



ORIGINAL ARTICLE

THE IMPORTANCE OF KNOWING THE FAMILY ON THE SPECIAL CARE TO ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DOS FAMILIARES SOBRE OS CUIDADOS ESPECÍFICOS AO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER

LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA SOBRE LOS ESPECÍFICOS CUIDADOS EN EL ANCIANO CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho¹, Maria José Coelho²

ABSTRACT

Objective: to identify the importance of the knowledge of family on special care for elderly with Alzheimer's Disease (AD). **Method:** this is about a survey from qualitative approach performed at AD Centre of the Institute of Psychiatry, UFRJ, approved by the Committee of Ethics and Research of the of the UFRJ under protocol number 0026.0.249.000-08. The subjects were 20 patients and data collection occurred from April to August 2009. **Results:** the content analysis was organized into thematic categories which emerged from specific care the person with AD: deficits in performing activities, referral care, behavioral deficits, in order to assist and guide the nursing care the person with AD. **Conclusion:** the information showed that there is a predominant feature of cognitive incapability that causes progressive dependence and their caregivers perceive the deficits presented, as well as the need for an accurate nursing care in accordance with the uniqueness of the elderly with AD. **Descriptors:** Alzheimer's disease; nursing care; nursing.

RESUMO

Objetivo: identificar a importância do Conhecimento dos familiares sobre os cuidados Específicos ao Idoso com a Doença de Alzheimer (DA). **Método:** é uma pesquisa de natureza qualitativa cujo cenário foi o Centro de DA do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da mesma instituição sob protocolo nº0026.0.249.000-08. Os sujeitos foram 20 pacientes e a coleta de dados ocorreu de Abril a Agosto de 2009. **Resultados:** a análise do conteúdo foi organizada em categorias temáticas onde emergiram cuidados específicos a pessoa com a DA: *déficit* na realização nas atividades, cuidados de referência, *déficit* de comportamento, no sentido de auxiliar e orientar os cuidados de enfermagem a pessoa com a DA. **Conclusão:** as informações mostraram que há a característica predominante da incapacidade cognitiva que causa dependência progressiva e seus cuidadores percebem os *déficits* apresentados, bem como a necessidade de um cuidado de enfermagem acurado de acordo com a singularidade do idoso com DA. **Descritores:** doença de Alzheimer; cuidado de enfermagem; enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: identificar la importancia de la familia en el conocimiento sobre los cuidados específicos para los ancianos con la enfermedad de Alzheimer (EA). **Método:** es una investigación cualitativa, cuyo escenario fue el Centro de la EA del Instituto de Psiquiatria de la UFRJ, aprobado por lo Comité de Ética e Investigación de la institución en virtud del Protocolo 0026.0.249.000-08. Los sujetos fueron 20 pacientes y la recogida de datos tuvo lugar entre abril y agosto de 2009. **Resultados:** el análisis de contenido fue organizado en categorías temáticas que surgieron de la atención específica a la persona con EA: *déficit* en la realización de actividades, atención de referencia, anomalías de comportamiento, con el fin de ayudar y orientar a los cuidados de enfermería a la persona con EA. **Conclusión:** las informaciones muestran que hay una característica predominante de deterioro cognitivo progresivo, lo que causa progresista dependencia y sus cuidadores perciben el *déficit* presentado, así como la necesidad de una atención de enfermería precisa de acuerdo con la singularidad de los ancianos con EA. **Descriptores:** enfermedad de Alzheimer; cuidados de enfermería, enfermería.

¹Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: cicacamacho@uol.com.br; cicacamacho@gmail.com; ²Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: cicacamacho@gmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais e possui algumas tendências em relação às enfermidades que levam continuamente a construção de políticas públicas para o idoso tanto no âmbito internacional assim como principalmente no âmbito brasileiro.¹

Neste sentido, é imprescindível à qualidade do cuidado relevar o papel da família do idoso, uma vez que ela está presente no dia-a-dia do mesmo, tendo que lidar com o processo de envelhecimento e com os problemas que o idoso pode desenvolver. Esta dinâmica vem ocasionando mudanças na própria constelação familiar, na qual a intergeracionalidade surge como uma das características do processo de envelhecimento não só individual, mas familiar, em que famílias envelhecem junto com os seus membros, se reorganizando para fazer face às demandas do envelhecimento.²

A relevância em compreender os fenômenos situados no cotidiano da enfermagem, mais especificamente com a pessoa com Doença de Alzheimer, trazem significados atribuídos pelos sujeitos a suas experiências e a nova realidade que convivem, principalmente frente às novas necessidades que se apresentam para a realização do cuidado.

