

# O ALZHEIMER E O PAPEL DO CUIDADOR FAMILIAR COM ÊNFASE NAS ESTRATÉGIAS DO ENFERMEIRO

MACHADO, Sonia de Fátima<sup>1</sup>  
OLIVEIRA, Maria Angelina da Rocha<sup>2</sup>  
PEREIRA, Mateus Oliveira<sup>3</sup>  
REIS, Veronice Kramer da Rosa<sup>4</sup>

## RESUMO

Este estudo procura identificar através da metodologia de análise bibliográfica e descritiva sobre a ótica de diversos autores, o papel do cuidador familiar em relação ao paciente com Alzheimer e as estratégias do enfermeiro frente ao assistencialismo. Na perspectiva de se observar o aumento populacional dos idosos mundialmente e da doença neurodegenerativa que mais os acometem, que é o Alzheimer. Diante disso, a família do portador busca ou demonstra o interesse em obter conhecimentos que possam contribuir para o cuidado prestado, uma vez que é necessário planejamento e readaptação de cada indivíduo na medida em que a doença evoluir. Cabendo ao enfermeiro, o papel fundamental de educar continuadamente as atividades a serem desenvolvidas, orientações, supervisões e execuções desses cuidados. Além da imperiosa presença de uma equipe multiprofissional no levantamento das demandas assistenciais que visem melhorar a condição de vida do enfermo no processo saúde-doença.

**PALAVRAS CHAVE:** Cuidador; Família; Domicílio; Alzheimer.

## THE ALZHEIMER AND THE ROLE OF THE FAMILY CAREGIVER WITH EMPHASIS ON STRATEGIES OF NURSES

### ABSTRACT

This study seeks to identify through the methodology bibliographic and descriptive analysis from the standpoint of several authors, the role of family caregiver in relation to Alzheimer's patient and the nurse strategies in the face of welfarism. From the perspective of observing the world population increase of elderly and neurodegenerative disease that most affect them, that is Alzheimer's. Faced with this, the patient's family have showed interest in getting knowledge that can contribute in the care given, since then the planning is necessary to the rehabilitation of each individual as the disease progresses. It's the nurse's responsibility, the crucial role of constantly educate the activities to be developed, guidance, supervision and performance of such care. Besides the compelling presence of a multiprofessional team in the survey of health care demands to improve the patient's life condition in the health-disease process.

**KEYWORDS:** Caregiver; Family; Alzheimer.

## 1. INTRODUÇÃO

Uma das grandes conquistas do século XX é a longevidade, ou seja, o aumento do envelhecimento mundial da população, por outro lado, cresceu os quadros de demências, onde a mais comum esta sendo a doença de Alzheimer. Síndrome mental senil, que acaba afetando três parâmetros:

A cognição (memória, linguagem, raciocínio e atenção), a funcionalidade (afetando atividades da vida diária como vestir-se, tomar banho, escovar os dentes, alimentar-se, fazer cálculos) e o comportamento (alterações de humor como a depressão, agitação, agressividade). (MIRANDA, *et al*, 2010, p. 103-104).

Portanto, alterações que irão interferir diretamente na vida social do paciente, familiares, cuidadores e, até mesmo à sociedade. Logo, nessa etapa da vida, o paciente ao estar acometido por esta enfermidade, necessitará de alguém para cuidá-lo, responsável por realizar sua higienização, uso de medicamentos, alimentação, conforto, bem como, ser o meio de comunicação entre a equipe de saúde e a família, mas para isso não poderá ter receio do encargo que os espera, que é o cuidar de outrem.

Para tanto, caberá ao enfermeiro junto com a equipe multiprofissional, à responsabilidade por medir o nível de dependência desse idoso e levantar às demandas assistenciais necessárias para desenvolver com efetividade no domicílio. Buscando preparar os familiares e os cuidadores para os cuidados necessários com a progressão da doença, desenvolvendo estratégias apropriadas para o cuidado que visem orientação, supervisão e execução.

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por uma revisão literária que abordou o tema sobre a ótica de diversos autores, onde se procurou identificar na literatura o papel do cuidador familiar em relação ao paciente com Alzheimer e a responsabilização das estratégias do enfermeiro frente aos cuidados prestados pelo cuidador.

