%) ainda tomam banho sozinho, e dois (33,3%) alimentam-se por VO com auxílio. Esses dados mostram que os idosos apresentam um grau de dependência bem significativo em relação aos seus cuidadores, sendo importante ressaltar que, até mesmo os que se alimentam por VO sem auxílio, necessitam que seus cuidadores os conduzam até a mesa e preparem o seu prato, assim como, os que tomam banho sozinhos requerem de seus

cuidadores ser conduzidos até o banheiro, como também que lhes entreguem os materiais usados durante o banho e ajudem dizendo como proceder nesse momento.

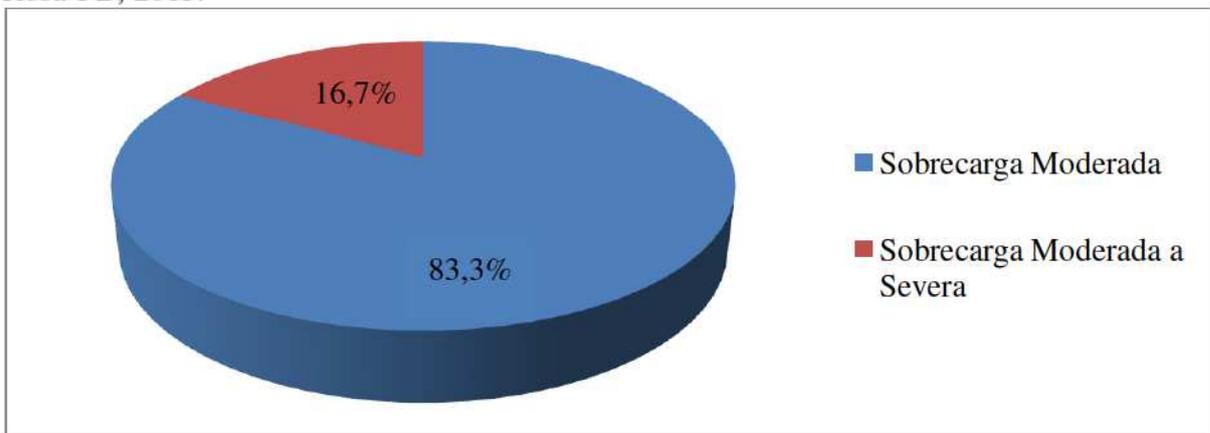
Quanto ao uso de medicamentos para demência ou outros, todos os idosos fazem uso de diversos medicamentos. Dentre os utilizados para tratamento da doença de Alzheimer, o Alois®, foi o mais mencionado pelos cuidadores.

5.3 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer

Sabe-se que a sobrecarga é uma característica fortemente marcante na vida dos cuidadores de idosos, sobretudo, quando há parentesco com o idoso, e quando este é acometido pela DA. Destaca-se que a progressão da doença é permeada pelo incremento na dependência do idoso, em relação ao seu cuidador.

De acordo com Seima e Lenardt (2011), a análise da sobrecarga é um instrumento indispensável para o profissional e possibilita um diagnóstico, cuidado fundamental perante o cuidador do idoso com Alzheimer. Sendo assim, pretendeu-se por meio da Escala *Burden Interview* de Zarit, identificar o nível de sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer do município de Barra de Santa Rosa-PB.

Gráfico 1- Nível de sobrecarga dos cuidadores de idosos com Alzheimer. Barra de Santa Rosa-PB, 2015.



Fonte: dados da pesquisa, 2015.

Após a aplicação da Escala foi possível verificar que dentre os cuidadores do município de Barra de Santa Rosa-PB, cinco (83,3%), apresentaram nível de sobrecarga moderada e um (16,7%), apresentou nível de sobrecarga de moderada a severa. O escore médio total dos cuidadores participantes dessa pesquisa foi de 32,7. Corroborando esse resultado, o estudo de Sakman e Puggina (2014), realizado com 23 cuidadores familiares de idosos portadores de DA, que são usuários de duas Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo,

mostrou que o escore médio total do Inventário de Sobrecarga de Zarit desses cuidadores foi de 37,9 revelando uma sobrecarga também moderada na maioria dos participantes.

Nesse sentido, o isolamento social, as privações, as renúncias e as modificações no estilo de vida, que ocorrem na vida dos cuidadores em função dos seus familiares acometidos pela DA, além dos desgastes físico, mental e emocional, são alguns dos danos decorrentes da sobrecarga de cuidados, na vida social e na saúde dos mesmos. Assim sendo, a sobrecarga pode ser tão significativa, que os cuidadores podem apresentarem-se impacientes e agressivos com os idosos, fazendo-os falar e/ou agir de maneira intempestiva, e depois acabam se arrependendo e com sérios prejuízos emocionais.

Destarte, a sobrecarga traz implicações não apenas para os cuidadores, mas também para os idosos, que têm todos os seus cuidados prejudicados, podendo, dessa forma, potencializar o estado de confusão e perturbação mental desses sujeitos, devido ao modo como estão sendo tratados pelos cuidadores, além de estarem propensos a sofrer agressões físicas, diante de elevado grau de estresse e descontrole emocional de seus cuidadores.

