



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

**SIMONE BARBOSA DA COSTA
PROFA. MS. JOANA D'ARC DANTAS SOARES**

**NATAL/RN
2015**

SIMONE BARBOSA DA COSTA

**QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

Artigo apresentado como requisito final para a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Profa. Ms. Joana D'arc Dantas
Soares

NATAL/RN

2015

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença degenerativa e progressiva, geradora de múltiplas demandas e altos custos financeiro que afeta diretamente o idoso e compromete sobretudo sua integridade física, mental e social. A evolução da doença é progressiva, tornando os portadores da doença dependentes dos chamados cuidadores. Quanto ao exposto teve-se como questionamento: Como demonstrar o impacto dessa patologia perante a sociedade, sobretudo no ciclo familiar, enfatizando a qualidade de vida do cuidador, vivenciada através de questionamentos e exclusão social? Objetivou-se refletir sobre a qualidade de vida do cuidador familiar de portadores de Doença de Alzheimer e investigar na literatura a influência dos aspectos sociais, aspectos psicológicos e aspectos culturais, de impacto na vida do cuidador familiar de paciente com DA. Tratou-se de uma revisão integrativa, no qual foi desenvolvida construída mediante consulta em artigos científicos, completos em português na base de dados LILACS e SCIELO nos anos de 2009 a 2012. A busca resultou em 10 artigos que destacaram a importância da qualidade de vida do cuidador em DA. Os resultados apontaram que prestar assistência a um portador de DA requer uma multiplicidade de interações, negociações, aproximações e distinções e muitas vezes com entendimento de conflitos interpessoais. Conclui-se que a qualidade de vida do cuidador de DA está relacionada ao bem-estar pessoal, sendo este físico e mental, abrangendo uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive.

Palavras-chave: Cuidador familiar, Qualidade de vida, Envelhecimento, Demência.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is a progressive and degenerative disease, generating multiple demands and high financial costs that directly affects the elderly and committed above all their physical, mental and social. The evolution of the disease is progressive, making the disease carriers dependent on so-called caregivers. About the above a question was raised: How to show the impact of this pathology towards society, especially in the family cycle, emphasizing the quality of the caregiver's life, experienced through questions and social exclusion? The aim was to reflect on the quality of the family caregivers' life of patients with Alzheimer's disease and to investigate in the literature the influence of social aspects, psychological aspects and cultural aspects and cultural aspects of impact in the life of the family caregiver of a patient with AD. It was an integrative review, on which was built upon request in scientific articles, complete in Portuguese in LILACS and SCIELO database in the years 2009 to 2012. The search resulted in 10 articles that highlighted the importance of the quality of the caregiver's life in AD. The results showed that to give support to an AD carrier requires a multitude of interactions, negotiations, approximations and distinctions and often with understanding of interpersonal conflict. It is concluded that the quality of the caregiver's life of an AD is related to personal well-being, being that physical and mental, covering a number of aspects, as the functional capacity, the emotional state, social interaction, intellectual activity, self-care, family support, the lifestyle, satisfaction with the job and/or with daily activities and the environment in which they live.

Keywords: Family Caregiver, Quality of life, Aging, Dementia.

1 INTRODUÇÃO

No século XX, houve um crescente do envelhecimento populacional. Isso se deu em virtude da queda da mortalidade, com ênfase na infantil, a redução da fecundidade e o aumento da expectativa de vida resultaram no envelhecimento da população. O envelhecimento é um processo fisiológico que gera alterações nos diversos sistemas do organismo, dentre eles, um acentuado aumento das taxas de doenças crônico-degenerativas (LEITE et al, 2008).

De acordo com pesquisas na literatura, estudos apontam que dentre as doenças degenerativas está a demência, sendo esta uma das com maior número de acometimentos, com causa mais frequente a Doença de Alzheimer (DA). Segundo Cruz e Hamdan (2008), a doença representa 50% a 70% dos casos, com prevalência em idosos após os 65 anos de idade.

A DA é uma doença degenerativa e progressiva, geradora de múltiplas demandas e altos custos financeiros. Afeta diretamente ao idoso e compromete sobretudo sua integridade física, mental e social, acarretando uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Os fatores de risco para DA são a idade e o história familiar, dentre estes, a idade é o fator de risco mais importante de desenvolvimento de DA. O Alzheimer ocorre no indivíduo por meio de três estágios diferentes de demência classificados como: a) *leve*(confusões e perda da memória, desorientação espacial, dificuldade progressiva no cotidiano diário, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento); b) *moderado*(dificuldades nos atos de vida diária, especialmente no banhar-se, vestir-se, alimentar-se), ansiedade, delírios e alucinações, agitação noturna, alteração do sono, dificuldade para reconhecer amigos e familiares; c) *severo* (diminuição acentuada do vocabulário, diminuição do apetite e do peso, descontrole urinário e fecal) (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008).

A evolução da doença é progressiva, tornando os portadores da doença dependentes dos chamados “cuidadores”. Estes podem ser principal ou secundário, o cuidador principal é aquele que tem o total ou a maior parte das responsabilidades pelos cuidados do idoso dependente no domicílio, os secundários, voluntários e ocupacionais, que prestam atividades complementares. No entanto, ambos têm

sobrecargas física e psíquica que os levam a má qualidade de vida (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

A qualidade de vida do cuidador do idoso com Alzheimer é prejudicada em virtude do excesso de atividade diárias ao qual são submetidos, bem como restrições em relação à sua própria vida. Segundo Lenardt et al (2011), os cuidadores, ao percebem-se sobrecarregados tendem a sentir maiores níveis de tensão e, conseqüentemente, desempenham suas funções aquém de suas capacidades, afetando inclusive sua qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida no indivíduo está em sua percepção ao contexto cultural e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas para uma vida futura qualitativa, bem como padrões e preocupações (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). A Qualidade de vida está diretamente ligada a percepção que o indivíduo tem diante de sua posição na vida, ou seja, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Diante da qualidade de vida do cuidador afetada, estes podem desenvolver sintomas físicos e psicológicos que podem leva-los ao adoecimento e conseqüentemente a uma provável hospitalização. Dentre os sintomas físicos mais comuns são: hipertensão arterial, distúrbios digestivos, doenças respiratórias e propensão a infecções, enquanto que os psicológicos frequentes são: depressão, ansiedade e insônia (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Dessa forma, compreende-se que o impacto trazido pelas práticas dos cuidados contínuos em cuidadores familiares pode ser mais severo que em outros cuidadores, influenciando até na qualidade de vida do indivíduo.

Diante de tais considerações, questiona-se: quais fatores são determinantes para proporcionar uma melhor qualidade de vida ao cuidador familiar de um paciente com DA?

Justifica-se esta investigação pela relevância do tema para a saúde do idoso e por compreender que os cuidados com o portador de Alzheimer são exaustivos e requer uma atenção especial aos seus cuidadores. Assim, estas questões necessitam ser discutidas afim de contribuir como complemento de informação e conhecimento para os profissionais de saúde da área.

A presente pesquisa tem como objetivo refletir sobre a qualidade de vida do cuidador familiar de portadores de Doença de Alzheimer e investigar na literatura a

influência nos aspectos sociais, aspectos psicológicos e aspectos culturais do cuidador familiar de paciente com DA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo natural do ciclo de vida do ser humano em que inicia-se pelo nascimento, crescimento/desenvolvimento, puberdade e maturidade. É um processo da vida que é compreendido como um fenômeno biológico, com consequências psicológicas e físicas, sendo definido no estudo de Kuznier (2007, p.7), como “complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos”. Sendo processos que envolvem múltiplos fatores endógenos e exógenos.

