

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO

**ANA LÚCIA CARMONA**  
**LÚCIA OSÓRIO MATOS**

**QUALIFICAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS PORTADORES DA DOENÇA DE  
ALZHEIMER - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Brasília

2011

**ANA LUCIA CARMONA  
LÚCIA OSÓRIO MATOS**

**QUALIFICAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS PORTADORES DA DOENÇA DE  
ALZHEIMER - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde do Idoso do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

Brasília  
2011

Carmona, Ana Lúcia; Matos, Lúcia Osório

Qualificação para cuidadores de idosos portadores da Doença de Alzheimer. Ana Lúcia Carmona; Lúcia Osório Matos - Brasília, 2011.

25f.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde do Idoso) - Curso de Especialização em Saúde do Idoso, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Cuidadores. 2. Doença de Alzheimer. 3. Curso. Título.

CDU 613.98

**ANA LÚCIA CARMONA  
LÚCIA OSÓRIO MATOS**

**QUALIFICAÇÃO PARA CUIDADORES DE IDOSOS PORTADORES DA DOENÇA DE  
ALZHEIMER - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde do Idoso do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde do Idoso.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)**

Doutora em Medicina  
Universidade de São Paulo-USP

---

**Profa. Doutora Sueli Rosina Tonial (Orientadora)**

Doutora em Saúde da Criança e da Mulher  
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Dedicatória:

A todos aqueles que se dedicam a cuidar de idosos,  
e principalmente àqueles que são os protagonistas  
do objetivo do nosso trabalho.

Ana Lúcia e Lúcia

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe (*in memorian*), razão deste trabalho. Cuidando dela aprendi que a Doença de Alzheimer deixa cicatrizes profundas na alma, mas que é necessário continuar lutando... E que cuidar é uma experiência para toda vida, é doar-se sem esperar nada em troca.

Ao meu pai (*in memorian*), que me ensinou o verdadeiro sentido da honestidade, bondade, alegria, companheirismo e amizade.

Aos meus filhos e nora, por quem sempre vale a pena tentar se tornar melhor a cada dia. Obrigada pelo amor incondicional.

Ao Kako, você é tão especial que deixa marcas eternas que o tempo nunca vai apagar. Obrigada por me apoiar nos momentos difíceis.

Ana Lúcia

Aos meus pais (*in memorian*), que com exemplos me ensinaram os princípios éticos e morais que pautaram suas vidas, entremeadas de honestidade e respeito ao próximo.

Aos meus filhos, noras e netos, obrigada pelo apoio, incentivo e compreensão.

Lúcia

*“Existem doenças incuráveis,  
porém não existem pacientes intratáveis”  
Autor Desconhecido*

## RESUMO

A ampliação das ações preventivas e os avanços nas áreas médicas e de exames complementares têm como resultado o aumento da longevidade. Tal fato torna esta população alvo das doenças mais comuns do processo do envelhecimento. A grande incidência das alterações acontece na área demencial, sendo que a Doença de Alzheimer é responsável por 50 a 70% destas patologias. Diante da carência de cursos específicos direcionados a pessoas que se dedicam a prestar estes cuidados, elaboramos uma proposta de intervenção para formação de cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer visando suprir esta lacuna técnica.

Palavras-chave: Cuidadores. Doença de Alzheimer. Curso.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 OBJETIVOS .....	10
3 DOENÇA DE ALZHEIMER .....	11
4 ETIOLOGIA .....	14
5 DIAGNÓSTICO .....	15
6 TRATAMENTO .....	17
7 O PAPEL DO CUIDADOR .....	18
8 CURSO DE QUALIFICAÇÃO PARA CUIDADORES DE PACIENTE COM DOENÇA DE ALZHEIMER .....	22
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
REFERÊNCIAS .....	24

## MONOGRAFIA - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade que ocorre em quase todos os países do mundo. Nos últimos 30 anos a população brasileira passou por um acelerado processo de envelhecimento. A faixa etária de 60 anos ou mais é a que apresenta maior crescimento em termos proporcionais. (VERMELHO; MONTEIRO, 2004)