Esse contexto pode ser corroborado pelo estudo de Areosa et al. (2014), o qual evidencia que no Brasil, devido a carência nos apoios informais e formais para o cuidador, este se encontra mais exposto a doenças, estados emocionais negativos e desorganização de sua vida. Tais condições cooperam para o sofrimento do idoso, devido ao elevado risco de receber cuidados impróprios e insuficientes e, em casos mais graves, até ao abandono e maus-tratos.

Para amenizar esses níveis de sobrecarga de cuidados e evitar possíveis prejuízos na vida dos cuidadores e dos idosos, faz-se necessário a criação de políticas públicas de apoio social, que privilegiem a criação de grupos de apoio para auxiliá-los a gerir melhor a sua vida pessoal, familiar e social. Além disso, favorecerá a compreensão do papel de cuidador e de suas habilidades e competências no cuidado do idoso com Alzheimer. É importante também, a realização de ações de educação em saúde pelas equipes de saúde, voltadas para esse público e seus familiares, deixando-os melhor inteirados sobre a doença e como devem proceder para conviver com ela.

5.4 Análise categorial dos discursos dos sujeitos

Após a leitura flutuante, codificação e análise categorial proposta por Bardin (2009), os temas emergentes foram organizados em três categorias, sendo elas: Categoria 1) Visão do cuidador acerca do significado de cuidar de um idoso com Alzheimer; Categoria 2) Fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados para cuidadores familiares de idosos com

Alzheimer; e Categoria 3) Estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer para minimizar sobrecarga de cuidados.

Categoria 1) Visão do cuidador acerca do significado de cuidar de um idoso com Alzheimer

A tarefa de cuidar é, sem dúvida, algo que requer dedicação do cuidador para com a pessoa cuidada. Quando se trata do cuidar de um idoso com Alzheimer, essa tarefa ganha uma dimensão ainda mais abrangente, por se tratar de uma tarefa diária, contínua e que aumenta ao passo que a doença progride.

Deste modo, nessa categoria pretendeu-se averiguar na visão do cuidador, como é cuidar de um idoso com Alzheimer. Através da análise das respostas obtidas nas entrevistas foi possível identificar duas ideias principais, nos discursos dos cuidadores.

Em quatro (66,7%) das entrevistas, os cuidadores trataram o ato de cuidar de um idoso com Alzheimer como uma tarefa difícil e que requer muita paciência por parte do cuidador, principalmente em virtude do declínio cognitivo e das habilidades psicomotoras que ocorrem no Alzheimer. Esses achados podem ser observados por meio dos relatos abaixo:

Muito difícil! Tem que ter paciência. No banho, em todos os movimentos que ela faz a gente tem que ter paciência. Tem que esperar, que não pode ser rápida [...] Eu pensei que minha mãe não ia ficar assim, mas, infelizmente [...] (Flor)

Nesse sentido, os cuidados com as atividades básicas de vida diária consomem muito o tempo e a paciência do cuidador, como pode ser visto no discurso de Flor, por serem atividades indispensáveis e contínuas, limitando o tempo do cuidador para seu autocuidado. Já Azálea, descreve os cuidados como sendo tão intensos que, se não se apegar a fé, o cuidado pode refletir ainda mais negativamente em sua vida, de maneira a incapacitá-la de cuidar do idoso, por deixá-la mais doente que ele, como é possível ver no discurso abaixo:

É complicado, é difícil, requer muita paciência! Muita paciência! Muita, não é pouca não! E fé em Deus. Se não tiver a gente cai. Cai primeiro do que eles! (Azálea)

A fala de Margarida enfatiza a preocupação com os horários para realizar as atividades básicas de vida do idoso, como a alimentação, a higiene, e o horário de medicá-lo. Atividades as quais se dispensa muito tempo e que pode comprometer os outros afazeres de sua própria vida, dos demais familiares e do seu lar, essa ideia é observada abaixo, em sua fala:

Difícil. É difícil a pessoa cuidar [...] Para começar eu tenho que saber assim, na hora do comer dele, do banho dele, da medicação dele. Tudo isso

tem que ser naquele horário certo [...] as roupas, manter limpinha. Tudo isso a gente precisa de fazer (Margarida)

Areosa et al. (2014) apontaram em seu estudo que existem diversas implicações possíveis no papel de cuidar, e estas podem ser caracterizadas tanto de forma negativa como positiva. Assim, o cuidado a idosos é permeado por um cenário de relações de dar e receber que extrapolam os limites da velhice.

