



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**THAYNARA MARIA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE**

**PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE CUIDADORES**  
**INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

**CAJAZEIRAS - PB**

**2018**

THAYNARA MARIA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE CUIDADORES  
INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS - PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

A345p Albuquerque, Thaynara Maria Oliveira de.  
Práticas educativas para o empoderamento de cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer / Thaynara Maria Oliveira de Albuquerque. - Cajazeiras, 2018.

80f.: il.

Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes.

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Doença de Alzheimer. 2. Educação em saúde. 3. Cuidador de idoso. 4. Idoso. 5. Cuidadores. 6. Família. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 616.894

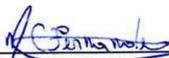
THAYNARA MARIA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE CUIDADORES  
INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

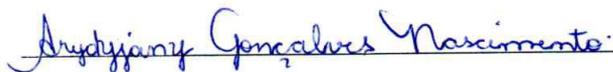
Trabalho de conclusão de Curso de  
Graduação em Enfermagem, do Centro de  
Formação de Professores, da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito  
para obtenção de título de Bacharel em  
Enfermagem.

Aprovada em: 12/12/18

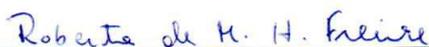
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF  
Orientador



Prof. Esp. Arydyjany Gonçalves Nascimento  
Universidade Federal de Campina Grande- UFCG/UAENF  
Examinadora



Prof. Dra. Roberta de Miranda Henrique Freire  
Universidade Federal de Campina Grande- UFCG/UAENF  
Examinadora

CAJAZEIRAS- PB

2018

Dedico este trabalho aos meus avós/pais Toinha e Louro e a minha mãe Paula, por me ensinarem os valores e o caminho da educação e ao meu noivo Diogo, que esteve ao meu lado e acreditando sempre no meu potencial.

## AGRADECIMENTOS

Diante do imensurável, do real e o abstrato, a quem primeiro agradeço é a meu Divino Pai Eterno que sempre proporcionou luz para meus momentos sóbrios, não deixando que eu tema os obstáculos e os enfrente, fazendo de mim casa de sentimentos bons e me dando discernimento para compreender que os teus planos estão acima de qualquer desejo terreno. Obrigada Deus!

Meu querido pai/avô seu Louro (in memorian), quantas saudades da tua presença em minha vida. Em meio a várias lembranças que me vem do senhor as mais fortes se concentram nos momentos que dedicaste o teu dom e amor em cuidar a aqueles que necessitavam. Você era um enfermeiro brilhante, um pai/avô exemplar, um marido excelente. Você é o meu eterno espelho, em tí vejo o meu ideal, minhas vitórias a ti são dedicadas. Te amo!

Agradeço a minha querida mãe a quem devo mais do que a vida já que se trata de uma mãe/avó Antônia, vulgo dona Toinha, que não me gerou em seu ventre, mas me criou da melhor forma possível, ensinando os caminhos corretos a seguir. Graças ao seu amor de mãe/avó pude compreender que o amor, respeito e generosidade vão muito além do que se pode mensurar. A senhora sonhou comigo o meu sonho e fez até o impossível para que eu concluísse a graduação. Quando eu crescer quer ser como à senhora. Te amo!

A ordem dos fatores não altera a soma, visto que falar da minha mãe Paula é compartilhar as palavras supracitadas a minha mãe/avó e destacar que apesar da distância, devo a ti o ato do viver e agradeço a Deus por te ter como mãe, mulher guerreira que nunca se deixou abalar pelas atribulações vividas. Cuida bem dos meus tesouros Thiago, Manuela e Matheus! Obrigada por sempre fazer o impossível para está presente nos momentos imprescindíveis de minha existência. Te amo!

Ao meu noivo Diogo, você foi fundamental nessa temporada de graduação. Você chegou quando a enfermagem era apenas um sonho e abraçou esse sonho como seu também e logo ele se tornou real. Você com seu amor, paciência, humildade, caráter, compreensão e respeito foi meu porto, onde pude sempre ancorar. Obrigada por tudo, te amo!

Ao meu querido e estimado orientador Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes por compartilhar comigo seus conhecimento, me deixando livre para expressar meus anseios e aceitando está comigo nesse momento ímpar, sempre me dando forças para persistir, me acolhendo e me conduzindo para os melhores caminhos na vida acadêmica e pessoal. Seu amor por ensina e por visualizar um futuro melhor em todas as dimensões da saúde me

cativou desde o primeiro instante, o senhor é um profissional espetacular, um ser humano inspirador e um grande amigo que levarei para sempre. Obrigada por abrir as portas desse mundo maravilhoso que é o conhecimento e por me mostrar que é válido aprender, mas que transmitir conhecimento abre caminhos antes nunca percorridos.

Aos membros da minha banca Prof. Dra. Roberta de Miranda Henrique Freire e Prof. Esp. Arydyjany Gonçalves Nascimento, por todos os ensinamentos durante o Estágio Supervisionado II e pelas observações e críticas construtivas, que contribuíram para o aperfeiçoamento do meu trabalho, vocês são profissionais excelentes.

Agradeço aos protagonistas de todo esse trabalho que são os cuidadores dos idosos com Alzheimer, que me acolheram, se fizeram presente em todos os momentos, depositaram sua confiança e interagiram tornando o convívio agradável. Vocês foram às peças-chaves para minha aprendizagem profissional e pessoal. Obrigada por tudo!!!

Entre tantas pessoas que passam por nossas vidas pude comprovar que apenas algumas realmente merecem ficar e compartilhar todos os nossos momentos: Giselly, por ser essa amiga na qual pude contar em todos os momentos, você é um exemplo de ser humano; a Jovelina, sua calma transmite paz, você é uma ser humano e profissional incrível; e ao Clube das Winx de Sousa, Manuela, Luênyia, Júlia, Audileide, Rayla e em especial a Ângela por todos os puxões de orelha nas horas mais adequadas, aprendi muito contigo.

Aos meus professores da graduação, que deixaram tanto de si na sala de aula para que hoje eu possa estar concretizando esse sonho, cada um contribuiu de forma diferente e prometo que honrarei cada ensinamento partilhado.

Agradeço a todos os demais familiares que estiveram presentes, me aconselhando, ajudando e estimulando a seguir o meu sonho. Não se esquecendo dos meus filhos pet, Athos e Mileyde que com seus lambeijos tornam meus dias mais alegres. Amo todos vocês.

A minha amiga de longas datas Alessa, por estar comigo desde o fundamental até a graduação, me auxiliando e me dando forças nos momentos que mais precisei. Thank you, girl from Korea! Agradeço também a minha amiga Adriana, que me acompanha há muitos anos esteve comigo em momentos imprescindíveis. Obrigada amiga!

Aos funcionários da UFCG que sempre que podiam auxiliavam para tornar essa caminhada mais leve.

Agradeço as “caronas” da vida, pois muitas pessoas boas passaram por mim, nessa jornada.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse momento torna-se real.

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”*

Paulo Freire

## RESUMO

Objetivou-se, com esse estudo, possibilitar o empoderamento de cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer por meio de práticas educativas. Trata-se de estudo descritivo, de cunho qualitativo, conduzido pela metodologia da pesquisa-ação, desenvolvido com cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer em São José de Piranhas-PB. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 2.904.843, deu-se início a pesquisa. Para a coleta de dados do diagnóstico situacional foi realizada uma entrevista semiestruturada, em seguida, foram realizadas duas atividades de educação em saúde que tem por essência as temáticas encontradas na etapa anterior, finalmente, foi realizada a segunda entrevista para poder avaliar as ações executadas. Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, dando origem a duas temáticas e quatro categorias da primeira entrevista e uma temática com duas categorias, da segunda. As etapas da pesquisa seguiram a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Identificou-se que os cuidadores ainda possuem dificuldades na compreensão da doença e como lidar com as situações cotidianas que acarretam em sobrecarga de trabalho, bem como a necessidade de buscar formas de enfrentamento para não desanimar diante das situações. Com base no diagnóstico situacional e temáticas levantadas, as ações de educação em saúde foram planejadas e implementadas a fim de proporcionar a mudança na realidade de vida dos cuidadores. A próxima etapa, foi de suma importância para comprovar a importância que as ações de educação em saúde têm para transformar o cenário de vida dos cuidadores, sendo relatada a mudança dos conceitos e formas de pensar e agir diante da doença. Destarte, compreende-se que as atividades de educação em saúde proporciona o empoderamento de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer, devendo o conhecimento ser compartilhado através da educação contínua em saúde.

**Palavras- Chave:** Cuidadores. Família. Doença de Alzheimer. Idoso. Educação em Saúde.

## ABSTRACT

The objective of this study was to enable the empowerment of informal caregivers of elderly people with Alzheimer's disease through educational practices. This is a descriptive, qualitative study, conducted by the action-research methodology, developed with caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease in São José de Piranhas-PB. After approval of the project by the Research Ethics Committee under the no. 2.904.843, the research was started. For the data collect a semi-structured interview was carried out from the situational diagnosis, then two health education activities were carried out, which essentially have the themes found in the previous stage, finally, was realized a second interview to evaluate the actions performed. For the analysis of the obtained data was used the methodological process of the Discourse of the Collective Subject, giving rise to two themes and four categories of the first interview and a theme with two categories, the second. The research steps followed Resolution 510/2016 of the National Health Council. It was identified that caregivers still have difficulties in understanding the disease and how to deal with everyday situations that result in work overload, as well as the need to seek ways of coping so as not to become discouraged in the face of situations. Based on situational and thematic diagnoses raised, health education actions were planned and implemented to provide a change in the reality of caregivers' lives. The next step was extremely important to prove the importance of health education actions to transform the life scenario of caregivers, being reported the change of the concepts and ways of thinking and acting before the disease. Thus, it is understood that health education activities provide the empowerment of caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease, and knowledge must be shared through continuing health education.

**Keywords:** Caregivers. Family. Alzheimer's Disease. Eldery. Health Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de São José de Piranhas-PB.....	2525
Figura 2- Dinâmica: Guiar e ser guiado.....	48
Figura3- Metodologia Ativa: árvore do Conhecimento .....	488
Figura 4- Roda de conversa.....	488
Figuras 5 e 6- Ateliê com fotos e acessórios.....	49
Figura 7- Participantes da ação .....	49
Figura 8- Metodologia da Situação-Problema.....	52
Figura 9 e 10- Quebra-cabeça.....	52
Figura 11 e 12- Momento de reflexão: praticando a espiritualidade.....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01- Categoria e número de cuidadores participantes da temática 01- Percepção do cuidador acerca da doença Alzheimer. São José de Piranhas, PB, 2018..... 333

Quadro 02- Categoria e número de cuidadores participantes da temática 02- Dificuldades experienciadas pelo cuidador do idoso com Alzheimer. São José de Piranhas, PB, 2018..... 41

Quadro 03- Categoria e número de cuidadores participantes das temáticas 03- Formas de aprendizagem. São José de Piranhas, PB, 2018. .... 544

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AVD</b>	Atividades de Vida Diária
<b>CBO</b>	Classificação Brasileira de Ocupações
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CFP</b>	Centro de Formação de Professores
<b>CID-10</b>	Código Internacional de Doenças
<b>DSC</b>	Discurso do Sujeito Coletivo
<b>DA</b>	Doença de Alzheimer
<b>HCH</b>	Expressões-chaves
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC</b>	Ideias Centrais
<b>LATICS</b>	Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação e Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>TCLE</b>	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
<b>UAENF</b>	Unidade Acadêmica de Enfermagem
<b>UFCG</b>	Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
3.1	DOENÇA DE ALZHEIMER: Sinais, Sintomas e Diagnóstico .....	18
3.2	CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DA .....	19
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>22</b>
4.1	TIPO E NATUREZA DA PESQUISA.....	22
4.2	METODOLOGIA DA PESQUISA-AÇÃO .....	22
4.3	LOCAL DA PESQUISA .....	24
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	26
4.5	ETAPAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO	26
4.5.1	Diagnóstico situacional .....	27
4.5.2	Projetando as ações .....	28
4.5.3	Implementação das ações planejadas .....	28
4.5.4	Avaliação das ações pelos participantes da pesquisa.....	29
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	30
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO OS ATORES SOCIAIS DA PESQUISA.....	32
5.2	DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	33
5.2.1	Apresentação dos discursos coletivos do diagnóstico situacional ....	33
5.2.2	Definição e planejamento das ações coletivas .....	44
5.2.3	Implementação das ações planejadas .....	45
5.2.4	Apresentação dos discursos coletivos da análise das ações .....	54
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>62</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>69</b>
	APÊNDICE A .....	70
	APÊNDICE B.....	71
	APÊNDICE C.....	72
	APÊNDICE D .....	74
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
	ANEXO A .....	76
	ANEXO B .....	80

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população mundial torna inevitável à prevalência de doenças neurodegenerativas. Dentre elas é possível destacar a Doença de Alzheimer (DA), que acarreta diversas transformações na vida do idoso, bem como da família que irá ter que se adaptar a nova condição de vida.

A DA é caracterizada como doença progressiva e irreversível, responsável inicialmente por danos às habilidades mentais de memórias recentes, prosseguindo para danos físicos, declínio da qualidade de vida e sofrimento emocional do idoso e seus cuidadores (CUNHA, 2017).

O Censo Demográfico de 2017 emitido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimou que a população brasileira fosse cerca de 207.660.929 habitantes, sendo que 20.590.598 milhões dos brasileiros são idosos, levando em consideração a idade igual ou superior a 60 anos para os países subdesenvolvidos. Relacionando-o com o ano de 1991 nessa mesma faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas, ou seja, atualmente o percentual está quase o dobro (IBGE, 2017; LAMPERT; SCORTEGAGNA; GRZYBOVSKI, 2016).

De acordo com os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde, Brasil (2010), calcula-se que aproximadamente 1,1 milhões de brasileiros possuem a DA, porém ainda não foram encontrados dados seguros para estimar quantos pacientes conta com cuidadores de atendimentos especializados e quantos ainda dispõe apenas dos cuidadores familiares, mas considera-se que grande parte vive no âmbito familiar no progredir da doença (PEREIRA, 2014).

Segundo Seima, Lenardt e Caldas (2014), o cuidador familiar cria um vínculo com o idoso com DA, mesmo que ele não tenha assumido a responsabilidade do cuidar por livre arbítrio, chegando a transformar os seus hábitos de vida para poder se adaptar a nova rotina implicando em uma relação de convivência que pode haver a participação do cuidador ativamente ou passivamente.

Nesse contexto, entende-se que os cuidadores possuem função imprescindível na amenização das limitações diárias vivenciadas por idosos com DA. Esses cuidadores se inserem ou já estão inseridos na família e passam a se adaptar a prática do cuidado, por vezes sem a orientação adequada, o que pode gerar uma assistência desqualificada, colocando a saúde do idoso em risco.

Tal situação pode gerar desconforto e sofrimento no próprio cuidador que associado a sobrecarga do trabalho individual, salário baixo e alta carga horaria, geram estresse, exaustão física e depressão. Essa realidade necessita de acompanhamento por parte dos profissionais da saúde, em especial da Atenção Básica (AB), que intervenham, proporcionando suporte necessário a cada singularidade, buscando amenizar os desgastes físicos, sociais e emocionais que acometem os cuidadores (ALBUQUERQUE et al., 2017).

Para minimizar os impactos causados surge o termo empoderamento que reflete o lado individual e coletivo se referindo à habilidades das pessoas em adquirir conhecimento a fim de conseguir controlar seus anseios, para assim poder agir de forma que melhore a situação de vida. Dessa forma, o indivíduo será capaz de aumentar seus conhecimentos para que possam refletir e agir diante de situações que determinam sua vida (BAQUERO, 2012).