A estratégia de pesquisa incluiu 09 (nove) artigos científicos publicados nos anos de 2004 a 2014, e 07 (sete) livros entre os anos de 2001 a 2011. A busca da fonte bibliográfica foi baseada nos descritores: cuidador – família – domicílio – Alzheimer. Constituída por uma busca ativa realizada nas bases de BDENF, Lilacs, Medline, Scielo e periódicos. Como critérios de inclusão foram selecionados apenas os estudos que responderam a pergunta desta revisão nos publicados na língua portuguesa. O levantamento dos artigos selecionados foi realizado no período de agosto a

<sup>1</sup> Aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: [soni.adefatima@hotmail.com](mailto:soni.adefatima@hotmail.com)

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: [maria-angelina-oliveira@hotmail.com](mailto:maria-angelina-oliveira@hotmail.com)

<sup>3</sup> Aluno do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: [mateuszpn@hotmail.com](mailto:mateuszpn@hotmail.com)

<sup>4</sup> Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: [veronice@fag.edu.br](mailto:veronice@fag.edu.br)

setembro de 2014. Para análise do material, foi, inicialmente, realizada a seleção de artigos, seguida da escolha por títulos que continham referência aos descritores selecionados.

Durante todo o processo de busca e análise do material bibliográfico foi necessário e de fundamental importância estabelecer uma relação com o texto, permitindo que ele abrangesse a sua relevância como estudo científico para elaboração de fichamentos e o texto preliminar. Por fim, procuramos identificar as lacunas conforme os precedentes estruturais que contribuíram para redação final da pesquisa.

## **2. O PROCESSO DE ENVELHECER**

Durante os últimos anos, a população idosa vem aumentando gradativamente e com isso a necessidade de haver cada vez mais profissionais capacitados na área da saúde que contribuam e atendam com mais dignidade esses cidadãos no processo de envelhecimento. É preciso amenizar fatores que possam acometer essas pessoas, como doenças, medicações, terapias e sedentarismo.

O envelhecer, segundo Netto (2002, p. 224):

[...] é um fenômeno universal, sequencial, acumulativo, irreversível, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira a tornar-se com o tempo incapaz de enfrentar o estresse do meio ambiente, aumentando assim sua possibilidade de morte.

Destaca-se que, o aumento da expectativa de vida tem sido contribuído pelo desenvolvimento científico e tecnológico, por outro lado, contribuíram para o crescente aumento de riscos de doenças (SOUZA, *et al*, 2012, p. 140).

De acordo com Fernandes (2010, *apud* ALBUQUERQUE, *et al*, 2007, p. 15), “o envelhecimento enquanto fenômeno biológico, apresenta-se em cada ser humano idoso de um modo singular. No entanto, a expectativa de vida vem crescendo de forma rápida e os sistemas de saúde necessitam acompanhá-la”.

Corrobora com essa ótica, Netto, ao dizer:

Embora sendo universal, o envelhecimento é um processo individual, manifestando-se de forma diferente em cada indivíduo e diretamente relacionado ao envelhecimento biológico, às enfermidades apresentadas, à perda de capacidades e às alterações sociais importantes ocorridas no decorrer da vida. (op. cit., p. 224)

Acredita-se que até o ano de 2020, haja um grande aumento da população idosa no Brasil, para tanto é necessário que à saúde pública comece a se preparar para não se deparar com obstáculos contemporâneos, senão vejamos:

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios contemporâneos da saúde pública. [...] No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002. Estima-se que alcançará 25 milhões em 2020, levando o país ao sexto lugar no ranking mundial. (MORAES; JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008, p. 1)

Neste contexto de rápida mudança demográfica e de vulnerabilidade dos idosos Marin (*et al*, 2011, p. 104) relata, “a necessidade de novas formas de organização dos serviços de saúde que se dão pelo predomínio de doenças crônico-degenerativas, exigindo uma assistência de longa duração, com ênfase no controle dos fatores de risco”. Ainda, os autores comentam:

As pessoas idosas apresentam fragilidades específicas do ponto de vista fisiológico, psicológico e social, decorrentes das perdas que ocorrem ao longo da vida e que as tornam suscetíveis às alterações no estado de saúde e seus problemas se caracterizam pela diversidade, cronicidade e complexidade.

As doenças crônicas degenerativas são as afecções que mais acometem a população idosa e podem trazer modificações na qualidade de vida e na capacidade funcional dos indivíduos (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014, p. 234).

Dentre estas doenças, incluem-se as síndromes demenciais, sendo a mais comum à doença de Alzheimer (DA), a qual será o foco maior desse trabalho no que tange aos cuidados voltados as pessoas com essa enfermidade em seu domicílio.

Enfermidade que é caracterizada pelo déficit de memória e de outras funções cognitivas, acarretando deterioração na capacidade funcional, tornando o indivíduo progressivamente incapaz de desempenhar as atividades da vida diária, passando a depender de um cuidador (TALMELLI, *et al*, 2010, p. 934).

Logo, envelhecer não é algo que só acontece aos outros, mas sim uma experiência ímpar e altamente pessoal que afeta todos os que vivem por um tempo suficiente (NETTO, op. cit., p. 224).

