



REFLEXÃO TEÓRICA

REFLETINDO ACERCA DA DOENÇA DE ALZHEIMER NO CONTEXTO FAMILIAR DO IDOSO: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

REFLECTING ABOUT ALZHEIMER DISEASE IN THE CONTEXT OF ELDERLY FAMILY: NURSING IMPLICATIONS
REFLEJO ACERCA DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER EN LO CONTEXTO FAMILIAR DEL ANCIANO: IMPLICACIONES PARA A ENFERMAGEM

Silomar Ilha¹, Claudia Zamberlan², Glauca Dal Omo Nicola³, André Santana Araújo⁴, Dirce Stein Backes⁵

RESUMO

Objetivou-se refletir acerca das dificuldades geradas pela doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso. Para tal, realizou-se em dezembro de 2012 a busca de materiais impressos e artigos científicos *online* nas bases de dados *Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), utilizando os descritores: *Doença de Alzheimer, Idoso, Família e Enfermagem*. Após procedeu-se a leitura e análise crítica-reflexiva do material selecionado emergindo duas categorias: Vivenciando sentimentos de toda ordem; Dificuldades no cuidado prestado por um único familiar. Pode-se perceber que o cuidado ao idoso com Alzheimer, desencadeia inúmeros sentimentos/attitudes no familiar cuidador, tais como: emoções, raiva, dificuldades de convívio, desgaste físico/emocional, certezas/incertezas, mas, sobretudo dedicação. Devido a dificuldade de articulação com outros familiares, o cuidado fica na maioria das vezes sob responsabilidade de um único familiar, gerando sobrecarga física e emocional, facilitando o surgimento de possíveis patologias no familiar. Desta forma, torna-se necessário que os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, por serem os que permanecem mais tempo junto aos indivíduos/famílias possuam abordagens integradoras e capazes de incluir a família nas estratégias de cuidado, possibilitando dividir as responsabilidades entre os familiares cuidadores, evitando a sobrecarga física/emocional. **Descritores:** Doença de alzheimer; Idoso; Família; Enfermagem.

ABSTRACT

This study has as objective to reflect about the difficulties that are generated from Alzheimer in the familiar context of elderly. For such, a search for printed and online scientific articles in December 2012 was carried out on *Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde* (LILACS) and *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) databases. The key-words used for such search were *Alzheimer disease, Elderly, family and nursing*. After proceeded to read and critically-reflective analysis of the selected material emerging two categories: Experiencing all-types of feelings and Difficulties in care taken by only one family member. It can be perceived that taking care of an elderly with Alzheimer triggers several feelings and attitudes in the family member, such as various emotions, anger, living together difficulties, physical and mental strains, certainties and doubts, but especially, dedication. Due to difficulties in arranging with other family members, the care is mostly under only one family member's responsibility, leading to physical and mental overburden, facilitating possible pathologies in the caregiver. This way, it is necessary for the health professionals - especially nurses, for being together with the individuals and families most of the time - to have integrative approaches, able to include family in care strategies, enabling to share responsibilities among the caregiving family members, avoiding physical and mental strains. **Descriptors:** Alzheimer's disease; Elderly; Family; Nursing.