Atualmente as universidades, principalmente os cursos no âmbito da saúde, estão dando ênfase aos tratamentos não farmacológicos, inserindo em seu currículo disciplinas que estimulem o educando a buscar práticas educativas que contribuam para seu desenvolvimento e para benefício da população. O uso dessas práticas principalmente no tratamento da DA propicia trabalhar com a realidade do sujeito e de seus cuidadores com finalidade de emponderá-los para enfrentar as situações cotidianas e complexas da doença.

Diante disso Pereira (2014) ressalta que a relevância epidemiológica leva para o caminho de que este segmento populacional necessita de cuidados especiais, de acordo com a característica de cada fase do Alzheimer e que com o passar dos anos tende a aumentar o percentual de casos. É necessário, portanto, que se programe um modelo educativo dinâmico para capacitar os cuidadores informais visando o empoderamento dos mesmos e, por consequências, melhoras na qualidade de vida de idosos com DA, visto que os cuidadores informais passarão a ofertar ações com mais eficiência e eficácia.

Nesta perspectiva a DA é um problema de saúde pública, em virtude de causar um grande impacto social e econômico, para os pacientes, as famílias e o sistema de saúde, devido seu curso crônico gerando inquietações e mobilização dos profissionais de saúde para uma abordagem característica, em especial por meio de ato educativos, a fim de promover a autonomização dos cuidadores informais, com vistas a sensibilizá-los, não somente sobre as características da doença, mas também como proceder no cuidado cotidiano aos idosos com DA.

Logo, aponta-se a seguinte questão norteadora para o desenvolvimento desse estudo: as práticas educativas são uma possibilidade para o empoderamento de cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer?

O motivo pela escolha desse tema é devido terem ocorrido três casos de Alzheimer na família, bem como por ter vivido a experiência desde a infância com meu avô/pai que era acometido pela DA que permaneceu com a doença por 10 anos e que ao decorrer da doença as minhas inquietações, do meu pai e da família eram inúmeras devido a escassez de meios informativos desde aspectos tecnológicos e geográficos, com difícil acesso ao sistema saúde, ademais a falta de material didático que pudesse sanar as dúvidas cotidianas com o cuidado.

A dificuldade que enfrentávamos principalmente no estágio inicial da doença era enorme e foi progredindo juntamente com o avançar da doença. Não era fácil encontrarmos pessoas capacitadas que pudesse compartilhar informações seguras e os próprios meios de internet ainda eram de difícil acesso em nossa cidade.

A escolha por utilizar práticas educativas como ferramenta para propiciar conhecimento, logo empoderar os cuidadores, se deu devido à prática das disciplinas de Saúde Coletiva I, Clínica I e Saúde do Adulto e do Idoso, que sempre buscavam metodologias que utilizassem o nosso saber para assim poder aprimorá-los.

Diante disso, a escolha do tema está intimamente ligada à necessidade de aumentar o número de pesquisas no campo da Saúde Coletiva, em especial a partir de ações intervencionistas, no campo da Saúde do Idoso com ênfase na doença neurodegenerativa do Alzheimer, e desta forma poder proporcionar momentos de coletividade, interação e aprendizagem para que haja o empoderamento dos cuidadores informais de idosos com DA e, por consequência, transformações da realidade identificada.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Possibilitar o empoderamento de cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer por meio de práticas educativas.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos cuidados de idosos com Alzheimer;
- Identificar as lacunas nos conhecimentos dos cuidadores sobre a Doença de Alzheimer;
- Aprender as principais dificuldades vivenciadas pelos cuidadores no cuidado ao idoso com Alzheimer;
- Elaborar plano de ações de caráter educativo em conjunto, pesquisador e pesquisados, a partir da problemática identificada;
- Implementar ações educativas que fomentem novos saberes aos cuidados informais de idosos com Alzheimer;
- Averiguar, a partir dos discursos dos cuidadores informais, a percepção sobre as ações educativas desenvolvidas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER: Sinais, Sintomas e Diagnóstico

A DA possui características semelhantes a outras doenças neurológicas o que dificulta o diagnóstico médico e a diferenciação da doença pela família. Suas principais características estão na presença de depósitos de placa amilóide extracelular, formada por péptidos A $\beta$  precursor de  $\beta$  proteína, das quais matrizes são restritas ao cérebro e seus vasos sanguíneos, com a formação de emaranhados neurofibrilares, com a disfunção sináptica havendo mutação no sítio de clivagem e a perda neuronal (FU et al., 2016).

Conforme relatado por Batsch e Mittelman (2012), em 2050 haverá cerca de 646 milhões de novos casos de DA em todo o mundo, o que significa que o aumento médio anual entre 2010 e 2050 será 16,15 milhões de pessoas que viveriam com demência a menos que uma cura ou tratamento fosse encontrado para atrasar a progressão da doença.

Apesar dos avanços consideráveis na compreensão dos mecanismos das alterações bioquímicas e genéticas, a etiologia da DA permanece indefinida. Suas alterações podem ser divididas em dois campos: as mudanças estruturais, que envolve as placas neuríticas, os enovelados neurofibrilares, o metabolismo amiloide, as perdas sinápticas e a morte neural. O outro campo que são as alterações nos sistemas de neurotransmissores estando relacionado às mudanças patológicas que ocorrem descontroladamente na doença (BRASIL, 2017).

Para toda detecção de possível diagnóstico é necessário que se realize a anamnese com o paciente e cuidador para que se tenha conhecimento prévio do paciente através de uma avaliação cognitiva clara que possibilite avaliar brevemente o estado mental e assim poder prosseguir com outros métodos para diagnóstico preciso

Nesta perspectiva, existem diversos métodos pós-anamnese para prosseguir com o diagnóstico, tais como traz Paraskevaidi et al. (2017), que incluem a medição dos níveis de amilóide- $\beta$  e tau total (T-tau) ou tau fosforilados (P-tau) presentes no líquido cefalorraquidiano, técnicas de neuroimagem estrutural (ressonância magnética ou tomografia computadorizada), Imagens por Tomografia por emissão de Positrões (PET) do amiloide cerebral, ou após morte com exame histopatológico, entre outras ainda em estudo. Para maior fidedignidade é primordial que se combine ao menos mais de um método para que se tenha um diagnóstico preciso.

Apesar dos avanços tecnológicos, ainda não existe uma terapia eficaz para DA, em parte devido ao conhecimento limitado dos mecanismos fisiopatológicos que resultam na perda da memória gradual e lentamente, resultando na deterioração cerebral e morte. Apesar da dificuldade de tratamentos farmacológicos eficazes para cura da DA, alguns fármacos são utilizados para amenizar seus sinais e sintomas (BRASIL, 2017).

Comprovadamente a DA segue um curso progressivo e duradouro que implicará em grande desgaste físico, psíquico e financeiro para o idoso e para sua família. Desde os primeiros sinais e sintomas fica evidente que a família passará por um processo de adaptação para definir estratégias que favoreçam o diagnóstico precoce e um tratamento que contribua para amenizar os sintomas existentes, para que dessa forma proporcione melhor qualidade de vida para o idoso e para os familiares.

### 3.2 CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DA

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) nº 5162-10 o cuidador de idosos é considerada uma profissão que inclui as funções de Acompanhante de idosos; Cuidador de pessoas idosas e dependentes; Cuidador de idosos domiciliar; Cuidador de idosos institucional; Gero-sitter, que a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos do idoso, terá finalidades de zelar pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida (BRASIL, 2010).

O cuidador informal se difere do cuidador formal, pois ele é aquele que desempenha o ato de cuidar de maneira não profissional, sem esperar receber nenhuma remuneração, podendo ser pessoas da família, amigos e vizinhos, desde que seja próximo do idoso e que proporcione melhor qualidade de vida, mesmo que isso implique na mudança da rotina familiar (VIEIRA et al., 2011).

Segundo Córdoba e Aparício (2014), os dados sociodemográficos ressaltam que 81,1% dos cuidadores correspondem a mulheres, ressaltando o que Celma e Acunã (2009) evidenciaram em sua pesquisa em que profissões da saúde, como a Enfermagem, não escapam ao processo de feminilização do cuidado, tendo um forte elo a uma simbologia feminina.

Agregando com o exposto anteriormente, um estudo evidenciou que 50,9% dos cuidadores informais tinham idades variando entre 41 e 60 anos, isto pode ser devido ao fato

de que esses cuidadores são, em sua maioria, filhas ou esposas do paciente com DA (CÓRDOBA; ACUNÃ, 2014).

Nesse contexto Fernandez- Calvo et al. (2016), considera como “cuidadora principal” a pessoa responsável por cuidar diretamente uma pessoa com doença de Alzheimer, como peça fundamental para melhoria da qualidade de vida assumindo o compromisso implícito e/ou a responsabilidade de ajudar no que for necessário para suprir as necessidades do idoso.

É notável que um cuidado ao doente em longo período gera um desgaste para todos os envolvidos. Isso se pode dar devido à falta de aceitação da condição do idoso com DA, ou do medo por não conhecer ao certo a doença, gerando por vezes o distanciamento de alguns familiares de forma que o ato de cuidar recai apenas a um membro familiar. Diante disso, com frequência as famílias se (re)organiza para suprir a demanda, que se estende até o óbito do idoso com DA (ILHA et al., 2015).

Em 1999 foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) com objetivo de desenvolver a resiliência no idoso, condição que colabora para melhor enfrentamento das situações da idade, visando à realização de suas atividades diárias, focando nos que convivem com incapacidade funcional física ou mental, buscando firmar parceria entre os programas de saúde, profissionais e o cuidador familiar (ANDRADE, 2015).

Entretanto, foi pela Portaria nº 2.528 de 2006, que houve sua aprovação pelo MS e revogada a Portaria nº 1.395 de 1999, que gera subsídios legais para que os profissionais de saúde e os cuidadores possam desenvolver suas práticas do cuidado principalmente no campo da educação em saúde (ANDRADE, 2015).

É necessário que se aborde com frequência as condições que afligem o idoso e repassar orientações pertinentes, ao exemplo de como aperfeiçoar a execução de procedimentos, medicações, adaptações do ambiente, estimular o autocuidado, são pontos que podem e devem ser abordados com clareza para que o cuidador tenha domínio e seja protagonista no cuidado perante tais condições (ANDRADE, 2015).

Assim, exercer o cuidar com otimismo, persistência, controle, eficácia, estabelecendo vínculos familiares e suporte são alguns dos elementos essenciais para a um cuidador empoderado que possa praticar a resiliência em seu ambiente de cuidar, se tornando um escudo de proteção contra as adversidades, dessa forma, melhora o engajamento com o cuidado, sendo capazes de vencer as barreiras e aproveitar os melhores momentos.

No entanto praticar a resiliência não significa que o cuidador não irá sofrer, se compadecer e se angustiar durante o longo processo do cuidado, pois haverá momentos que os sentimentos do vínculo afetivo gerado falarão mais alto (FERNANDEZ-CALVO et al., 2016).

Para que esse sofrimento não se torne prejudicial na vida dos envolvidos é nesse momento deve-se optar por uma educação estruturada que forneça subsídios que supram as inquietações de modo que se possa transformá-las.

Essa transformação pode se dá através de metodologias de ensino, com conteúdos voltados para a sua realidade, com temas que eles se sintam confortáveis e que gere diálogo para que assim, façam o cuidador aprender ativamente e transformar as dificuldades em aprendizados.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 TIPO E NATUREZA DA PESQUISA

A investigação consiste em contemplar os objetivos propostos, optando-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa e sistematizada pela metodologia do tipo pesquisa-ação.

No estudo descritivo o pesquisador busca observar, registrar e descrever elementos e fatores que permeiam um determinado fenômeno em um público específico, mas não se detém a representatividade numérica e sim a compreensão da atuação do sujeito, grupo social ou de uma organização buscando informações pertinentes a realidade, não se quantificando, mas se compreendendo as diversas relações sociais (FONTELLES; SIMÕES; FARIAS; FONTELLES, 2009).

As pesquisas que utilizam os métodos qualitativos irão busca desvelar a razão dos acontecimentos, analisando de que maneira pode se intervir na realidade do sujeito, conhecendo e trabalhando o sujeito em todas as suas dimensões de maneira singular, desde que não se aplique quantificação com relação aos dados obtidos e não se reduza a variáveis, mas que ela seja capaz de produzir novas informações com diversas abordagens (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### 4.2 METODOLOGIA DA PESQUISA-AÇÃO

A pesquisa-ação é uma metodologia de cunho social, que pesquisa os processos metodológicos empíricos através da investigação do sujeito individual ou em coletividade, destinado a proporcionar a participação de pesquisadores e pesquisados no envolvimento das ações que são desenvolvidas. Desta forma, compreender o diagnóstico situacional através da coleta de dados e sua análise havendo o levantamento de problemas, geram ações que visam a mesma finalidade, para que os próprios participantes possam propor as mudanças necessárias para transformar uma determinada realidade (THIOLLENT, 2011).

Essa metodologia tem suas origens através de Kurt Lewin, em 1946, em um momento pós-guerra, quando trabalhava com o governo norte-americano destinado a

desenvolver atividades visando às mudanças de hábitos alimentares e atitudes diante de grupos minoritários. Seus trabalhos eram desenvolvidos junto aos seus estudos sobre desenvolvimento e funcionamento de grupos, realizando uma ação coletiva. Diante disso houve o surgimento da pesquisa-ação, que naquela fase passou a ser utilizada nas empresas que desenvolviam atividades envolvidas ao desenvolvimento organizacional (FRANCO, 2005).

Thiollent (2008) elucida que a metodologia da pesquisa-ação possui doze etapas flexíveis que se inter-relacionam, não necessitando que sejam seguidas de forma ordenada e com rigor. Sendo elas:

Fase exploratória: é o campo explorado para pesquisa, identificando e levantando os problemas para um primeiro diagnóstico situacional. Nessa etapa ocorre a coleta de dados e os objetivos da investigação.

O tema da pesquisa: é a indicação do problema e a área que será abordada que tenha como enfoque os problemas de interesse dos pesquisados e dos pesquisadores, para que ocorra a colaboração e interesse de ambas as partes.

A colocação dos problemas: a definição do problema deve estar relacionada com o tema e com os objetivos, para que tenha sentido e que se tem pretensão de resolver dentro de um campo teórico e prático.

O lugar da teoria: o referencial teórico irá fornecer sustentação aos achados metodológicos da pesquisa-ação. Devendo ser encontrada nas discussões guiando as pesquisas e interpretações para que se confirmem os achados da pesquisa.

Hipóteses: é uma suposição formulada pelo pesquisador para o problema exposto na pesquisa, para que se tracem possíveis soluções.

Seminário: é a etapa que conterà todas as informações coletadas em outros momentos para serem debatido e interpretado os dados. Sendo confeccionadas “Atas” de cada reunião.

Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa: esta etapa irá abranger geograficamente uma comunidade concentrada ou espalhada, mas a amostragem e representatividade qualitativa podem ser debatidas.

Coleta de dados: são utilizadas diversas técnicas, através de questionários convencionais, observação participante, técnicas de entrevistas coletivas ou individuais com profundidade, diário de campo, história de vida, em que todas as informações colhidas são analisadas e discutidas.

Aprendizagem: é nessa etapa que irá ocorrer à produção e circulação de informações, exposição e tomada de decisões, além de ações para que os pesquisadores e participantes aprendam ao discutir as ações.

Saber formal/saber informal: é a comunicação, a troca de informações, entendimento e relação entre o saber teórico e o prático: os pesquisadores e os pesquisados, criando um elo em que um sempre terá algo a oferecer ao outro.

Plano de ação: deve ser consolidada uma ação planejada na pesquisa-ação entre os pesquisados e pesquisadores, tendo como objetivo a resolução de um problema existente.

Divulgação externa: pode ser realizada de várias maneiras optando-se por primeiro expor o resultado da pesquisa ao grupo de participantes do estudo, em seguida devem ser analisadas as outras formas de divulgação externa como congressos, periódicos, seminários entre outros.