Portanto, a população idosa esta propensa a alterações e cuidados especiais decorrentes do déficit de memória e/ou funcional, declínio cognitivo, fisiológico e social que ocorrem com o passar dos anos. Porém, por acreditar que esta sendo um peso, faz com que não busquem auxílio, recusa que, é natural, até certo tempo, para isso, familiares, amigos, cuidadores que buscam auxiliá-los ou cuidá-los devem ter paciência, amor, esperança, fidelidade, respeito e presença para que possam se adaptar a essa nova fase da vida.

### **3. A DOENÇA DE ALZHEIMER**

O aumento da população idosa nos últimos anos e o despreparo profissional na área da saúde, por vezes acaba perpetuando, doenças que passam despercebidas durante o processo de envelhecimento. Dificultando, infelizmente que enfermidades como, por exemplo, a doença de Alzheimer, seja diagnosticada já no seu estágio mais avançado.

Para tanto, o primeiro psiquiatra a notificar essa enfermidade foi Alois Alzheimer (1906, 1907), mas quem a denominou de DA foi Emil Kraepelin (1910). A partir daí, muitas teorias se desenvolveram até defini-la, para então ser caracterizada como moléstia neurodegenerativa progressiva, heterogênea nos seus aspectos etiológico, clínico e neuropatológico (MACHADO, 2002, *apud* FREITAS, *et al.*, p. 133).

Dados demográficos e epidemiológicos indicam que o envelhecimento populacional vem ocorrendo mundialmente e o consequente aumento do número de pessoas afetadas por demência, em geral, onde o tipo mais comum tem sido a DA. A exemplo de outras demências, já é reconhecida, como um importante problema de saúde pública em todo o mundo (MACHADO, op. cit., p. 133). Ótica compartilhada por Inouye e Oliveira (2004, p. 80) ao dizer que atualmente, um dos grandes problemas de saúde pública é a DA, caracterizada como uma demência, ou seja, um comprometimento amplo das funções cognitivas.

A demência, em suas diversas formas, tem particularidades importantes no processo mórbido que acomete os idosos, não só pela frequência com que ocorre, mas também por ser possivelmente a mais devastadora das entidades patológicas (TALMELLI, op. cit., p. 934). Ainda, para esses autores demência é definida como:

[...] uma síndrome clínica de declínio global, caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias, suficientemente intensa para interferir nas atividades profissionais e sociais do indivíduo. (TALMELLI, op. cit., p. 934)

O Alzheimer faz parte do grupo de doenças mais comuns entre os idosos, desde os estágios precoces, com um declínio progressivo funcional e uma perda gradual da autonomia, segundo Machado (op. cit., p. 133).

Estudos indicam que à medida que a expectativa de vida avança, um aumento pode ser esperado no número de idosos com DA em cada década nos últimos 60 anos (REICHEL, 2001, *apud* GALLO, *et al.*, 1999, p. 176).

Por isso, é uma patologia considerada de começo insidioso e progressivo, logo, somente é estimada baseada no início do aparecimento dos sintomas. Compromete a capacidade cognitiva e à medida que vai progredindo leva à perda da funcionalidade. Tem alta prevalência em mulheres, acomete pessoas com escolaridade abaixo de quatro anos e de nível socioeconômico diminuído (TALMELLI, op. cit., p. 937-938).

De acordo com a evolução, a DA é dividida em três fases distintas, abaixo caracterizadas:

Na fase primária, leve ou inicial, ocorre um déficit na maioria recente e remota, com alterações na personalidade, alternando estágios de irritabilidade, hostilidade, apatia e frustração. Na comunicação, o sujeito apresenta desordens no conteúdo da linguagem, associadas a déficit no raciocínio linguístico e disfonia; possui dificuldades em buscar a palavra correta ou lembrar nomes de objetos ou pessoas. As habilidades visuoespaciais também se apresentam alteradas, havendo construções incorretas e desordenação topográfica. O paciente não é capaz de solucionar problemas, apresenta-se confuso e tem dificuldade em tomar decisões. O sistema motor geralmente está normal, com alguns sinais extrapiramidais. Ainda nesse estágio, o paciente possui consciência e percepção de suas dificuldades e usa, frequentemente, recursos ou estratégias para compensá-las. Na fase secundária, moderada, ou intermediária, acentua-se o sensível déficit de memória e aprendizagem. Também ocorrem mudanças de personalidade, indiferença, hostilidade, julgamento social pobre, baixa afetividade. A comunicação apresenta um conteúdo desorganizado e alguns déficits estruturais que prejudicam a coerência; possui uma desorientação espacial, construção pobre, dificuldades perceptivas e, nessa fase, o período de fala é mais fluente, porém menos coerente, apresentando agitação e, no sistema motor de fala, apresenta tremores ou cacoetes. Na fase terciária, grave, ou final, temos as funções intelectuais globalmente deterioradas, um estado de dependência total. Sua personalidade mostra-se totalmente desorganizada, a comunicação está deteriorada com ecolalias, perseveração e mutismo. É totalmente dependente de outros para solucionar problemas e realizar atividades diárias, higiene pessoal, alimentação. Apresenta rigidez na região dos quadris e postura em flexão, conhecida como a síndrome da imobilização. (AZEVEDO, *et al.*, 2009, p. 2). [Grifo nosso]