Na revisão de Néri e Cachioni (apud ASSIS, 2005), a velhice pode ser classificada em três vertentes, a primeira delas considera *velhice normal*, sendo esta caracterizada por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais próprias à velhice, mas sem patologias; *velhice ótima* seria a possibilidade de sustentar um padrão comparável ao de indivíduos mais jovens; e *velhice patológica* corresponderia à presença de síndromes típicas da velhice ou do agravamento de doenças preexistentes.

Para os autores velhice não é a mesma coisa que o envelhecimento, considerando-as realidades heterogêneas. Estas assim, podem ter suas variações de acordo com concepção e vivência conforme tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias pessoais, condições educacionais, estilos de vida, gêneros, profissões e etnias, dentre outros.

No estudo de Assis (2005), o envelhecimento é apontado das seguintes formas: *envelhecimento primário ou normal* é identificado com as mudanças irreversíveis, progressivas e universais, porém não patológicas; *envelhecimento secundário* corresponderia às mudanças causadas por doenças relacionadas à idade por fatores intrínsecos e extrínsecos; e *envelhecimento terciário* equivaleria ao declínio terminal na velhice avançada.

O envelhecimento populacional vem se tornando um fenômeno mundial em virtude de sua crescente evolução numérica principalmente em países em

desenvolvimento. Isso porque, as mudanças ocorridas na fecundidade e mortalidade têm impactado sobre esta estrutura etária e levando as autoridades a pensarem neste grupo populacional de forma mais efetiva.

De acordo com Cerqueira (2013), o envelhecimento da população tornou-se um processo irreversível, sendo projetado para 2030 um total de 1 bilhão de idosos, ou seja, em cada 8 habitantes do mundo, um terá 65 anos ou mais. Segundo os autores, isso leva a necessidade de se redefinirem as políticas de diversos setores, como os de saúde, previdência e economia, entre outros, objetivando assim prevenir ou atenuar, o desamparo das gerações seguintes.

No Brasil estudos demonstram a preocupação com a temática do envelhecimento populacional, uma vez que dados demográficos apontam um aumento da população idosa em nosso país, podendo ser considerado no ano de 2020 o sexto país com maior população idosa no mundo. Diante disso, houve-se a necessidade de se discutir os rumos dos processos inerentes à vida como fenômeno biológico e assim, algumas leis e políticas públicas dirigidas ao segmento idoso (CORREIA; FRANÇA; HASHIMOTO, 2010).

As políticas de saúde referente ao idoso são relevantes, uma vez que, com o ganho de longevidade e o aumento da morbidade elevando a expectativa de vida dessa população, exige melhores condições a promoção e prevenção de doenças e/ou agravos. Pensando neste contexto, o governo brasileiro criou em 4 de janeiro de 1994 a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional de Atenção a Saúde do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96, com a finalidade de assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (RODRIGUES et al, 2007). Tais documentos tornaram-se uma grande estratégia para a promoção do envelhecimento de sua população.

2.2 COMORBIDADES ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

Com o processo do envelhecimento no indivíduo, vem juntamente várias mudanças que são naturais na velhice, dentre elas a diminuição do vigor físico a perda do turgor e elasticidade cutânea, hipocoloração capilar, incapacidades e doenças. O declínio das capacidades, tanto físicas como cognitivas, podem acontecer de acordo com fatores genéticos, estilo de vida e características de vida dos idosos. No déficit

cognitivo há uma lentidão leve, generalizada e perda de precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

Juntamente com as características do envelhecimento, os idosos são acometidos ainda por doenças crônico-degenerativa, as quais são frequentemente encontradas nesta população. De acordo com Alves et al (2007), a tendência atual é um número crescente de idosos que apesar de viverem mais, apresentam condições crônicas mais complexas.

Silva et al (2010) destaca em seu estudo que as doenças crônicas, anteriormente eram consideradas como problemas de países industrializados ou da população rica nos países em desenvolvimento, porém agora são reconhecidos como doenças globais que afetam diretamente na qualidade de vida dos idosos.

Dentre as doenças crônicas, podemos citar o Diabetes *Mellitus* (DM) que se apresenta com diversas manifestações clínicas. Contudo, na pessoa idosa, o diabetes se apresenta com a hiperglicemia, manifestação principal, que ocasiona lesões em diversos órgãos e sistemas do organismo, principalmente coração, olhos, rins e sistema nervoso. A dislipidemia, muitas vezes associada, pode desencadear problemas cardiovasculares como hipertensão, aterosclerose, angina e infarto do miocárdio, fatores que influem na funcionalidade física, psicológica e social do portador, prejudicando sua adaptação e vida produtiva (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010).

As doenças cardiovasculares também representam fatores de risco decorrentes do envelhecimento. Segundo Góis e Veras (2010), o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é causa de um grande número de mortes de idosos no Brasil, representando assim a segunda maior taxa de mortalidade no mundo e a maior causa de morte para os brasileiros acima de 65 anos. Além do AVE, podemos citar ainda a insuficiência cardíaca e coronariana e as doenças pulmonares, que se revezam como a primeira e a segunda causas além da crise hipertensiva estão entre as doenças cardiovasculares que acometem os idosos na velhice. Há ainda as enteroinfecções, a desnutrição, a desidratação e a anemia que estão sempre presentes como causas intermediárias.

No sistema musculoesquelético, a principal mudança gerada com o avanço da idade é o decréscimo da força muscular, que afeta diretamente a capacidade de o indivíduo realizar tarefas do dia a dia, diminui sua independência funcional o que

reflete negativamente na qualidade de vida do idoso, dentre elas tem-se como exemplo a osteoporose (LACOURT; MARINI, 2006 apud SACHETTI et al, 2010).

A osteoporose é uma doença caracterizada pela perda de massa óssea, ocasionando uma fragilidade dos ossos e, conseqüentemente, riscos de fraturas. Grande parte das fraturas resultantes da osteoporose produz mudanças esqueléticas, como deformações e diminuição da estatura, podendo levar o portador da doença à invalidez e até a morte (SACHETTI et al, 2010).

Nos fatores psicológicos e intelectuais, as doenças neuropsiquiátricas como depressão e demência estão entre os transtornos que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos. As doenças degenerativas e progressivas, geradora de múltiplas demandas e altos custos financeiros, são ainda as com maior acometimento ao idoso. Dentre eles estão o Mal de Parkinson e doença de Alzheimer como uma forma de demência que compromete a integridade física, mental e social do idoso, sendo assim um novo desafio para o poder público, instituições e profissionais de saúde (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Isso porque estas doenças tornam o idoso dependente de cuidados e com perda de sua autonomia. Em geral, as doenças que são acometidas em virtude do envelhecimento, sendo elas de forma crônica e degenerativas, tornam-se bastante desgastantes em virtude de seu longo período de cuidados, exigindo assim acompanhamento médico constante e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas.

2.3 A DOENÇA DE ALZHEIMER

Dentre as doenças crônico-degenerativas, a que se torna uma das mais preocupantes é a demência, especialmente a Doença de Alzheimer (DA). “Trata-se de uma doença neurológica progressiva e irreversível, caracterizada por perdas graduais da função cognitiva e distúrbios do comportamento e do afeto, não sendo facilmente diagnosticada” (GARCES et al, 2012, p.336).

A DA compromete por completo a integridade física, mental e social do portador, levando-o a dependência total na fase mais avançada da doença. Diante de tal situação, há uma maior necessidade de cuidados especiais e complexos realizados pelo cuidador. A DA atinge grande parte da população idosa, obtendo como

prevalência 10% da população com mais de 65 anos, sendo que aos 85 anos ou mais esta taxa sobe para 47,2% (PINTO et al, 2009).