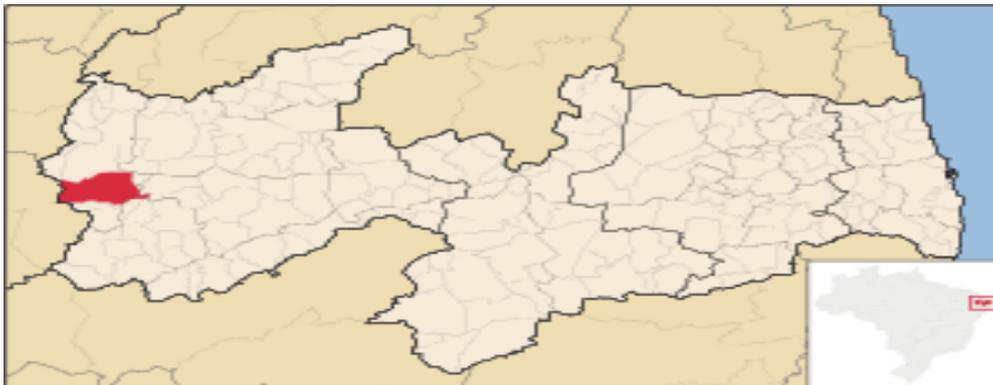
### 4.3 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na cidade de São José de Piranhas que está localizada no alto sertão do estado da Paraíba. Foi utilizada como suporte para abrigar e realizar as atividades de educação em saúde o Auditório Central Maria Elza, localizado a Rua Sabino Nogueira, em São José de Piranhas.

A escolha pelo Auditório Central se deu devido ser um local amplo com estrutura adequada para receber os pesquisados e desenvolver as atividades confortavelmente, além de ser de fácil acesso e sugerido pela maioria dos pesquisados por ser localizado no centro da cidade, além de pertencer as Secretárias que compõe a administração municipal, desta forma, como a pesquisadora é integrante da Secretária de Saúde do município o acesso foi autorizado.

São José de Piranhas está localizada na mesorregião do Sertão Paraibano, especificamente na microrregião de Cajazeiras no estado da Paraíba, Nordeste, Brasil. Encontra-se situada acerca de 503 quilômetros da capital (João Pessoa) e possui uma extensão territorial de 677,305 km<sup>2</sup>. A população de 2010 era de 19.096 habitantes, sendo 50,1% (9.567) da população composta por mulheres e 49,9% (9.529) por homens, tendo sua estimativa de 2017 com 20.163 habitantes (IBGE, 2017).

**Figura 1- Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de São José de Piranhas-PB.**



**Fonte:** [https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o\\_Jos%C3%A9\\_de\\_Piranhas](https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_Jos%C3%A9_de_Piranhas)-(acesso em: 28/06/2018).

São José de Piranhas surgiu a partir de 1759, quando o capitão Vila Vieira da Costa obteve a primeira sesmaria (regiões concedidas a pessoas em merecimento pelo rei de Portugal através de donatários, governadores gerais e por ultimo governadores de províncias) que era propriedade da Casa da Torre nas proximidades do sítio São José surgindo ali o povoado Vila de São José de Piranhas que deu origem a cidade. Os anos se passaram e o povoado crescia, sendo que em 1921 com o inicio das obras dos açudes na Paraíba se daria a construção do Açude Engenheiro Ávidos que tomaria parte da área com suas águas, fato que mudaria a rotina e o desenvolvimento do povoado (LIMA, 2010).

Em 1930 a paralisação das obras do açude contribuiu para o progresso do povoado havendo uma considerável expansão urbana, porém devido às obras era necessário que se procurasse uma nova localidade para a população e em 1935 se estabeleceram em uma sítio chamado Jatobá, mantendo seu nome de origem, porém em 1937 dava-se adeus a toda uma história e foi transferida oficialmente a nova sede e obedecendo a lei federal implantada por Getúlio Vargas nº 311 de 02 de março de 1938 transformando as vilas que eram sedes municípios passam a ser cidades podendo também mudar de nome, sendo em 1939 passada a se chamar Jatobá. Em 1952, através de um projeto de lei apresentado a Assembleia Estadual denominava-se novamente a cidade o nome de São José de Piranhas por inúmeros fatores, dentre eles, a religião com seu padroeiro São José e por sua geografia ser banhada pelo Rio Piranhas e por já ter sido durante quase 200 anos esse o nome usado (EVANGELISTA, 2015).

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisadora decidiu-se por abordar esse tema muito antes da graduação e sempre buscou informações relevantes que viessem a embasar a pesquisa. Desta forma há cerca de oito meses ao definir o tema do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), resolveu-se levantar o número de idosos que possuem DA de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para assim, identificar seus cuidadores. O levantamento se deu a partir das Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade, onde as enfermeiras e os Agentes Comunitários de Saúde levantaram essas informações e as repassaram contabilizando 14 idosos com DA.

O primeiro contato se deu na casa dos 14 idosos com DA correspondendo há 19 cuidadores. Nesse momento foi agendado o dia para realizar a entrevista do diagnóstico situacional, ao mesmo tempo foram analisados os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Desta forma após os critérios de inclusão e exclusão apenas 11 idosos continuaram na pesquisa com 15 cuidadores.

Os participantes dessa pesquisa foram os cuidadores informais de idosos portadores da Doença de Alzheimer em todo território que abrange a cidade de São José de Piranhas, no estado da Paraíba. Para qualificar a pesquisa foi utilizado como critério de inclusão: cuidadores de idosos que independente de formação acadêmica exerça cuidado direto e domiciliar a um familiar ou não, sendo o idoso portador de laudo comprobatório de Doença de Alzheimer. Como critério de exclusão: cuidadores que não se encontrarem nas residências após três visitas consecutivas para o levantamento dos problemas e situações vivenciadas.

#### 4.5 ETAPAS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO

Neste tópico as etapas percorridas para efetivar os objetivos propostos dessa pesquisa, foram descritas para atender os requisitos de cientificidade no desenvolvimento da pesquisa diante do método de estudo. Os passos realizados foram: diagnóstico situacional da realidade; planejamento das ações; implementação das mudanças planejadas e avaliação das ações pelos participantes envolvidos.

#### 4.5.1 Diagnóstico situacional

Para haver credibilidade no estudo, viu-se necessário realizar o levantamento em junho e julho de 2018 de quantos idosos possuem DA para então realizar o primeiro contato. Na primeira visita a cada cuidador foi exposta a proposta de intervenção coletiva e ficou nítido o interesse dos cuidadores em participar de atividades educativas que os possibilitassem melhorar o conhecimento acerca da DA.

Para Minayo (2001) é de suma importância que se tenha uma aproximação com o campo que será trabalhado através da observação para compreender e delimitar os instrumentos de investigação e o grupo de pesquisa. O observador, que se faz parte de um contexto de observação, buscará estabelecer uma relação com os observados, afim de que nesse processo de modificação do fenômeno também poderemos ser modificados, captando assim inúmeras situações que não podem ser obtidas apenas por perguntas, mas sim observando diretamente a realidade.

Geralmente a pesquisa-ação parte de alguma necessidade de determinado público como também o pesquisador pode diagnosticar e buscar soluções para tal problema evidenciado. Diante de várias linhas de pesquisa qualitativa em qual se enquadra a pesquisa-ação, a entrevista semiestruturada é um meio fundamental para coletar os dados. A entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) que foi base da pesquisa é organizada a partir de questões básicas, que podem ser sustentadas por teorias ou hipóteses, que ofereçam ao pesquisador vários questionamentos, que poderão gerar novas hipóteses e assim por diante (TRIVIÑOS, 2009).

A entrevista se deu por meio de questões pertinentes ao tema, abertas e claras, evitando duplo sentido, com linguagem simples e com uma sequência lógica, favorecendo a liberdade de respostas (APÊNDICE A), a mesma sendo gravada, com autorização prévia dos participantes e com esclarecimentos de que as gravações não serão divulgadas, mantendo seu anonimato de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados por eles no ato das entrevistas no domicílio, nos meses de outubro e novembro de 2018.

O instrumento possuía apenas perguntas abertas e discursivas, que foram utilizadas para que os pesquisados se sentissem livres para falar e expor seus sentimentos sobre o tema. Para caracterizar o perfil das participantes, foram utilizados dados obtidos através do diário de campo, ferramenta que serve para agrupar ideias do pesquisador após o encontro, sobre o local e o diálogo informal com os pesquisados. As gravações foram ouvidas

e transcritas, logo após foram analisadas com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DCS).

#### **4.5.2 Projetando as ações**

Para que se chegasse a essa etapa foi necessário que as anteriores fossem realizadas com sucesso, dessa forma, as informações colhidas nas entrevistas contribuíram para o planejamento das ações de educação em saúde, explanando sobre as problemáticas obtidas no diagnóstico situacional e juntamente com os pesquisados foi possível elencar temáticas relacionadas. Nesta etapa também foram definidas as datas para implementação das ações educativas, como também a escolha dos temas a serem desenvolvidos.

#### **4.5.3 Implementação das ações planejadas**

Após a constatação das problemáticas levantadas na primeira etapa do diagnóstico situacional, foram colocadas em prática as ações através de círculos de cultura, rodas de conversa, seminários e ateliê, a fim de valorizar a participação ativa dos cuidadores, tornando-os protagonistas na construção de alternativas para solucionar as questões que ainda envolvem a DA nesse segmento populacional.

As ações foram desenvolvidas no Auditório Central Maria Elza devido ser um local de fácil acesso e sugerido pela maioria. O ambiente necessita de agendamento e autorização da Secretária de Educação que é o principal responsável para que possa ser utilizado, desta forma, os dias foram estabelecidos com antecedência.

Logo após, através de contato telefônico por meio de aplicativo de rede social, os cuidadores foram solicitados que levantassem possíveis datas e horários para que ocorressem as ações, visto que, os mesmos alegam pouca disponibilidade. Os encontros ocorreram em período noturno, para atender ao pedido dos cuidadores. Cada encontro durou em média duas horas e trinta minutos, tempo esse que não gerou desgaste nos cuidadores, não perdeu a qualidade das atividades e se enquadrou na disponibilidade que cada cuidador expôs.

Cada encontro foi marcado pela fala inicial e final dos participantes deixando claro que eles eram os protagonistas das ações e os deixando livres para explanarem seus sentimentos acerca do que esperar de cada ação e o que eles colheram após sua implementação.

Para a implementação das ações foram utilizadas rodas de conversa como principal meio condutor das duas ações educativas. Desta forma, a organização do espaço se

deu através da formação de círculo com as cadeiras para que todos pudessem interagir entre si e com a pesquisadora.

Contou-se com a utilização das dinâmicas metodológicas que contribuem para a fixação e melhor aprendizado do conteúdo exposto, como também momentos de dinamização reflexiva acerca das temáticas levantadas.

A utilização de metodologias ativas para abordagem do tema se deu através da vivência e experiência que a pesquisadora adquiriu durante a academia, principalmente nas disciplinas de Clínica I e Coletiva I, buscando sempre melhorar e adaptar a dinâmica com a realidade da temática abordada, bem como a realidade de vida dos pesquisados.

No primeiro e segundo encontro que buscaram abordar categorias analisadas no DSC, através das ações educativas fizeram-se presentes para participar sete e oito cuidadores, respectivamente.

#### **4.5.4 Avaliação das ações pelos participantes da pesquisa**

A última fase a ser seguida se deu pela avaliação após a realização das ações educativas, sendo realizadas as coletas de informações com o instrumento da entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), a fim de discutir e avaliar se o objetivo proposto foi alcançado. As entrevistas foram realizadas individualmente no auditório central ao término da última ação e no domicílio dos participantes durante o mês de novembro de 2018, sendo realizado o agendamento e gravadas com a permissão dos participantes, para que em seguida fossem ouvidas e transcritas, para serem analisadas empregando a técnica do DSC.

## **4.6 ANÁLISE DOS DADOS**

A construção da análise se deu a partir dos dados obtidos através das respostas dos participantes à entrevista, de onde foram extraídas as ideias centrais, as temáticas, as categorias e por fim formado o DSC, almejando construir um embasamento teórico e metodológico que aprofunde os conhecimentos a cerca do tema.

Os dados obtidos na entrevista do diagnóstico situacional e da avaliação das ações pelos participantes foram organizados através do DSC, nessa houve a possibilidade de analisar com um olhar mais perceptível as falas individuais a respeito de um mesmo assunto. É através desse método que é possível compreender os momentos de ápice da pesquisa,

identificando o que há em comum nas falas no que diz respeito às dificuldades em cuidar dos idosos, suas sobrecargas e habilidades (AVELINO et al., 2014).

Os DSCs são opiniões individuais que irão se agrupar em uma finalidade, que ao serem analisadas pelo pesquisador são transformadas em produtos científicos puros, mas que mantenham as características centrais da fala cotidiana sem perder a essência do que foi espontâneo (LEFÉVRE; LEFÈVRE, 2014).

O descrito não é, portanto, uma invenção ou criação do pesquisador deve-se criar apenas Ideias Centrais (IC) e suas respectivas Expressões-chaves (ECH), fazendo uma reconstituição de uma identidade existente após análise dos depoimentos (LEFÉVRE; LEFÈVRE, 2005a).

As IC são orientações que darão sentido e relevância aos depoimentos obtidos, a partir disso as ECH buscaram as partes textuais dos depoimentos, que sinalizam os principais conteúdos das respostas dos participantes. Desse modo, os discursos que tem IC semelhantes serão produzidos na primeira pessoa do singular, agrupando-se em discursos-sínteses (LEFÉVRE; LEFÈVRE, 2005b).

A análise do conteúdo das entrevistas se deu através de quatro fases, sendo primeiramente feita a leitura flutuante das falas dos participantes com finalidade de compreender os dados obtidos através da transcrição dos áudios. Posteriormente, foram realizadas leituras aprofundadas para identificar quais as falas estavam mais coerentes com relação às questões norteadoras que fizeram parte do questionário semiestruturado, sendo utilizada a técnica de colorimetria para diagnosticar as falas correspondentes a cada campo de estudo. Seguidamente, foram escolhidas as ECH que constituíram a resposta de cada questão das falas literais. Em seguida foram elaboradas as IC, organizadas em categorias e agrupadas em tabelas, dividindo-as em temáticas e categorias que construíram o DSC.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo teve início perante aprovação do projeto pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino sob o número do parecer 2.904.843 (ANEXO A). A participação do estudo iniciou a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), constando a natureza, os objetivos, os métodos, os benefícios, os riscos e o incômodo. Este foi elaborado em duas vias, sendo assinado pelo participante da investigação, assim como pelo pesquisador. Em ambas as vias, constatou o

teor já mencionado além do contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP. Aos participantes será garantido sigilo e o anonimato das informações coletadas.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as exigências formais estabelecidas na resolução 510/2016 do MS, respeitando os princípios da autonomia, não maleficência, justiça e equidade dos participantes (BRASIL, 2016).

Inicialmente para reiterar a realização desse estudo, foi encaminhado à gestão da Secretaria de Saúde de São José de Piranhas, em que se realizou a pesquisa, o termo de anuência (ANEXO B), solicitando a permissão para o desenvolvimento da investigação, especificando objetivos e os riscos que o estudo envolve, além de destacar os benefícios da pesquisa. O recrutamento foi de forma individual, em local reservado na própria casa dos cuidadores, após seguir os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos anteriormente na pesquisa, bem como com rodas de conversa coletiva.

Nesse contexto o presente estudo apresentou riscos mínimos, tendo em vista que, não houve procedimentos invasivos, porém poderiam transcorrer constrangimentos ou desconfortos devido ser um tema que ainda permeia o conhecimento empirista, podendo o participante se desmembrar do estudo se assim fosse sua vontade. Neste caso, a pesquisadora estava disposta a intervir para proporcionar o apoio necessário, interromper a entrevista ou as ações em qualquer fase que estivessem, como também poderia dar a opção de retornar a etapa da pesquisa de onde foi interrompida.