Ainda, explica Azevedo (op. cit. p. 2) que o curso clínico da doença varia entre 8 a 10 anos a partir da descoberta na fase inicial. Onde cada fase tem sua característica determinante para a elaboração de um plano assistencial adequado às necessidades do paciente.

Os casos novos e antigos de demências, a qual se inclui a DA, vêm majorando gradativamente durante o processo de envelhecimento, conforme observa-se a seguir:

A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, dobrando, aproximadamente, a cada 5,1 anos, a partir dos 60 anos de idade. Após os 64 anos de idade, a prevalência é de cerca de 5 a 10%, e a incidência anual é de cerca de 1 a 2%, passando, após os 75 anos de idade, para 15 a 20% e 2 a 4%, respectivamente. (MACHADO, op. cit., p. 134)

Seguindo essa linha de raciocínio, Talmelli (op. cit., p. 934) posiciona-se que a DA representa cerca de 50 a 60% dos casos de demência, acometendo aproximadamente 1% da população geral, e 10 a 20% dos indivíduos com mais de 65 anos.

Portanto, para Seima; Lenardt; Caldas (op. cit., p. 234) o quadro clínico da DA é variável, tem início lento e insidioso e à medida que a doença progride, aumenta a demanda de cuidados e a supervisão constante, papel desempenhado, na maioria das vezes, pela família inserida no domicílio. Ótica compartilhada por Machado (op. cit., p. 133) ao dizer que, indivíduos acometidos pelo Alzheimer, tem uma dependência total de outras pessoas.

Como não existe cura DA, o tratamento é baseado na estratégia terapêutica de três pilares: melhorar a cognição, retardar a evolução e tratar os sintomas e as alterações comportamentais. Porém, tratamentos complexos e demorados devem ser evitados na fase final da doença, visto que a intenção, neste momento, é oferecer qualidade de vida ao doente (op. cit. p. 104-105).

Baseado nisso, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, em conjunto com a sociedade e Estado, considera a família responsável pelos cuidados e atendimento das necessidades dos idosos no domicílio (SEIMA, op. cit., p. 324).

Por muitas vezes, o Alzheimer ao repercutir na capacidade funcional, no nível de independência e na autonomia do idoso, acaba trazendo implicações não só para ele, mas também, a sua família, sociedade e governantes (TALMELLI, op. cit., p. 938).

Deste modo, baseado nas dificuldades, limitações e complexidade que possam acometer os idosos, que porventura são portadores de Alzheimer, cabe à família buscar e assumir o papel de cuidador deste, devendo para tanto, o enfermeiro direcionar as reais necessidades destas pessoas na assistência.

#### **4. O PERFIL DO CUIDADOR FAMILIAR E O SEU PAPEL JUNTO AO IDOSO**

O aumento da população idosa, as mudanças demográficas e as morbi-mortalidades ocorridas mundialmente foram circunstâncias que desencadearam diversos empecilhos para os sistemas de saúde. Automaticamente as pessoas passaram a se capacitar para prestar cuidados para com os outros, inclusive familiares buscaram a se habilitar para melhor cuidar de seus entes.

Dentro deste contexto de transições, segundo Fernandes (op. cit., p. 15) observou-se que as doenças infectocontagiosas diminuíram sua incidência, enquanto que as doenças crônicas não transmissíveis passaram a prevalecer, atingindo principalmente as pessoas idosas, consequentemente aumentou-se os cuidadores familiares. Despertando assim, o interesse de pesquisadores em relação ao cuidado domiciliar prestado à saúde pelos cuidadores.

Doenças como o Alzheimer, que acomete principalmente os idosos pode fazer com que o indivíduo tenha déficits cognitivos antes de apresentar o déficit na capacidade funcional, requerendo algum tipo de assistência, principalmente nas atividades relacionadas ao controle de urina, banho, higiene pessoal, vestimentas e uso do vaso sanitário (TALMELLI, op. cit., p. 938).