Por meio da natureza interpretativa veiculada no processo de declínio cognitivo apresentado pelas pessoas com Doença de Alzheimer é possível analisar fenômenos no cotidiano da saúde-doença, a partir do ponto de vista de quem o vivencia, ou seja, através das pessoas bem como dos familiares/cuidadores.

Diante dessa realidade vivenciada são visualizadas práticas habituais de vida diária e dificuldades que trazem ações e reações cotidianas relevantes em termos de cuidados. Além disso, a diversidade é um sinal de análise importante porque é compreendida como um indicador de necessidade humana potencializador da manutenção do bem estar. Através da enfermagem há uma busca produtiva do equilíbrio para o manejo dos conflitos advindos das tensões e, especialmente, da necessidade de busca de horizontes compartilhados para um diálogo produtivo entre as diversas realidades apresentadas entre as pessoas com Doença de Alzheimer e familiares/cuidadores. O diálogo deve ser baseado no enriquecimento mútuo e sinérgico com base na diversidade para que o suporte aos familiares/cuidadores seja efetivo.³

É interessante perceber que a compreensão dos indivíduos e grupos de indivíduos que estão inseridos num determinado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas possui base em três dimensões analíticas que são os aspectos individualizáveis como biológicos, comportamentais, afetivos, que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobre determinam aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos com políticas, programas, serviços, ações que interferem sobre a situação.⁴

Levando em consideração estes aspectos à congruência das intervenções de enfermagem podem ser baseadas nas características próprias da pessoa com Doença de Alzheimer e sua realidade, habilidades e os cuidados de referência devem ser evidenciados para que as orientações aos familiares/cuidadores sejam pertinentes e venham a atender as necessidades como um todo (tanto da pessoa com a enfermidade como do familiar/cuidador).

Assim, o **objetivo** deste estudo é identificar a importância do conhecimento dos familiares sobre os cuidados específicos ao idoso com a Doença de Alzheimer.

Para que o suporte aos familiares/cuidadores seja efetivo há a importância de atentar para o estado de equilíbrio do idoso com Doença de Alzheimer onde se leva em consideração o estadiamento clínico da pessoa com Doença de Alzheimer. Isso exige uma qualificação diferenciada e há a possibilidade de entendermos a elevada incidência de complicações relacionadas às atividades cotidianas com a importância do conhecimento sobre o tipo de comprometimento visando um planejamento de cuidados de enfermagem coerentes com esta clientela.⁵

A relevância deste artigo está no fato de que um bom preparo voltado para a educação para a saúde combinados com a necessidade de adaptação a realidade da clientela, bem como para a saúde do cuidador e/ou familiar e os diversos mecanismos de enfrentamento a esta nova realidade se fazem necessários. Portanto, a importância do conhecimento dos Cuidados Específicos ao Idoso com a Doença de Alzheimer podem favorecer um cuidado de enfermagem singular e de acordo com a realidade vivencial de cada cliente idoso com Doença de Alzheimer.

MÉTODO

É uma pesquisa de natureza qualitativa na qual o cenário deste estudo foi o consultório de enfermagem do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, referência no atendimento ao cliente com Doença de Alzheimer do Estado do Rio de Janeiro.

A escolha deste cenário justificou-se por: a) Ser uma instituição universitária de ensino, por excelência na área de Doença de Alzheimer; b) Possuir uma equipe interdisciplinar direcionada a clientela com a Doença de Alzheimer; c) Ser pioneira em pesquisas na área da Doença de Alzheimer e outros transtornos demenciais; d) Incentivar continuamente o desenvolvimento de pesquisas e, principalmente a integração de enfermeiras(os) docentes com enfermeiras(os) assistenciais pela Chefia de Enfermagem desta instituição.