No entanto, vale salientar que inúmeros benefícios estavam perante a cooperação, tais como o empoderamento dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca das doenças, bem como medidas para qualificação do cuidado por meio de intervenções educativas com vistas a transformar a realidade vivenciada por este segmento populacional.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO OS ATORES SOCIAIS DA PESQUISA

Para compor essa pesquisa foram entrevistados 15 participantes inseridos na Estratégia Saúde da Família da Cidade de São José de Piranhas, Paraíba. De acordo com os aspectos éticos e legais dessa pesquisa foram respeitados a identidade de cada participante com codinomes de fenômenos naturais: sol, céu, nuvem, dia, chuva; lua, estrela, noite, terra, árvore, flor, ar, fogo, água e mar, pois representam os diversos elementos que podem compor um dia e se vê com naturalidade, assim como devemos enfrentar as etapas diárias com naturalidade e ao final transformá-los em espetáculos internos. A sequência dos nomes corresponde à ordem que as entrevistas foram feitas.

De acordo com os critérios de inclusão, os idosos com DA diagnosticado correspondem a 11, com faixa etária de 75 a 88 anos no momento da pesquisa, sendo a faixa etária de diagnóstico da DA de 68 anos a 81 anos. Destes, nove possuem no máximo dois cuidadores e dois idosos com apenas um cuidador, corroborando com os achados de Santos et al. (2018), que os cuidadores de idosos são geralmente um ou dois para exercer as atividades.

Dos idosos portadores de Alzheimer, 10 são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino, corroborando com os achados de outras pesquisas que evidenciam a prevalência do sexo feminino como sendo o mais acometido pelo Alzheimer, porém ainda sem comprovação do porque ser mais acometido (BORGES et al., 2015; MENDES; SANTOS, 2016; SOBRAL; PESTANA; PAUL, 2015).

Na caracterização dos cuidadores participantes, evidenciou que os mesmos pertencem à faixa etária de 27 a 74 anos no momento da pesquisa, sendo a média de idade 46,2 anos. O tempo de realização dos cuidados direto varia de seis meses a 10 anos no momento da pesquisa.

O sexo feminino compõe o maior número de cuidadores, sendo 13 mulheres. Entre essas, oito possuem laços familiares com o idoso, como filhas (quatro), noras (dois), neta (um), conjugue (um) e cinco são mulheres contratadas para realizar o cuidado. Este achado corrobora com outros estudos que comprovam que o sexo feminino, principalmente as filhas ou conjugues são as que mais exercem o cuidado (BOUAB; EMMEL, 2014; LINS; ROSAS; NERI, 2018; STORTI et al., 2016).

No sexo masculino há dois cuidadores, ambos possuem laços familiares com o idoso, sendo neto (um) e genro (um).

Entre os 15 cuidadores apenas cinco tem remuneração para realizar o cuidado, sendo esses do sexo feminino. Entre os 15 cuidadores apenas oito moram com o familiar com DA, corroborando com pesquisas, que afirmam que a maioria dos cuidadores convivem com o idoso com DA (BOUAB; EMMEL, 2014).

No que se refere a escolaridade um não soube especificar seu nível de estudo, dois referiram ser analfabetos, três referiram ter o ensino fundamental incompleto, cinco referiram ter o ensino médio completo, um possui nível técnico e três possuem formação superior.

Nenhum dos cuidadores havia participado de curso para cuidadores de idosos, corroborando com outros estudos que referem a falta de curso de capacitação para cuidadores (BOUAB; EMMEL, 2014).

## 5.2 DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES

### 5.2.1 Apresentação dos discursos coletivos do diagnóstico situacional

#### **Temática 01 - Percepção do cuidador acerca da doença de Alzheimer**

**Quadro 01- Categoria e número de cuidadores participantes da temática 01- Percepção do cuidador acerca da doença Alzheimer. São José de Piranhas, PB, 2018.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>Nº DE CUIDADORES</b>
Categoria 1.1 - O vivenciar no cuidado ao idoso com Alzheimer como possibilidade de aprendizagem sobre a doença	14
Categoria 1.2 - A espiritualidade como ferramenta do cuidado ao idoso com Alzheimer	06
Categoria 1.3- O sentimento de altruísmo no cuidado ao idoso com Alzheimer	09

A primeira categoria aborda a compreensão que os cuidadores têm sobre a Doença de Alzheimer. Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dessa categoria,

participaram quatorze cuidadores (sol, céu, nuvem, dia, chuva; lua, estrela, noite, terra, árvore, flor, ar, fogo e água).

### **Categoria 1.1- O vivenciar no cuidado ao idoso com Alzheimer como possibilidade de aprendizagem sobre a doença.**

DSC01: *Eu era leiga no assunto, mas devido viver aqui com ela a convivência, eu fui aprendendo e é uma descoberta, a gente acha que é muito complicado, realmente é, você vai aprendendo a conviver com o dia a dia, pois hora ela sabe das coisas, hora num sabe é totalmente assim, como um flash, você vai no passado depois vem no presente e imagina o futuro, porém o povo falava muito em caduquice como a gente não sabia, veio saber agora que a perda de memória é o Alzheimer. No início quando eu cheguei ela era muito violenta, ela beliscava, ela mordida, ela gritava, comportamentos diferentes, agitada, colocava as coisas no lugar e não sabia, portanto é uma doença que não é fácil, afeta a vida do paciente de modo geral, em fazer ou cumprir tarefas simples do dia a dia como higiene pessoal.*

Através do DSC01 pode-se observar que ao início da doença os cuidadores têm dificuldades em identificar os primeiros sintomas como sendo da DA, podendo até confundir com outras demências ou problemas da velhice. Entretanto, é relatado que com a convivência e a prática do cuidado, algumas características da doença vão ficando mais evidentes para os cuidadores e mesmo que não seja uma realidade fácil é assim que eles passam a compreender o que é a doença e quais os males que ela causa no idoso acometido.

De acordo com o Código Internacional de Doenças, conhecido como CID-10, e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV, a demência é caracterizada como o declínio do raciocínio e memória, além de outras funções comandadas pelo cérebro como a linguagem, apraxia, abstração e ato de organização, interferindo no desenvolvimento das atividades cotidianas que o indivíduo realiza. Atualmente foram mapeadas outras demências como a vascular, a demência com corpos de Lewy, as demências frontotemporais e a DA, sendo essa última a que mais acomete a população idosa (BRUM et al., 2013; MARIM et al., 2013).

Observa-se no DSC01 a limitação na compreensão dos cuidadores acerca da definição da DA, isso pode se relacionar devido à doença não possuir uma definição específica dos seus mecanismos dificultando o seu entendimento, fato que corrobora com os estudos de Sena e Gonçalves (2008), que é necessário se conhecer os mecanismos que permeiam a DA, assim a população terá subsídios para compreender e enfrentar a doença. Para a comunidade científica médica a DA apresenta características neurológicas irreversíveis, devido a lesões que ocorrem nos neurônios responsáveis pelas respostas a

estímulos ou funções do corpo, gerando a degeneração do tecido nervoso especificamente nos microtúbulos, acarretando em mudanças neurológicas, comportamentais e físicas, porém sua etiologia ainda é incerta partindo de vários pressupostos.

Diversos pesquisadores buscam a causa etiológica da DA, sendo caracterizada como multifatorial, desta forma é necessário que se mapeie o cérebro na busca de biomarcadores para compreensão da doença, assim irá facilitar o seu entendimento, caso seja feita a educação em saúde com linguagem acessível, por parte dos cuidadores. O que se sabe ao certo é que os fatores de risco para desenvolvimento é a idade e o histórico familiar.

Alguns estudos foram desenvolvidos a fim de sanar as dúvidas sobre os mecanismos da DA. Segundo Brasil (2017), o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a DA é um documento instituído pelo MS a fim de aprimorar o cuidado e os recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse documento considera como possível etiologia da doença a proteína percussora B-amiloide (Ab42) devido o alto índice de produção das placas senis no cérebro, além dos emaranhados neurofibrilares intracelulares que é composta por outras proteínas conhecidas como proteína Tau e a ubiquitina. Porém, apesar dos estudos a relação entre as placas senis, os emaranhados neurofibrilares e a lesão celular permanente da DA ainda é incerta.

Outros estudos como o de Marsh et al. (2016), em camundongos revelam a função do sistema imune adaptativo com a DA, constatando que a perda genética de células imunológicas periféricas acelera a patogênese amiloide, piorando a neuroinflamação e alterando a ativação microglial, consequentemente a perda de células B que produzem IgG prejudica a fagocitose microglial fazendo com que mais placas amilóides se depositem. Nesse mesmo estudo é comprovado que a substituição de IgG por meio de injeção direta ou um transplante de medula óssea inverte esses efeitos e reduz a patologia.

Para que não haja equívoco entre a DA e outras doenças do processo de envelhecimento como a caduquice relatado no DSC01 é necessário diagnosticar o Alzheimer através da realização de um exame clínico para avaliar o grau de comprometimento cognitivo e funcional que o doente se encontra, realizando uma anamnese detalhada com todo o histórico pessoal e familiar, investigando se o paciente já possui alguma característica da doença como a perda da memória, Atividades da Vida Diária, linguagem, personalidade ou comportamento.

Além do diagnóstico clínico é necessário se realizar exames complementares que descarte qualquer outro tipo de demência ou lesões que possam contribuir para o quadro de saúde.

No Brasil o MS prioriza para diagnóstico diferencial que sejam solicitados exames de imagem corporal como a Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, que são procedimentos não invasivos capazes de mapear a região cerebral em vários cortes as transformando em imagens, a procura de possíveis causas para o dano cerebral (BRASIL, 2017).

Entretanto, para a conclusão do diagnóstico da DA é necessário que se realize o exame histopatológico de uma parte cerebral para analisar a quantidade de placas senis existentes, porém esse exame só pode ser realizado *post mort*, pois antes não é permitido devido a danos que podem ocorrer por ser tratar de procedimento invasivo.

Nessa perspectiva Paraskevaïdi et al.(2017), ressalta que a DA já representa cerca de 70% de todos os tipos de demência apresentando sintomas como a perda de memória, problemas da linguagem, a desorientação sobre sua identidade, a relação ao tempo e espaço, os declínios cognitivos e culmina com a morte, no qual se pode evidenciar parte desses sintomas sendo descritos pelos cuidadores no DSC dessa pesquisa.

Como descrito pelos cuidadores pesquisados é através da convivência que eles vão se adaptando a nova rotina e de acordo com Pavarine (2008), conviver com o portador de Alzheimer demanda tempo e adaptação às diversas fases da doença podendo em seu estágio inicial ser confundido com sintomas do processo de envelhecimento, sendo a DA caracterizada por três fases que estão interligadas.

A primeira que é a fase inicial, dura de dois a quatro anos e esta atrelada as alterações de memória que se intensificam e ficam mais evidentes com o passar do tempo, a partir daí a família começa a aceitar que é um processo degenerativo de incidência crônica (PAVARINE, 2008; VIZZACHE et al, 2015).

Os cuidadores, conforme o DSC01, relatam a mudança de comportamento com atos violentos contra os cuidadores, que segundo Pavarine (2008) e Vizzache et al. (2015), correspondem à segunda fase da doença com sintomas como a agressividade, isolamento, não aceitação da doença, fato esse que altera a convivência familiar e resulta em impacto emocional para o cuidador, o idoso e a família, essa fase é chamada de intermediária e varia de dois a dez anos. A última fase é a terminal e esta associada à restrição ao leito, grave declínio cognitivo, afasia e a propensão para outras doenças, aumentando a dependência e a necessidade de cuidados.

Com relação ao tratamento, a comunidade científica está em produção para desenvolver um tratamento que reverta o quadro, porém existem no mercado medicamentos paliativos que vão tratando os sintomas separadamente. Medicações como donepezil,

galantamina e rivastigmina, são alternativas para melhorar os déficits cognitivos e os distúrbios referidos pelos cuidadores relacionados ao comportamento, pois eles agem inibindo a ação da Acetilcolina, neurotransmissor responsáveis pela passagem dos impulsos nervosos dos neurônios para as células musculares (SALES et al, 2011).

Diante do exposto, nota-se que a DA é uma doença complexa que impossibilita o idoso seguir com sua rotina, assim como descrito pelos cuidadores desta pesquisa. O ser humano por geralmente está inserido em seio familiar, recorre-se primeiramente a eles quando se trata de cuidar do processo saúde- doença. Entretanto, as famílias vêm se modificando e se tornando menores, podendo-se relacionar a baixa taxa de fecundidade dos últimos anos e o aumento do índice de idosos, logo, as famílias irão enfrentar os problemas do envelhecimento.

Segundo Brum et al. (2014), a definição de família se dá pela formação de membros que estão conectados por uma história, vivência ou laços afetivo havendo uma união, visto que, os membros que compõe a família estão cada vez mais diversificados, sem que seja necessária ligação sanguínea.

O cuidado envolve o campo prático ou técnico e a subjetividade. É necessário que ambos estejam ligados para que haja a reflexão do cuidador. A reflexão da ação do cuidar permite que se opte por melhores estratégias para que o desenvolvimento das práticas e saberes favorecendo a ele e ao outro, dessa maneira, através da vivencia há a produção do conhecimento em saúde e este necessita que sejam elaborados mecanismos de ensino que auxiliem para que o cuidador tenha visão holística e humanizada (BUOGO; CASTRO, 2013).

Mendes e Santos (2016), trás em seu estudo o significado da palavra cuidar que tem sua origem do latim *cogitare*. No Dicionário Brasileiro Português escrito por Ferreira (1999), a palavra se apresenta em diversas vertentes como ponderar, prestar atenção, fazer, responsabilizar-se por, preocupasse com, tratar da saúde, dessa forma, podendo ser estudada em diversos contextos sociais.

Fazendo a ponte entre cuidadores e seus idosos com DA é possível analisar a Teoria das Representações Sociais da qual surgem às organizações sociais que efetivamente vivem em enfrentamento e suplantação se reinventando para adaptar-se aos novos modelos de vida social, conseqüentemente dos momentos que ainda iram vivenciar (MOSCOVICI, 1978).

O idoso acometido pela DA vai aos poucos deixando de exercer atividades que eram de sua responsabilidade, como cuidar das finanças, fazer compras, cuidar da casa, trabalhar, cuidar dos filhos e netos e cuidar de si próprio. Nesse sentido pode-se justificar a fala do DSC01 sobre os comportamentos hostis, a agressividade, a intolerância com o cuidado do outro devido a não aceitação da dependência por parte do idoso e isso prejudica o processo

de reorganização familiar, visto que, o cuidador se sentirá na obrigação da retomada das atividades antes exercidas, independente da aceitação do idoso.

Torna-se necessário salientar que é no seio familiar que começa a surgir às primeiras indagações sobre a DA e o que ela vai provocar na vida do idoso e dos que o rodeiam e é a partir das inquietações que vão surgindo às preocupações, ações e sentimentos que irão permeia as diversas fases do Alzheimer. É através das fases que os cuidadores/familiares iram necessitar de maior conhecimento para poder se empoderar da situação e de onde eles terão a aprendizagem devido às demandas vivenciadas, aprendendo com os desafios, erros e acertos. Nesse prisma, nota-se que o aprendizado é multifatorial e multidimensional e que através da prática molda-se a realidade (COELHO; ALVIM, 2004).

É notório que ainda existe a falta de informações relevantes que possam ser propagadas de maneira clara para que os cuidadores informais de idosos com DA se sintam confortáveis para enfrentar as atribuições diárias, podendo se constatar pelas falas dos atores sociais desta pesquisa. A falta de informações pelos meios tecnológicos também é uma preocupação, visto que, as redes sociais de telecomunicação estão entrelaçadas no nosso cotidiano, porém a divulgação da DA ainda não é suficiente para melhorar o conhecimento, conseqüentemente, melhorar o processo de cuidado (BOUAB; EMMEL, 2014).