RESUMEN

El objetivo era reflexionar sobre las dificultades causadas por la enfermedad de Alzheimer en el contexto familiar del anciano. Con este fin, se celebró en diciembre de 2012 la busca de los materiales impresos y artículos científicos en bases de datos *Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud* (LILACS) y *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando los siguientes descriptores: *Enfermedad de Alzheimer, Anciano, familia y Enfermería*. Después procedió a la lectura y el análisis crítico reflectante del material seleccionado surgieron dos categorías: *Experimentar sensaciones de todo tipo, las dificultades en la atención proporcionada por un solo familiar*. Se puede observar que el cuidado de los ancianos con enfermedad de Alzheimer, desencadenan numerosos sentimientos/actitudes en lo familiar cuidador, como las emociones, la ira, dificultades de socialización, el estrés físico/mentales, certezas/incertidumbres, pero sobre todo dedicación. Debido La dificultad de articulación con otros miembros de la familia, el cuidado es en su mayoría la responsabilidad de un solo familiar, causando sobrecarga física y mental facilitando la aparición de posibles patologías en lo familiar. Por lo tanto, se hace necesario que los profesionales de la salud, especialmente los de enfermería, siendo los que se quedan más tiempo con las personas/familias tienen enfoques integradores y capaz de incluir a la familia en las estrategias de atención, lo que permite dividir las responsabilidades entre los cuidadores familiares, evitando la sobrecarga física/emocional. **Descriptores:** Enfermedad de alzheimer; Anciano; Familia, Enfermería.

¹Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENF/FURG). Rio Grande, RS, Brasil. ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Santa Maria, RS, Brasil. ³Enfermeira. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENF/FURG). Bolsista CAPES/DS. Rio Grande, RS, Brasil. ⁴Graduando em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil. ⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS, Brasil e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENF/FURG). Rio Grande, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno de caráter mundial, evidente tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. No Brasil, o contingente de pessoas idosas soma cerca de 21 milhões. O Rio Grande do Sul é um dos estados com a maior proporção de idosos, com aproximadamente 13,5% da população. Espera-se que em 2025, o Brasil seja o sexto país do mundo com o maior número de idosos entre os seus habitantes⁽¹⁾.

Com o processo do envelhecimento, podem surgir patologias características da faixa etária, como é o caso da Doença de Alzheimer (DA). Esta doença foi descrita, pela primeira vez, em 1906 pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer ao publicar o caso de uma paciente que apresentou problemas de demência aos 51 anos, por uma análise nas lesões do cérebro, mostrando diversos lugares atrofiados com placas e fibras retorcidas. Porém, naquela época o médico definiu como uma doença neurológica, não reconhecida, que cursava com demência, destacando o déficit de memória, de alterações de comportamento e de incapacidades para as atividades rotineiras⁽²⁾. Em 1910 recebeu a denominação de 'Doença de Alzheimer' pelo médico Emil Kraepelin, ao descrever os achados de Alois Alzheimer em seu 'Manual de Psiquiatria'⁽²⁾.

A DA caracteriza-se como degenerativa e se instala de forma insidiosa, causando declínio progressivo das funções cognitivas, ligadas à percepção, à aprendizagem, à memória, ao raciocínio, funcionamento psicomotor e ao aparecimento de quadros neuropsiquiátricos com diversas manifestações graves⁽³⁾. Possui etiologia ainda desconhecida, porém, evidencia-se íntima relação com fatores predisponentes como: histórico

familiar, idade acima de 60 anos, baixa formação educacional, traumatismo craniano e depressão de início tardio. O diagnóstico definitivo desta patologia só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem. Dessa forma, o diagnóstico tem sido realizado pela avaliação da história clínica do paciente associada a exames como tomografias, ressonâncias e laboratoriais, utilizados para apoiar a hipótese diagnóstica⁽⁴⁾.

É uma doença da qual não se sabe a causa, não possui um diagnóstico que a confirme, e sua terapêutica não é efetiva em todos os casos. É considerada a forma mais comum de demência entre os idosos. Estima-se que o número de indivíduos acometidos por esta, supere 15 milhões em todo o mundo e sua prevalência vem aumentando de forma significativa nas diversas faixas etárias⁽²⁾. De acordo com as análises estatísticas publicadas em 2012, Nos Estados Unidos da América (EUA), existem 5.4 milhões de americanos com DA⁽⁴⁾. Destes, 5.2 milhões ocorrem em idade de 65 anos ou mais e 2000 mil casos da doença ocorrem em pessoas com idade inferior a 65 anos⁽⁵⁾.