Foram estabelecidos os seguintes critérios para inclusão dos sujeitos: a) Fazer acompanhamento contínuo na referida instituição com o serviço de enfermagem através da Consulta de Enfermagem e no Hospital-Dia. Esta escolha se justifica pela construção do cuidar e dos cuidados de Enfermagem nestes setores; b) Possuir faixa etária entre 60 aos 90 anos (Quinta Idade - em virtude da longevidade e melhoria da qualidade de vida); c) Terem em suas admissões o Mini-exame do Estado Mental⁶ e o Teste de Desenho do Relógio.⁷

O referido estudo atende a Resolução 196 de 1996 que trata de pesquisa com seres humanos onde foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em março de 2009 com protocolo nº 0026.0.249.000-08.

Os sujeitos deste estudo foram 20 pessoas com Doença de Alzheimer na referida instituição onde fazem seu tratamento e acompanhamento. O período de coleta de dados ocorreu de 01 de Abril a 04 de Agosto de 2009.

Foi aplicado um instrumento para coleta de informações que permitiu a identificação importância sobre o Conhecimento dos Cuidados Específicos ao Idoso com a Doença de Alzheimer baseados nas dificuldades encontradas nas atividades de vida diária.

Este instrumento esteve baseado nas seguintes dimensões: dimensão do *déficit* de memória e orientação; dimensão do *déficit* comportamental e a dimensão do *déficit* nas atividades de vida diária. Através do registro em diário de campo foi possível detectar pelos

dos *déficits* apresentados pelos idosos com Doença de Alzheimer.

As informações foram gravadas em material eletrônico MP3 sendo transcritos na sua íntegra para desenvolvimento da análise com as devidas autorizações dos familiares durante a consulta de enfermagem.

A análise de conteúdo deu-se através da classificação temática, de onde emergiram os **cuidados específicos a pessoa com a Doença de Alzheimer**. Dessa categoria formaram-se subcategorias das quais àquelas ligadas aos cuidados específicos temos: *déficit* na realização nas atividades, cuidados de referência, *déficit* de comportamento, temos a detecção de problemas no sentido de auxiliar e orientar os cuidados de enfermagem a pessoa com a Doença de Alzheimer.

• Análise das Informações: Cuidados Específicos a Pessoa com a Doença de Alzheimer

Nesta categoria foi relevante destacar os cuidados específicos à pessoa com a Doença de Alzheimer, na medida em que a detecção dos problemas de enfermagem produziu uma análise acurada da singularidade das pessoas atendidas com esta enfermidade.

Portanto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entram como categoria relevante porque constituem motivo de preocupação para os profissionais de saúde, seja por seus aspectos limitantes, pelas consequências de seu tratamento, ainda que no âmbito ambulatorial, pelo desgaste e sofrimento da pessoa acometida, seja pelo fato de que grande parte dos recursos financeiros e humanos dos serviços públicos, em função da demanda, priorize atividades de cunho curativo e de reabilitação ao invés de ações preventivas e de promoção da saúde. Por outro lado, no contexto atual da assistência à saúde, as famílias têm assumido uma parcela considerável de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros, especialmente àqueles com problemas crônicos, arcando com a continuidade do cuidado até a completa recuperação do familiar ou, quando esta não é possível, com a condição crônica da doença e suas consequentes seqüelas.⁸

Verificou-se que em relação à realização de tarefas 90% possuem dificuldades instrumentais e cognitivas na realização das atividades e 10% não possuem.

Além disso, 5% são independentes no emprego/ocupação. No entanto, 95% possuem dependência total para atividades de emprego/ocupação o que os levou a aposentadoria; apenas 5% escrevem sob

supervisão (dependência parcial) e 95% possuem dependência total na escrita; 100% são impossibilitados para dirigir veículos o que caracteriza dependência total para esta atividade.

Na atividade de cozinhar 5% o fazem com dificuldade e necessitam de ajuda (dependência parcial); 30% necessitam de supervisão para cozinhar (dependência parcial) e 65% possuem dependência total para tal atividade.

Com relação à escolha de roupas e calçados 10% são independentes; na dependência parcial 5% necessitam de ajuda e 55% precisam de supervisão. No entanto, 30% são dependentes para escolher roupas e calçados.

Para deambular 85% são independentes e na dependência parcial 15% necessitam de supervisão.

Nas atividades lúdicas 5% são independentes, por exemplo, para jogos como dominó, cartas, leitura de jornal e TV; na dependência parcial 10% necessitam de supervisão e 85% são dependentes.