A segunda categoria aborda espiritualidade que os cuidadores possuem para o cuidado ao idoso com DA. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram seis cuidadores (céu, lua, estrela, árvore, flor e água).

### **Categoria 1.2 - A espiritualidade como ferramenta do cuidado ao idoso com Alzheimer**

*DSC02: Tem que pedir muita paciência a Deus, fé e sabedoria pra cuidar dela com amor, então eu agradeço muito a Deus por cuidar dela. Cada pessoa que cuida, o meu desejo de coração é que Deus dê sabedoria porque é um ministério e Deus prepara as pessoas certas, eu acredito que esse ministério veio pra família toda, que Deus dê sabedoria todo dia a cada um de nós.*

Entrelaçado ao ato de cuidar, os cuidadores buscam apoio para enfrentar a descoberta da doença e para as atribuições que dela virão. Como dimensão do cuidado, a espiritualidade surge como balaústre para os cuidadores e familiares e através do DSC02 pode-se notar que Deus é o suporte que eles encontram para perseverar, porém é necessário desmistificar o sentido de espiritualidade com religiosidade, apesar de ambas andarem juntas.

Nesse contexto, os atores sociais dessa categoria conectaram a espiritualidade com o religioso e com Deus, os tornando sua crença e recurso de enfrentamento, se preparando para as adversidades, aliviando as preocupações e dando suporte ao novo modelo de vida.

Para que se tenha compreensão é necessário que se entenda o conceito de religiosidade e espiritualidade. De acordo com Beuscher e Grandó (2009), a religião é a organização de como se expressa a espiritualidade, que pode ser através de sessões de meditação, oração, idas a igreja, sendo uma doutrina voltada para a comunidade, destinando como se deve agir e viver perante a sociedade, sendo ela apenas um constituinte da espiritualidade. A espiritualidade por sua vez irá compor a parte interior do ser, de forma que envolva as emoções diante de algo imensurável que permeia o campo da subjetividade, sendo ela um campo individualista.

Segundo Mendes e Santos (2016), para cuidar de um familiar que tenha DA é preciso lidar com o sentimento de missão, entendendo como uma tarefa que lhe foi destinada e que transcende a simples escolha da família por quem irá prestar os cuidados direto, tendo ele que desenvolver suas atribuições adequadamente. Pode-se notar que para os atores sociais da pesquisa afirmando os achados de Mendes e Santos (2016) é um ministério cuidar do idoso com DA e eles devem aceitar sua missão e cumpri-la da melhor forma possível.

Estudos comprovam que os cuidadores buscam a força espiritual para superar as dificuldades e para dá sentido a vida, criando uma relação de crença em algo maior e transcendente que é Deus gerando um laço com o cuidado/cuidador/idoso, para que dessa forma os momentos de dificuldade sejam superados através da resignificação do cuidador (SOUZA et al., 2017; VIZZACHI et al., 2015).

O tema da espiritualidade permeia as universidades de todo o mundo, sendo estudada como uma alternativa para enfrentamento de doenças. A correlação da saúde física e mental com as crenças espirituais e a religiosidade implicam em melhor aceitação ao tratamento, dessa forma, o indivíduo doente passa a acreditar que algo sublime irá lhe tirar do sofrimento e lhe ofertar a cura, conseqüentemente implicará no melhor desempenho de quem está prestando os cuidados.

De acordo com o DSC02 a crença em Deus proporciona conforto e força diante das situações de dificuldade. É nesse momento que os cuidadores buscam em seu íntimo exteriorizar a necessidade de se apropriar de uma força que proporcionará benefícios para todos os que o rodeiam, perseverando e acreditando que a sabedoria divina lhe fará enfrentar todos os obstáculos com paciência e sabedoria, acreditando que existe um Deus que está os moldando para servir uns aos outros.

A terceira categoria aborda o sentimento de altruísmo que os cuidadores têm ao cuidar de idosos com DA. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram nove cuidadores (céu, nuvem, dia, lua, estrela, noite, terra, ar e fogo.).

### **Categoria 1.3- O sentimento de altruísmo no cuidado ao idoso com Alzheimer**

*DSC03: Estamos aqui pra cuidar com muito amor e paciência, o que vale é ter muito amor pra cuidar, isso é o mais importante, pois vale pena é muito gratificante, então eu sou muito feliz em cuidar. Eu acredito também o amor primeiramente, o cuidado é muito importante, você ficar dando sempre aquela atenção, pra mim é fundamental e quando você ama você dá atenção, você conversa, brinca, dá cheiro, um dia a gente vai envelhecer, então a gente tem que cuidar, que amar e dá atenção. Tenho na minha vida como uma coisa essencial e faço com carinho, com amor e esse é o ponto de partida, ter sensibilidade pra tudo e aceitar o que é não pra gente é sim pra eles.*

O DSC03 permite observar que o sentimento do amor transforma a maneira de cuidar, fazendo que os cuidadores transformem esse sentimento altruísta em significado para viver feliz e se compensar pelo cuidado que presta ao idoso. Para os cuidadores o amor é primordial e comanda todas as outras funções internas e externas, podendo proporcionar ao idoso um cuidado digno e humanizado, tendo a perspectiva que o processo de envelhecimento ocorre para todos.

De acordo com Vizzache et al.(2015), em suas pesquisas abordam que o ato de cuidar esta interligada a vários campos como a educação, a paciência e o amor e que através deles o cuidado seria mais dinâmico durante todo o processo de doença, sendo por meio do amor a forma como os cuidadores encontram a forma de compensar o sujeito com DA.

O cuidado ao idoso requer atenção e dedicação, tornando-se complexo e permeado de sentimentos que o sujeito cuidador tem que aprender a manejar. Esses sentimentos podem impor ao cuidador isolamento no cuidado com o idoso, com a família e ate consigo mesmo, gerando uma explosão de emoções que implicará no seu estilo de vida, se vendo necessário modificar seus hábitos para suprir as necessidades do idoso doente (OLIVEIRA; LUCENA; ALCHIERI, 2014).

Mendes e Santos (2016), apresenta em seus discursos a visão de que é necessário o cuidador ter paciência e está disponível para realizar o cuidado, principalmente nos momentos de *delirium* do idoso, devendo realizar cuidados com a higiene pessoal, vestuário, comida, atividades físicas e de lazer e principalmente atividades que estimulem a cognição do idoso. Ver-se necessário que o cuidador também saiba identificar os sentimentos do idoso

como o medo, a ansiedade, como também as necessidades de água, funções fisiológicas, sono e repouso, pois o idoso com Alzheimer com o passar do tempo tende a diminuir a resposta às necessidades básicas de sobrevivência.

Para Seima, Lenardt e Caldas (2014), o ser é a energia da vida e está unido ao amor de várias formas. É a partir do outro que o homem compreende a si mesmo; sente seu valor na medida em que se sente amado. Os cuidadores acreditam que o sentimento supremo é o amor, mas que é fundamental desenvolver a habilidade de ser paciente com o outro.

É por meio do amor que os cuidadores dessa pesquisa desenvolvem outros sentimentos como o de paciência, atenção, carinho, gratidão, sensibilidade e felicidade, pois, para que o cuidado seja exercido diariamente é necessário que se crie mecanismos que sobreponha à carga de estresse adquirida com as atribuições do cuidado. Dessa forma, exercer o amor em todas as suas dimensões proporciona ao cuidador e ao idoso cuidado um ambiente favorável e menos estressante.

Amar é modificar-se através do que se sente por outrem, é estar disposto a enfrentar as atribuições baseado em um sentimento abstrato, é doar-se sem esperar nada em troca, é acreditar que o amor vencerá barreiras e que ele é primordial para que outros sentimentos bons possam planar em uma atmosfera sensível.

O amor é algo inexplicável e altruísta, dar-se pelo fato de afeiçoar-se a alguém, não exige retorno, é entregar-se em sua forma mais íntima e pura em função do amor a outrem, e crer que suas ações influenciam no futuro.

## **Temática 02: Dificuldades experienciadas pelo cuidador do idoso com Alzheimer**

### **Quadro 02- Categoria e número de cuidadores participantes da temática 02- Dificuldades experienciadas pelo cuidador do idoso com Alzheimer. São José de Piranhas, PB, 2018.**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>Nº DE CUIDADORES</b>
Categoria 2.1- Ausência de suporte na realização dos cuidados cotidianos ao idoso com Alzheimer	05

A quarta categoria aborda a ausência de suporte de outras pessoas que também deveriam se responsabilizar pelo cuidado, de forma a evitar que os cuidadores informais

principais desenvolvam a sobrecarga de trabalho. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram cinco cuidadores (céu, nuvem, lua, terra e água).

### **Categoria 2.1: Ausência de suporte na realização dos cuidados cotidianos ao idoso com Alzheimer**

*DSC04: Quando eu estou sozinha que preciso ir em outro cômodo eu tenho que levar ela, porque eu não deixo ela num cômodo sozinha, que eu tenho medo dela cair! Eu não posso resolver nada se não tiver alguém aqui comigo. Hoje minha maior dificuldade é me sentir sozinho, sem chegar ninguém pra ajudar, os familiares que moram perto, filhos e netos num tão nem ai, certo que tem uns tem certas ocupações, mas se tirassem um tempinho no dia meia horinha pra passar aqui com ele, me ajudando numa tarefa e noutra ficaria bem mais maneira a tarefa. Porém, como não tem ajuda há um monte de coisa começada e não tenho como terminar, os cuidados dela impedem de eu terminar as coisas, então vou cuidar na luta, lavar as roupas mijadas, fazer a comida, lavar o banheiro, organizar a casa porque eu cuido de tudo é pra fazer tudo, lavar, passar, cozinhar, cuidar dela, da parte de medicação, de cuidados, de banho, de tudo. Todos os cuidados, alimentação, comida, caminhada é comigo.*

ODSC04 apresenta a visão do cuidador frente às atividades exercidas diariamente e as dificuldades encontradas para realizar o cuidado. Pode-se evidenciar que a falta de suporte por parte de outros familiares dificulta o processo do cuidar, bem como gera sobrecarga a quem presta os cuidados.

Nessa perspectiva, o cuidador se depara com a situação de ter que executar os cuidados não só com o idoso com DA, mas também todas as tarefas domiciliares, o que acarreta na falta de tempo para que eles exerçam o cuidado consigo o que pode gerar sentimentos de medo, angústia, abandono e até o desenvolvimento da depressão pelo estresse vivenciado.

A descoberta do diagnóstico do idoso com a DA gera mudanças na dinâmica da família, sendo necessário eleger-se um cuidador que terá características que supra as necessidades e assuma o papel de cuidador principal tratando-se na maioria das vezes das mulheres que compõe a família, como aponta algumas pesquisas, havendo uma reorganização familiar, gerando conflitos pela imposição da função assumida (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012; BORGHI et al., 2013; MARINS, HANSEL; SILVA, 2016).

O cuidador esta intimamente ligado ao idoso com DA e este está inserido dentro do núcleo familiar, recaindo sobre ele a obrigatoriedade do cuidar, por vezes, desempenhando sozinho as atividades de cuidar do idoso e da casa, como abordado acima. Nessa perspectiva, o cuidador vê a necessidade de dividir as atribuições diárias com outras pessoas, de forma que

evite o desgaste provocado pelas situações de enfrentamento, buscando minimizar o efeito que a sobrecarga causa em sua vida (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012; GARCES et al., 2012).

Corroborando com os achados dessa pesquisa, Bremenkamp et al. (2014), e Mendes e Santos (2016) também referenciam a necessidade de atenção integral por ser apenas um cuidador, podendo haver o aumento do desgaste, devido este, renunciar para se dedicar ao cuidado exigido pelo idoso. Quando o sujeito abandona ou dedica parte de sua vida em função do outro, deixa para trás momentos de contentamento pessoal com atividade em seu benefício, perdendo a liberdade e a autonomia, pois a priori passa a ser o idoso cuidado.

Para os cuidadores, o ato de cuidar não é apenas dar atenção, de ser prestativo, principalmente por ser uma convivência diária e como o aumento dos sintomas neuropsiquiátricos, se transcende esses aspectos e irá permear o campo da constante preocupação com relação ao idoso cuidado o que poderá gerar desarmonia, pois se vive em constante estado de preocupação em relação a ele, como diagnosticado nessa pesquisa o medo do cuidador deixar o idoso sozinho e haver consequências para ambos (MENDES; SANTOS, 2016; STORTI et al., 2016).

Diante desse quadro vigente, nota-se que a função de cuidador de idosos principalmente dos que possuem alguma limitação seja ela física, comportamental ou cognitiva, como ocorrem na DA, transforma a vida do cuidador e as novas experiências causam impacto, principalmente no cuidador direto podendo alterar sua saúde física, emocional e social, devido ser uma doença de longo prazo que exige um cuidado contínuo, além das AVD's do próprio cuidador que se intensificam gerando sobrecarrega de trabalho, tendo o cuidador que entrelaçar o cuidado consigo, com o idoso e com as atividades domésticas a eles atribuídas (SENA; GONÇALVES, 2008).

Segundo Marins, Hansel e Silva (2016) é necessário atentar para a segurança do idoso com DA e que os cuidadores tenham um olhar mais apurado para supervisionar evitando que ocorram quedas, queimaduras, fugas entre outros cuidados que são específicos para lidar com a DA, dessa forma, gera uma sobrecarga de atividades, sentimentos de aflição e de medo, resultando no sofrimento do cuidador.

A equipe da ESF deve-se engajar na família do portador de Alzheimer e proporcionar cuidados multidisciplinares como o nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e psicólogo para que haja o acompanhamento durante todas as fases da doença. Nesse momento, o enfermeiro como gerenciador do cuidado, deve estar munido de conhecimento com relação ao diagnóstico situacional da sua comunidade, para que possam ser traçadas

intervenções de enfermagem efetivas com relação a orientações básicas, como o uso correto dos medicamentos, cuidados com o corpo e a pele e os casos de intercorrências como engasgo e prevenção de quedas (XIMENES; RICO; PEDREIRA, 2014), o que facilitará os cuidados prestados pelo cuidador.

Destarte, comprova-se com os achados dessa pesquisa que os cuidadores sofrem grande sobrecarga devido à falta de auxílio para realizar os cuidados, sendo necessário, portanto, que os profissionais da saúde principalmente os enfermeiros, que são incumbidos de cuidar da população em geral, tenham um olhar diferenciado para agir a partir da identificação das dificuldades vividas pelos cuidadores informais/família e pelo idoso com DA, gerando subsídios para que os mesmos tenham autonomia, reconheçam seu papel na sociedade, tenham vida saudável e se sintam aparados nos momentos de dificuldade.

### **5.2.2 Definição e planejamento das ações coletivas**

As ações foram conduzidas por finalidades e estratégias, elaboradas de acordo com o tema voltado para o DSC abordado nas temáticas e discutidos de maneira dinamizada. Os encontros aconteceram nos meses de outubro e novembro de 2018, em dias distintos.

Em pauta o planejamento de cada encontro realizado:

Primeiro encontro (31/10/2018)

Finalidade: Interagir o grupo e debater sobre conceito, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da DA, além de compartilhar os sentimentos gerados pela doença e estimular o altruísmo.

Estratégias:

- Realizar acolhida e apresentações;
- Execução de dinâmica de acolhimento para quebrar o gelo e demonstrar a importância de saber conduzir e superar os obstáculos que possa haver;
- Apresentação da finalidade, os objetivos e a técnica da pesquisa;
- Estabelecer as regras de convivência;
- Estabelecer roda de conversa para discussão do tema;
- Utilização de metodologia ativa-educativo para avaliar o conhecimento sobre os conteúdos discutidos;
- Realização de Ateliê para estimulação da memória afetiva;

- Finalização com *coffee break* e momento de descontração.