Segundo Sereniki e Vital (2008, p.1), a DA “caracteriza-se, histopatologicamente, pela maciça perda sináptica e pela morte neuronal observada nas regiões cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, incluindo o córtex cerebral, o hipocampo, o córtex entorrinal e o estriado ventral”.

Os primeiros sinais de investigação sobre o Alzheimer ocorreram há um século, em 1907, aproximadamente, por meio do médico alemão Alois Alzheimer que dedicou-se a um caso de demência severa vivida pela paciente conhecida por Auguste D. Esta investigação o levou a perceber a presença de placas específicas entre os espaços extracelulares e lesões neurofilamentares afetando todo o córtex cerebral. Era o início de uma descoberta que ressignificaria a, até então, demência senil em Doença de Alzheimer.

A partir dos achados de Alzheimer, vários estudos em torno do funcionamento neurológico foram realizados em todo o mundo, conseguinte também aqui no Brasil, e a comunidade científica passou a defender a DA como sendo um distúrbio com fator de risco provavelmente genético, pois foi observado que algumas pessoas são mais propensas a desenvolver a doença a depender da incidência orgânica natural de composição dos alelos no seu cromossomo 19. Logo, a DA estaria relacionada ao polimorfismo da apoliproteína E, B e ao gene transportador da serotonina.

De acordo com Sereniki e Vital (2008), a DA apresenta características histopatológicas em que estão presentes no parênquima cerebral de pacientes. Tais características incluem depósitos fibrilares amiloidais, localizados nas paredes dos vasos sangüíneos, associados a uma variedade de diferentes tipos de placas senis, acúmulo de filamentos anormais da proteína tau e, conseqüente, formação de novos neurofibrilares (NFT), perda neuronal e sináptica, ativação da glia e inflamação.

Para explicar melhor a etiologia da DA, Sereniki e Vital (2008) explicam que, de acordo com a hipótese da cascata amiloidal, a neurodegeneração na doença de Alzheimer inicia-se com a clivagem proteolítica da proteína precursora amilóide (APP) e resulta na produção, agregação e deposição da substância β -amilóide ($A\beta$) e placas senis. De acordo com a hipótese colinérgica, a disfunção do sistema colinérgico é suficiente para produzir uma deficiência de memória em modelos animais, a qual é semelhante à doença de Alzheimer.

Botelho (2008, p.21-22), descreve em seu estudo alguns sinais que são relevantes para a identificação da doença e orientações quanto aos cuidados com o portador.

Perda de memória, confusão. Não consegue se localizar na rua, não toma regularmente seus remédios; Guarda e não lembra onde estão suas coisas. Fica irritadiço com tudo. Fica desconfiado no trato com as pessoas da casa onde vive. Sempre reclama, por exemplo, “Alguém está me roubando”; tem necessidade de sair de casa, *fugir*. Sua mente precisa de ares novos. Passa longo tempo perambulando na rua; Repete por várias vezes, em questão de minutos, as mesmas frases e comentários, não se dando conta do fato; Sempre vestirá a mesma muda de roupa, se não a tirarem da sua vista. Usa roupas sujas, descosturadas e mal compostas, sem perceber. Perde equilíbrio com facilidade, sofrendo tombos; Perde a habilidade de se expressar. Faz perguntas incompreensíveis. Dá respostas inexatas. Não identifica familiares, mesmo os mais próximos. Não se reconhece em fotos e em espelhos; Terá dificuldades motoras como levar comida à boca, sentar em uma cadeira, levantar, pegar em talher, copos ou em qualquer coisa que necessite segurar; Dependência total. Precisa ser banhado e vestido. Sem controle da bexiga e intestino; entre outras (BOTELHO, 2008, p. 21-22, grifo da autora).

A DA se manifesta de forma insidiosa em decorrência de lesões neuronais e consequente degeneração do tecido nervoso. Neste caso, a pessoa apresenta alterações progressivas, principalmente em três domínios fundamentais: memória, comportamento e atividades funcionais da vida diária, com consequências para a perda da autonomia e independência (SENA; GONÇALVES, 2008).

Além destes sintomas, a DA pode causar com o agravamento do quadro a agitação psicomotora, depressão, delírios e outras alterações psicopatológicas que vão surgindo ao longo da sua evolução. São aspectos heterogêneos indiscutíveis cujo impacto na sociedade, a considera como a epidemia do século XXI (SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007).

A doença começa com manifestações lentas e insidiosas, a evolução geralmente é progressiva e deteriorante. O diagnóstico tem início com a percepção da família e posteriormente com os profissionais da área da saúde por meio de observação de sinais e fatores de risco da doença (idade, história familiar positiva e síndrome de Down). No entanto, para que o médico possa estabelecer o diagnóstico preciso, a história clínica adequada, a confirmação por parte dos familiares e a avaliação do estado mental, segundo os critérios do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais* são fundamentais e pode conferir até 90% de exatidão para o diagnóstico (SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007; AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - DSM-5, 2013).

De acordo com Poltroniere, Cecchetto, Souza (2008), há ainda diversos exames que são utilizados para contribuir no diagnóstico de Alzheimer, como hemograma completo; concentração de creatinina, concentração de creatinina, sódio, potássio e cálcio; dosagem de vitamina B12, sorologia para sífilis, função hepática, hormônio estimulante da Tireóide (TSH). Exames como tomografia computadorizada, ressonância magnética e a avaliação neuropsicológica surgem como opcionais.

A DA, por ser uma doença crônico-degenerativa, não tem cura. No entanto, seu tratamento pode ser realizado por meio de intervenções que possibilitem a manutenção de suas capacidades, bem como buscar alcançar a melhor situação funcional possível em cada estágio da enfermidade. O tratamento da DA é realizado com o uso de agentes farmacológicos e de intervenções psicossociais direcionadas aos portadores, familiares e cuidadores. Dentre as intervenções psicossociais estão: grupos socioeducativos e psicoterapia para os familiares e cuidadores; técnicas para melhor estruturação e organização do ambiente; orientação nutricional, fisioterápica e odontológica; programas de exercícios físicos; reabilitação neuropsicológica (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

2.4 ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE DA

A DA causa no indivíduo a deterioração das funções cognitivas em virtude do seu grau de demência o que afeta gravemente a qualidade de vida dos pacientes e gerar numerosos problemas, a eles e aos seus cuidadores. A presença dos sintomas comportamentais tem sido relacionada ao curso clínico desfavorável, evolução rápida da doença, aumento da taxa de institucionalização, aumento da sobrecarga dos cuidadores e diminuição da sobrevida desses pacientes.

Para os cuidados com os portadores da doença, o tratamento farmacológico com medicações como donepezil, galantamina e rivastigmina, consideradas inibidores da acetilcolinesterase, visam corrigir os déficits cognitivos e os distúrbios psicocomportamentais, melhorando o desempenho das atividades do dia-a-dia. Neste âmbito, a equipe de enfermagem atua na assistência aos medicamentos, bem como no apoio cuidados necessários para a manutenção da vida do portador (VALE et al, 2011)

Para as práticas de Enfermagem, a Sistematização da Assistência em DA vem sendo conduzida por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A SAE permite que estes profissionais sistematizem as suas ações de forma integrada e dinâmica, com o objetivo de prestar uma assistência ao paciente com qualidade, atendendo as suas necessidades. A implementação do SAE é uma forma inovadora na prestação da assistência e a sua implementação surgiu mediante a preocupação em orientar atividades de enfermagem com ênfase ou pautadas no método científico (SILVA; SILVA, 2008).