As informações mostram as dificuldades cotidianas apresentadas, onde são verificados prejuízos da autonomia e que nem sempre são percebidos por estes mas trazem preocupação para seus cuidadores/familiares:

Para você ter uma ideia. Eu comprei um frango, ou seja, eu estou comprando as coisas para eles, aí ela temperou o frango e colocou na geladeira. Não viu que estava furada a vasilha. Aí derramou tudo. Estou sentado na varanda e sinto aquele cheiro de podre e penso, 'que cheiro é esse?' Será que era meu pai porque ele tava do meu lado eu ... 'não é possível', aí fui lá e olhei na geladeira. A água podre dentro da geladeira, derrubou, escorreu dentro da gaveta e sujou tudo. Aí eu falei com ela, ela falou 'ah, eu ia fazer, fui lavar roupa acabei esquecendo'. Aí tirei, limpei e coloquei no lugar de novo. Então o negócio é assim (Depoente n.º 2).

Ela tinha medo da gente sair para passear e ela perguntava para mim se eu ia. Eu tenho tendinite e dizia que não. Acho que ela tinha receio, como se ela sai com a minha filha, minha filha deixa ela na casa de uma ou de outra e não volta pra buscar no mesmo dia, no dia seguinte ela baixa o barraco, porque a casa dela é ali. No início ela tinha medo. Ela gosta de ficar ali. Ela fala que não gosta de animal, mas se tirar ela vai sentir falta. Tem um cachorro ela brinca, ela toma conta das coisas, dia-a-dia, e dá as opiniões dela, das coisas que ela acha ela fala, mas ultimamente eu fico até pouco com a minha mãe (...)(Depoente n.º 6).

Com a diversidade dos relatos vemos que a análise acurada dos depoimentos mostra uma marca da individualidade vivencial de cada paciente se faz presente. É um desafio constante esta análise para avaliar as repercussões do declínio das atividades dos pacientes no seu cotidiano.

Ao priorizar a identificação dos problemas na execução das atividades que mobilizam funções/capacidades diversas pode-se prever as possibilidades de incentivar as atividades preservadas.⁹ Os relatos mostram com propriedade algumas dessas dificuldades:

Às vezes caem coisas, de repente. Pega uma coisa, deixa cair. Às vezes nem percebe que está segurando direito (...)(Depoente n.º 10).

Está com o interesse e prazer para executar algumas atividades acentuadamente diminuídos. Está com insônia e meio inquieto. Está com a capacidade diminuída de pensar e se concentrar. Está meio retraído (Depoente n.º 15).

Faz com dificuldade comida e o manuseio do seu próprio dinheiro. Necessita de ajuda para manusear seus próprios remédios e de comprar roupas, comida e coisas para casa sozinho (Depoente n.º 15).

A manutenção da independência do ser humano é um dos princípios fundamentais na vida do idoso. Quando esta não é mais possível o cuidador familiar deve intervir para atender as necessidades incluindo o ensino para o cuidado e isso se faz presente na realização das atividades da vida diária, tais como: vestir-se, banhar-se, alimentar-se, preparar refeições, entre outras.¹⁰

Na categoria sobre os Cuidados de Referência levamos em consideração aos chamados acontecimentos recentes e passados, fatos associados, reconhecer amigos/colegas; família/responsáveis; objetos, auto-imagem e tomada de decisão.

Diante do exposto, na análise referente à dimensão do *déficit* de memória e orientação verificou-se que 80% não relatam acontecimentos recentes; 70% não relatam acontecimentos passados; 30% não reconhecem fatos associados; 55% não reconhecem amigos/colegas, familiares e responsáveis; 5% não reconhecem sua auto-imagem; 85% não tomam decisões.

Os depoimentos mostram os esquecimentos evidenciados pelas pessoas com Doença de Alzheimer e que nas atividades de vida diária prejudicam a comunicação e a interação com outras pessoas:

É essa agitação. Por que... esse delírio que ela tem é uma coisa. Tem hora que ela vem com cada coisa que a casa dela está cheia de

gente, quando chego lá não tem ninguém, está vendo a mãe morta e fica falando com ela. Às vezes fala comigo como se a mãe tivesse viva. Chego lá com o almoço dela e do meu sogro ‘você vai dar o almoço para minha mãe?’. A mãe morreu tem 8 anos, então é coisa assim que me dificulta de lidar, de não saber como falar com ela, se eu falo, deixo ela no delírio (Depoente n.º3).