O aumento da longevidade ocorre devido à ampliação das ações preventivas em diversos níveis e pelos avanços na área médica e de exames complementares. Conseqüentemente, esta população se torna alvo das alterações próprias do processo do envelhecimento e das patologias mais comuns desta faixa etária, como a Doença de Alzheimer. (ABREU; BARROS; FORLENZA, 2005)

Desde as descobertas de Alois Alzheimer em 1907 até a década de 1980, pouco foi possível avançar no conhecimento desta doença que, pelas proporções da população atingida, já é considerada a epidemia do século XXI e vista como um problema de saúde pública de grandes proporções. (FREITAS et al., 2006)

Enquanto a etiologia permanece desconhecida e conseqüentemente sua prevenção e cura sem tratamento eficaz, só nos resta qualificar da melhor forma possível as pessoas envolvidas, tanto pacientes como familiares. Nesta tarefa, os cuidados com a saúde física e mental do próprio cuidador não podem ser esquecidos, como objetivo de diminuir o desgaste e o estresse, significativamente aumentados quando a pessoa a ser cuidada sofre de algum tipo de demência.

O diagnóstico precoce e preciso, o rápido início dos cuidados, o envolvimento da família, da equipe interdisciplinar e dos grupos de apoio são imprescindíveis para o tratamento. (FREITAS et al., 2006)

Diante do acima exposto, concluímos que na medida em que nosso país passa por esta rápida transição demográfica e dos perfis de saúde, cresce a importância

da necessidade da disponibilização de recursos indispensáveis para fazer frente às prioridades específicas deste segmento etário se tornando um desafio para o poder público (alta demanda x carência de recursos).

Entre os recursos acima citados é imprescindível que tenhamos material humano, ou seja, profissionais capacitados no trato desta importante população.

Os danos físicos, emocionais, sociais e financeiros são imensuráveis para todos os envolvidos: pacientes, familiares e cuidadores, comunidade e governo.

Estudos brasileiros realizados com cuidadores de idosos comprovaram a falta de uma rede de suporte mais efetiva nas áreas da saúde e social e carência de treinamentos e orientações específicas para realização de suas tarefas. (SANTOS, 2003)

É visível o descompasso entre a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) - Portaria nº 1395, de 1999, do Ministério da Saúde e a assistência oferecida à população na rede básica. Os profissionais da área além de não priorizarem o atendimento ao idoso, na sua maioria não possuem preparo específico na área de geriatria/gerontologia (atendimento especializado). (PELZER, 2002)

Preparo este, garantido pelo Estatuto do Idoso, em seu art. 3º, inciso VI, no qual garante: *capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação dos serviços aos idosos*. (ESTATUTO DO IDOSO, 2003)

## **2 OBJETIVO**

Elaborar proposta de curso de qualificação para cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer.

### 3 DOENÇA DE ALZHEIMER

É largamente a causa mais comum de demência sendo responsável por 50 a 70% do total de casos. Esta palavra tem origem latina, *dementia*, que significa perder a mente ou estar sem a mente. Num sentido amplo, poderia ser considerado como tudo aquilo que faz do indivíduo um ser único e lhe permite relacionar-se com os que estão à sua volta. As alterações progressivas de memória, do julgamento e do raciocínio intelectual, fazem com que o indivíduo se torne cada vez mais dependente. (ORTIZ, 2010)

Esta patologia foi estudada pela primeira vez pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer (1864 – 1915), que ao fazer uma necropsia no cérebro de uma mulher de 51 anos, falecida com demência, detectou que o mesmo apresentava uma diminuição de 30 a 40% do tamanho normal e lesões até então desconhecidas. Microscopicamente verificou que se tratava de uma alteração no interior dos neurônios, os quais se apresentavam atrofiados e com placas estranhas e fibras retorcidas enroscadas umas nas outras (novelos). A partir de então, este tipo de degeneração ficou conhecido como Placas Senis. (GWYTER, 1985)

Afeta preferencialmente as mulheres, independe de profissão, raça ou classe social, ocorre em todos os países em que as pessoas vivem mais por superarem outras patologias. É considerada a doença do envelhecimento por atingir prioritariamente a faixa etária acima de 60 anos. (CAOVILLA; CANINEU, 2002)