De acordo com a resolução do COFEN 358/2009, as instituições de saúde públicas e privadas de todo o Brasil devem implantar o processo de sistematização e utilizá-la como uma estratégia na organização da Assistência de Enfermagem, atendendo assim, aos requisitos do Manual Brasileiro da Acreditação Hospitalar. A SAE oferece subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas para o cuidado, centrado no ser humano e não somente na doença (NASCIMENTO et al, 2008).

Para que a sistematização da assistência ocorra, faz-se necessária a implantação de um Processo de Enfermagem (PE), o qual é considerado por alguns autores como a base de sustentação da SAE. O PE direciona o trabalho dos enfermeiros para determinar as necessidades identificadas a partir da história pregressa e durante a consulta de enfermagem, proporcionando um bom atendimento.

Esse processo é constituído por fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, o delineamento do diagnóstico de enfermagem, a instituição de um plano de cuidados, a implementação das ações planejadas e a avaliação”. Tais fases se relacionam e dependem uma de outras, e por meio deste processo, pode-se ter uma enfermagem humanizada, contínua e de qualidade (ALFAVARO-LÉFEVRE apud BRITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006, p. 618).

Na assistência de enfermagem em DA, é importante que o profissional tenha o conhecimento, habilidade de manejo, atitudes autênticas, empatia, paciência, tolerância, a capacidade de superar dificuldades e preconceitos, desenvolvendo habilidades especiais para lidar com o paciente portador Alzheimer e sua família. Estas características se tornam fundamentais para uma assistência de qualidade junto ao portador de DA (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

Nesta fase, é importante que o profissional utilize de suas habilidades no uso do tratamento não-farmacológicos, pois trata-se de um momento delicado para o portador e a família. O tratamento não-farmacológico compreende a abordagem ao paciente, família e/ou cuidadores. Para isso, é preciso levar em consideração os princípios psicossociais que fundamentam a Enfermagem, bem como atitudes de encorajamento, tranquilidade e habilidade. Tais mecanismos podem ter uma influência marcante para diminuir (PESTANA; CALDAS, 2009).

Estes fatores ora mencionados são relevantes, uma vez que, na fase avançada ou terminal da Doença de Alzheimer, há significativas perdas como o a diminuição do vocabulário, apetite e peso, e aparecem descontrole urinário e fecal, dependência progressiva do cuidador. Geralmente é nesse estágio que os enfermeiros assistenciais têm contato com os pacientes, pois ficam mais suscetíveis a problemas que necessitem de internação hospitalar (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

No ambiente hospitalar, o profissional de enfermagem deve prestar sua assistência ainda no cuidado com a pele do portador de DA, visto que, na fase avançada da doença o idoso permanece a maior parte do tempo em repouso devido as debilitações físicas. Neste aspecto, a mudança de decúbito associada a demais cuidados, torna-se fundamental para prevenção de lesões de pele (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

Segundo Sales et al (2011), a assistência de enfermagem nessa fase também está voltada para a prevenção de acidentes. Neste âmbito, a sua atuação está na prevenção de quedas e demais riscos de acidentes por meio de estratégias e métodos de segurança e orientações junto aos familiares quanto ao risco. Há ainda orientações sobre alimentação, eliminações e medicação, para a proteção ambiental, para o estabelecimento de rotinas e para o reconhecimento dos códigos de comunicação, verbais ou não verbais na terceira fase da doença.

Lenard et al (2011) acrescentam ainda a importância das competências profissionais do enfermeiro no auxílio e apoio junto aos familiares, visto que é importante levar em consideração a valorização do cuidador e do papel da família. De acordo com Sales et al (2011), a assistência à família está voltada para as orientações para o entendimento do diagnóstico e prognóstico da patologia, de mudanças no comportamento e de medidas de controle da ansiedade e agitação, bem como para os cuidados necessários para este paciente.

Prestar o cuidado e a assistência a um portador de DA requer uma multiplicidade de interações, negociações, aproximações e distinções e confluência de conflitos interpessoais. No entanto, estes sabem reconhecer a importância do afeto e da atenção dispensados a eles e é com este pensamento que o profissional de enfermagem deve buscar prestar sua assistência com qualidade e eficiência.

A atuação do profissional de enfermagem está também no apoio e auxílio nos cuidados com o portador de DA para a família. Estão, em muitos casos, designados para ser o cuidador do doente. Segundo Sales et al (2011), neste âmbito, a assistência do profissional de enfermagem no suporte familiar está na orientação para o entendimento do diagnóstico e prognóstico da patologia, de mudanças no comportamento e de medidas de controle da ansiedade e agitação.

Nesse contexto, o cuidador que assume este papel, ou seja, o de cuidar do idoso portador de DA, deve estar consciente quanto as demandas de cuidados que afetam sua dimensão física, mental e social, isto porque, são fatores que, em muitos casos, são inevitáveis. Para tanto, o apoio e auxílio dos profissionais de saúde neste âmbito são relevantes, uma vez que realiza intervenções específicas para o cuidado a esta população, contribuindo assim para a obtenção da melhoria da qualidade de vida de cuidadores e idosos.

2.5 O CUIDADOR FAMILIAR DO PORTADOR DE DA

A medida em que se evolui as fases da DA, exige-se cuidados mais específicos. Para tanto, diante da incapacidade do portador de realizar o seu autocuidado, o cuidador é designado para assumir tal função. Segundo Cruz e Hamdan (2008), o cuidador geralmente é escolhido dentro do círculo familiar, como a pessoa diretamente responsável pelos cuidados do paciente – normalmente a esposa, filhos ou outro parente, ou ainda, uma pessoa contratada para a função. A tarefa de cuidador muitas vezes é assumida de maneira inesperada.

De acordo com Garces et al (2012), a jornada do cuidado pode tornar-se muito desgastante para o cuidado pois, independentemente deste ser um ente da família ou não, com o passar do tempo a sobrecarga de trabalho, bem como a jornada incessante, repetitiva e solitária, torna-se um fator estressor, com consequências como fadiga, estresse e depressão, entre outros fatores que levam ao cuidador a precisar também de cuidados especiais.

A família que possui idoso com alta dependência em função do processo demencial está sujeita a uma constante carga de tensão, podendo seus membros tornar-se exaustos, desgastados física e emocionalmente, ao mesmo tempo em que pode haver desestruturação financeira de um modo geral. Assim, cuidar de um idoso portador de Demência de Alzheimer pode ser uma das tarefas mais complicadas para a família (OLIVEIRA; CALDANA, 2012, p. 677).

São momentos de angústias e incertezas do cuidador que causa no mesmo um rompimento do seu modo de vida, diminuição do autocuidado, do tempo de lazer, vida social, vida familiar e afetiva, ou seja, fatores que são relevantes para uma boa qualidade de vida (VALIM et al, 2010). De acordo com Garces et al (2012), em situações como esta, o cuidador sente-se obrigado a buscar estratégias e mecanismos de enfrentamento para se adaptar a essa situação.

Conforme anteriormente mencionado, em muitos casos o cuidador é um parente familiar e dessa maneira, estes cuidados tornam-se ainda mais complexos, visto que, embora tenham sua importância no cuidado, possuem pouco conhecimento sobre as características do processo da doença, seu curso e como lidar com problemas diários vivenciados. Há, no entanto, um despreparo para o enfrentamento de tal situação e ocasionando neste o desgaste físico e emocional.