Aquilo que ela fez. Ou o assunto que está tratando. Telefone toca, ela atende e esquece totalmente (...). A gente não pode nem prender demais, mas também não deixar livre totalmente. Precisa ter uma supervisão. E assim, com essa doença que ela tem, existe o risco que mesmo sendo um caminho entre aspas fácil pra ela e próximo de casa, ela pode ter um lapso de esquecimento e se perder. Às vezes na esquina de casa ela pode se perder. Então a gente tenta contornar esses problemas (Depoente n.º4).

Esquecer de desligar a campainha do telefone, ou esquecer algum pequeno passo de alguma atividade completa. Isso pode estar começando a acontecer no banho, na escovação do dente. Tem paciente meu que entra no banho, se molha mas esquece de passar o sabonete, ou confunde, passa xampu no corpo (Depoente n.º4).

Vemos nos depoimentos abaixo as preocupações que se mostram no cotidiano e que possuem riscos relevantes e precisam ser fonte constante de orientação aos familiares/cuidadores:

(...) a observação, se ela está trocando a roupa, porque tem pacientes que veste a mesma roupa, a mesma calcinha, sutiã (Depoente n.º4).

Ela insiste, fica repetindo muitas coisas. Todo dia ela fala a mesma coisa. Todo o dia ela repete que não pode comer pombo, que não pode comer rolinha (Depoente n.º6).

Quando ela entra no banheiro, às vezes o filho entra, ela está fazendo tudo direitinho, e quando ela sai eu fico olhando se ela lavou direito, se esqueceu de lavar a cabeça sou eu quem lembro. Ela só não está mais andando, que a gente não deixa. Ela só vai na padaria que é ao lado do prédio. Vai e volta. Ela esquece muito e pergunta se é só pão que vai trazer, se é, ela vai com o dinheirinho só do pão. Ontem eu deixei 10 reais. Ela comprou o pão e uma coca-cola. Ela sempre traz um complemento, porque ela acha que não tem. Para sair, pra ir na padaria, ela vai muitas vezes na geladeira e não acredita. Eu pergunto se ela acredita em mim, responde que acredita mas diz que tem que ir lá pra conferir, que esqueceu se já foi (Depoente n.º7).

A relevância da atenção e planejamento dos cuidados de referência à pessoa com

Doença de Alzheimer é importante porque denota especificidades próprias desta enfermidade e necessita de uma identificação da situação em que estes problemas se apresentam para os cuidados sejam explicados para os familiar/cuidador e de fato, venha a ser efetivo. Os relatos a seguir mostram outras especificidades a serem consideradas nos cuidados de referência ao familiar/cuidador:

Então enquanto não chegam... eu posso ficar na rua, morrer, morar na rua que ela nem lembra que eu estou lá. Inclusive ela pensa que eu não moro lá, que passo uns tempos. Moro lá há 2 anos. O meu filho a mesma coisa. Ela adora meu filho, tem 12 anos, ela fala que está com saudades, ele almoça com a gente e na mesa ela diz que não o vê. Ela esquece as pessoas que vão lá. O afilhado foi, o filho casado foi. Ai a noite ela começa um choro e pedir para ligar pra esse filho casado que ela diz que não o vê mas que foi hoje visitá-la (Depoente n.º7).

Não. Minha mãe agora fica marcando porque ele ficava urinando na varanda e na escada. Ai eu sentia o cheiro. Mas é forte (Depoente n.º8).

Estas particularidades são assustadoras para o paciente e a família, às vezes os pacientes apresentam comportamentos inaceitáveis. No entanto, como não conseguem expressar suas necessidades de forma verbal, acabam fazendo com este tipo de atitude inadequada. Em alguns casos estes comportamentos podem ser manifestações de comunicação gestual e verbal de suas necessidades diante das dificuldades em verbalizá-las.¹¹ A seguir as falas dos depoentes mostram algumas destas particularidades:

Quando a gente sai na rua ela fica perguntando as coisas para as pessoas sobre as coisas que eu já tinha falado com ela. Eu me pergunto por quê que ela não acredita (Depoente n.º9).

Olha só, ele esquece muita coisa, muita coisa ele esquece. Eu tenho uma amiga que chama Maria da Paz, conheço há mais ou menos uns 50 anos, e ela foi lá em casa, eu tinha ido no supermercado. Quando chegou, perguntou ‘sabe quem é?’ ele disse que não estava lembrando. Ela falou ‘Maria’, e ele ‘ah, Maria da Paz’. Deu a dica para ele, mas ele não lembrou, e ele já conhece ela. Então são essas coisas que acontecem de repente vem confirmar essas coisas (Depoente n.º10).