Em contrapartida ao posicionamento negativo visualizado nos relatos acima, em duas (33,3%) das entrevistas, os cuidadores relataram que o ato de cuidar de um idoso com Alzheimer é algo gratificante, positivo e que é feito por amor, conforme evidenciam os discursos abaixo:

[...] É gratificante, porque é minha mãe. O que ela fez por mim, agora eu vou fazer por ela [...]. Me sinto feliz por estar cuidando dela e agradeço cada dia, ela está do meu lado (Rosa)

[...] Eu faço de bem mesmo! Cuido porque tenho aquela amizade e o amor. E quem toma conta, tem que dar conta [...] Tem gente que toma conta, mas, não dá conta! E eu já vou com esse tempo todinho, e tenho fé em Deus e no Espírito Santo, que dou conta [...]. (Cravo)

Por meio dos dois discursos supracitados, foi possível perceber que mesmo que a tarefa de cuidar seja difícil, os cuidadores não a classificaram dessa forma, por considerarem algo que eles têm obrigação de realizar. Seja por gratidão, pelo grau de parentesco, por amor, ou até mesmo, porque são as únicas pessoas que poderiam arcar com essa responsabilidade.

Assim, percebe-se que mesmo apresentando um elevado nível de sobrecarga, como evidenciado anteriormente, os cuidadores apresentam diferentes formas de visualizar seu papel de cuidador, a sobrecarga gerada pelos cuidados ao idoso, e a doença em seu familiar, o que demonstra que alguns dos cuidadores possuem maior capacidade de resiliência que outros.

Categoria 2) Fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados para cuidadores familiares de idosos com Alzheimer

Nessa categoria, pretendeu-se investigar quais os principais fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados para cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Assim, a partir da análise dos dados obtidos, foi identificado que quatro (66,7%) dos cuidadores relataram que os cuidados com as atividades básicas de vida diária e a demanda de tarefas que são de sua responsabilidade, são fatores desencadeadores de sobrecarga. Ademais, o fato de ter que prestar assistência, cuidado e estar atento ao idoso a todo instante, também contribui para

umentar os níveis de sobrecarga. Esses achados podem ser visualizados nos seguintes discursos:

É ter cuidado para não cair e não quebrar um osso [...] De noite, quando vai dormir, tem que botar na cama [...] Ao levantar pra fazer xixi [...] Essa semana mesmo, ela caiu ali na cadeira. Sentou na pontinha da cadeira, eu estava de costas, quando eu vi já estava no chão [...]. É uma sobrecarga terrível! (Flor)

[...] a gente tem que estar vinte e quatro horas olhando. Porque é uma criança. Uma pessoa com Alzheimer é uma criança (Rosa)

[...] às vezes a pessoa se sente cansada. No final do dia aqui, porque às vezes [...] eu não tenho tempo. Até no horário do almoço eu não tenho tempo às vezes. Depois do almoço é que eu vou dá um banho nele, vou cuidar em alguma coisa [...] fazer as outras coisas, as outras obrigações [...] (Margarida)

A partir desses discursos, é possível considerar que esses fatores (cuidados com as AVD's dos idosos, responsabilidade com grande demanda de tarefas e prestar assistência e estar atento ao idoso a todo instante), geram sobrecarga de cuidados, desencadeando o cansaço físico e mental, devido ao fato de o cuidador ter que acompanhar o idoso na realização de todas as suas atividades básicas de vida diária e a própria preocupação com ele, o que leva a falta de tempo para si próprio e para realizar outras atividades. Assim, a falta de tempo também pode ser considerada mais um fator desencadeador dessa sobrecarga, pois, prejudica o autocuidado do próprio cuidador, repercutindo em isolamento social, problemas psicológicos etc.

Corroborando esse resultado, no estudo de Areosa et al. (2014), a maioria dos entrevistados também trouxe em seus relatos, queixas referentes aos esforços físicos para realizar o cuidado, como por exemplo: dar banho, levar ao banheiro, tirar da cama, levar para outro lugar da casa, atividades que geram dores musculares, dores nas costas, entre outros.

Além desses, Flor e Azálea atribuíram também aos fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados, as alterações fisiopatológicas do Alzheimer, que levam o idoso a apresentar a teimosia, a confusão mental e a perda da memória recente, que ficou mais bem evidenciado na seguinte fala:

[...] a teimosia, que por não entender que[...] por exemplo: quando pede para ir para casa, não existe outra casa. A casa que ele procura é a casa da infância. Essa casa não existe mais! Aí se irrita porque, diz que a gente não quer levá-lo a casa [...] E essa teimosia vem pelo não, não saber mais, que essa casa existe; porque o que ele bota na cabeça é que existe [...] (Azálea)

Esse resultado também foi encontrado no estudo de Areosa et al. (2014), onde em seus relatos, os cuidadores também queixaram-se do comportamento do idoso, citando como

exemplo a teimosia, e ainda acrescentaram outros como: o mau humor, o reclamar de tudo, os altos gastos na compra de fraldas e dietas, as preocupações em deixar o idoso sozinho em casa, já que não tem ninguém para ajudar a cuidar durante o dia, lavar muita roupa, já que a idosa não aceita usar fraldas, e a falta de comprometimento de alguns familiares no auxílio ao cuidado com o idoso.

Essas alterações fisiopatológicas também são responsáveis por causar o cansaço mental e sobrecarga no cuidador, por ele ter que ficar explicando as mesmas coisas frequentemente ao idoso, na tentativa de amenizar a teimosia e a confusão mental, devido à perda da memória recente e as recordações da memória passada, características marcantes da DA.