Acrescenta-se ainda, que a cada 68 segundos, algum indivíduo na América desenvolve a DA e que no ano de 2050 este mesmo número de casos ocorrerá em 33 segundos⁽⁶⁾. As estatísticas referentes ao índice da DA no Brasil são imprecisas. Porém estima-se que cerca de 500 mil pessoas sejam acometidas por essa patologia, causando impacto social, devido aos custos diretos envolvidos no cuidado aos idosos com a DA⁽¹⁾. Acredita-se que os custos com a DA chegam a 200 bilhões de reais e que em 2050 os gastos chegarão a 1.1 trilhões de reais/ano⁽³⁾. Esses fatores colocam a DA, como importante problema de saúde pública em todo o mundo⁽²⁾.

A DA é dividida em três fases/estágios: inicial, intermediária, final ou terminal. Nos estágios iniciais (leve) apresentam-se as alterações na afetividade, déficit de memória recente, e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio e habilidades visuoespaciais⁽²⁾.

No estágio intermediário (moderado), ocorrem dificuldades nos atos de vida diária, como banhar-se, vestir-se e alimentar-se. Pode haver ansiedade, delírios e alucinações, agitação noturna, alteração do sono, dificuldade para reconhecer amigos e familiares, para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia, e também apraxia (incapacidade de executar os movimentos apropriados para determinados fins). Além disso, nesta fase iniciam-se as dificuldades motoras e a marcha pode estar prejudicada, com lentidão global dos movimentos e diminuição do tônus muscular⁽²⁾.

Na fase final (grave), a capacidade intelectual e a iniciativa estão deterioradas. Encontram-se marcantes alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais, diminuição do apetite e do peso, descontrole urinário e fecal. Os estados de apatia e prostração serão responsáveis pelo confinamento do idoso ao leito ou à poltrona. As alterações neurológicas se agravam: a rigidez aumenta consideravelmente e os movimentos estarão lentificados ou inexistentes, levando a restrição ao leito, praticamente durante o tempo todo, acabando por se adotar a posição fetal⁽²⁾.

Desta forma, os idosos com a DA dependem de cuidados integrais, realizados na

maioria das vezes no domicílio e por um membro familiar. Essa assistência se dá para que suas necessidades sejam atendidas, já que as dificuldades geradas pela doença se somam as ocasionadas pelo avanço da idade. Neste processo, o familiar cuidador configura-se como um elemento indispensável no processo saúde-doença, responsabilizando-se por todos os cuidados que envolvem o idoso⁽²⁾.

Este processo de cuidado diário contribui para um declínio na qualidade de vida do familiar envolvido diretamente no cuidado. Este declínio, junto com o estresse psicossocial é influenciado pelo modo como as pessoas (re)organizam suas estratégias de enfrentamento frente à doença⁽⁷⁾.

Considerando-se a relevância dessa temática, torna-se importante refletir com consciência crítica sob a realidade vivenciada pelos familiares de idosos com DA, as dificuldades de aceitação e convivência. Acredita-se que essa reflexão poderá auxiliar na compreensão a respeito das necessidades e dificuldades vivenciadas nas famílias, com vistas ao processo de cuidado ao idoso, justificando a necessidade e relevância da mesma.

Com base no exposto, e na expectativa de possibilitar olhares interativos e comprometidos com a situação vivenciada pelas famílias que possuem idosos com a DA, objetiva-se refletir acerca das dificuldades geradas pela doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso.