Atualmente ele não tem conseguido se localizar em casa e está repetitivo em seu discurso e nas atividades. Tem apresentado insônia intermediária. Antes ele era muito ativo e cuidava de tudo em casa (Depoente n.º15).

Estes tipos de comportamentos são considerados de referência porque são particulares e dependem muito das ações cotidianas que podem ser repetitivas, desorientadoras ou geralmente consideradas inadequadas para a situação ou necessidade. De acordo com o declínio cognitivo há uma diminuição da organização do pensamento coerente de acordo com as informações fornecidas nos depoimentos a seguir:

(...) ela diz que não mora comigo, que mora em outra casa com outra filha, uma nova casa (Depoente n.º16).

Ele se veste sozinho, mas eu dou porque ele não sabe qual é a roupa dele. Se eu deixar ele faz com dificuldade. Bota meia ao contrário, a gente corrige. De madrugada ele pega caldo Knorr e põe na boca, aí é ruim, ele joga fora, cospe. Ele não tem noção das coisas. Ele vai no quarto e fica perguntando 'quem é aquele rapaz aí?' ele não sabe quem é homem, quem é mulher às vezes. Aí aqui ele vai contar a vida, vai rir pra você (Depoente n.º17).

(...) pedir para deixar a luz do banheiro acesa, depois parou. Ele não sabe se localizar. Mais de uma vez ele se desorientou dentro de casa, porque ele não se lembrou onde ficava o banheiro (Depoente n.º18).

A preocupação com os cuidados de referência possui relevância em virtude do risco da pessoa com Doença de Alzheimer se evadir ou sentir-se confuso diante das situações cotidianas. A diversidade de informações captadas pelo sistema sensorial e o ambiente em que vive são determinantes no tipo de planejamento a ser desenvolvido para esta clientela. Além disso, a realização da orientação ao familiar/cuidador sobre estes cuidados de referência possibilita a compreensão sobre os déficits apresentados e a diminuição da angústia por parte destes que irão entender as dificuldades apresentadas pelo cliente com a Doença de Alzheimer.

Além disso, 55% dos pacientes apresentam ansiedade; 55% apresentam irritação. Quanto ao medo 30% apresentam; 40% apresentam retraimento; 25% apresentam fala desconexa; 15% apresentaram alucinações e 35% apresentam insônia.

Os cuidados levam em consideração a capacidade de decisão, no reconhecimento de pessoas e objetos. Alguns se mostram irritados por não conseguir executar atividades rotineiras. Fato este apresentado por não conhecer mais as pessoas de referência também tem tendência de provocar irritação para pessoas que foram ativas. Alguns apresentam medo em virtude ambiente com estímulos em excesso ou por desconhecer

pessoas ou objetos. Vejamos os relatos abaixo:

Brigam. Ela fica em casa o dia inteiro, não dorme. Ontem ela estava agitada, querendo brigar. Você via que ela arrumando coisinhas pra brigar (Depoente n.º3).

Aí ele fala 'não é Neli não, é Betânia' já é o suficiente para ela brigar com ele. Ela começa a falar 'você está maluco, eu não sou maluca'. Ela, ele não ele fica quieto ouvindo, não rebate, mas ela fica agitada e fica o dia inteiro assim. Eu falo para ele 'não adianta, pra ela é isso, não adianta você falar isso'. Ontem eu acordei e ela estava arrumada para ir trabalhar ele fala 'Você não trabalha mais', aí ela 'você resolve as coisas e não me diz'. Entende? Então ela fica agitada, então a gente está nesse processo... (Depoente n.º3).

A gente pegou o lado e meu marido até deu uma xerox para Dra. Maria da Glória, mas a consulta dela é só em 20 de maio... Ela tem muito delírio, do tipo, 'Betânia, que essas duas mulheres vieram fazer na minha casa, tão querendo alugar a minha casa?' aí eu olho e falo 'já foram embora'. Antes eu debatia, mas como a deixava agitada eu falo 'já foram, já foram embora' ou 'meu primo está dormindo lá na minha sala, vem abrir o portão para ele entrar'. Esse primo já é morto há mais de 10 anos. Aí eu olho e falo 'já foi, não volta mais não', mas ela tem esses delírios constantemente (Depoente n.º3).