Segundo encontro (08/11/2018)

Finalidade: Dividir experiências acerca da doença e reafirmar o ato da espiritualidade como força para superar os obstáculos.

Estratégias:

- Acolhida de boas-vindas;
- Resumo do encontro anterior; estabelecer roda de conversa para discussão do tema;
- Utilização de metodologia ativa-educativo para compartilhamento de experiências e resolutividade de possíveis problemas gerados pela doença para o cuidador e o idoso;
- Sensibilização dos participantes através de dinâmicas sobre espiritualidade;
- Momento de reflexão e exposição dos pensamentos futuros para realização do cuidado;
- Dinâmica de encerramento para estimular responsabilidade e compartilhamento de atividades perante as dificuldades;
- Finalização com *coffee break* e momento de descontração.

### **5.2.3 Implementação das ações planejadas**

A realização das primeiras etapas como a entrevista foi de suma importância para o levantamento dos dados e necessário para que fossem planejadas e implementadas as ações. Para melhor compreensão detalha-se a seguir como foram desenvolvidas cada encontro.

#### **5.2.3.1 Primeira ação – Conhecendo a DA e trabalhando os sentimentos de altruísmo.**

O primeiro encontro ocorreu no mês de outubro do corrente ano, sendo definido através da categoria 01 e 03 do diagnóstico situacional: O vivenciar no cuidado ao idoso com Alzheimer como possibilidade de aprendizagem sobre a doença e O sentimento de altruísmo no cuidado ao idoso com Alzheimer. Nesta ação, estiveram presentes sete cuidadores. Ao

chegarem, as participantes foram acolhidas e orientadas a sentar em círculo. Em seguida, realizou-se a apresentação acadêmica da pesquisadora, expondo os objetivos da pesquisa e esclarecendo sobre o estudo e a temática a ser discutida naquela noite.

Para melhor interação do grupo foi solicitado que cada um se apresentasse dizendo seu nome, quem é a pessoa a quem eles prestam cuidados, quanto tempo de doença, há quanto tempo eles realizam os cuidados e algo que eles quisessem relatar sobre a vivência.

A aproximação dos participantes facilita na condução das atividades, dessa forma, foi realizada a dinâmica de acolhimento do “Guiar e ser guiado” com finalidade de demonstrar a importância de saber conduzir e superar os obstáculos que possam haver durante o período da doença. Para realização foi solicitado que formassem duplas sendo que cada um realizaria a condução do outro que estava vendado por obstáculos dispostos pelo salão de forma que preservasse a integridade do que estava sendo guiado, construindo um momento de descontração e harmonia do grupo.

A primeira metodologia utilizada foi a da “Árvore do conhecimento” com a finalidade de debater sobre conceito, sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da DA, desta forma, um ouvindo a fala do outro irá compartilhar saberes.

Com a sala disposta em roda de conversa, o desempenhar da atividade se deu pela impressão de imagens que retratassem os princípios e características principais do Alzheimer como a história da doença, a perda da memória, a agressividade, o sentimento de angústia, os tratamentos a não aceitação dos cuidados entre outros, que foram entregues aleatoriamente, porém seguiam uma sequência lógica de apresentação, e cada participante iria expor e retratar o significado da imagem para os outros participantes em seguida a facilitadora explicava com base científica dos artigos e documentos ministeriais o que cada imagem representava, após elas eram expostas em um mural desenhado no formato do cérebro para haver a fixação visual, ao final aconteceu a recapitulação do que foi explanado.

Pode-se observar que o conhecimento dos cuidadores é bastante proveitoso principalmente pelos relatos pessoais de como eles executam a rotina e como cada imagem está atrelada a situações vividas. Os participantes demonstraram ansia de aprender e fizeram perguntas pertinentes à temática e ao fim da fala individual, outros participantes sempre queriam também expor seus pensamentos, desta forma, gerando uma interação na fala de todos.

A segunda metodologia consistiu em abordar e estimular o compartilhamento dos sentimentos gerados pela doença de forma que os estimulassem a desenvolver ainda mais o

sentimento altruísta observado e analisado nas entrevistas. Para isso foi utilizado a metodologia do “Ateliê”, em que eles iriam construir através do seu conhecimento.

Previamente foi solicitado que todos trouxessem de casa uma ou mais fotos reveladas do seu idoso, os que não possuíam foram solicitados que enviasse para que fosse realizada a impressão. Em seguida foi solicitado que eles se dirigissem a uma mesa que continham elementos como folha branca, cola, pincéis, lápis coloridos, canetas, tesoura, adesivos, EVA’s com recortes em vários formatos, acessórios de colagem, imagens do tipo “*emoticons*”, gliter, ímãs entre outros que contribuíssem para o desenvolvimento do ateliê.

A pesquisadora dispôs folhas brancas sobre a mesa e solicitou que eles colassem a foto do seu idoso e em seguida com a utilização do material ofertado demonstrassem o sentimento que eles tinham pelo seu idoso, bem como pela sua relação com o cuidado, sendo acompanhado por um fundo musical de músicas clássicas aleatórias para propiciar ambiente agradável. Posteriormente foi solicitado que todos expusessem seu produto final e falassem sobre sua imagem e o que ela representa. Ao final com base nos artigos científicos, foi exposto pela pesquisadora a importância e como influencia os sentimentos na ação do cuidado.

Com essa atividade pode-se notar que cada um se concentrou bastante e se engajou na atividade, tratando o momento com leveza e tranquilidade. Em meio ao material tinham os que poderiam demonstrar sinais de insatisfação, tristeza, sofrimento ou algo do gênero, porém, o momento da exposição todos demonstraram sentimentos positivos principalmente de amor, com representação do coração em todas as produções como também através da fala, onde eles puderam falar um pouco sobre sua “obra de arte” visto que muitos utilizaram de sua imaginação para criar um belo painel que foi sugerido por eles levar para casa pra expor em sua residência.

**Figura 2- Dinâmica: Guiar e ser guiado****Figura 3- Metodologia Ativa: árvore do Conhecimento****Figura 4- Roda de conversa**

**Figuras 5 e 6- Ateliê com fotos e acessórios**



**Figura 7- Participantes da ação**



### 5.2.3.2 Segunda ação – Dividindo experiências acerca da doença e reafirmando o ato da espiritualidade como força para superar os obstáculos.

A segunda ação teve por base a categoria 02 e 04 do diagnóstico situacional que abordava: A espiritualidade como ferramenta do cuidado ao idoso com Alzheimer e Ausência de suporte na realização dos cuidados cotidianos ao idoso com Alzheimer. A ação consistiu em compartilhar e buscar soluções para as dificuldades diárias na realização do cuidado com base na metodologia da “Situação-Problema”, além de concluir o encontro reafirmando a busca pela espiritualidade como ferramenta de ânimo e fé para superar as dificuldades. Participaram desta etapa oito cuidadores.

O local foi preparado novamente com a disposição das cadeiras em círculo. Os cuidadores foram acolhidos e novamente se identificaram devido haver um novo cuidador na ação, na sequência, a pesquisadora abordou brevemente o conteúdo da primeira ação, para firmar conteúdo e orientar quem estava participando pela primeira vez.

Em segundo momento, foi iniciada a primeira metodologia ativa que estava voltada para a sobrecarga do cuidador. Previamente foram colocados em balões papéis com situações do cotidiano que eles citaram durante a entrevista que diagnosticava a sobrecarga, sendo mantido o anonimato do entrevistado. Os balões foram entregues aleatoriamente e eles foram orientados que se fosse sua fala não era necessário revelar a menos que quisessem se expor.

Na sequência a pesquisadora solicitou que formassem duplas e que um iria ler a situação-problema e o outro iria buscar uma forma de resolvê-lo em seguida os demais iriam dizer se concordam com a solução proposta e se dariam novas ferramentas para a resolutividade do problema, seguindo esse esquema até todos participarem.

Nesse momento, os participantes demonstraram interesse em participar através da fala, podendo se notar que ao longo da metodologia com a exposição das situações-problemas eles se identificavam com a fala do outro como algo que eles também vivenciam e alguns expuseram a fala como sendo a sua. Foi de suma importância esse momento, pois através da conversa eles buscaram solucionar o problema do outro e se viram em situações que eles ainda não tiveram a experiência, mas que poderiam ainda vivenciar.

O segundo momento consistiu em duas etapas de metodologias sendo a primeira o uso do jogo “quebra-cabeça” que formava uma imagem que se relacionava a abordagem sobre espiritualidade.

Eles foram orientados a seguir para a mesa onde estava disposto o jogo. Em coletividade todos deveriam montar o quebra-cabeça, para que assim, seguissem para a próxima etapa.

Durante a montagem do quebra-cabeça pode-se observar que alguns diziam logo de início: “...não vou conseguir montar. São muitas peças”; “...num tem a imagem dele feito, não?”, “...vamos passar a noite e não vamos montar”. Essas falas retratam a falta de otimismo para realização de uma atividade e isso também reflete nos cuidados diários, principalmente com idosos com DA que devido as fases da doença tem que se juntar peças de um “quebra-cabeça” que não há um modelo e assim conseguir desempenhar as atividades diárias e não apenas buscar o caminho mais fácil ou se entregar diante das dificuldades.

Em outra perspectiva, alguns participantes mostraram-se com força de vontade e empenho para montar o jogo, sempre estimulando os demais participantes e traçando estratégia para que concluíssem a atividade.

O segundo momento consistiu em um momento de reflexão acerca de como os cuidadores exercitam sua espiritualidade. Foi previamente organizado um espaço agradável onde os participantes se sentariam sobre um tapete ao chão, acompanhado de comidas, músicas de relaxamento e ambiente a meia luz. Nesse espaço a pesquisadora levantou a questão se eles sabiam a diferença entre religião e espiritualidade, sendo que todos eles conseguiram diferenciar, em seguida a pesquisadora explicou a diferença. Logo após eles por livre e espontânea vontade expuseram seus sentimentos espirituais acerca das condições vividas por eles e pelos idosos que cuidam.

Nesse momento também foi utilizado o “Jogo da Garrafa” para que cada um estimulasse o outro com apenas uma palavra que o motivasse a seguir em diante, e através do jogo pode-se notar que a palavra Fé e Paciência foram as prevalentes.

Ao final, como dinâmica de encerramento das atividades foi utilizada a “Caixa Surpresa”. A dinâmica consiste em o facilitador previamente prepara um embrulho com uma caixa dentro com algumas comidas, porém os participantes são informados que dentro poderá ter algo bom ou algo ruim como uma tarefa a cumprir ou um “mico” para pagar. A dinâmica tem finalidade de mostrar aos participantes que independentemente da situação a mesma deve ser enfrentada e que quem abrir a caixa deve decidir se irá partilhar o prêmio ou ficará para si, assim como os momentos de dificuldade se iremos buscar ajuda ou tentar enfrentar sozinhos.

O desenvolver da dinâmica se dá ao som de uma música que a caixa é passada de mão em mão por todos e quando a música para o que estiver segurando a caixa irá decidir se irá ficar com o que tem dentro ou se irá passar para um próximo participante. Nesse prisma,

quando o som parou a pessoa que pegou a caixa repassou para outro colega dizendo que preferia que ela ficasse por ser mais “desenrolada”. A que pegou também resolveu repassar falando que gostaria que todos participassem da brincadeira e a repassou. A terceira e última que recebeu a caixa resolveu ficar seguida da fala “eu vou ficar e enfrentar o que tem aqui dentro”. Ao final ela abriu e resolveu partilhar as comidas sem ser questionada, provando que a finalidade da dinâmica foi alcançada.

O último encontro se encerrou com um *coffee break* e com o sentimento de agradecimento da pesquisadora para com as participantes e dos participantes com a pesquisadora, sendo proposto pelos participantes do grupo para que ele não se encerre após a pesquisa.

**Figura 8- Metodologia da Situação-Problema**



**Figuras 09 e 10- Quebra-cabeça**



**Figuras 11 e 12: Momento de reflexão: praticando a espiritualidade**



## 5.2.4 Apresentação dos discursos coletivos da análise das ações

### Temática 03: Formas de aprendizagem

**Quadro 03– Categoria e número de cuidadores participantes das temáticas 03- Formas de aprendizagem. São José de Piranhas, PB, 2018.**

CATEGORIAS	Nº DE CUIDADORES
Categoria 3.1 - Compartilhando experiências como forma de aprendizagem na transformação dos cuidados ofertados.	08
Categoria 3.2 - Atividades contínuas de educação em saúde para o empoderamento dos cuidadores.	05

A quinta categoria aborda a percepção dos cuidadores diante da experiência de participar de ações educativas e o progresso do conhecimento advindo das ações. Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dessa categoria, participaram oito cuidadores (céu, nuvem, dia, estrela, noite, terra, árvore e mar).

#### **Categoria 3.1- Compartilhando experiências como forma de aprendizagem na transformação dos cuidados ofertados.**

*DSC05: É uma tarefa muito difícil viver em função de outra pessoa, cansa muito, tem hora que você precisa de um apoio, precisa de outras experiências, até para melhorar a assistência que você dá à pessoa que tá com Alzheimer e gostei bastante principalmente da forma como você abordou, as dinâmicas... você vê que o problema não é só na sua família, você vê que tem outras pessoas, que apesar de não ter cura, mas pelo menos você acalenta um pouco a preocupação que você tem, a tristeza que você passa... a gente adquire muita experiência um com o outro, compartilhar conhecimentos e aprender um pouco mais sobre a doença. Eu tenho certeza que se eu não tivesse participado eu não teria a visão que eu tenho agora no momento, que eu sabia que a doença em si ela já trazia consequências, mas eu vi de uma forma diferente e dinâmica que deu pra mim aprimorar realmente tudo que é a doença.*

O DSC05 proporciona a visão que para mudar a realidade do conhecimento deficiente é necessário que se dinamize o modo como as informações são compartilhadas, constatando que a aprendizagem baseada na troca de experiências atenua os problemas experienciados no cotidiano, pois são comuns para todos os envolvidos com a DA.

É notório discurso dos cuidadores, que participar das ações em saúde proporcionou mudanças na concepção que tinham sobre a DA, podendo haver melhorias tanto para o cuidador que aprofundou seu conhecimento, podendo prestar melhor assistência, quanto para o idoso que terá suas necessidades supridas com um olhar diferenciado através da segurança do cuidador adquirida pelo conhecimento.

Nesse contexto Lindolpho et al. (2013), aborda os sentimentos de solidão e abandono que os cuidadores relatam em seus estudos, porém, quando colocados lado a lado os cuidadores se identificam com a vivência de outros cuidadores de idosos, percebendo que há alguém com os mesmos problemas que os seus ou até maiores, trazendo para os cuidadores um consolo e força para lidar com as situações vividas. A formação de grupos é essencial para unir pessoas que vivem situações semelhantes, dessa forma, eles trocaram experiências e aprendem um com o outro.

A criação de grupos facilita a interação entre pessoas que partilham da mesma experiência, como é o caso dos cuidadores de idosos com DA. Dessa forma, eles expõem suas limitações, aprendem estratégias para lidar com elas e ensinam aos demais participantes experiências que podem ainda não ter sido vivenciada. Diante disso, quando se visualiza situações ainda não experienciadas o cuidador é capaz de traçar planos que possam contribuir para modificar a realidade proporcionando melhora no quadro de saúde, se tornando protagonistas do cuidado (ZAMPIERI et al., 2010).

De acordo com Queluz et al. (2018), um cuidador que participa de intervenções em habilidades sociais com profissionais de saúde e outros cuidadores, se sentem seguros em indagar sobre aspectos da doença, conseguem transparecer seus sentimentos e dialogar quando algo está lhe incomodando.

De acordo com o DSC a ação proporcionou aos cuidadores a reflexão sobre suas ações permitindo mudar a forma como eles enxergavam a doença, o que vai de encontro com os achados de Pereira, Vieira e Filho (2011), que a educação deve proporcionar momentos de reflexão e ações sensíveis, deixando o indivíduo livre para realizar suas escolhas diante do que foi exposto. A educação em saúde objetiva proporcionar essa educação libertadora através da interação entre usuário e profissionais da saúde, capacitando-os por meio de encontros que abordem temas relevantes, proporcionando o diálogo e troca de experiências.