Entretanto, embora raramente, pode acometer pessoas em torno de 40 anos, quando é chamada de pré-senil, nestes casos, tem uma evolução mais agressiva e seu comprometimento é mais rápido e intenso. (CAOVILLA; CANINEU, 2002)

O primeiro e mais importante sintoma é a dificuldade de memorização, principalmente para fatos recentes, a memória antiga é preservada. Atos automáticos como dirigir, manejar aparelhos, ir a lugares habituais não são afetados no primeiro momento. Nesta fase, a doença é muitas vezes confundida com o envelhecimento normal e atribuída a idade, não recebendo dos familiares nem dos profissionais da área de saúde a devida valorização, o que restringe em muito uma intervenção terapêutica adequada e precoce, pois nesta fase seria aquela que mais

haveria o que fazer do ponto de vista terapêutico se obtendo melhores resultados. (CAOVILLA; CANINEU, 2002)

Sendo uma doença degenerativa, na medida em que a atrofia cerebral progride a capacidade de reter novas informações e outras funções cognitivas como orientação, linguagem, julgamento, função social e habilidade de realizar tarefas motoras também declinam. (SAYEG, 1991)

Segundo Norton Sayeg (1991), durante o desenvolvimento a enfermidade pode ser dividida em quatro fases de acordo com o grau de comprometimento e o tempo de evolução da doença:

***Fase inicial:***

No começo da doença as alterações são lentas e os pacientes especialmente os de bom nível intelectual e social adaptam-se com facilidade a determinadas deficiências, fazendo com que não se perceba ou não se valorizem determinadas alterações. Apresenta descuido com a aparência pessoal, perde a iniciativa e a memória fica deteriorada. (SAYEG, 1991)

- apresenta confusão e desorientação no tempo e no espaço;
- alteração da personalidade com estados de depressão e euforia. Pessoas gentis tornam-se rudes e agressivas;
- mais tarde surgem as dificuldades com os afazeres da vida diária como alimentar-se e cuidar da higiene pessoal;
- no final desta fase ações mais complexas como: cozinhar, fazer compras, dirigir, telefonar tornam-se tarefas com alto grau de complexidade;
- há uma perda da espontaneidade e do interesse pela vida;
- a percepção do paciente quanto ao agravamento das suas dificuldades mentais piora seu estado depressivo e sua hipocondria;
- inversão no horário do sono e alterações com o pensamento abstrato podem se manifestar na fase inicial, marcando a passagem para a fase intermediária.
- dura em média de 2 a 4 anos.

***Fase intermediária:***

Caracteriza-se pelo agravamento dos sintomas apresentados na fase inicial, e a necessidade de ajuda para executar as tarefas de rotina é maior. (SAYEG, 1991)

- instalam-se as afasias (perda da capacidade de comunicação através da fala, da escrita ou da mímica), agnosias (perda da capacidade de reconhecimento de pessoas e objetos), apraxias (perda da capacidade de executar movimentos apropriados);

obs.: todas as manifestações são devidas a lesões cerebrais.

- dificuldade em identificar familiares e amigos ou se reconhecer no espelho;

- alucinações, inapetência, perda de peso e incontinência urinária estão presentes;

- perde a capacidade de cálculo, de pensamento abstrato e julgamento;

- a marcha e os movimentos tornam-se lentos, há um aumento do tônus muscular;

- apresentam diminuição dos movimentos nos membros superiores ao andar e instabilidade postural;

- aparecem tremores e movimentos involuntários, especialmente os de extremidades e movimento bucolingual;

- não são capazes de sobreviver sem ajuda;

- nesta fase o paciente já está dependente, necessitando de supervisão e cuidado diuturno.

- dura em média de 3 a 5 anos.

***Fase final:***

A duração varia de acordo com alguns fatores: quanto mais cedo a doença se instala, mais rápida é a evolução. Os pacientes que foram tratados com medicamentos adequados e tiveram uma boa assistência familiar apresentaram melhor qualidade de vida e as complicações apareceram mais tardiamente. (SAYEG, 1991)

- são características desta fase: apatia, prostração, incapacidade de se expressar;

- limita-se a permanecer na poltrona ou no leito;
- indiferença ao ambiente, agitação psicomotora. As incontinências urinária e fecal acarretam grande carga de cuidados;
- pacientes com alguma reserva motora podem sofrer quedas e fraturas com maior freqüência;
- apresenta perda progressiva de peso, independente da ingesta;
- infecções urinárias e respiratórias tornam-se frequentes.