Este desgaste tornou-se um fator preocupante, pois o portador de DA permanece sob seus cuidados sempre que lhe for necessário. No entanto, em virtude deste desgaste, o cuidador pode apresentar sinais de alterações psiquiátricas que o impossibilitem de suas funções. Segundo Pinto et al (2009) dentre os diversos que podem ser gerados pelos desgastes, há ainda, com probabilidade de 60%, os cuidadores de pacientes podem desenvolver distúrbios físicos e psicológicos, e os mais comuns são hipertensão arterial, desordens digestivas, respiratórias; propensão a infecções, depressão, ansiedade e insônia

Para lidar com tal enfrentamento, Borghi et al (2011) afirma em seu estudo que cada vez mais se faz necessário um redimensionamento na vida dos membros familiares para que o cuidado seja melhor planejado. Isto por que, fatores como o mencionado anteriormente podem desfavorecer a sua qualidade de vida e levá-los ao adoecimento.

A qualidade de vida (QV) passou a ser nos últimos anos uma preocupação constante do ser humano, o qual busca o seu bem-estar e melhores condições de vida, seja ela na saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho,

autoestima, entre outras. A QV está diretamente ligada a percepção que o indivíduo tem diante de sua posição na vida, ou seja, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Sendo importante para a realização do cuidado eficiente, pois se o cuidador não preservar a sua qualidade devida, certamente não terá condições de garantir a do outro. De acordo com Pinto et al (2009, p.653), “conhecer a QV dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planejar ações integrais em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos danosos da sobrecarga de cuidado vivenciada por eles”. Neste aspecto, é fundamental que se crie estratégias que possibilitem uma melhor qualidade de vida a este grupo.

3 METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que foi desenvolvida por meio de construção de etapas para melhor desenvolver o trabalho.

Inicialmente estabeleceu-se questão norteador e objetivos da revisão integrativa; os critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa que permite a incorporação das evidências e tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Como recorte temporal de publicações dos artigos com foco para DA, coletou-se estudos publicados entre maio de 2009 a dezembro de 2012, adotando como critérios de inclusão a seleção de artigos originais e completos e disponíveis na língua portuguesa.

Como critério de exclusão descartou-se publicações disponíveis em resumo, em língua estrangeira, publicados antes de 2004 e as que não abordassem o tema de acordo com o foco desta pesquisa.

A coleta dos dados ocorreu na BVS usando os descritores em saúde, “Doença de Alzheimer”, “Cuidador”, “Qualidade de vida”, “Envelhecimento”, seguindo os critérios estipulados para inclusão neste estudo, o que culminou na amostra total de 32 artigos.

Contudo, para refinar e detalhar melhor a pesquisa, afim de atender os objetivos proposto, utilizou-se os operadores booleanos AND e o cruzamento dos descritores na seguinte forma: “Envelhecimento AND Cuidador familiar”, “Cuidador familiar AND Qualidade de vida”, “Cuidador familiar AND Demência”.

Após a análise e estudo primário dos artigos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, a amostra concluiu em 10 artigos que atendeu aos objetivos do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente foi obtido um quantitativo de 30 estudos que após a análise seguindo os critérios inclusão e de exclusão da pesquisa resultaram em 10 artigos pertinentes à temática.

Os artigos selecionados foram agrupados em quadros sinópticos descritivos classificados como 1 e 2, sendo o quadro sinóptico descritivo 1, que continha o ano de publicação, título do estudo, autores e períodos de origem. Enquanto o quadro sinóptico descritivo 2 estão contidos os objetivos e tipo de estudo resultados/ conclusões.

O estudo foi composto por oito artigos originais; um artigo de reflexão; e quatro artigos de revisão de literatura. Dos artigos pesquisados, nove eram produções nacionais, com prevalência de estudos realizados na região Sudeste (São Paulo) e Sul (Rio Grande do Sul e Paraná). Foi encontrado apenas um artigo da região nordeste do país (Alagoas) e dois artigos em periódicos internacionais.

Quadro sinóptico 1: Descrição dos artigos científicos expondo ano, título e autores. **Id*** Identificação do artigo.

ID	ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO DO ESTUDO	AUTORES	Periódico de Origem
A	2012	As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer	Ana Paula Pessoa de Oliveira; Regina Helena Lima Caldana	Saúde Soc.
B	2011	Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de Alzheimer	Ana Cláudia Silveira Sales, Bruna Colombo Reginato; Juliana Dias Reis Pessalacia, Tatiane Prette Kuznier	R. Enferm. Cent. O. Min.
C	2011	A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer	Maria Helena Lenardt Mariluci Hautsch Willig, Márcia Daniele Seima, Letice De Freitas Pereira.	Colomb Med
D	2011	Qualidade de Vida de Idosos com Doença de Alzheimer e de Seus Cuidadores.	Ana Carla Borghi, Anelize Helena Sassá, Paula Cristina Barros de Matos, Maria das Neves Decesaro, Sonia Silva Marcon	Rev Gaúcha Enferm.,

E	2011	A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer	Márcia Seima, Daniele Maria Helena Lenardt	Textos & Contextos
F	2010	A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso	Marília Duarte Valim, Dênis Derly Damasceno, Luana Caroline Abi-acl, Fernanda Garcia, Silvana Maria Coelho Leite Fava	Rev. Eletr. Enf.
G	2010	Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo	Keika Inouye Elisete Silva Pedrazzani Sofia Cristiana Iost Pavarini	Cad. Saúde Pública
H	2009	Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer	Rosimere Ferreira Santana, Kátia dos Santos Almeida, Nina Aurora Mello Savoldi	Rer. Esc. Enferm. USP
I	2009	Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer	Meiry Fernanda Pinto, Dulce Aparecida Barbosa, Ceres Eloah de Lucena Ferreti, Lúdia Ferreira de Souza, Dayana Souza Fram, Angélica Gonçalves Silva Belasco	Acta Paul Enferm
J	2009	O Impacto da Doença de Alzheimer do Cuidador	Deusivania Vieira da Silva Falcão; Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Malusckhe	Psicologia em Estudo,

Fonte: Da pesquisa.

A amostra final resultou em artigos que atenderam aos critérios de inclusão temporal, ou seja, publicados entre maio de 2009 a dezembro de 2012, com desenhos metodológicos variados em: descritiva qualitativa do tipo exploratória (B, D, G, H), Qualitativo analítico (J) e Transversal (A, C, E, F, I).

Quadro Sinóptico Descritivo 2: Artigos científicos selecionados na investigação agrupados conforme temática e ressaltando objetivos, tipo de estudo e resultados, conclusões.

Id (*)	Objetivos	Tipo de estudo	Resultados / Conclusões
A	Investigar as repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer.	Transversal	Mostraram que as renúncias aparecem nos depoimentos dos familiares como uma repercussão significativa do cuidado. A privação social em função do cuidado é uma realidade presente na vida dos cuidadores deste estudo. A raiva, a impaciência, o medo, a solidão e a vergonha são sentimentos vivenciados pelos cuidadores em seu cotidiano, que se