É necessário que para proporcionar educação em saúde se trabalhe temas relevantes para o público-alvo. A indagação é como abordar temas da saúde de forma prática, clara e objetiva, para que se possa formar atores sociais, protagonistas do cuidado. Para isso é

necessário intervir utilizando tecnologias leves do cuidado como as metodologias de ensino em saúde.

As tecnologias leves compreendem o campo de atuação que os atuais profissionais de saúde buscam implantar nos sistemas de saúde. Sua essência se forma na mudança do modelo biomédico e hospitalocêntrico, que é o modelo de saúde com foco na apenas nos fatores biológicos, ou seja, na doença e em cuidados utilizando tecnologias duras e leve duras, ou seja, buscando, por vezes, tratar apenas a doença, sem visualizar o paciente em seus fatores social e psicológico.

A tecnologia leve do cuidado irá visualizar o ser humano em todas as suas dimensionalidades, buscando suprir as necessidades através da promoção e prevenção da saúde, tornando o cuidado humanizado, isso se dá a partir do momento que a doença deixa de ser o foco e sim o paciente.

Destarte, para promover a saúde utiliza-se métodos que facilitem a compreensão do público alvo, como é o caso das metodologias ativas de ensino, que utilizam da criatividade do facilitador, criando grupos de estudos e dinamizando o aprendizado através de jogos, dinâmicas, musicoterapia, aprendizagem baseada em problemas, entre outros, para que se tenha interação e conhecimento, ou seja, mediadas pelas tecnologias leves.

Para Moreira et al. (2018) e Martins et al. (2007), o cuidador deve saber distinguir seu papel no cuidado e quais as limitações existentes no idoso. Os conhecimentos que serão difundidos pelos profissionais de saúde devem fornecer subsídios para que os cuidadores supram suas carências e os sensibilizem para que se adaptem a realidade. Após essa etapa eles que irão decidir se a aprendizagem foi ou não significativa.

As atividades devem ser conduzidas apresentando aos cuidadores o devido manejo com a doença, com as condições socioeconômicas e com o próprio cuidador, pois cuidar de um idoso fragilizado é uma tarefa árdua que exige cautela. É necessário que o foco seja em práticas que propicie pontos positivos no manejo do cuidado, estimulando a um cuidado contínuo e de qualidade, sem que o cuidador se sinta desconfortável ou sobrecarregado, respondendo aos seus principais anseios (CARDOSO et al., 2018).

Como diagnosticado na fala dos cuidadores, as metodologias educativas contribuem para que haja engajamento dos participantes e para que o conhecimento seja descomplicado, mudando a perspectiva acerca do cuidado com idosos com DA proporcionando conforto, segurança e empoderamento.

A sexta categoria aborda as sugestões propostas pelos participantes para criação de novos grupos educativos. Para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) dessa categoria, participaram cinco cuidadores (céu, nuvem, estrela, árvore e mar).

### **Categoria 3.2- Atividades contínuas de educação em saúde para o empoderamento dos cuidadores**

*DSC06: Tipo a capacitação que aconteceu, foi muito valiosa... pudesse continuar, uma continuação, uma formação vamos dizer assim, e ir ampliando mais o conhecimento de cada um, mais ideias novas surgirão...se unir várias pessoas, cada uma de um grupo diferente, como por exemplo a família, parentes que estão ali, cuidadores, os próprios profissionais de saúde, o próprio município, então isso vai ser uma cadeia imensa e ali vai despertar em outras pessoas que não fazem parte, o desejo de fazer parte, que a gente sabe que quando uma coisa vai funcionando vai criando a curiosidade no outro.*

O DSC06 amplia a visão de que por meio do conhecimento o ser humano será capaz de tomar suas próprias decisões, sabendo agir diante das situações que a vida irá impor. O anseio por aprender está explícito na fala dos cuidadores, principalmente o conhecimento adquirido em grupo, visando à necessidade de criar um elo entre os profissionais da saúde, as autoridades responsáveis pelo município e os cuidadores/família, para que possa ser prestado o cuidado de qualidade, bem como estimular a participação de novos membros em grupos educativos.

Por se tratar de uma doença que exige máxima atenção é fundamental que as pessoas envolvidas no cuidado estejam esclarecidas sobre o processo patológico da DA, pois só assim irá haver verdadeira contribuição social. Os profissionais que compõe a equipe da AB são facilitadores e formadores de opinião, estes devem estar aptos a orientar os cuidadores na realização dos procedimentos diários, como também supervisionar diretamente o idoso com DA e sua família, não se distanciando da realidade, mas contribuindo para que o cuidador possa sistematizar suas habilidades para solucionar possíveis problemas (MENDES; SANTOS, 2016; SALES; REGINATO; PESSALACIA; KUZNIER, 2011; WARMLING et al., 2016).

A união de grupos de estudo pode propiciar que surjam novas ideias, novas amizades, e novo conhecimento, principalmente quando se trata de promover Educação em Saúde. As ações mediatizadoras permite que os cuidadores se enxerguem no outro, saiam do seu mundo particular e através de momentos de descontração e dinamicidade se sintam acolhidos e abertos a novas possibilidades.

O termo Educação em Saúde surge da fusão do campo da educação e da saúde, podendo permeiar várias concepções sobre o termo. Para que ela apresente caráter formador deve superar os limites dos conteúdos disciplinares e se expandir para o aprendizado necessário que alcance os objetivos propostos, dando subsídios para que o indivíduo repense seu papel social, analisando fatores positivos e negativos (MARINHO; SILVA, 2015).

A necessidade que os cuidadores relatam na pesquisa em ter educação contínua deve ser analisada pela ESF, pois de acordo com Santiago e Luz (2012) é nela que estão as principais ações da AB de saúde, onde o pilar das ações é a prevenção e a promoção da saúde, devendo se realizar ações de cunho individual e coletivo, incentivando a participação do sujeito, porém a crítica é que o que ainda predomina é a educação bancária, ou seja, o depósito de conteúdos que não estão atrelados à realidade.

Para compreender o processo de educação é necessário analisar a pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire sobre o desenvolvimento de práticas educativas. Para ele quem irá repassar o conhecimento, ou seja, o educador deve demonstrar segurança para que se conquiste o educando e ele possa confiar e dialogar com o educador sobre assuntos que permeiam seu campo de estudo e social, para que assim possa haver investigação, crítica, reflexão e transformação (FREIRE, 2006).

A educação libertadora e problematizadora irá respeitar o senso comum e a criatividade do educando, superando a consciência ingênua-transitiva incentivando a curiosidade do educando, que irá gerar uma pergunta pela reflexão crítica a partir de uma problematização real, sem que mude sua essência. Superando essa fase o educando é capaz de enfrentar a realidade e moldá-la (FREIRE, 2011).

É através do diálogo que acontece a troca de experiências, que possibilita a liberdade de expressão dos indivíduos, respeitando sua identidade, realizando um diálogo entre o saber do educador e o senso comum, sendo esse saber chamado por Freire de *experiência feito*, que é resultado das experiências na sociedade cultural (FREIRE, 2006).

A educação é a principal ferramenta que a sociedade tem para conseguir se expressar e adquirir conhecimentos. Assim sendo, a educação facilita o processo de aprendizagem permitindo com que o público alvo viva em constante reflexão das suas ações, baseado na prática em união com os princípios científicos, podendo assim mudar ou aprimorar suas concepções e se empoderar, dessa forma proporcionando melhor cuidado aos idosos com DA.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DA é a demência mais comum em todo o mundo. Suas alterações biológicas, sociais, motoras e cognitivas, impossibilita o idoso a continuar a exercer suas atividades de vida diária, necessitando que alguém intervenha. Nesse contexto, surgem os cuidadores de idosos com DA que geralmente são os familiares, em sua maioria mulheres, que não possuem formação específica para exercer o cuidado e lidar com as dificuldades dele advindo, sendo necessária a elaboração de estratégias para proporcionar melhor qualidade de vida aos idosos e aos cuidadores.

Com a presente pesquisa, através do diagnóstico situacional, pode-se identificar que ao assumir o papel de cuidador eles se sentiam leigos perante o que é a Doença de Alzheimer, tendo que se adaptar a nova rotina, enfrentarem diversas dificuldades para exercer o cuidado, principalmente no início da doença, devido as grandes alterações que ocorrem, como também pela associação que os cuidadores faziam com outras demências relacionadas à velhice e a sobrecarga de trabalho pelas atividades exercidas.

Constatou-se nessa pesquisa que através da convivência com o idoso os cuidadores passaram a compreender melhor as implicações do Alzheimer, construindo a aprendizagem através das situações cotidianas, entendendo que é uma doença genética, que afeta a memória recente, prejudicando a vida do paciente de modo geral, em fazer ou cumprir tarefas simples e que possui diversas fases e é através das dificuldades experienciadas que eles conseguiram traçar estratégias para lidar com o idoso.

Como abordado, a prática do altruísmo e da espiritualidade foram estratégias que os cuidadores encontram para minimizar as dificuldades, buscando forças no amor, na paciência e na crença, tentando tornar os dias mais leves, buscando suprir não somente as necessidades físicas do idoso, mas também as necessidades de afeto, carinho, atenção que são primordiais para que se exerça um bom cuidado, bem como ter em Deus a principal motivação para continuar na batalha diária.

Apesar das práticas do altruísmo e da espiritualidade serem de fundamental importância no cuidado é necessário que os cuidadores tenham o conhecimento científico do que é a doença, para assim eles poderem se empoderar e agir diante das situações e promover a saúde do idoso prevenindo possíveis agravos, fato esse que devia ser o foco da ESF em proporcionar momentos educativos, principalmente no início do diagnóstico de DA para que os cuidadores e os idosos não se sintam desamparados pelos profissionais de saúde.

A instrução do cuidador é capaz de modificar sua realidade, exercer sua função com segurança, repassar para os demais o conhecimento adquirido e assim proporcionar a todos uma atenção qualificada.

Nesse estudo, pode identificar as diversas lacunas que existiam na realização do cuidado, como a necessidade de aprimorar os conhecimentos sobre a DA e principalmente as dificuldades que geram sobrecarga de trabalho no cuidador e estes buscam suprir essas carências através dos sentimentos e da espiritualidade, para assim, poder realizar o cuidado.

Na realização da avaliação das ações com os cuidadores pode-se observar e constatar através dos discursos que a utilização de dinâmicas, círculos de cultura, jogos educativos nas ações educativas em saúde, proporcionaram momentos de aprendizagem para o cuidador e para o educador/facilitador, pois a interação em grupos educativos permitiu com que mesmo sem ter experienciado, um se veja na situação que o outro vivencia e dessa forma, contribuiu com estratégias que sanassem as necessidades.

Também na realização da avaliação das ações a necessidade da educação continuada, principalmente na formação de grupos com a participação de cuidadores e profissionais competentes, foi expressa pelos cuidadores como ferramenta para auxiliar no cuidado, pois por eles foram identificadas nas ações educativas realizadas, a promoção do conhecimento compartilhado e como esse contribuiu para uma visão positiva da doença, bem como o desejo por eles expresso de continuar o grupo de apoio aos cuidadores informais de idosos com DA.

É necessário salientar que os resultados obtidos nesta investigação apresentam limitações, já que com o levantamento dos dados, foi obtido um número maior de cuidadores no município, porém de acordo com os critérios de inclusão e exclusão alguns não se enquadram na pesquisa e outros não quiseram participar, além disso, na realização das ações parte dos cuidadores entrevistados alegaram não poder participar por motivos pessoais.

É necessário que os profissionais de saúde e pesquisadores se unam para promover educação aos cuidadores de idosos com DA, buscando sanar as principais dificuldades, buscando novas tecnologias em saúde. É através da educação que irá se diminuir os agravos na saúde do idoso e do cuidador, que se dedica fielmente ao cumprimento de suas atividades.

Sugere-se que sejam realizados mais estudos em grupos de cuidadores de idoso com Alzheimer, bem como com o próprio portador de Alzheimer, principalmente no atual cenário nacional, pois a população brasileira de idosos tende a crescer, proporcionando possíveis novas carências e situações, bem como abordar outros aspectos. Igualmente, a

metodologia da pesquisa-ação foi efetiva para a construção dessa pesquisa e teve boa aceitação pelo público, podendo ser ferramenta metodológica por outros pesquisadores.

Destarte, compreende-se que atividades de educação em saúde proporciona o empoderamento de cuidadores de idosos com DA e que o conhecimento deve ser compartilhado e analisado o impacto que ele implica na vida dos cuidadores e dos idosos com DA. É através da educação em saúde que podem se identificar todo o processo e os impactos que a DA causa, podendo intervir e tornar o indivíduo ator social, protagonista do cuidado.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, T. M. O; et. al. A implementação de metodologias ativas para capacitação dos cuidadores informais de idosos. **Rev. CIEH**, v.1, 2017, INSS 2318-0854.

ANDRADE, T. S. **Sobrecarga de trabalho aos cuidadores de idosos: equipe de saúde da família centro, unidade básica de saúde Alvim Álvares da Silva, em Morada Nova de Minas- Minas Gerais**. Minas Gerais, 44p, 2015.

ARAÚJO, C. L. O; OLIVEIRA, J. F; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil, 2012. v.15, n.2. p.119-137. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13109/9638> Acesso em: 15. nov. 2018.

AVELINO, A. C. A et al. O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família. **Rev. Enf. Ref.** Coimbra, v. 3, n. 9, p.75-83, mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000100008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100008) Acesso em: 30 jun. 2018

BATSCH, N. L; MITTELMAN M. S. **World Alzheimer Report 2012 Overcoming the stigma of dementia**. Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report, 2012.

BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan.-abr. 2012.

BAUAB, P; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014. Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000200339&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200339&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 15. nov. 2018.

BEUSCHER, V; GRANDO, V. T. Using Spirituality to Cope with Early Stage Alzheimer's disease. **West J Nurs Res.**, v. 31, n.5, p. 583–598. Published online, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079522/?tool=pubmed> Acesso em 18/11/2018.

BORGES, C. L et. al. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v.9, n. 4, p. 7474-81, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13606/16436> Acesso em: 20. nov.2018.

BORGHI, A. C et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf) Acesso em: 27. nov.2018.

BRASIL, **Classificação Brasileira de Ocupações. Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Políticas Públicas de Emprego**. 3ª ed, v.1, p. 828. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_, Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016**. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer** (Relatório de recomendação). n. 285, 2017. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Relatorio\\_PCDTDoen%C3%A7a\\_de\\_Alzheimer\\_267\\_17\\_final\\_SEC1207.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Relatorio_PCDTDoen%C3%A7a_de_Alzheimer_267_17_final_SEC1207.pdf). Acesso em: 22 jun. 2018.

BREMENKAMP, M. G et al. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n. 4, p. 763-773, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00763.pdf> Acesso em: 23; nov. 2018.

BRUM, A. K. R et al . Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, p. 619-624, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a25.pdf> Acesso em: 17. nov. 2018.

BUOGO, M; CASTRO, G. Memorial de formação: um dispositivo de aprendizagem reflexiva para o cuidado em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, p. 431-449, ago. 2013 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462013000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000200010&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 17. nov. 2018.

CARDOSO, R.S. S et al . Tecnologia educacional: um instrumento dinamizador do cuidado com idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 2, p. 786-792, Brasília, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301135&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301135&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 21. nov. 2018.

CELMA, M.; ACUNÃ, A. Influencia de la feminización de la Enfermería en su desarrollo profesional. **Rev. Antropo. Experi.**, v. 9, n. 9, p. 19-136, 2009.

COELHO, G.S; ALVIM, N. A. T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 57, n. 5, p. 541-544, 2004 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 24. nov. 2018.