***Fase terminal:***

Caracteriza-se por restrição ao leito praticamente durante todo o tempo. (SAYEG, 1991)

- as contraturas dos membros inferiores tornam-se inextensíveis e irrecuperáveis;
- podem surgir lesões nas palmas das mãos por compressão destas pelos dedos flexionados;
- a alimentação é administrada por sondas, gástrica ou nasoenteral;
- demonstram total indiferença ao meio externo, respondendo apenas aos estímulos dolorosos;
- em alguns casos a sobrevida é de aproximadamente um ano, devido a processos infecciosos, principalmente pulmonar e urinário.

#### **4 ETIOLOGIA**

Várias hipóteses têm sido levantadas sem que haja conclusão definitiva até o momento.

Estudos relacionados a vírus lentos, toxinas ambientais e alterações imunológicas são inconclusivos, bem como as teorias de traumatismos cranianos e causas vasculares. (SAYEG, 1991)

A tentativa de associar a doença de Alzheimer a fatores de risco, se confirmados, serão de grande valia. Como até o momento não temos nenhum estudo confirmado, continuamos sem métodos para prevenção ou cura.

## **5 DIAGNÓSTICO**

Toda pessoa com suspeita da doença, deve ser submetida a uma avaliação minuciosa: entrevista detalhada com o paciente, familiares e outras pessoas que convivam com ele. (SAYEG, 1991)

Outras demências podem ser excluídas através de determinados tipos de testes e exames, tanto laboratoriais como de imagem (tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros), solicitados por médicos especializados.

Até o momento o diagnóstico positivo só pode ser feito após estudo de tecido cerebral (necropsia). A impossibilidade de obter um diagnóstico confiável tem como conseqüência a demora na instituição do tratamento específico. (SAYEG, 1991)

De acordo com as descrições clínicas e critérios operacionais desenvolvidos pelo Grupo de Trabalho do Instituto Nacional de Neurologia e da Associação da Doença de Alzheimer e Desordens Relacionadas dos EUA (NINCDS-ADRDA), os critérios para diagnóstico desta patologia são: (FREITAS et al., 2006)

### **Provável:**

- demência comprovada por meio de exame clínico e documentada pelo MEEM (Mini Exame do Estado Mental), escala de demência de Blessed, ou similar, e confirmada por testes neuropsicológicos;
- déficits cognitivos evidentes em duas ou mais áreas da cognição;
- piora progressiva dos déficits de memória e das demais funções cognitivas;
- início dos sintomas entre 40 e 90 anos, mais freqüentemente após os 65 anos de idade;

- ausência de doenças sistêmicas ou cerebrais que possam explicar os déficits observados.

**O diagnóstico de "provável" é reforçado por:**

- deterioração progressiva de funções cognitivas específicas (afasia, agnosia, apraxia);
- comprometimento das atividades cotidianas, alteração do padrão comportamental;
- história familiar de doenças semelhantes na família;
- exame de líquido cefalorraquiano por intermédio de punção lombar é normal;
- alterações inespecíficas do ECG;
- evidência de atrofia cortical progressiva na tomografia cerebral.

**São compatíveis com o diagnóstico de "provável":**

- platô no curso de progressão da doença;
- associação com sintomas depressivos, insônia, delírios, incontinência, alucinações, reações catastróficas, transtornos sexuais, perda de peso e outras anormalidades neurológicas (aumento do tônus muscular, mioclônus ou transtornos de marcha);
- convulsões em casos mais avançados;
- imagem tomográfica cerebral normal para a idade.

**O diagnóstico de "provável" é incerto quando:**

- a instalação dos sintomas cognitivos é rápida ou súbita;
- sinais neurológicos focais estão presentes;
- convulsões ocorrem na instalação ou prematuramente durante o curso da doença.