Por isso, ao envelhecer, o homem depara-se com perdas progressivas, ficando mais suscetível a doenças crônico-degenerativas, que podem levar a incapacidade, a perda da autonomia e a busca por novas adaptações em seu cotidiano. A partir disso, alguns fatores devem ser considerados:

Deve-se considerar, também, as mudanças que ocorrem na imagem corporal, a proximidade da morte, as perdas afetivas, do poder aquisitivo, do *status* social e, na maioria das vezes, da produtividade, como fatores que interferem no processo de adaptação à nova condição. (NETTO, op. cit., p. 415)

Assim, durante a velhice, por vezes, nos deparamos com o estado de dependência de um ser para outro, porém é sabido que essa sujeição se dá em todas as fases da vida, mas o impacto maior é ao envelhecer, já que se alteram as ações rotineiras de cada indivíduo envolvido. De tal modo:

A situação de dependência, embora presente em todos os estágios da vida costuma assumir características peculiares entre os idosos, uma vez que nessa população tende a ser progressiva e permanente, interferindo diretamente na qualidade de vida dos mesmos. A dependência sofre influência social e cultural, podendo, portanto, adquirir significados diferentes conforme o contexto analisado, que, frequentemente, estão relacionados às limitações físico-funcionais e cognitivas dessa população. O grau de dependência pode variar de nenhum (0%), ou seja, totalmente independente, a total (100%), ou seja, totalmente dependente. (DIOGO e DUARTE, 2006, *apud* FREITAS, et al, p. 1124)

Por isso, conhecer a redução da independência e da capacidade cognitiva é indispensável para manter o provimento das necessidades básicas da vida diária (TALMELLI, op. cit., p. 933). Logo, cuidar de pessoas idosas com algum tipo de enfermidade, a exemplo dos portadores de Alzheimer, abrange ter alguns cuidados nas atividades da vida diária (AVD's), para tanto:

O processo de cuidar na fase inicial da demência envolve principalmente cuidados focados na supervisão com vistas à prevenção de acidentes, uma vez que o idoso não consegue discernir as situações que envolvam risco ou perigo e também pela existência de erros na realização das AVD's. (TALMELLI, op. cit., p. 933)

Associado à dependência, temos então, o termo “paciente”, que normalmente é utilizado para designar pessoas receptoras de cuidados. Todavia, o cuidar se dá através de:

[...] um processo de interação interpessoal, pressupondo, coparticipação de experiências e crescimento do esforço comum em conhecer a realidade que se busca mudar, não permitindo, desta forma, distorções, nas quais seria estabelecida uma relação de dominação e manipulação do que cuida sobre o que é cuidado. (NETTO, op. cit., p. 416)

Portanto, ao envelhecer as pessoas ficam mais propensas às doenças e vulneráveis a determinadas situações, passando a exigir mais cuidados, criados não por sua vontade, mas por necessidade devido a uma situação de dependência para com outro (ex.: filhos, cônjuge, amigos, cuidadores, etc.). Baseado nessa ótica sabe-se então, que as pessoas com o passar dos anos possuem grande probabilidade de desenvolver incapacidades funcionais que exijam algum tipo de cuidado, com isso:

[...] os cuidados de saúde aos idosos são ministrados pelos chamados “cuidadores informais”. [...]legião de cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais e de serviços que se dispõem, sem uma formação profissional de saúde, a dar aos doentes sob sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como sua maior arma sua disponibilidade e boa vontade. São, em suma, aqueles “anjos da guarda” que providenciarão para que o doente tome seu remédio na hora certa, dirija-se em data adequada aos serviços de saúde, faça suas medidas de higiene de maneira correta etc. (NETTO, op. cit., p. 95)

Subentende-se então, que cuidador familiar é o principal responsável pelos cuidados ao paciente domiciliar e ao receber suporte adequado, como por exemplo, da enfermagem, deve assumir o seu papel frente ao paciente, possibilitando a este cuidados satisfatórios e continuidade de assistência prestada com qualidade e humanização (FERNANDES, op. cit., p. 15-16).

Frisa-se, que os membros da família são, por vezes, os responsáveis pela escolha do cuidador, ou seja, dá pessoa que irá assumir a responsabilidade pelo cuidado ao idoso. Função que geralmente é:

[...] assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Essa pessoa assume as tarefas de cuidado atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas, geralmente sem contar com a ajuda de outro membro da família ou de profissionais. (DIOGO, op. cit., p. 1127)

Ao se avaliar o cuidador, às vezes, já se observa que não dará conta do encargo de cuidar de alguém enfermo. Demonstrando que estão despreparados para esta tarefa, pois se deparam com incertezas, medo do desconhecido ou o temor de repetir o que possa ter sofrido no passado (SANTOS, 2011, p. 34). Deste modo, é necessário que os cuidadores passem por treinamentos e educação continuadas em serviço de saúde. Medidas que são de baixíssimos custos e apresentam um brutal impacto sobre cada idoso como um todo (NETTO, op. cit., p. 95).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso fica preconizada ao cuidador familiar a possibilidade de se orientar, para o fim de auxiliar no desempenho das AVD's. Sugere ainda, que os cuidados informais sejam realizados por pessoas da família, amigos próximos e vizinhos, de forma a suprir a incapacidade funcional (DIOGO, op. cit., p. 1127).