CÓRDOBA, A. M. C.; APARÍCIO, M. J. G. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. **Pensam. psicol.**, Cali, v. 12, n. 1, p. 149-167, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-89612014000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011). Acesso em: 29 mai. 2018.

CUNHA, J. P. **Alfabetização em saúde de cuidadores informais de idosos com Alzheimer**. 2017, 95f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.

EVANGELISTA, J. F. L. **A expansão urbana de São José de Piranhas - PB**. 2015, 60f. Monografia (UFCG / CFP/ UNAGEO) Cajazeiras: UFCG, 2015.

- FERNANDEZ-CALVO, Bernardino et al . Resilience in caregivers of persons with Alzheimer's disease: A human condition to overcome caregiver vulnerability. **Estud. psicol.(Natal)**, Natal , v. 21, n. 2, p. 125-133, June 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2016000200125](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000200125)>. Acesso em: 05 Jul. 2018.
- FERREIRA, A. B. H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FONTELLES, M. J.; SIMÕES M. G.; FARIAS S. H.; FONTELLES R. G. S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Rev. para. med.** v.3 n.23 , jul-set. 2009. Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia – UNAMA, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.
- FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo. v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf> Acesso em: 13 jul.2018.
- FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2011.
- FREIRE, P. Pedagogia da Esperança. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2006.
- FU, A. K. Y et al. IL-33 ameliorates Alzheimer's disease-like pathology and cognitive decline. **PNAS**. Published online, E2705–E2713. April , 2016. Disponível em; <http://www.pnas.org/content/113/19/E2705>. Acesso em: 27 jun. 2018.
- 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?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 12. nov. 2018.
- GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. - Métodos de pesquisa; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – **Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS**. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 120p, 2009.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada para 2017**. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sao-jose-de-piranhas/panorama>>. Acesso em: 07 jun. 2018.
- ILHA, S et al. (Re)organização das famílias de idosos com Alzheimer: percepção de docentes à luz da complexidade. **Esc Anna Nery Rev. Enf.**, 2015; v. 2 n.19, p. 331-337. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0331.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2018.
- LAMPERT, C. D. T; SCORTEGAGNA, S. A; GRZYBOVSKI, D. Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência. **REAd. Rev. eletrôn. adm. (Porto Alegre)**, Porto Alegre , v. 22, n. 3, p. 360-380, 2016. Disponível em:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-23112016000300360&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-23112016000300360&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 22 maio 2018.
- LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n. 2, p. 502-507, abr/jun. 2014.
- LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2005a.
- LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. **Depoimentos e discursos**. Brasília: Liberlivro, 2005b.
- LIMA, M. F. **São José de Piranhas: um pouco de sua história**. Editora Real, 2010.
- LINDOLPHO, M. C et. al. O impacto da atuação dos enfermeiros na perspectiva dos cuidadores de idosos com demência. **res.: fundam. care. online**, v.6, n. 3, p.1078-1089, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750623032.pdf> Acesso em: 26. nov. 2018.
- LINS, A. E. S; ROSAS, C; NERI, A. L.. Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 330-341, 2018 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000300330&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300330&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 23. nov. 2018.
- MARIM, C. M et al. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. spe, p. 267-275, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700033&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700033&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 20. nov. 2018.
- MARINHO, J. C. B; SILVA, J. A. Concepções e implicações da aprendizagem no campo da educação em saúde. **Ens. Pesqui. Educ. Ciênc. (Belo Horizonte)**, v. 17, n. 2, p. 351-371, Belo Horizonte, MG, ago. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-21172015000200351&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-21172015000200351&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 23. nov. 2018.
- MARINS, A. M. F; HANSEL, C. G; SILVA, J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000200352&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200352&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 14. nov. 2018.
- MARSH, S. E et al. The adaptive immune system restrains Alzheimer's disease pathogenesis by modulating microglial function. **Proc. Natl. Acad. Sci. EUA**. v.113, n. 9, 2016. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/113/9/E1316> Acesso em: 27. nov. 2018.
- MARTINS, J. J et al . Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 2, p. 254-262, jun. 2007

. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 24. nov. 2018

MENDES, C. F. M; SANTOS, A. L. S. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 121-132, Mar. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00121.pdf> Acesso em: 04. nov. 2018.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, A. C. A et al . Efetividade da intervenção educativa no conhecimento-atitude-prática de cuidadores de idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 3, p. 1055-1062, maio 2018 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301055&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301055&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 3. nov. 2018.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 1978, Rio de Janeiro, Zahar.

OLIVEIRA, K. S. A; LUCENA, M. C.M. D; ALCHIERI, J. C. Estresse em cuidadores de pacientes com Alzheimer: uma revisão de literatura. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 14, n. 1, p. 47-64, abr. 2014 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812014000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100004) Acesso em: 22. nov. 2018.

PARASKEVAIDI, M; et al. Differential diagnosis of Alzheimer's disease using spectrochemical analysis of blood. **PNAS**, Published online ISSN: 1091-6490 v. 114 n. 38, E7929-E7938, 2017. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/114/38/E7929>. Acesso em: 04 jul. 2018.

PAVARINI, S. C. I. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n.3, p. 580-90, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a04.pdf> Acesso em: 14. nov. 2018.

PEREIRA, A. V; VIEIRA, A. L. S; FILHO, A. A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 25-41, jun. 2011 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000100003&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 22. nov. 2018.

PEREIRA, R. M. G. **Impacto da Anosognosia Relacionada à Demência de Alzheimer na Qualidade de Vida de Cuidadores**. 2014. 74f, Dissertação (Mestrado Acadêmico Ciências do Comportamento Área de Concentração: Cognição e Neurociência do Comportamento). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2014.

QUELUZ, F. N. F. R et al . Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores Familiares de Idosos (ihs-ci): Relações com Indicadores de Bem-Estar Psicológico. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto , v. 26, n. 2, p. 537-564, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2358-18832018000200537&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000200537&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 25. nov. 2018.

SALES, A.C et al. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de Alzheimer. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v.1, n. 4, p. 492-502, 2011. Disponível em : <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/141/239> Acesso em: 20. nov. 2018.

SANTIAGO, R. F; LUZ, M. H. B. A. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 1, n.1, p. 136-142, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/511> Acesso em: 18. nov. 2018.

SANTOS, P. D. S et al . Capacitação do familiar cuidador com a aplicação da Tecnologia Educativa em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 3, p. 1135-1143, maio 2018 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000301135&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301135&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 11. nov. 2018.

SEIMA, M. D; LENARDT, M. H; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 233-240, 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200233&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200233&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 junho 2018.

SENA, E. L. S; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 2, p. 232-240, 2008 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 23. nov. 2018.

SILVA, J. C et al. Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. **Rev. Bras Enferm.**, v. 64, n. 3, pág. 592-595, 2011.

SOBRAL, M; PESTANA, M. H; PAUL, C. Cognitive reserve and the severity of Alzheimer's disease. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 73, n. 6, p. 480-486, Jun., 2015 . Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2015000600480](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000600480) Acesso em: 15. nov. 2018.

SOUZA, E. N et al . RELAÇÃO ENTRE A ESPERANÇA E A ESPIRITUALIDADE DE IDOSOS CUIDADORES. **Texto contexto - enferm.** v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000300312&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300312&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em: 28.nov.2018.

STORTI, L. B et al. Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24:e2751, 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02751.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02751.pdf) Acesso em: 12. Nov.2018

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16a ed. São Paulo: Cortez; 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-Ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo.** 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

VIEIRA, C. P. B et al . Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 570-579, Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jul. 2018.

VIZZACHI, B. A et al. A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. **Rev Esc Enferm USP**, v.49 n. 6, p.933-938, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reensp/v49n6/pt\\_0080-6234-reensp-49-06-0933.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reensp/v49n6/pt_0080-6234-reensp-49-06-0933.pdf) Acesso em: 12/11/2018.

WARMLING, C. M et al . Ensino da bioética: avaliação de um objeto virtual de aprendizagem. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 3, p. 503-514, Brasília, dez. 2016 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422016000300503&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300503&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 26. nov. 2018.

XIMENES, M.A; RICO, B.L.D; PEDREIRA, R.Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 2, p.121-140, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21630/15877> Acesso em: 13. nov. 2018.

ZAMPIERI, M. F. M et al . Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 4, p. 719-727, dez. 2010 .Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400015&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 26. nov.2018.

## APÊNDICES

APÊNDICE A  
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Entrevista n°. \_\_\_\_\_.

**Questões norteadas:**

1. Qual o seu entendimento sobre a doença de Alzheimer?
2. Quais as suas atribuições enquanto cuidador de uma pessoa idosa com Alzheimer?
3. Quais problemas ou dificuldades você percebe no seu cotidiano para a realização do seu cuidado?
4. Que ações ou atividades educativas você acredita que seriam importantes serem realizadas com os cuidadores de idosos com Alzheimer?

APÊNDICE B  
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DAS AÇÕES  
EDUCATIVAS

Entrevista nº. \_\_\_\_\_.

**Questões norteadas:**

1. O que significou para você a experiência em participar dessas ações educativas?
2. Que sugestões você poderia acrescentar para a realização de novos grupos educativos?
3. Após as ações educativas entendimento que você tinha sobre Alzheimer mudou?

## APÊNDICE C

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro(a) Participante,

A Sr(a). está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **“Práticas educativas para o empoderamento de cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer”** que possui como objetivo possibilitar o empoderamento de cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer por meio de práticas educativas. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a entrevista que poderá ser gravada se o(a) Sr(a). concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, tendo em vista que não há procedimentos invasivos, porém poderá transcorrer constrangimentos ou desconfortos devido ser um tema que ainda permeia o conhecimento empirista. Neste caso, a pesquisadora estará disposta a intervir para proporcionar o apoio necessário, interromper a entrevista ou as ações em qualquer fase que estejam, como também poderá dar a opção de retornar a etapa da pesquisa de onde foi interrompida.

No entanto, benefícios inúmeros procederão perante a sua cooperação, tais como o proporcionar o empoderamento dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca das doenças, bem como medidas para qualificação do cuidado por meio de intervenções educativas com vistas a transformar a realidade vivenciada por este segmento populacional.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Caso aceite o convite, você participará de reuniões e entrevistas. Vale lembrar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: acadêmica de enfermagem **Thaynara Maria Oliveira de Albuquerque**: (83) 99349-8157; e Orientador da pesquisa **Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes**: (85) 99922-1287.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras,

CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do (a) participante**

---

**Assinatura do (a) pesquisador(a)**

## APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, \_\_\_\_\_, AUTORIZO o uso de minha imagem em todo e qualquer material entre fotos e documentos, para ser utilizada no trabalho de conclusão de curso, bem como na sua apresentação da discente Thaynara Maria Oliveira de Albuquerque, que tem como título PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O EMPONDERAMENTO DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

(Assinatura)

**ANEXOS**

## ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP- UFCG)

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

**Pesquisador:** Marcelo Costa Fernandes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 94750218.0.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.904.843

**Apresentação do Projeto:**

O projeto PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA O EMPODERAMENTO DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER, se caracteriza como um estudo descritivo de abordagem qualitativa e sistematizada pela metodologia do tipo pesquisa-ação. Os participantes dessa pesquisa serão os cuidadores informais de idosos portadores da Doença de Alzheimer em todo território que abrange a cidade de São José de Piranhas, no estado da Paraíba, sendo registrados no município 12 cuidadores de idosos com DA. Para qualificar a pesquisa será utilizado como critério de inclusão: cuidadores de idosos que independente de formação acadêmica exerça cuidado direto e domiciliar a um familiar ou não, sendo o idoso portador de laudo comprobatório de Doença de Alzheimer. Como critério de exclusão: cuidadores que não se encontrarem nas residências após três visitas consecutivas para o levantamento dos problemas e situações vivenciadas. A entrevista se realizará por meio de questões pertinentes ao tema, abertas e claras, evitando duplo sentido, com linguagem simples e com uma sequência lógica, favorecendo a liberdade de respostas, a mesma será gravada, com autorização prévia dos participantes e com esclarecimentos de que as gravações não serão divulgadas, mantendo seu anonimato. O local de escolha deve favorecer a privacidade dos participantes. Após a constatação das problemáticas levantadas na primeira etapa, diagnóstico situacional, serão colocadas em prática as ações através de círculos de cultura, rodas de conversa e seminários, a fim de valorizar a participação ativa dos cuidadores, tornando-os protagonistas na construção de alternativas para solucionar as questões

**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

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.904.843

que ainda envolvem a Doença de Alzheimer nesse segmento populacional. Todas as ações seguirão um cronograma e ao final de cada ação serão elencados os pontos positivos e negativos e as possíveis mudanças para sanar as necessidades.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL:**

\* Possibilitar o empoderamento de cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer por meio de práticas educativas.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- \* Identificar as lacunas nos conhecimentos dos cuidadores sobre a Doença de Alzheimer;
- \* Apreender as principais dificuldades vivenciadas pelos cuidados no cuidado ao idoso com Alzheimer;
- \* Elaborar plano de ações de caráter educativo em conjunto, pesquisador e pesquisados, a partir da problemática identificada.
- \* Implementar ações educativas que fomentem novos saberes aos cuidados informais de idosos com Alzheimer;
- \* Averiguar, a partir dos discursos dos cuidadores informais, a percepção sobre as ações educativas desenvolvidas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** riscos mínimos, tendo em vista que não há procedimentos invasivos, porém poderá transcorrer constrangimentos ou desconfortos devido ser um tema que ainda permeia o conhecimento empirista. Neste caso, a pesquisadora estará disposta a intervir para proporcionar o apoio necessário, interromper a entrevista ou as ações em qualquer fase que estejam, como também poderá dar a opção de retornar a etapa da pesquisa de onde foi interrompida.

**BENEFÍCIOS:** benefícios inúmeros procederão perante a sua cooperação, tais como o proporcionar o empoderamento dos cuidadores de idosos com Alzheimer acerca das doenças, bem como medidas para qualificação do cuidado por meio de intervenções educativas com vistas a transformar a realidade vivenciada por este segmento populacional.

**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

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.904.843

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo proposto apresenta grande relevância à saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos exigidos como requisito para aprovação estão em conformidade com as exigências do CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Projeto está bem estruturado. Dessa forma, sou de parecer favorável a aprovação do mesmo, salvo melhor juízo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1186561.pdf	27/07/2018 19:01:15		Aceito
Outros	Roteiroposintervencao.docx	27/07/2018 19:00:44	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Roteirodiagnosticositucional.docx	27/07/2018 19:00:26	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Termodecompromissoaluna.jpg	27/07/2018 18:59:48	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	responsabilidadeorientador.pdf	27/07/2018 18:59:27	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Termodeanuencia.jpg	27/07/2018 18:58:56	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/07/2018 18:58:35	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoThaynara.docx	27/07/2018 18:58:26	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	27/07/2018 18:58:02	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	27/07/2018 18:57:48	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	27/07/2018 18:57:22	Marcelo Costa Fernandes	Aceito

**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

UFCG - CENTRO DE  
FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.904.843

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAJAZEIRAS, 19 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Paulo Roberto de Medeiros**  
**(Coordenador(a))**

**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 – TERMO DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFCG  
SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS-PB

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos que para os devidos fins que a pesquisa intitulada: “**Práticas educativas para o empoderamento de cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer**”, a ser desenvolvida pela aluna Thaynara Maria Oliveira de Albuquerque, do curso de graduação de enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), sob orientação do Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes, esta autorizada para ser realizada junto a esse serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Secretaria de Saúde de São José de Piranhas, fica condicionada a apresentação da certidão de aprovação por comitê de Ética em pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem Mais.

Cajazeiras- PB, 11 de julho de 2018.

Ana Paula Cavalcanti Lacerda  
Secretária de Saúde

Dra. Ana Paula C. L. do Nascimento  
Secretária de Saúde do Município  
Port. 006 / 2017