			alternam com sentimentos de satisfação, felicidade, compaixão e de retribuição. A situação de cuidado vivenciada pelos cuidadores é permeada por sentimentos que se contrapõem, em determinados momentos se configurando como desagradáveis e em outros momentos como agradáveis. É possível e relevante os profissionais da saúde identificarem esses aspectos favorecedores de prazer na relação de cuidado, buscando exaltá-los perante os outros.
B	Identificar a percepção da equipe de enfermagem de um centro de vivência geriátrico sobre o cuidado ao idoso portador de DA e sobre o seu preparo para a assistência ao idoso nas situações de: admissão, inclusão, colaboração por parte da família e informações sobre os cuidados e tratamentos. Também se buscou identificar os fatores que possam interferir na qualidade dos cuidados ao doente.	descritivo e exploratório e de abordagem qualitativa.	Apresentam-se recomendações para: farmacoterapia dos transtornos cognitivos, incluindo inibidores da acetilcolinesterase (IAChE), memantina e outros fármacos e substâncias; farmacoterapia dos sintomas comportamentais e psicológicos (SCPD), incluindo antipsicóticos, benzodiazepínicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, IAChE, memantina e outros fármacos e substâncias; e tratamento não farmacológico dos transtornos cognitivos e dos SCPD.
C	Avaliar a condição de saúde e satisfação com a vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, usuários de um Centro de Referência em Atendimento em Doença de Alzheimer (DA).	Quantitativo descritivo transversal.	Para o nível de sobrecarga dos cuidadores prevaleceu o grau moderado (46.2%), com média de 33.29 (4-85, +15.33). A média do escore (percentual) relacionada à satisfação com a vida foi de 63% (1.7%-100%). As variáveis estatisticamente associáveis ao nível de sobrecarga foram: sexo ($p=0.040$), idade ($p=0.016$), doença ($p=0.003$) e satisfação com a vida ($p<0.001$). Os cuidadores doentes estão significativamente associados a menores médias percentuais de EBES ($p=0.032$). A sobrecarga do cuidador familiar é uma situação que precisa ser encarada pela enfermagem com medidas de suporte e amparo (medidas protetoras). O cuidado gerontológico constitui um âmbito privilegiado de políticas de proteção, que devem ser planejadas, contemplando o cuidador na sua vulnerabilidade e desamparo.
D	Identificar a qualidade de vida (QV) do cuidador e a do idoso com Doença de Alzheimer (DA).	qualitativo descritivo exploratório	Os itens moradia (98%) e família (72%) apresentaram maior satisfação para cuidadores e idosos e os itens memória e tarefas (92%) para os cuidadores e lazer (52%) para os idosos alcançaram maiores índices de insatisfação. Considera-se que a QV do cuidador reflete diretamente no cuidado prestado e, portanto, também deve ser considerada no planejamento e implementação da assistência ao idoso com DA.

E	Identificar o nível de sobrecarga do cuidador familiar do idoso com Alzheimer de uma comunidade.	Transversal	O processo de cuidado dos profissionais da saúde junto aos cuidadores não pode ser apenas prescritivo, esse deve ser desenvolvido sob demanda, com intuito de minimizar as sobrecargas, que enfrentam nas situações de cuidado com o idoso portador de Alzheimer.
F	Compreender o significado atribuído pelo familiar na prestação do cuidado domiciliar a um paciente portador de DA.	Transversal	Foram observados aspectos relevantes como as modificações no estilo de vida do cuidador e família para incluir as novas necessidades do portador de DA; a sobrecarga física e emocional decorrente do cuidado, cansaço e estresse manifestados em irritabilidade, frustração, tristeza, solidão – sentimentos frequentemente relatados, estando estes associados ao convívio diário com o doente, falta de recursos, principalmente do setor público e despreparo em oferecer suporte ao idoso e ao familiar que presta cuidado. Desta forma concluímos que há necessidade de mais estudos sobre o familiar cuidador e investimentos no apoio a este, devido ao aumento do número de idosos e doenças crônico-degenerativas.
G	comparar a percepção geral e de cada dimensão de qualidade de vida de um grupo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer com um grupo de não-cuidadores emparelhado quanto às variáveis sociodemográficas.	Qualitativo descritivo exploratório	grupo de cuidadores apresentou chance maior e significativa de avaliar negativamente as dimensões saúde física, disposição, humor, memória, você em geral e capacidade para fazer atividades de lazer quando comparado ao grupo de não-cuidadores. Quanto aos escores totais de qualidade de vida, a média obtida foi de 38,83 pontos para cuidadores e de 41,81 para não-cuidadores. Esses dados sugerem que o convívio com a doença de Alzheimer influencia negativamente o escore total e algumas dimensões de qualidade de vida do cuidador familiar.
H	Descrever a orientação recebida pelo cuidador do portador de Alzheimer antes de sua participação no Pólo Neurogeriatria; analisar a aplicabilidade das orientações recebidas; identificar os mecanismos de enfrentamento e adaptação encontrados nos cuidadores.	Qualitativa descritiva-exploratória	Os mecanismos de enfrentamento são utilizados para a adaptação à situação de sobrecarga, podendo ser amenizada pelo apoio educacional e emocional recebido nos grupos de orientação.
I	Avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer e relacioná-la ao Índice de Katz dos pacientes e ao escore do Inventário de	Transversal	Os escores mais comprometidos do SF -36 dos cuidadores foram: vitalidade (56,8) e os físicos e emocionais com 58,1, respectivamente. Houve correlação negativa entre o IDB do cuidador e o índice de Katz dos pacientes; entre o SF – 36 e o IDB e as correlações positivas entre os escores do SF -36 e Índice de Katz e entre os domínios deste índice e os escores do MEEM. A qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com DA mostrou-se alterada, podendo comprometer os cuidados por eles prestados e,

	Depressão de Beck dos cuidadores		evidenciou piora quando a capacidade funcional do idoso esteve mais comprometida.
J	Discutir o papel dos cuidadores familiares de idosos com a doença de Alzheimer (DA) e suas implicações no contexto psicossocial, trazendo à tona uma reflexão pautada na literatura psicogerontológica.	Qualitativo analítico	Apontam-se conteúdos inerentes ao contexto familiar de idosos com a doença de Alzheimer e aos programas de apoio e intervenção psicossocial. O diagnóstico da DA deveria ser realizado o mais precocemente possível, com vista a propiciar uma melhor oportunidade para desenvolver o tratamento e diminuir o sofrimento do paciente e da família.

Fonte: Da pesquisa.

As pesquisas que compõe este estudo, na sua maioria, são concordantes quanto ao sexo e ao grau de parentesco dos cuidadores, sendo estes a maioria do sexo feminino, casadas, residem com o idoso, cuidar há mais de três anos e realizar outras tarefas além do cuidado. Fatores ora mencionados gera uma sobrecarga nos cuidados e este também se torna um fator estressor para o desencadeamento da qualidade de vida negativa.

Fazendo alusão aos artigos “A” (OLIVEIRA ; CALDANA), “F” (VALIM; DAMASCENO; ABI-ACL; GARCIA; FAVA) e “I” (PINTO; BARBOSA; FERRETI; SOUZA; FRAM; BELASCO), publicados nos anos 2012, 2010 e 2010, respectivamente, os estudos evidenciaram que as alterações da qualidade de vida (QV) do cuidador estão relacionadas aos aspectos físico, social e emocional, além da saúde mental e dor física, sendo mais propícios estes fatores às pessoas do sexo feminino que moram com o paciente e que dispensam o cuidado por várias horas. De acordo com os autores da pesquisa F, estas são as variáveis que se correlacionaram com pior índice de QV dos cuidadores.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006) complementam este perfil afirmando em seu estudo que os cuidadores que apresentam maior nível de impacto subjetivo a sua qualidade de vida são os de maior grau de escolaridade e aqueles que cuidam de pacientes restritos ao leito.

Levando-se em consideração ao sexo dos cuidadores, o estudo “J” (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE), publicado em 2009, evidenciou que os mecanismos estressores são mais prevalentes em cuidadores do sexo feminino e avaliaram o estado emocional, a saúde mental, as mialgias e a capacidade física desses como fatores relevantes para a qualidade de vida negativa. Concluíram ainda que a saúde

mental, a estrutura emocional e a doença física são muito frequentemente afetadas, o que difere dos homens cuidadores, que apenas apresentam capacidade física significativamente prejudicada.