Embora nesse estudo todos os cuidadores tenham evidenciado níveis de sobrecarga de moderada a alta, conforme aplicação da escala de Zarit, dois (33,3%) dos cuidadores, disseram não se sentir sobrecarregados pelo fato de não terem que conciliar o cuidado com trabalho fora de casa. O relato que melhor evidencia esses achados é o seguinte:

[...] só se eu vivesse trabalhando, para chegar em casa e ir cuidar. Como eu não vivo... eu só vivo assim, para ela. Chego, vou pelear com ela, se fosse assim... mas, eu estou dentro de casa! [...] (Cravo)

Sendo assim, para esses cuidadores, o fato de realizarem apenas as atividades domésticas e cuidarem dos idosos, não são fatores suficientes para lhes causarem sobrecarga de cuidados, embora, por meio da escala de Zarit, tenha sido evidenciado alto nível de sobrecarga.

Categoria 3) Estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas pelos cuidadores de idosos com Alzheimer para minimizar sobrecarga de cuidados

Analisando-se as respostas dos cuidadores, foi possível observar diversas formas ou estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas pelos cuidadores, que podem ser visualizadas por meio dos discursos a seguir:

Porque não dá para sair, para deixar ela sozinha. Quando eu saio, eu tenho uma irmã, que ela me auxilia. Mas sempre tem que estar ali, você não tem como sair para lazer, pra isso. [...] você sai já fica pensando: Mãe! Como é que ela vai ficar? [...] (Flor)

Às vezes eu saio, durmo lá na minha cunhada uma noite, aí ali já vai me “desstressando”, mas é muito estresse, é muito nervoso [...] (Flor)

Se eu estou estressada, eu procuro não passar para ela meu estresse, e procuro uma pessoa mais calma, deixo com ela e saio. Quando eu me acalmo, eu volto! (Rosa)

Nos discursos supracitados, as duas entrevistadas utilizam a estratégia de, em alguns momentos, quando estão mais estressadas, sair de casa e deixar o idoso com outra pessoa, até sentirem-se mais calmas, para assim retornar.

Já a entrevistada Azálea, utiliza como estratégia para enfrentar e se adaptar a doença, conviver com o idoso acatando a maneira que ele vê o mundo, a partir de sua doença, sem contrariá-lo, como é possível observar em seu discurso:

Levar na esportiva. Entrar no mundo dele, na conversa dele. Confirmar. Se ele pergunta ter que responder dentro do que ele perguntou. É assim [...]. Brincar, brincar com o problema [...]. O segredo é esse! [...] E entrar no mundo dele, viajar no mundo dele [...] (Azálea)

Essa alternativa de levar a doença na esportiva e não contrariar o idoso nos momentos em que ele esquecer os fatos recentes e vivenciar os fatos ocorridos no passado, concordando com o que ele diz e pensa utilizada por Azálea, contribui para que o idoso não se sinta contrariado e conseqüentemente, perturbe-se mais, mantendo-se tranquilo por ter alguém que concorda com ele. Logo, não ficará chateado, agressivo, confuso ou depressivo com seu cuidador, o que certamente, irá contribuir para que se mantenha também mais calmo.

Alfazema citou duas estratégias utilizadas por ela como forma de enfrentamento e adaptação para cuidar do idoso, sendo elas: pedir calma e paciência para o idoso e para si própria, buscando em um ser superior e na fé, um apoio espiritual. Além disso, referiu assistir televisão, sempre com uma programação religiosa. Margarida, também citou recorrer a um meio de comunicação, o rádio, e, além disso, a um animal de estimação. Esses achados encontram-se evidentes nas falas citadas abaixo:

[...] Quando ele tá assim estressado, eu peço paciência, tenha calma... É o que eu digo, tenha calma! A gente pede calma e pede a ele também. Calma e se pegue com Jesus! (Alfazema)

[...] Fico só assistindo televisão, assisto minha missa. Fico aqui assistindo sentada, chamo ele também, digo: Chegue! Venha assistir à missa! [...] (Alfazema)

Só o rádio [...] O rádio e o gato que eu tenho aqui [...] (Margarida)

Cravo, cita como sua forma de enfrentamento, o simples ato de realizar atividades de autocuidado como a higiene pessoal, que o deixa mais relaxado, propiciando um momento que ele utiliza para autorreflexões, que o deixa mais tranquilo, como pode ser observado em seu discurso citado abaixo:

É tomar um banho (risos). Tomar um banho e pensar na mente. Para ir embora toda a besteira. Isso tudo é besteira que a pessoa pensa. [...] quem pode com o corpo da gente e manobra o corpo da gente é a mente! [...] (Cravo)

Conforme Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011), a tarefa de cuidar de um familiar com dependência, ocasiona várias mudanças nos âmbitos físico, psicológico e social do cuidador, afetando importantemente a rede e apoio social, devido à falta de oportunidades de atividades de lazer, impossibilidade de trabalho extradomiciliar e mudanças nas rotinas familiares.