Portanto, é fundamental, segundo Fernandes (op. cit., p. 17) que a família defina quem será o cuidador principal do idoso, para que a equipe possa passar orientações, cuidados, etapas de higienização, uso de medicamentos, alimentação e conforto ao paciente. Ou seja, o cuidador principal será referência para a equipe de saúde e meio de comunicação entre equipe e família.

Cabe salientar, que a tarefa de cuidar, para o cuidador, pode trazer benefícios ou resultados positivos, tais como satisfação, melhora no senso de realização, aumento do sentimento de orgulho e habilidade para enfrentar novos desafios, melhora no relacionamento com idoso, retribuição, entre outros (DIOGO, op. cit., p. 1127). Porém, independente da razão que o motivou assumir a responsabilidade pelo cuidado ao idoso, a exemplo do doente por Alzheimer, a convivência de ambos não deixa de ser uma relação, que pode ser imbuída de participação ou não (SEIMA, op. cit., p. 234).

Desta feita, o processo saúde-doença durante o envelhecimento da humanidade envolverá a relação entre o cuidador familiar, idoso, família e equipe, baseada para tanto, em um cooperativismo, ou seja, conforme chega à velhice, a saúde regredi, a doença evolui e com isso a necessidade readequare os indivíduos envolvidos para readaptação para essa nova fase da vida.

## **5. O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AOS CUIDADOS PRESTADOS PELO CUIDADOR FAMILIAR**

Embora no Brasil, ainda exista uma visão limitada do papel do enfermeiro, como mero executor de tarefas rotineiras, curativas e predominantes hospitalares, ressalta-se que também cabe à enfermagem o papel essencial, assim como em outras áreas da saúde, a desenvolver atividades efetivas e de impacto na atenção ao idoso no processo saúde-doença durante o processo de envelhecimento.

Por vezes, o assistencialismo prestado pelo familiar ao idoso em domicílio é ineficaz. Logo, o que se encontrada nesse local são idosos que necessitam de cuidados e cuidadores que também precisam de ajuda. Cenário que acaba sendo deficiente em suporte e carente de estrutura mais eficaz que possam proporcionar aos cuidadores familiares uma melhor capacidade em estar desempenhando seu papel frente ao cuidado efetivo (FERNANDES, op. cit., p. 16).

Para tanto, a enfermagem tem papel fundamental, para estimular à participação dos familiares no processo de cuidar, objetivando desenvolver a relação de intersubjetividade e permeabilidade entre o cuidador familiar e o idoso, como por exemplo, o acometido por Alzheimer, onde devido à evolução da doença, não terá possibilidade de manter relação de reciprocidade e comunicação dialógica (SEIMA, op. cit., p. 239-240).

Incumbe, então, destacar que a orientação, supervisão e a execução dos cuidados necessários prestados cotidianamente ao idoso em domicílio pelo cuidador e a família, é papel do enfermeiro, uma vez que pode estar sendo realizada sem o devido conhecimento da doença e suas consequências (TALMELLI, op. cit., p. 938). Segundo a mesma autora o cuidado centrado a família será:

[...] parte integrante da prática de enfermagem, assim como a avaliação funcional do idoso no cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com que ele pode contar, para que suas necessidades possam ser supridas. O enfermeiro elabora, executa e avalia o cuidado prestado ao idoso, servindo de suporte para que a família possa executá-lo de forma efetiva e desejável. (op. cit., p. 934)

Por outro lado, para se realizar um plano de cuidado de extrema eficiência para com o idoso, é imperioso, que haja a interação da equipe interdisciplinar para que em conjunto levante às demandas assistenciais necessárias (SANTOS, op. cit., p. 32).

Entretanto, ressalta-se que o cuidador não é um funcionário submisso às ordens da equipe interprofissional, onde por vezes fornece inúmeras orientações ao cuidador, esperando que ele, possa condensá-las e transformá-las, por si só, em ações concretas (DIOGO, op. cit., p. 1126-1127).