Contradizendo aos artigos anteriores, o artigo “D” (BORGHI; SASSÁ; MATOS; DECESARO; MARCON), publicado em 2011, indicou que os cuidadores familiares de pacientes com DA se mostraram insatisfeitos apenas com um item da escala de avaliação de QV, sendo este a capacidade de realizar atividades de lazer, fator que abala as sociais e subjetivas dos cuidadores.

A questão social foi apontada na maioria dos estudos, no entanto, os artigos “E” (SEIMA; LENARDT), “F” (VALIM; DAMASCENO; ABI-ACL; GARCIA; FAVA) e “G” (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI), publicados em 2010, evidenciaram que a exclusão social dos cuidadores, advinda da extrema exigência de cuidados diretos ao idoso com Alzheimer, é fator potencializador de sobrecarga emocional e social e este fator pode acarretar em quadros de depressão, angústia, medo, frustração, tensão e, conseqüentemente, uso de diversos medicamentos, principalmente os psicotrópicos.

No estudo “B”, os autores Sales, Reginato, Pessalacia, Kuznier (2011) apontam que sobrecarga de tarefas impostas aos cuidadores gera impossibilidade do mesmo participar de relações sociais. Diante disso, verificou-se no estudos que a questão do lazer torna-se um dos fatores com grande influência para a qualidade de vida, principalmente para a diminuição da sobrecarga diante do cuidador, uma vez que, de acordo com o estudo “F”, acarreta na diminuição do autocuidado e qualidade de vida, em que este cuidador é obrigado a criar mecanismos de enfrentamento para se adaptar a essa situação e não permitir que estes fatores influenciem no seu cuidar.

Isto pode ser percebido também no estudo do artigo “C”, em que os autores Lenardt, Willig, Seima, Pereira (2011) apontam que os cuidadores, ao se percebem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de tensão e, conseqüentemente, a desempenharem suas funções aquém de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado desequilibrada, normalmente acompanhada por resultados insatisfatórios.

Conforme visto na discussão, a sobrecarga de tarefas direcionadas ao cuidador, além desta atividade, ainda tem preocupações quanto as atividades da vida diária como administrar finanças, a casa e a família, bem como, responsabilidades em tarefas básicas, como as relacionadas com o cuidado pessoal de higiene e alimentação, entre outros. Todos estes elementos tornam-se desgastantes e é preciso

que a tarefa do cuidado do idoso com DA seja dimensionada entre demais integrantes da família.

De acordo com o estudo do artigo “D”, os cuidadores sobrecarregados e desgastados têm sua QV ameaçada devido ao estresse, advindo da responsabilidade de cuidar, apresentando, em muitas situações, sentimentos de impotência, problemas de saúde, cansaço e irritabilidade.

De acordo com Cruz e Hamdan (2008), estes aspectos geradores da sobrecarga está relacionado a problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida dos responsáveis pelo paciente nos âmbitos físico, financeiro e emocional.

Assim, de acordo com Alvarez (2011 apud SANTOS; PELZER; RODRIGUES, 2007) este tipo de situação expressa uma necessidade genuína de apoio por parte das famílias em sua longa e desgastante trajetória de prestar cuidado cotidiano ao seu familiar idoso doente e/ou fragilizado. Os autores do artigo “D” complementam ao afirmar que, se não houver na família uma pessoa que possa substituir e trocar com o cuidador primário, a tarefa de cuidar se torna muito mais desgastante.

Na pesquisa “D”, é ressaltado ainda a importância de um trabalho de intervenção, que valorize e envolva outros familiares no cuidado ao idoso com DA, realizando um trabalho de conscientização quanto a importância do apoio, direitos, deveres e principalmente da condição da pessoa que assume sozinha todas as responsabilidades relacionadas com o cuidado. Dessa forma, favorece para que outros membros familiares se disponham a ajudar nesta tarefa, o que sem dúvidas poderá contribuir para a melhoria do cuidado prestado ao idoso e nas condições de vida de seu cuidador principal.

Contudo, o apoio profissional também pode contribuir para a redução desta sobrecarga. Isso pode ser observado no estudo “E”, em que os autores apontam que é imprescindível o olhar atento da equipe multiprofissional aos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, visto que cuidar de um familiar com demência é estressante, pode contribuir para doenças psiquiátricas e físicas dos cuidadores e aumentar os riscos de morte.

Corroborando com o estudo ora citado, o artigo B apontou que a equipe de enfermagem deve estar atenta à sobrecarga física e emocional vivenciadas ao cuidador portador de DA, visto que esses aspectos podem comprometer a qualidade de vida do paciente, do cuidador e também comprometer o cuidado a ser prestado.

Os autores do artigo “C” complementam considerando que a enfermagem possui atribuições e competências para atuar junto aos cuidadores com intervenções direcionadas as especificidades dos cuidadores e que contribua para obtenção da melhoria da sua qualidade de vida e isso, segundo os autores, pode ser por meio de novos modelos de assistência com medidas de suporte e amparo.

O suporte e o amparo estariam no trabalho de educação em saúde com o apoio no cuidado, bem como com informações e esclarecimentos quanto a doença e suas implicações. No artigo “F”, os autores explicam que cabe ao profissional enfermeiro realizar a educação em saúde e promoção do cuidado com base em sua clientela e realidade social. Deve agir de forma participativa e dinâmica, tomando iniciativas de promoção de cuidado e atenção à saúde tanto ao portador quanto ao cuidador de DA.

Complementando, o artigo “E” explicam que a educação permanente em saúde, efetuada pela equipe de saúde da família, também pode viabilizar o processo de cuidado aos familiares, principalmente daqueles que prestam cuidado ao idoso com Alzheimer. Contudo, os cuidadores familiares necessitam de uma rede social de apoio que inclua a assistência ao idoso com Alzheimer e às necessidades emocionais, financeiras e psicológicas de quem cuida.

O estudo “B” evidencia que, para o cuidador ter uma melhor qualidade de vida, é fundamental que saiba o que é essa doença e como lidar com os problemas relacionados a ela, visto que, com o conhecimento suficiente sobre a doença, o cuidador poderá buscar mecanismos de enfrentamento para que a doença não prejudique sua própria saúde. Se o cuidador não preservar a sua qualidade de vida, certamente não terá condições de garantir a do outro. De acordo com os autores, ele desempenha o papel de humanizar o tratamento.

Para tanto, é relevante que se transmita informações sobre a doença e orientações gerais referentes ao cuidado. Segundo Falcão e Bucher-Maluschke (2009), as informações que circulam por meio de esclarecimentos que a equipe presta e da troca entre participantes favorecem um melhor enfrentamento da situação e uma maior autonomia dos cuidadores.

No estudo “H”, os autores Santana, Almeida, Savoldi (2009) mencionam que as orientações recebidas sobre a doença podem ser por meio de dinâmicas de grupo, o que facilita a adesão e a melhor compreensão por parte do cuidador, sendo as informações transmitidas com uma linguagem, metodologia e recursos didáticos de

fácil entendimento e compreensão da doença e mensagem repassada pelos profissionais.

Os autores Falcão e Bucher-Maluschke (2009) do artigo “J” orientam para a importância de maior atenção dos profissionais de saúde em relação à orientação e ao encaminhamento desses indivíduos a serviços que possam lhe prestar atendimento e esclarecimento adequado, buscando melhora da qualidade de vida do cuidador e do idoso.