Nesse sentido, devido essas mudanças na vida dos cuidadores, e conseqüentemente, ao nível de sobrecarga que os afeta, estes necessitam de pausas e períodos de descanso, nos quais possam estar afastados do doente, tanto física quanto mentalmente, para restabelecerem suas energias e reduzirem o estresse. Assim, evidencia-se a importância do apoio das redes sociais pessoais, pois, apenas pessoas que não estejam envolvidas com os cuidados diários, compreenderão com clareza o que está ocorrendo na vida do cuidador familiar junto ao idoso dependente, podendo sugerir mudanças, contribuindo para a melhora na qualidade de vida e no relacionamento dos mesmos (MARQUES et al., 2011).

Ademais, acredita-se que a rotina dos cuidadores de idosos com DA, deve ser compreendida por momentos de autocuidado e lazer, visando reduzir a sobrecarga de cuidados ao outro, experienciada por esses indivíduos. Sendo assim, é importante pensar nessas questões ao elaborarem-se propostas que visem amenizar essa sobrecarga. Atividades de lazer, suporte emocional, terapias grupais, redes sociais pessoais, são algumas das estratégias que podem ser realizadas com esses indivíduos, tendo objetivo de ajudá-los psicossocialmente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS



A partir do presente estudo, verificou-se através da aplicação da Escala *Burden Interview* de Zarit, que os cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, do município de Barra de Santa Rosa-PB, encontram-se com altos níveis de sobrecarga de cuidados. Em sua maioria, cinco (83,3%), apresentam um nível de sobrecarga moderada, e um (16,7%) encontra-se com sobrecarga moderada a severa. Embora, dois (33,3%) desses cuidadores, não se sintam sobrecarregados, pelo fato de não terem que conciliar o cuidado ao doente com trabalho extradomiciliar.

No que concerne à visão do cuidador acerca do significado de cuidar do idoso com Alzheimer, quatro (66,7%) dos entrevistados consideraram essa tarefa negativa, enquanto, dois (33,3%) a descreveram positivamente, relacionando o cuidado do idoso a uma obrigação atrelada aos laços familiares.

Em relação aos principais fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados, na opinião dos cuidadores entrevistados, destacaram-se: cuidados com as atividades básicas de vida diária do idoso; grande demanda de tarefas que são de responsabilidade do cuidador; necessidade de prestar assistência e estar atento ao idoso a todo instante; e as alterações fisiopatológicas do Alzheimer, que levam o idoso a apresentar a teimosia, a confusão mental e a perda da memória recente.

Foi evidenciado também que as estratégias de enfrentamento e adaptação citadas pelos cuidadores para minimizar sobrecarga de cuidados, foram: sair de casa e deixar o idoso com outra pessoa, até se acalmar para então retornar; conviver com o idoso acatando a sua maneira de vê o mundo a partir de sua doença, sem contrariá-lo; pedir calma e paciência para o idoso e para si mesmo, buscando em um ser superior e na fé, um apoio espiritual; recorrer aos meios de comunicação como, televisão, com uma programação religiosa, e ouvir rádio; se distrair com um animal de estimação; e realizar atividades de autocuidado, como momentos para autorreflexão.

Ademais, pôde-se perceber que a maneira como os cuidadores visualizam o cuidar de um idoso com Alzheimer, bem como os fatores que os levam a apresentar sobrecarga de cuidados e as estratégias que os mesmos utilizam para enfrentar a sobrecarga de cuidados, são divergentes e possuem um significado individual para cada cuidador.

Diante dos achados desse estudo, pode-se considerar que os cuidadores familiares de idosos com Alzheimer que participaram do estudo, encontram-se com um nível de sobrecarga considerável. Esse achado é preocupante, pois o município em que vivem, possui fragilidades no que concernem as políticas públicas e a programas que visem suporte biopsicossocial a esses sujeitos. Sendo assim, sugere-se que as autoridades públicas, sobretudo as de cunho

social e de saúde não apenas desse município, como também dos demais, voltem um olhar mais especial aos cuidadores de idosos com Alzheimer, prestando uma assistência de qualidade, contribuindo para a redução da sobrecarga de cuidados, melhorando conseqüentemente sua qualidade de vida enquanto cuidador e os cuidados dos idosos acometidos por essa morbidade.

As limitações desse estudo foram o número restrito da amostra, embora inicialmente tenha-se pretendido entrevistar cuidadores de idosos com DA em um universo de todos os cuidadores do município de Barra de Santa Rosa. Fato que ocorreu pela dificuldade em encontrar os endereços dos idosos, para assim, encontrar os cuidadores, devido aos desencontros nos dados recebidos pela pesquisadora e os que foram encontrados em campo pela mesma. Além disso, dos cuidadores encontrados, dois recusaram-se a realizar a entrevista. Outra limitação foi a baixa escolaridade dos sujeitos entrevistados, que apresentaram dificuldades de compreensão frente aos questionamentos efetuados.