MÉTODOS

O presente estudo apresenta, à luz da literatura especializada, uma reflexão teórica acerca das dificuldades geradas pela DA no contexto familiar do idoso. Com a intenção de permitir aos pesquisadores uma cobertura e compreensão mais ampla da temática estudada e evitar possíveis incoerências ou

contradições procedeu-se em dezembro de 2012 o levantamento bibliográfico em livros impressos, artigos e documentos online disponíveis nas bases de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Procurando por informações atualizadas Selecionaram-se publicações com o recorte temporal de: 2007 a 2012, por meio dos descritores: Doença de Alzheimer, Idoso, Família e Enfermagem. Utilizou-se a técnica de análise textual discursiva como ferramenta analítica dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão⁽⁸⁾. A mesma consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência acrescentem perspectivas significativas ao objeto de estudo em questão. A noção da temática está associada a uma afirmação que diz respeito a um determinado assunto, podendo ser apresentada por uma palavra, frase ou ideia⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e análise do material selecionado foi possível constatar que as dificuldades geradas no âmbito familiar de idoso com a DA, apresenta implicações para estes familiares, elucidados nas categorias “Vivenciando sentimentos de toda ordem”; “Dificuldades vivenciadas no cuidado prestado por um único familiar”, apresentadas a seguir.

Vivenciando sentimentos de toda ordem

Em decorrência do agravamento dos sintomas da DA, que exigem cuidados constantes, os familiares, em especial os que realizam o cuidado diário ao idoso, vivenciam situações de desgaste físico/psicológico, fato que os leva aos mais variados sentimentos

como, por exemplo, culpa, raiva, desânimo, tristeza, certeza/incerteza e indiferença em relação a determinadas situações ou pessoas^(4,9-10). As mudanças ocorridas nas vidas dos familiares cuidadores desencadeiam esses sentimentos dia a dia e suas atividades são significativamente alteradas. Esses familiares, muitas vezes abandonam emprego, abdicam de atividades de lazer, afastam-se de amigos e de outras pessoas do convívio, fato que contribui para diminuição da qualidade de vida dos membros familiares⁽¹¹⁾.

Neste delineamento, ser familiar cuidador do idoso com Alzheimer desencadeia sentimentos como a dúvida, a desordem, bem como o enfrentamento das incertezas, a fim de possibilitar e garantir a vida e o bem estar do idoso com a DA. Nessa perspectiva, um estudo apresentou a incerteza como princípio norteador da humanidade e não propôs a eliminação desta; pelo contrário, sugeriu que se busque compreender a contradição e o imprevisível a partir da convivência com eles. Enfatizou que a dificuldade do pensamento complexo é justamente enfrentar a confusão, a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes, entre si mesmos⁽¹²⁾.

Essa realidade exige dos familiares a busca do conhecimento, não mais de forma isolada e desconectada do todo, a partir das complexas relações com o meio ao qual o idoso pertence. Por complexo, se entende a união entre a unidade e a multiplicidade, do que foi tecido junto, isto é, como familiares, esses são diferentes e constitutivos do todo e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento, ou seja, o idoso com Alzheimer e seu contexto familiar e de cuidados, as partes e o todo, o todo e as partes e as partes entre si⁽¹³⁾.

A DA, por comprometer o idoso e o

núcleo familiar de forma ímpar, requer constantes (re)organizações em sua estrutura de funcionamento, e acarreta sobrecarga física e emocional a todos os membros. Diante deste impasse, alguns familiares são obrigados a assumir diversas tarefas do cuidado, para as quais, no entanto, não receberam apoio, preparo ou treinamento específico, acarretando, dessa forma, ônus físico, psicológico, social e financeiro. O exercício do papel de cuidador aderido ao desempenho de papéis profissionais e familiares é um grande desafio, o que demanda uma (re)organização no núcleo familiar⁽¹⁴⁾.

Alem do mais, a DA envolve uma série de perdas, transformando a dinâmica familiar, conduzindo, muitas vezes, os familiares a condições dramáticas, como o convívio com o luto antecipado e perdas previsíveis. Portanto, o cuidador é obrigado a aprender, se adaptar e (re)organizar a nova realidade imposta pelas contínuas mudanças da doença. Assim, pode-se dizer que a DA conduz a uma desordem pela perda de parte da identidade do núcleo familiar e do desempenho de papéis, no qual o pai, a mãe, o cônjuge quando portadores de DA, são vistos como pessoas dependentes de cuidados, o que requer atenção, apoio e ajuda constante por parte de seus familiares⁽¹⁴⁾.