Assim, cabe ao enfermeiro ao realizar a visita domiciliar, conhecer as necessidades do paciente e através do conhecimento adquirido, realizar planos de assistência à saúde (GEMELLI; ANTUNES; CUNHA, 2006, p. 101). Baseados nisso, os profissionais durante a visita domiciliar poderão:

[...] encontrar meios para a mudança de hábitos de saúde, respeitando a cultura familiar, crenças e costumes, possibilitando meios de proporcionar ao cuidador familiar um conhecimento adequado para o cuidado ao paciente. Deve-se também propor formas de cuidados para o cuidador que, muitas vezes, só é cobrado. Os profissionais devem prestar assistência familiar conhecendo a realidade do domicílio, e suas deficiências para atuar na resolução dos problemas encontrados. (FERNANDES, op. cit., p. 16)

Para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, as pessoas envolvidas deverão receber dos profissionais de saúde as orientações necessárias para o adequado manejo do paciente. Essas orientações envolvem:

[...] desde as doenças e seu tratamento, bem como a melhor forma de desempenhar as atividades de cuidado. A expectativa é que, com o preparo adequado dessas pessoas, surjam formas mais efetivas e eficazes de manutenção e de recuperação da capacidade funcional, assim como uma participação mais adequada das pessoas envolvidas no cuidado dos idosos dependentes. (DIOGO, op. cit., p. 1127)

É imprescindível, a atenção ao cuidador, pois dele depende a continuidade do auxílio no domicílio, pois “capacitá-lo para os cuidados torna-os mais tranquilos e confiantes, a resiliência do cuidador, da família e do paciente, e a criatividade da equipe de saúde para se reinventar a cada dia (SANTOS, op. cit., p. 33).

Para Gemelli (op. cit., p. 97), a visita domiciliar tem demonstrado eficácia em termos de desenvolvimento de saúde durante a assistência de enfermagem. Bem como, para Fernandes (op. cit., p. 13), a visita domiciliar é uma importante estratégia de assistência à saúde.

Por exemplo, o enfermeiro ao conhecer um idoso com DA poderá medir o seu nível de dependência, podendo prepará-lo juntamente com sua família para a progressão da doença, buscando desenvolver estratégias apropriadas para o cuidado (TALMELLI, op. cit., p. 939). Logo, avaliar o nível de independência funcional ajuda:

o enfermeiro a planejar o cuidado ao idoso com DA e atuar, juntamente com a família, na prestação desse cuidado, uma vez que a abordagem do paciente com DA deve incluir, sempre, a avaliação e monitoramento das habilidades cognitivas, da capacidade para desempenhar atividades da vida diária, do comportamento e da progressão da doença. (TALMELLI, op. cit., p. 934)

Assim, o domicílio torna-se um importante espaço educacional, já que segundo Fernandes (op. cit., p. 16):

é o local em que os seres humanos convivem e tornam propícios aos cuidados individualizados, além do cuidado com o próprio domicílio, que é parte integrante das ações de saúde. Ambiente permeado por diversos aspectos culturais, de significância aos seus moradores e frequentadores e devem ser considerados todas as vezes que a equipe de saúde ali adentrar e propor intervenções.

Para tanto, o enfermeiro que busca em diversos campos de ação, o cuidado efetivo em gerontologia necessita ter conhecimento especializado e desenvolvimento de habilidades específicas, para então estar apto a atuar com uma função mais educativa (NETTO, op. cit., p. 223).

As atividades educativas que visa o enfermeiro a desenvolver durante a visita domiciliar devem ser direcionadas a todas as fases da vida do ser humano, objetivando promover saúde e melhorar a sua qualidade (GEMELLI, op. cit., p. 101).

Baseado nessa ação educativa em saúde é que se cria um processo dinâmico com cunho capacitatório de indivíduos e/ou grupos que visam melhorar a condição de saúde (FERNANDES, op. cit., p. 16).

Desse modo, é indispensável que profissionais em formação ou em atuação na área de gerontologia relacionem os cuidados, os cuidadores familiares e os idosos, para poder compreender quais as dificuldades, limitações e percepções que muitas vezes acometem esses envolvidos no momento de planejar as ações de enfermagem, ou seja, passando a direcionar para as reais necessidades encontradas no ambiente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro deste contexto, trazido sobre a ótica de diversos autores, se observa que com o crescimento mundial da população idosa, houve também o aumento das síndromes demenciais, onde a mais comum está sendo a doença de Alzheimer.

O indivíduo acometido por esta demência passará por três estágios: a inicial, onde geralmente o diagnóstico é impreciso, a intermediária, momento em que a interação dos profissionais da área de saúde deverá ser maior para o levantamento das demandas assistenciais, e por fim, a grave, ocasião em que se deve buscar preservar a integridade, o conforto e a qualidade de vida do paciente.

Por isso, conhecer o nível de dependência e a capacidade cognitiva do indivíduo servirá para ajudar a subsidiar as necessidades básicas da vida diária, a exemplo, do que ocorre na fase primária DA, onde os cuidados prestados deverão ser focados em prevenir acidentes, já que o idoso tem dificuldades em distinguir as situações que oferecem riscos a sua integridade física ou baseada no estágio em que a doença se encontra. O doente necessitará de alguém que o auxilie em suas AVD's, como tomar medicação na hora certa, na higienização correta, ir ao dia programado aos serviços de saúde, dentre outras.