Em suma, essa pesquisa contribuiu para um aprimoramento da discussão e reflexão acerca da atual situação em que se encontram os idosos portadores de Alzheimer e principalmente, seus cuidadores familiares, em relação à sobrecarga de cuidados. Além disso, foi possível confirmar a grande necessidade que os cuidadores apresentam, de ações de educação em saúde, que podem ser oferecidas pelas equipes de saúde do município, bem como do preparo formal para melhorar a assistência oferecida ao idoso e lidar melhor com as condições proporcionadas pela doença, cuidando melhor do idoso e principalmente, diminuindo as repercussões sobre sua própria vida.

Dessa forma, sugere-se que sejam realizados novos estudos em outros municípios de maior porte, para que assim, esses resultados possam ser confirmados com amostras maiores. Ademais, a implementação de um grupo de suporte social, voltado para os cuidadores e demais familiares de idosos com DA seria outro componente significativo para a redução da sobrecarga trazida pela doença. Assim sendo, sugere-se colocar em prática a criação do grupo, em parceria com as autoridades públicas, visando à melhoria da qualidade de vida dos cuidadores, durante um tempo significativo, que permita uma avaliação fidedigna, para então realizar estudos de casos, objetivando confirmar que essas alternativas sugeridas realmente contribuem para a diminuição da sobrecarga de cuidados dos cuidadores, e conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS



ALMEIDA, E. A.; et al. Apresentação clínica da doença de Chagas crônica em indivíduos idosos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 3, p. 311-315, mai-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n3/12.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2015.

AMENDOLA, F.; OLVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 884-9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a13.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

APRAHAMIAN, I.; MARTINELLI, J. E.; YASSUDA, M. S. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 27-35, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a27-35.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

AREOSA, S. V. C.; et al. Cuidar de si e do outro: Estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n2/v15n2a12.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

BARBOSA, R. L.; et al. O cuidador domiciliar de paciente idoso com mal de Alzheimer. **Rev Rene**. v. 13, n. 5, p. 1191-6, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1169/pdf>>. Acesso em: 21 out. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5.ed. Lisboa: Geográfica Editora, 2009.

BORGHI, A. C.; et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 751-8, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a16.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

BOTTINO, C. M. C.; et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com Doença de Alzheimer. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60, n. 1, p. 70-79, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8234>> Acesso em: 04 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 04 nov. 2015.

BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

_____. Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 1994. versão eletrônica. Disponível em: file:///C:/Users/sti/Favorites/Downloads/estatuto_idoso_5ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2014.

_____. Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 2010. versão eletrônica. Disponível em: file:///C:/Users/sti/Favorites/Downloads/estatuto_idoso_5ed.pdf. Acesso em: 13 nov. 2014.

_____. Portaria nº 491 de 23 de setembro de 2010. Dispõe sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/ProtocoloClinicoAlzheimer.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2014.

_____. Portaria nº 15 de 31 de março de 2010. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 1994. versão eletrônica. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/cop0015_31_03_2010.html. Acesso em: 24 nov. 2014.

BURLÁ, C.; et al. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. **Rev. bioét**, v. 22, n. 1, p. 85-93, 2014. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/885/977. Acesso em: 24 nov. 2014.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-786, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a18>. Acesso em: 24 nov. 2014.

FERREIRA, F.; et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliares, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, v.3, n. 2, p. 13-19. Acesso em: 24 nov. 2014. Disponível em: [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010\(2\).pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010(2).pdf). Acesso em: 01 ago. 2015.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 818-24, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a12v43n4.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2015.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O. Cuidador Familiar de Idosos: A Busca pelo Apoio Social Formal e Informal. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 1, p. 018-025, jan./mar. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/sti/Favorites/Downloads/18854-87019-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2015.

FREITAS, Elizabete Viana de. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

GRATÃO, A. C. M.; et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 137-44, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

HOLANDA, I. T. A.; PONTE, K. M. A.; PINHEIRO, M. C. D. Idosos com Alzheimer: Um Estudo Descritivo. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 582-89, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/sti/Favorites/Downloads/725-2868-1-PB.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer Associado à Resiliência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 150-7, jan.-mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

GARCES, S. B. B.; et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 nov. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre Iniciação a Pesquisa Científica**. 4. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007.

ILHA S.; et al. Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos com Alzheimer: contribuição de um projeto de extensão. **Cogitare Enferm**. v. 17, n. 2, p. 270-6, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/27876/18481>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico, 2010. Rio de Janeiro Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, mai, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/11.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 443-460, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a04.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

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**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-94, out-dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

MARQUES, A. K. M. C.; et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 945-955, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a26v16s1.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

MATOS, P. C. B.; DECESARO, M. N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 4, p. 857-65,

oct/dec 2012. Disponível em:

<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14775/13350>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MORAES, E. N. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília, DF, 2012.