Neste aspecto, a família tem papel central, pois necessita (re)organizar-se para enfrentar o diagnóstico, tratamento e prognóstico, sem desarticular os vínculos familiares e sociais. Morin caracteriza a organização como algo resultante da ligação dos indivíduos/sujeitos que constituem o sistema, confirma a interdependência entre eles, define uma relação de compromisso com normas, valores e objetivos comuns, produz e mantém a singularidade e a identidade. Concebe a organização 'como (re)organização permanente de um sistema que tende a se

desorganizar', 'como reorganização permanente de si, isto é, não apenas organização, mas auto-reorganização'⁽¹⁵⁾.

Em decorrência da complexidade de cuidados dispensados ao idoso com a DA, a estrutura familiar poderá ser afetada, ocorrendo modificação dos papéis sociais. Esta alteração é caracterizada como uma aparente desordem que possivelmente levará a família cuidadora a (re)organizar-se, fato que resultará em uma nova ordem⁽¹⁶⁾. Assim, a família é cotidianamente testada em sua capacidade de discernimento, adaptação e (re)organização à nova realidade, que exige, dedicação, responsabilidade, paciência e, por vezes, abnegação. Neste caso, o familiar cuidador assume compromisso que transcende uma relação de troca, pois aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, nesse caso do idoso com a DA, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido por sua carga emocional⁽¹⁷⁾.

Dificuldades vivenciadas no cuidado prestado por um único familiar

O cuidado ao idoso com DA, na maioria das vezes, é exercido por um único familiar, denominado cuidador principal. A escolha do familiar cuidador se dá pelos critérios que levem em conta, vontade própria de assumir a responsabilidade pelo cuidado diário, disponibilidade de horários, por insistência de outros membros da família ou até mesmo por falta de opção, visto ser o único familiar do idoso com a DA⁽⁷⁾.

O familiar que se encarrega sozinho do cuidado no domicílio, quando não se sente apoiado pelos demais membros da família, manifesta frequentemente seu desconforto e sentimento de solidão. Todavia, tal situação particular de cuidar solitariamente de um membro idoso e dependente é questão emergente que merece atenção, devido ao

adoecimento do próprio familiar cuidador⁽⁴⁾.

A esse respeito, denota-se as dificuldades de cuidar sem revezamento com outros familiares, tendo conseqüentemente pouco tempo para seu autocuidado, sacrificando seu tempo de descanso, lazer, vida social, familiar e afetiva⁽¹¹⁾. Há uma sobrecarga emocional e de atividades gerando uma transformação na vida daquele que se compromete a assumir a tarefa de cuidador. Observa-se que na maioria das vezes, o cuidado é realizado por um único membro da família, enquanto os demais 'fingem' que tudo está bem, que a doença não existe. Porém, se não houver na família uma pessoa que possa revezar com o cuidador primário, a tarefa de cuidar se torna muito mais desgastante.

Assim, observa-se que o desgaste físico e emocional decorrentes da sobrecarga de atividades inerentes à prestação de cuidado ao idoso com a DA acarreta um grande impacto na família, para a qual os profissionais de saúde devem direcionar especial atenção. Em um estudo realizado com familiares cuidadores de pessoas com a DA, foi evidenciado que a designação de um único familiar cuidador, se torna extremamente cansativo e estressante. A doença impõe ao familiar cuidador um rompimento do seu modo de vida, fazendo-o sentir-se como um estranho em seu mundo, situação esta, por ele não escolhida. Esta modificação acarreta um estado angustiante e de fragilidade, à medida que assiste o desmoronar de seu cotidiano⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, é ressaltada a importância de um trabalho de intervenção, que valorize e envolva outros familiares no cuidado ao idoso com DA⁽⁹⁻¹⁰⁾. Nessa perspectiva, é essencial que os profissionais considerem o indivíduo como ser singular, porém, multidimensional, o qual engloba os

familiares cuidadores, estando estes expostos a toda ordem e desordem, conflitos, incertezas e certezas, questionamentos, instabilidades e ao caos. Porém capazes de (re)organizar-se, a partir das incertezas comportamentais.