Portanto, são condições que estão fazendo com que as pessoas busquem se capacitar ou passar por treinamentos que possam contribuir para os cuidados prestados com estes doentes. Por isso, muitas vezes, os familiares buscam ou assumem o papel de cuidador de seu ente. Porém, devido à evolução da doença, o cuidado prestado no domicílio pode estar sendo ineficaz, por causa da falta de conhecimento da etapa em que a demência se encontra.

Assim, cabe ao enfermeiro, o papel fundamental de educar continuadamente as atividades a serem desenvolvidas, orientações, supervisões, execuções dos cuidados a serem prestados, bem como de estimular à participação dos familiares no processo de cuidar que vise o desenvolvimento da relação entre cuidador e o idoso.

Por outro lado, é imprescindível que a família ou responsável defina quem será o cuidador principal, para que a equipe possa passar com mais precisão ao restante dos familiares e o cuidador os cuidados devidos, as etapas de higienização, os medicamentos usados, a alimentação correta e o conforto necessário, ou seja, alguém que seja o meio de conexão entre a equipe de saúde e a família.

Deste modo, ante as dificuldades, limitações e complexidades decorrentes da evolução da doença, à presença de uma equipe multiprofissional também será imperiosa nas decisões e ações que visem melhorar a condição de vida do paciente, uma vez que serão levantadas com mais precisão as demandas a serem desenvolvidas com o doente, de modo mais eficaz durante o processo saúde-doença.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, P. G. de, LANDIM, M. E., FÁVERO, G. P., CHIAPPETTA, A. L. de M. L.; **Linguagem e Memória na Doença de Alzheimer em Fase Moderada** / Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n3/133-08.pdf>, acesso em 26 set. 2014.

DIOGO, M. J. D' Elboux, DUARTE, Y. Ap<sup>a</sup>. de Oliveira, *apud* FREITAS, E. V., PY, L., CANÇADO, F. A. X., DOLL, J., GORZONI, M. L.; **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro / RJ: editora Guanabara Koogan S.A., 2006.

FERNANDES, Juliana M.; **O papel do cuidador frente ao paciente acamado e a responsabilização da equipe de saúde da família** / Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2262.pdf>, acesso em 07 set. 2014.

GEMELLI, L. M. G., ANTUNES, M. C., CUNHA, R. F. A.; **Trabalho Assistencial do Enfermeiro no Domicílio**. Cascavel / PR: editora Coluna do Saber, 2006.

GURGACZ, Faculdade Assis Gurgacz. **Manual para elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos**. Cascavel, 2011.

INOUYE, K., OLIVEIRA, G. H. de; **Avaliação criticado tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer** / Disponível em <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/84/i08-alzheimer.pdf>, acesso em 26 set. 2014.

MACHADO, J. C. B., *apud* FREITAS, E. V., PY, L., NERI, A. L., CANÇADO, F. A. X., GORZONI, M. L., ROCHA, S. M<sup>a</sup>; **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro / RJ: editora Guanabara Koogan S.A., 2002.

MARIN, M. J. S., SANTANA, F. H. da Silva, MORACVICK, M. Y. A. D.; **Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde** / Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100014), acesso em 07 set. 2014.

MIRANDA, A. F., LIA, É. N., LEAL, S. C., MIRANDA, M<sup>a</sup>. da P. A. F.; **Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia** / Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=545235&indexSearch=ID>, acesso em 26 set. 2014.

MORAES, C. L., JÚNIOR, P. C. A., REICHENHEIM, M. E.; **Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil** / Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000010&script=sci_arttext), acesso em 07 set. 2014.

NETTO, M. P.; **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo / SP: editora Atheneu, 2002.

REICHEL, W., GELLER, L. N.; **Aspectos Clínicos do Envelhecimento**. 5<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro / RJ: editora Guanabara Koogan S.A., 2001.

SANTOS, F. S.; **Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas** / São Paulo / SP: editora Atheneu, 2011.

SEIMA, M. D., LENARDT, M. H., CALDAS, C. P.; **Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer** / Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200233](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200233), acesso em 07 set. 2014.

SOUZA, N. M. G., HONORATO, S. M. A., XAVIER, A. T. da Franca, PEREIRA, F. G. F., ATAIDE, M. B. C. de; **Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes mellitus** / Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100019), acesso em 07 set. 2014.

TALMELLI, L. F. da Silva, GRATÃO, A. C. M., KUSUMOTA, L., RODRIGUES, R. Ap<sup>a</sup>. P.; **Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer** / Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342010000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400011), acesso em 07 set. 2014.