## 6 TRATAMENTO

É baseado em três pilares: melhorar a cognição, retardar a evolução e tratar os sintomas. Até o momento não temos nenhum medicamento capaz de interromper ou modificar o curso da Doença de Alzheimer e nem de impedir seu aparecimento. Mesmo assim podemos fazer muito pelo paciente e por seus familiares porque, embora incurável, é uma doença tratável. (FREITAS et. al., 2006)

Quanto menor for a duração dos sintomas e a gravidade dos déficits, melhores serão as condições de se planejar um tratamento e maiores serão as chances de se detectar os fatores agravantes, de intervenção precoce e de prevenção de complicações.

Durante a doença, diversas necessidades médicas, sociais e psicológicas poderão surgir. Por isso é importante que os cuidados sejam prestados através de intervenção interdisciplinar, conforme forem surgindo os sintomas. (FREITAS et. al., 2006)

A doença de Alzheimer não afeta apenas o paciente, mas também as pessoas que são próximas. A família deve se preparar para suportar uma sobrecarga muito grande em termos emocionais, físicos e financeiros.

É indispensável elaborar um plano de cuidados médicos e de enfermagem para o paciente e familiares, no qual deverá estar incluída supervisão. As visitas regulares ao médico ajudarão a monitorar as condições da pessoa doente, verificando se existem outros problemas de saúde que precisem ser tratados. (FREITAS et. al., 2006)

As metas principais do tratamento são: melhorar a qualidade de vida, valorizar o desempenho funcional do paciente e incentivar a autonomia pelo maior tempo possível em cada fase da doença. (FREITAS et. al., 2006)

O tratamento inclui abordagens não-farmacológicas e farmacológicas combinadas ou isoladas. Além disso, é muito importante que as intercorrências relacionadas com outros problemas médicos ou com doenças pré-existentes, sejam logo identificadas e tratadas para que a saúde do paciente não seja agravada. (FREITAS et. al., 2006)

Em qualquer dos casos é imprescindível que uma pessoa da equipe ou familiar zele para que todos profissionais se interajam, a fim de evitar plurimedicação, impedindo interações medicamentosas ou alimentares.

## **7 O PAPEL DO CUIDADOR**

*Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano - como ida a bancos ou farmácia -, excluídas as técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, principalmente na área de enfermagem. (GORDILHO et al., 2000)*

Um dos primeiros sintomas da Doença de Alzheimer é o esquecimento, normalmente quando o idoso não consegue achar o caminho de volta para casa mesmo estando na vizinhança. A memória de curto prazo fica prejudicada, sem esquecer histórias do seu passado distante. Eventos recentes importantes ou coisas sobre si mesmo também são esquecidas. O próximo passo é ficar desorientado e confuso, sem poder mais tomar conta de sua vida.

É nesse momento que surge a figura do cuidador. Os idosos em maior ou menor grau de dependência requerem algum tipo de atenção e auxílio cotidiano, mas quando são acometidos pela Doença de Alzheimer se faz necessária a presença integral de um cuidador. Essa pessoa pode ser um familiar ou não, porém tem a responsabilidade de cuidar da saúde e bem estar do paciente.

Na maioria dos casos, por falta de recursos financeiros que permitam a contratação de um cuidador especializado no ambiente domiciliar, esses cuidados são assumidos por um único membro da família, denominado cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004)

Em algumas situações a família acaba se tornando uma rede autônoma de atendimento ao paciente, sem a devida integração com os serviços de saúde

(CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004) e não têm conhecimento de que poderiam recorrer a estes profissionais, em busca de apoio e orientações. Pedir explicações ao médico sobre a doença e esclarecer as dúvidas a fim de tornar o convívio mais tranquilo, e compreender as mudanças comportamentais do paciente em cada fase, é parte importante do tratamento, amenizando o sofrimento inerente à patologia principalmente quando o cuidador é um familiar.

Na fase inicial, o papel do cuidador é de supervisão. Na intermediária, há a necessidade de auxílio para algumas ações, mas o paciente ainda consegue realizar as mais simples, como se alimentar e vestir-se. O cuidador assume então o papel de auxiliar. Na fase final da doença a dependência do paciente é total, porque na maioria dos casos estão restritos ao leito.

É indispensável o acompanhamento médico, para avaliar e indicar a melhor terapêutica para o paciente conforme o estágio da doença. A principal dificuldade experimentada pela pessoa que passa à condição de cuidador é sentir-se incapaz de cumprir o seu papel adequadamente. Neste caso, deve procurar conhecer bem a doença, seus sintomas, a evolução e o que fazer em determinadas situações.