Assim torna-se necessário que os profissionais de saúde em especial os enfermeiros que normalmente são responsáveis pela sistematização da assistência e cuidado aos pacientes e famílias pensem no familiar como ser que também necessita de cuidados. A este respeito, salienta-se que existem cuidados específicos indicados ao familiar cuidador e ao idoso em cada fase da doença. Na fase inicial, o foco da assistência e cuidado deve ser voltado para o suporte familiar, procurando orientar para o entendimento do diagnóstico e prognóstico da patologia. Torna-se essencial instruí-los quanto às mudanças no comportamento e de medidas de controle da ansiedade e agitação, podendo ser utilizadas técnicas de orientação aos familiares para a convivência junto aos idosos. Deve-se estimular o idoso com DA a reabilitação cognitiva, contribuindo para retardar o processo demencial⁽¹⁹⁾.

Na fase intermediária, a assistência deve ser voltada para a prevenção de acidentes, para os métodos de segurança, para 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. Já na fase avançada torna-se indispensável a manutenção do suporte familiar de forma contínua, vivenciando as perdas progressivas e proximidade da morte, que muitas vezes representa um momento difícil em decorrência de tratar-se de uma despedida⁽¹⁹⁾.

Percebe-se que as dificuldades e os desafios a serem enfrentados são inúmeros na

convivência e no cuidado do idoso com DA. Saber cuidar do outro, sem negligenciar o cuidado a si próprio; compreender a importância do revezamento nas atividades de cuidado e aprender a respeitar e a lidar com as diferenças e incertezas são, apenas, alguns desses desafios⁽¹⁹⁾. Assim, para compreender a complexidade do ser familiar/cuidador de um idoso com a DA, é preciso ampliar o foco para além da doença, a fim de apreender o significado do processo de adoecimento de forma multidimensional.

Nesse ínterim, os profissionais de saúde devem incorporar uma postura dialógica e circular, que possibilite não apenas conhecer, mas também compreender a realidade das famílias que possuem um idoso com a DA, para que possam orientar/interagir de maneira efetiva, no processo de (re)organização à efetivação do cuidado ao familiar/cuidador e ao idoso com a doença⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se satisfatória a realização desse estudo, pois permitiu refletir acerca do cotidiano familiar de idosos que convivem com a doença de Alzheimer. Como limitação, há um amplo número de publicações relacionadas a DA em idosos publicadas em outras bases de dados além das escolhidas como critérios de inclusão, existindo a possibilidade de que estudos relevantes podem não ter sido contemplados.

Pode-se perceber que as modificações geradas na família são diversas. O cuidado aos idosos com doença de Alzheimer desencadeia inúmeros sentimentos e atitudes no indivíduo que cuida. Denota-se que por inúmeros fatores, o cuidado fica na maioria das vezes, sob responsabilidade de um único familiar cuidador, ocasionando sobrecarga física/emocional, propiciando o surgimento de

possíveis patologias no familiar que se envolve diretamente no cuidado.

Neste sentido, torna-se necessário englobar a família nas estratégias de cuidado; dividir as responsabilidades, evitando sobrecarga física e emocional. É importante que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, por serem os responsáveis pela sistematização do cuidado e que permanecem mais tempo junto aos indivíduos/famílias, considerem a família como foco de estudo e possíveis intervenções, e não apenas, o idoso com a DA e seu familiar cuidador principal, para que as estratégias de cuidado alcancem significativas mudanças. Devem pensar em estratégias ampliadas de cuidado para que a família possa melhor enfrentar e conviver com essa patologia que tem aumentado seus índices proporcionalmente ao aumento da expectativa de vida da população.