NASCIMENTO, J. F. C. G.; et al. Aspectos necrológicos do envelhecimento. **Diagn Tratamento**. v. 17, n. 1, p. 5-8, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n1/a2866.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/sti/Favorites/Downloads/48754-59512-1-PB.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

PINTO, M. F.; et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 5, p. 652-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

PORTO, Celmo Celeno. Semiologia Médica. 6. ed. **In: Semiologia do Idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

_____. Projeto de Lei nº 4. 702 de 09 de novembro de 2012. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em:

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1053572&filena me=Avulso+-PL+4702/2012>. Acesso em: 13 nov. 2014.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 801-8, nov-dez 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

SCAZUFCA, MARCIA. Versão brasileira da escala *Burden Interview* para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, n. 1, p.12-7, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n1/11308.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

SAKMAN, R.; PUGGINA, A. C. Sobrecarga do Cuidador Familiar de Idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Saúde**, v.8, n.1/2, p. 16-21, 2014.

SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, M. C. T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/sti/Favorites/Downloads/133-527-1-PB.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 - 398, ago./dez. 2011. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/viewFile/9901/7341>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 233-40, mar./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200233>. Acesso em: 13 nov. 2014.

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, n. 12, p. 9-16, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2015.

SILVA, C. F.; PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 707-731, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/11.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

SMELTZER, S. C.; et al. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11. ed. **In: Cuidado de Saúde do Idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009 a.

SMELTZER, S. C.; et al. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11. ed. **In: Cuidados aos Pacientes com Transtornos Oncológicos ou Neurológicos Degenerativos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009 b.

TANG, B.; et al. Clinical Characterization and the Caregiver Burden of Dementia in China. **Value in health regional issues**, n. 2, p. 118 – 126, 2013.

TERENCE, A. C. F.; FILHO, E. E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa – ação nos estudos organizacionais. out. 2006. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 2010.

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 5, p. 689-94, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/15v24n5.pdf>>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2015.

APÊNDICE A

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**ESTUDO: Avaliação da Sobrecarga de Cuidados do Cuidador Familiar de Idosos com Alzheimer**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascido (a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo **Avaliação da Sobrecarga de Cuidados do Cuidador Familiar de Idosos com Alzheimer**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O objetivo desse estudo é avaliar a sobrecarga de cuidados e as estratégias de enfrentamento e adaptação de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer.
- II) Os benefícios desse estudo relacionam-se a possível contribuição, para a implantação de políticas públicas que visem intervir para melhorar a qualidade de vida tanto do idoso como principalmente, de seus cuidadores familiares. Além de ser útil também para se pensar nas diferentes formas de implementar programas de apoio biopsicossocial ao cuidador.
- III) O risco dessa pesquisa relaciona-se ao receio e constrangimento em responder aos questionamentos acerca da sobrecarga de cuidados causada ao cuidador de idosos com Alzheimer.
- IV) Os dados serão coletados por meio de uma entrevista, gravada, tendo em média 40 minutos, subsidiada por um instrumento semiestruturado e pela aplicação da escala de Zarit.
- V) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.
- VI) Os resultados obtidos serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) O termo de consentimento será assinado em duas vias, sendo que todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante.

VIII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n Casas Populares CEP: 58900-000 - Cajazeiras, PB - Brasil Telefone: (83) 3532-2000. E-mail: <http://www.cfp.ufcg.edu.br/>

Campina Grande - PB, _____ de _____ de 2015.

Responsável _____

Testemunha 1: _____

Nome / RG / Telefone

Testemunha 2: _____

Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Danielle Samara Tavares de O. Figueiredo COREN 287.205-PB

Telefone para contato e endereço profissional: 9906-9884 / Sítio Olho d'água da Bica, s/n, Centro - CEP: 58175-000 Cuité-PB. Universidade Federal de Campina Grande. Telefone: 3372-1900.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

*Avaliação da Sobrecarga de Cuidados do Cuidador Familiar de Idosos com Alzheimer***1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR**

Iniciais: _____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Escolaridade: () Analfabeto () alfabetizado () Ensino fundamental () Ensino Médio () Ensino superior () Pós- Graduação

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () divorciado

Religião: _____ **Profissão/ocupação:** _____

Tempo que cuida do idoso: () Menos de um ano () Entre 1 a 3 anos () 3 a 6 anos () Mais de 6 anos _____

Remuneração: () Menos de 1 salário mínimo () Entre 1 a 2 salários mínimos () Mais de 2 salários mínimos

Grau de parentesco com o idoso: () Filho () Nora () Genro () Neto outros: _____

Local de moradia: () Casa própria de alvenaria () Casa própria de taipa () apartamento próprio () casa alugada () apartamento alugado. Outros: _____

Composição do núcleo familiar: () 1 a 2 pessoas () 3 a 4 pessoas () Mais de 4 pessoas. Quantos idosos? _____

Realiza outras atividades além de cuidar do idoso: () Sim () Não

Quais? _____

Participa de algum grupo de suporte social? () sim () não Onde e qual?

Possui algum problema de saúde ou faz uso de medicação? () sim () não Qual?