Diante da realidade dos relatos vemos que este tipo de comportamento apresentados pelas pessoas com Doença de Alzheimer às atividades cotidianas ficam limitadas o que provoca a dissonância no comportamento de pessoas que no passado eram ativas. Estimular as potencialidades preservadas deve fazer parte do cotidiano de acordo com a paciência, aptidão e disponibilidade do familiar/cuidador.

Neste sentido é preciso saber que a pessoa tem compreensão e tolerância limitadas das outras pessoas e exige mais atenção, pois a tendência a reações catastróficas como alucinações, delírios e confusões se fazem presentes com muita intensidade.¹² Os depoimentos a seguir denotam esta realidade:

É de tarde para noite, quando ela fica nervosa. Na última segunda-feira Marcelo chegou tarde. Aí ela xingou ele, os amigos dele, onde ele estava, isso às 9 e meia da noite. Mas ele avisou falou que estava com amigos que ela conhece desde pequeno. Fala que nunca gostou deles. Ontem estava os dois filhos fora, no Maracanã ela estavam preocupada. Ela vinha a mim e falava que se eles ligarem que era para chamá-la. Via que estava preocupada esperando pelos dois, mas não alterada. Quando tem 1 deles que

ela possa se alterar mais, ela se altera (Depoente n.º7).

Porque às vezes ela pensa outra coisa. Domingo ela se alterou com ele porque ele quer ver tudo que ela está fazendo, o tempo todo. Ela pediu pra ele tirar roupa do varal, ele tirou e guardou debaixo do pano do sofá. Aí o pau quebra (Depoente n.º8).

Como eu vinha para cá pra consulta dele, (...) eu falei 'olha só, ele está sentado aí' (...) ele fica muito agitado. Ele fala 'vamos na ginástica', respondo que a ginástica é amanhã, e ele insiste em querer ir. Então são essas coisas, fica agitado (...) (Depoente n.º10).

Outro aspecto relevante são as acentuadas alucinações, sentimentos de tristeza e desordem emocional que descompensa não somente o paciente, mas também o familiar/cuidador e demais membros da família. Uma abordagem tranquila e a promoção de um ambiente calmo com gestos e atitudes apropriadas podem reorientar para um comportamento menos alterado. Os depoimentos a seguir reforçam essa necessidade dessa abordagem positiva e segura diante deste paciente:

Mas não batia com o que ele vem apresentando. Tem apresentado alucinações visuais e auditivas há 4 meses (Depoente n.º15).

A minha dificuldade é quando ele parte para minha mãe. Ele é um pouco agressivo com ela e ela também com ele. Nem entende. Às vezes ela fala uma coisa com ele, ele entende totalmente diferente, uma coisa absurda, aí quer discutir, fala que vai embora (Depoente n.º17).

Em casa ele gritava, chorava, um escândalo. Sempre foi de fazer escândalo. No trabalho ele se aborreceu, aí queria matar todo mundo, queria dar tiro, depois chorava, gritava, ligava pra minha filha, minha filha tá grávida. Ligou pra ela, disse que amava muito ela, desligou e chorou, (...) e eu sem saber de nada. Quando quis saber, ele com os olhos inchados, chorou (Depoente n.º18).

Um aspecto a ser levado em consideração é o isolamento social e civil presentes em virtude da dificuldade em se comunicar e expressar suas necessidades. Muitos pacientes repetem frases ou palavras sem interrupção. Fazem coisas sem sentido aparente (repetem diversas vezes a mesma atividade) e possuem dificuldades para dizer o que desejam, o que sentem, e não conseguem entender direto o que lhe é pedido ou explicado. Muitos referem que estão conversando e vendo parentes ou amigos de referência importante em sua vida. Além disso, muitos dormem durante o dia e fazem ingestão excessiva de líquidos diuréticos que estimulam a pessoa a acordar

no período noturno. Outro dado importante é a confusão em reconhecer que está no período noturno.

CONCLUSÕES

O enfermeiro que trabalha com a pessoa com a demência do tipo Alzheimer precisa assistir não somente para esta clientela em suas necessidades, mas também atentar ao familiar/cuidador. Em determinados momentos devemos estar mais próximo do familiar/cuidador do que às vezes do próprio paciente. É dada tamanha responsabilidade ao familiar/cuidador e o enfermeiro deve ser o profissional que norteia um modelo assistencial compatível com a realidade da clientela.