Temos duas categorias de cuidadores: (BORN, 2008)

**Informal** – geralmente é um familiar, sem formação específica e sem vínculo empregatício.

**Formal** – aquele que recebeu formação especial para trabalhar, e assim sendo, pode se empregar como assalariado em residência, instituição de longa permanência (ILPI) ou em outros serviços para pessoas idosas.

### **Cuidador informal**

Antigamente o papel de cuidador era exercido por um membro da família, geralmente do sexo feminino, “escolhida” por familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa a ser cuidada e por ter maior disponibilidade de tempo. Poderia também ser uma vizinha ou amiga, sem receber pagamento. Na maioria das vezes, este cuidado era feito com dedicação e afeto, porém sem preparo ou orientação técnica. A qualidade e quantidade do cuidado prestado pode se refletir pela motivação: por amor, por reciprocidade, para evitar

censura de familiares etc. A relação ou grau de parentesco também tem influência na vivência da situação. Percebemos, que pela própria cultura brasileira, quando é o marido que necessita de cuidados, geralmente a mulher toma para si este papel, nem sempre o inverso é verdadeiro. (BORN, 2008)

No momento em que uma família percebe que um ente querido não deve morar só ou passa a necessitar de auxílio ou recebe um possível diagnóstico de uma patologia grave, cuja evolução é progressiva, sofre um grande impacto emocional. Quando a pessoa a ser cuidada é um dos progenitores, pais que sempre cuidaram dos filhos e já não conseguem cuidar de si mesmos, este impacto é intensificado pela inversão dos papéis. Além do receio de que as novas responsabilidades possam vir a alterar seus planos. Em qualquer dos casos, um período de adaptação torna-se necessário. (BORN, 2008)

O cuidador, além desta vivência, ainda experimenta emoções conflitantes, pois ao mesmo tempo em que sente a satisfação em poder ajudar ou contribuir para o bem estar de um ente querido, muitas vezes apresenta também sensações de impotência, culpa, solidão, preocupação, medo, etc. (BORN, 2008)

Desacordos sobre o comportamento ou na maneira de cuidar entre a pessoa responsável pelo cuidado e demais membros da família podem ocorrer. Sensação de não ter seu esforço reconhecido gera um sentimento de frustração e, muitas vezes, tristeza. (BORN, 2008)

O envolvimento de todos os familiares deve ser o mais harmonioso possível, visando minorar os atritos e se apoiarem mutuamente.

O fato do cuidador se responsabilizar por uma pessoa idosa, não significa que possua conhecimentos básicos e indispensáveis de como cuidar, esta realidade aumenta seu estresse. (BORN, 2008)

Com o advento da mulher no mercado de trabalho esta cadeia foi rompida e surgiram os primeiros “cursos” de cuidadores. Hoje, mesmo os cuidadores informais reconhecem a necessidade de se embasar de alguma forma procurando conhecimentos específicos.

## **Cuidador formal**

A partir de 1998, algumas normas foram “estabelecidas” pela Secretaria de Assistência Social, com relação à idade, escolaridade, horas e temas a serem abordados além de algumas “qualidades”, como: qualidades físicas e intelectuais, éticas e morais, bom senso etc. (BORN, 2008)

A função de cuidador ainda hoje não é uma profissão. Foi reconhecida pelo Ministério do Trabalho, pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que reconhece, nomeia e codifica as ocupações existentes no mercado de trabalho brasileiro. Esta ocupação está descrita na CBO 2002 na categoria da família ocupacional de cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos sob o número 5162-10. (BORN, 2008)

Não sendo reconhecida como profissão e somente como ocupação, não há regulamentação para os cursos de capacitação para cuidadores de idosos, assim como não temos padronização e normas sobre conteúdo, carga horária etc.