Faz uso de álcool? () sim () não

É tabagista? () sim () não

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

Idade: _____ Sexo: F () M ()

Escolaridade: () Analfabeto () alfabetizado () Ensino fundamental () Ensino Médio () Ensino superior () Pós- Graduação

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () divorciado

Tempo de diagnóstico da doença de Alzheimer: _____

Comorbidades: () HAS () Diabetes () Parkinson () ICC () Cirrose () outras: _____

Locomoção: () acamado () deambula com auxílio do cuidador () deambula com muletas/andador () cadeirante () outros _____

Grau de dependência para a realização das atividades básicas de vida diária: () Banho no leito () Banho sozinho (aspersão) () Necessita de auxílio no banho () Alimenta-se por V.O com auxílio () Alimenta-se por V.O sem auxílio () Alimenta-se por SNE () Necessita de auxílio para vestir-se () Necessita de auxílio para higiene íntima () necessita de auxílio para higiene oral.

Outros:

Usa medicamentos para demência ou outros: () sim () Não Qual (is)?

3. AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOS DO CUIDADOR FAMILIAR

BURDEN INTERVIEW/ ESCALA DE ZARIT	
1.	O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
2.	O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
3.	O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
4.	O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
5.	O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
6.	O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
7.	O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
8.	O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
9.	O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
10.	O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
11.	O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
12.	O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>

13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S? 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 2 Algumas vezes <input type="checkbox"/> 3 Frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sempre <input type="checkbox"/>
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**? 0 Nem um pouco <input type="checkbox"/> 1 Um pouco <input type="checkbox"/> 2 Moderadamente <input type="checkbox"/> 3 Muito <input type="checkbox"/> 4 Extremamente <input type="checkbox"/>

*No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

Nunca = 0

Raramente = 1

Algumas vezes = 2

Frequentemente = 3

Sempre = 4

**Nem um pouco = 0

Um pouco = 1

Moderadamente = 2

Muito = 3

Extremamente = 4

Resultado: _____

Nível de sobrecarga	Pontuação
Pouca ou nenhuma sobrecarga	0-20 pontos
Sobrecarga moderada	21-40 pontos
Sobrecarga moderada/severa	41-60 Pontos

Sobrecarga severa	61-88 pontos
--------------------------	--------------

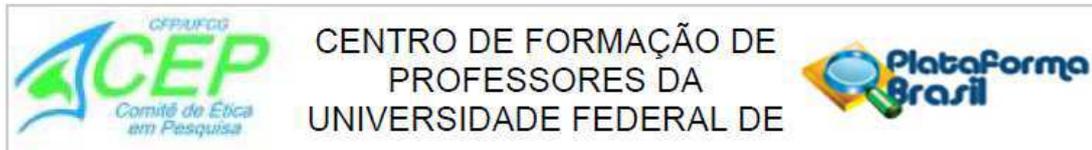
*Extraído de: TANG et al., 2013.

4. ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Como é para o senhor cuidar de um idoso com Alzheimer?
- 2) Em sua opinião, cuidar de um idoso com Alzheimer pode promover sobrecarga de cuidados? Se sim, quais são os principais fatores que o senhor atribui que podem promover sobrecarga de cuidados?
- 3) Quais as estratégias de enfrentamento e adaptação, que são utilizadas pelo senhor, para minimizar a sobrecarga de cuidar do idoso com Alzheimer?

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOS DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS COM ALZHEIMER

Pesquisador: Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43745415.9.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.171.936

Data da Relatoria: 21/05/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem mista quantiqualitativa, cujo foco consiste na avaliação de sobrecarga do cuidador familiar do idoso portador de Alzheimer.

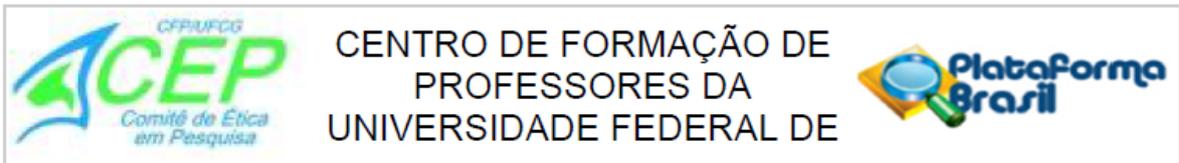
Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a sobrecarga de cuidados e as estratégias de enfrentamento e adaptação de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Para tanto, necessário se faz identificar o nível de sobrecarga do cuidador familiar de idosos com Alzheimer; Investigar quais os principais fatores desencadeadores de sobrecarga de cuidados em cuidadores familiares de idosos com Alzheimer; Verificar quais as estratégias de enfrentamento e adaptação utilizadas para o cuidar de idosos com Alzheimer na ótica do cuidador familiar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.171.936

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOS DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS COM ALZHEIMER é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADOS DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSOS COM ALZHEIMER, número 43745415.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 05 de Agosto de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO B

ESCALA DE ZARIT ADAPTADA A LÍNGUA PORTUGUESA

Brazilian version of the Burden Interview
Scazufca M.

Rev Bras Psiquiatr 2002;24(1):12-7

Table 1 - Burden Interview (Zarit & Zarit, 1987; tradução para o português: Marcia Scazufca)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S^a pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

*No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

*Extraído de: Scazufca, M., 2002.