Diante de tais considerações, percebe-se que proporcionar cuidados ininterruptos ao idoso portador de DA pode ocasionar inúmeras demandas aos cuidadores que influenciam diretamente em sua qualidade de vida. Fatores estes que abalam profundamente os sistemas emocionais, bem como acarretam em privações e modificações no estilo de vida, impactando assim no seu cotidiano.

5 CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa permitem concluir que há diversos aspectos que geram impactos na vida dos cuidadores de idosos portadores de DA, sendo estes aspectos sociais, aspectos psicológicos e aspectos culturais. Os apontamentos do estudo evidenciaram que os estímulos que o cuidador recebe para o desenvolvimento de tais impactos são: a sobrecarga de tarefas, a falta de lazer, dificuldades econômicas, falta de autocuidado, falta de apoio de demais membros da família para o dimensionamento das tarefas de cuidado, tempo para o descanso e falta de suporte físico e emocional para o enfrentamento dos agravos causados pela doença.

Como consequência, os cuidadores têm em sua vida o estresse, a ansiedade, fadiga, instabilidade emocional, irritabilidade, empobrecimento, autoestima diminuída, isolamento, desunião familiar, entre outros fatores negativos que afetam diretamente a sua qualidade de vida.

Contudo, o estudo revelou que a qualidade de vida do cuidador de DA está relacionada ao bem-estar pessoal, sendo este físico e mental, abrangendo uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive. Identificou-se ainda que os fatores como preocupações sobre a evolução, prognóstico da doença e estresse diário tendem a piorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Entende-se que para uma boa qualidade de vida destes indivíduos reconhece-se a importância da participação destes em relações sociais, culturais, espirituais e civis. Estes fatores podem influenciar positivamente, visto que os cuidadores passam a se sentir integrantes da sociedade e membros ativos neste meio.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, constatou-se que há ainda poucos estudos e conhecimento quanto a Doença de Alzheimer, suas formas de tratamento, orientação e suporte ao idoso e seus cuidadores. Estes fatores fizeram com que o estudo tivesse limitações referentes à busca desses artigos nas bases de dados, mediante os cruzamentos dos descritores.

Contudo, a investigação com foco para esta temática torna-se relevante para os cuidadores, profissão de enfermagem e o portador de DA, uma vez que, por meio destes estudos pode-se ter um maior conhecimento quanto aos riscos psicossociais

que estes cuidadores estão expostos e ainda desenvolver estratégias que possam mudar este cenário, com a promoção de uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical. Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ALMEIDA KS; LEITE MT; HILDEBRANDT LM. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**.v.11, n.2, p. 403-12, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a23.htm>> Acesso em: 15 set. 2015.

ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-1930, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n8/19.pdf>> Acesso em: 12 set. 2015.

ARRUDA, Micheli Coral; ALVAREZ, Ângela Maria; GONÇALVES, Lucia H. Takase. O familiar cuidador de portador de Doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **CiencCuidSaude**,v.7, n.3, p.339-345. Jul/Set.2008.

ASSIS, Mônica de. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumentos de coleta de dados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 617-628, Florianópolis, 2006. Acesso em: 10.jul.2014. Disponível em: <http://virtual.unipar.br/courses/SEMIO2/document/1_BIMESTRE_2009/proposta_de_instrumento_de_coleta_de_dados.pdf?cidReq=SEMIO2> Acesso em: 15 set. 2015.

BORGHI, AC et al.. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):751-8.

BOTELHO, Laura. **Alzheimer: a doença da Alma**. Editora Russell, 2008.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues. envelhecimento populacional e perfil de morbimortalidade de idosos residentes no município de Montes Claros/MG. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 15, n. 1 - jan. 2013.

CORREA, Mariele Rodrigues; FRANÇA, Sônia Aparecida Moreira; HASHIMOTO, Francisco. Políticas públicas: a construção de imagens e sentidos para o envelhecimento humano. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 219-238, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/11446>> Acesso em: 15 set. 2015.

CRUZ, Marília da Nova; HAMDAN, Amer Cavalheiro. O impacto da doença de alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-786, out./dez. 2009.

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**; v.24, n.1, p.29-35, 2011.

GARCES, Solange Beatriz Billig 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.

GÓIS, Ana Luzia Batista de; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2859-2869, 2010.

KUZNIER, Tatiane Prette. **O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si**. 2007. 144f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

LEITE, André Ferreira et al. Radiografia panorâmica: instrumento auxiliar no diagnóstico da osteoporose, **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 48, n. 4, p. 226-233, jul./ago.2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n4/v48n4a06.pdf>> Acesso em: 10.set.2015.

LE MOS, Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade** v.15, n.3, p.170-179, set-dez 2006

LENARDT, Maria Helena, A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colomb Med.**; v.42 (Supl 1), p.17-25, 2011.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula SchefferSchell da. Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v.15, n.4, p. 587-94, Out-Dez.2006.

_____. Cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 587-94, Out-Dez. 2006.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm. [online]**., v.17, n.4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>> Acesso em 30 set. 2015.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.4, p. 643-648, 2008. Acesso em 10.jul.2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a04.pdf>> Acesso em 30 set. 2015.

OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa de; CALDANA, Regina Helena Lima. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

PAULA, Juliane dos Anjos de ROQUE, FrancelisePivetta; ARAUJO Flavio Soares de. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J BrasPsiquiatr.**, v.57, n.4, p.283-287, 2008.

PESTANA, Luana Cardoso; CALDAS, Célia Pereira. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. **RevBrasEnferm, Brasília**; v.62, n.4, p. 583-7, jul-ago. 2009.

PINTO, Meiry Fernanda et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm**; v.22, n.5, p. 652-7, 2009.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F.H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS); v.32, n.2, p.270-8, jun. 2011.

RESENDE, Marineia Crosara de et al. Cuidar de idosos com Alzheimer: influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 19-31, jan./jun. 2008.

RIBEIRO, Jane Patrícia; ROCHA, Suelen Alves; POPIM, Regina Célia. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de *diabetes mellitus* tipo II. **Esc Anna Nery** (impr.)2010 out-dez; 14 (4):765-771. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400016> Acesso em: 18 set. 2015.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezaniet al. Política Nacional De Atenção Ao Idoso E A Contribuição Da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 536-45.

SACHETTI, Amanda et al. Risco de quedas em idosos com osteoporose. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 8, n. 24, p. 22-26, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1054> Acesso em: 15.dez.2012.

SALES, Ana Cláudia Silveira et al. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de Alzheimer. **R. Enferm. Cent. O. Min.**;v.1, n.4, p.492-502. out/dez. 2011.

SANTOS, Silvana Sidney Costa; PELZER Marlene Teda; RODRIGUES, MônicaCanilhaTortelli. . Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de

idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007.

SENA, Edite Lago da Silva; GONÇALVES, Lucia HisakoTakase. 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. 232-40, Abr-Jun. 2008.

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online]**, v.30, n.1, suppl., p. 0-0. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0101-81082008000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, Sandra Regina L. P. T.; SILVA, Marcelo Tardelli da. **Diário de Enfermagem**. 4 Ed. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, Laís Mara Caetano da et al. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, p.462-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/31.pdf>> Acesso em: 12 set. 2015.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R.C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n.2, p. 102-6, 2010.

VALE, Francisco de Assis Carvalho do et al. Tratamento da doença de Alzheimer. **Dement Neuropsychol**; v.5(Suppl 1), p.34- 48, June, 2011. Disponível em: <http://www.demneuropsych.com.br/detalhe_artigo.asp?id=284> Acesso em: 12 set. 2015.

VALIM MD et al. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. V.12, n.3, p.528-34, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a16.htm>> Acesso em: 12 set. 2015.