Acredita-se que o assunto abordado como tema do estudo possa gerar reflexões/discussões nas opiniões formadas pela sociedade, e profissionais de saúde. Contribuir com a ciência da enfermagem/saúde, uma vez que propiciou ampliar as reflexões e discussões acerca da DA, com novas abordagens integradoras e capazes de incluir a família nas estratégias de atenção à saúde vigente, na tentativa de suprir as necessidades desse núcleo familiar.

No entanto, tratando-se de uma patologia que atinge cada vez mais indivíduos no mundo todo, a qual, até o momento é incurável, torna-se necessário, mais estudos voltados à compreensão/reflexão da DA tendo como subsídio um novo olhar, não focado apenas na 'parte', entendidas neste estudo como o idoso com a doença, mas que venha ao encontro do 'todo'. Ou seja, que pense no familiar cuidado e toda sua rede de relações e interações sistêmicas, como sujeitos que também precisam ser assistidos pelos

profissionais de Enfermagem/saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População do Brasil por sexo e idade (1980-2050): Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008. [Acesso em 15 Jun/2012]. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/.../PNAD19082009.sh tm.
- 2- Freitas ICC, Paula KCC, Soares JL, Parente ACM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008; 61(4): 508-13.
- 3- Valim MD, Damasceno DD, Abi-acl LC, Garcia F, Fava SMCL. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010; 12(3):528-34.
- 4- Arruda MC, Alvarez AM, Gonçalves LHT. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2008; 7(3):339-45.
- 5- Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's dementia. 2012; 8(2): 131-8.
- 6- Corrada MM, Brookmeyer R, Paganini-Hill A, Berlau D, Kawas CH. Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old: The 90 + study. Ann Neurol. 2010; 67(1):114-21.
- 7- Bulla LC, Martins RR, Valencio G. O convívio do idoso com Alzheimer com sua família: Qualidade de vida e suporte social. In BULLA, Leonia c. et al. Convivendo com o familiar idoso. Porto Alegre: EDPUCRS, 2009.
- 8- Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 2. ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.
- 9- Borghi AC, Sassá AH, Matos PCB, Decesaro MN, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011; 32(4):751-8.
- 10- Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2008; 17(2):350-7.
- 11- Lenardt MH, Willig MH, Seima MD, Pereira LF de. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer, Colombia Médica [Internet]. 2011; 42(2): 17-25.
- 12- Morin, E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2008. 177p.
- 13- Morin E. Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- 14- Valim MD, Damasceno DD, Abi-acl LC, Garcia F, Fava SMCL. A doença de Alzheimer na visão do cuidador: um estudo de caso. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010; 12(3):528-34.
- 15- Morin E. Ciência com consciência. 9a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- 16- Morin E. Cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 17ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- 17- Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto contexto Enf [Internet]. 2006; 15(4):587-94.
- 18- Celish, KLS, Batistella M. Ser cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. Cogitare Enferm. 2007;12(2): 143-9.
- 19- Sales ACS, Reginato BC, Pessalacia JDR, Kuznier TP. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso Portador da doença de Alzheimer. R Enferm Cent O Min [Internet]. 2011; 1(4):492-502.
- 20- Fonseca AM, Soares E. O processo saúde-

doença e o cuidado domiciliário ao portador de doença de Alzheimer. Fam Saúde Desenv. 2006; 8(2): 163-67.

Recebido em: 11/06/2013
Versão final em: 30/03/2014
Aprovação em: 10/04/2014

Endereço de correspondência
Silomar Ilha
Rua Paulino Modernel, 148, Cassino.
Rio Grande, (RS), Brasil.

E-mail: silo_sm@hotmail.com