Muitas vezes nos deparamos com notícias de violência por parte de cuidadores empregados em instituições de longa permanência (ILPI) ou mesmo em domicílios, o que aponta para um sério problema resultante da falta de cursos direcionados para pessoas interessadas em trabalhar neste segmento. Muitos que se empregam a fim de exercer esta função não receberam a preparação necessária nem encontram no emprego quem os possa orientar a fim de facilitar o seu dia-a-dia com situações novas e complexas. Nestas condições, o cuidado prestado tende a ser de baixa qualidade, estressante, gerando muitas vezes atos de violência contra a pessoa que deveria ser cuidada. (BORN, 2008)

É importante verificar se as pessoas interessadas em trabalhar com esta população têm realmente habilidade para tal. Dentre as inúmeras funções do cuidador estão: cuidar da higiene pessoal, manter a limpeza e organização do ambiente do mesmo, hidratar, alimentar, administrar medicamentos, funcionar como elo entre a família e a equipe interdisciplinar, interagir constantemente com a pessoa que está sendo cuidada, incentivar o auto cuidado etc.

## **8 CURSO DE QUALIFICAÇÃO PARA CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER**

**Docentes:** Prof<sup>a</sup> Ana Lúcia Carmona e Lúcia Osório Matos.

**Carga Horária:** 40 horas.

**Introdução:** Referência teórica.

### **Ementa**

Produção de conhecimento na área do cuidado integral ao paciente portador da Doença de Alzheimer.

### **Objetivo**

Repassar conhecimento da área específica facilitando e aprimorando o trabalho do cuidador.

### **Número de participantes**

Previsto para 20. Durante as aulas práticas, 10 alunos por monitor.

### **Metodologia**

O trabalho pedagógico será desenvolvido baseado em metodologia problematizadora, dando ênfase à relação teoria e prática e à interdisciplinaridade de ações envolvidas no processo ensino-aprendizagem.

### **Recursos Didáticos**

Exposição oral dialogada, quadro branco e seus acessórios, e projetor multimídia.

### **Conteúdo Programático**

Conhecimento científico atualizado e aplicação dos temas abordados.

### **Avaliação**

Será realizada por escrito após o término de cada disciplina e durante as aulas práticas.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho trata de uma proposta de intervenção através da oferta qualificada de formação de cuidadores para esta área.

Um curso de excelência para as pessoas que se dedicam a este trabalho é de insofismável importância, pois a transferência de conhecimentos técnicos, inclusive para os familiares, gera um fator de confiabilidade tendo como consequência a diminuição do estresse e facilitando a execução dos trabalhos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU I.D. BARROS H.L. & FORLENZA O.V. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 32(3), 131-136, 2005.
- BORN, Tomiko. Cuidar Melhor e Evitar a Violência - **Manual do Cuidador da Pessoa idosa**, Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
- CAOVILLA, Vera P.; CANINEU, Paulo R. **Você não está sozinho**. São Paulo, 2002.
- CATTANI R.B.; GIRARDON-PERLINI N.M.O. **Cuidar do Idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares**. Rev Eletrônica Enferm 2004. (citado 10 dez 2005); 6(2). Disponível em: [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)
- Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal (CDI/DF) **Idoso: informações sobre os direitos, políticas públicas e guia de serviços e benefícios sociais**/Conselho dos Direitos do Idoso do Distrito Federal (CDI/DF) – Brasília, 2009.
- FREITAS, Elizabete V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** – 2ª Edição – Rio de Janeiro – Guanabara Koogan, 2006.
- GORDILHO A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro (RJ): UnATI/UERJ, 2000.
- GWYTHER, Lisa P. **Cuidados com portadores da Doença de Alzheimer**: manual para cuidadores e casas especializadas/ Lisa P. Gwyther, tradução de Lilian Aliche. 1985.
- ORTIZ, K. Z. **Distúrbios Neurológicos Adquiridos**: Linguagem e Cognição – Barueri, São Paulo – 2ª Ed., 2010.
- PELZER, Marlene T. **A Enfermagem e o Idoso Portador de Demência Tipo Alzheimer**: desafios do cuidar no novo milênio – Santa Catarina, 2002.
- SANTOS, S.M.A. **O cuidador familiar de idosos com demências**: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2003.

SAYEG, Norton. **Doença de Alzheimer**: Guia do Cuidador – São Paulo, 1991.

VERMELHO L.L.; MONTEIRO M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. In: Medronho, R.A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo (SP): Ed. Ateneu, 2004.