Neste estudo as pessoas com Doença de Alzheimer apresentaram estadiamentos da doença diversos, que oscilaram no estado de demência questionável a severa, dentro dos aspectos de análise: memória, orientação, julgamento e discernimento, participação social, afazeres domésticos e passatempos e cuidados pessoais.

As informações mostram que há a característica predominante da incapacidade cognitiva que causa dependência progressiva e seus cuidadores percebem os *déficits* apresentados, bem como a necessidade de um cuidado de enfermagem acurado de acordo com a singularidade que as necessidades de suporte se apresentam conforme descrito através da identificação dos cuidados específicos ao idoso com Doença de Alzheimer.

As informações estiveram centradas *déficit* na realização nas atividades, cuidados de referência, *déficit* de comportamento, temos a detecção de problemas no sentido de auxiliar e orientar os cuidados de enfermagem a pessoa com a Doença de Alzheimer.

Portanto, cabe fazer considerações relevantes como recomendações deste estudo: a percepção dos profissionais de enfermagem e dos familiares e/ou cuidadores sobre os estágios evolutivos da Doença de Alzheimer para a detecção dos problemas e o planejamento que visa o estado de equilíbrio; os problemas desencadeantes de conflitos encontrados podem ser amenizados através de orientações condizentes com os problemas apresentados; a vulnerabilidade da pessoa com Doença de Alzheimer deve ser compreendida pelos familiares e/ou cuidadores como algo real e que precisa da participação efetiva na continuidade dos cuidados; a capacitação permanente dos profissionais de enfermagem para as

singularidades dos cuidados de enfermagem bem como a contínua rede de suporte aos familiares e/ou cuidadores. Estes aspectos devem ser norteadores para as especificidades dos cuidados encontrados

São aspectos que devem completar a prática do cuidado de enfermagem baseado no compromisso com a pessoa e os familiares/cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Camacho ACLF, Coelho MJ. Análise das Políticas Públicas de Saúde do Idoso: Estudo de Revisão de Literatura. Rev enferm UFPE on line [periódico na Internet] 2009 abr/jun [acesso em 2011 fev 02];3(2):120-6. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/299/295>.
2. Souza RF, Skubs T, Bretas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm [periódico na Internet]. 2007 maio/jun [acesso em 2011 fev 02];60(3):263-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a03.pdf>
3. Camacho ACLF. Metodologia Assistencial para a Pessoa com Doença de Alzheimer e sua Rede de Suporte: Proposição de um Modelo de Cuidados de Enfermagem [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.
4. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde soc [periódico na Internet]. 2009 out/dez [acesso em 2011 fev 02];18(2):11-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009010600001&script=sci_arttext&tlng=pt
5. Camacho ACLF, Coelho MJ. A Identificação do Estadiamento Clínico da Doença de Alzheimer para o Desenvolvimento dos Cuidados de Enfermagem. Rev Enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2010 abr/jun [acesso em 2011 fev 02];4(2):517-23. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/647/pdf_29
6. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini - Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res [periódico na Internet]. 1975 Nov/Dez [acesso em 2009 Out 10];12(3):189-98. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>
7. Schulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry [periódico na Internet]. 2000 Jun/Jul [acesso em 2009 Out 10];15(6):548-61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10861923>
8. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF de, Sales CA. Vivência e Reflexões de um Grupo de Estudos Junto às Famílias que Enfrentam a Situação Crônica de Saúde. Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]. 2005 nov/dez [acesso em 2010 jun 08];14(esp):116-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a14v14nspe.pdf>
9. Guerreiro T, Caldas CPC. Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado. Rio de Janeiro: UERJ UnATI ed.; 2001.
10. Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. Arq Ciênc Saúde [periódico na Internet]. 2004 abr/jun [acesso em 2009 out 08];11(2):01-06. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac08%20-%20id%2027.pdf
11. Roach S. Introdução à enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
12. Ferrari MAC. Ocupando o Tempo Livre. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: Um enfoque Gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/02/20

Last received: 2011/0822

Accepted: 2011/08/23

Publishing: 2011/09/01

Address for correspondence

Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho
Rua José Vicente, 97, Ap. 801 – Grajaú
CEP: 20540-330 – Rio de Janeiro (RJ), Brazil