

HOMEM CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Karla Ferraz dos Anjos

Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador (BA), Brasil.

E-mail: karla.ferraz@hotmail.com

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Enfermeira, Professora Pós Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil.

Vanessa Cruz Santos

Enfermeira, Doutoranda em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Salvador (BA), Brasil.

Eduardo Nagib Boery

Enfermeiro, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil.

Darci de Oliveira Santa Rosa

Enfermeira, Professora Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador (BA), Brasil.

RESUMO: O envelhecimento populacional tem produzido demandas às famílias, como o cuidado do idoso acometido por alguma doença no domicílio. Esse artigo visa descrever o cuidado de homem cuidador familiar de idosa com doença de Alzheimer. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caso único, realizada com um único homem cuidador de idosa. Os resultados evidenciam que o cuidador dedica-se integralmente ao cuidado da idosa e não recebe orientações de profissionais de saúde para apoiá-lo no desenvolvimento dessa atividade. A decisão de cuidar é influenciada pelo (con)viver de filho e mãe e por não ter outra pessoa disponível, e sua continuidade fundamenta-se no reconhecimento de que outras pessoas também vivenciam situações semelhantes. Emergem sentimentos relacionados a essa atividade, como amor, satisfação, obrigação e convivência com a doença de Alzheimer. Conclui-se que a assunção da responsabilidade pelo cuidado da idosa resulta implicações, como as econômicas, no cotidiano do homem cuidador e da idosa cuidada.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores; Demência; Doença de Alzheimer; Família; Idoso.

FAMILY CAREGIVER OF ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE

ABSTRACT: Population aging has brought demands on families, such as home care of the elderly affected by a disease. This paper aims to describe the care by a man who is family caregiver of an elderly with Alzheimer's disease. It is a qualitative research, of single case study, carried out with a man who is caregiver of an elderly woman. The results show that the caregiver fully dedicates to the care to the elderly, and he does not receive guidelines of health professionals to help him in this activity. The decision to take care is influenced by the (co)living of son and mother and because there is no other person available. Its continuity is based on acknowledgment that other people live similar situations. Feelings, like love, satisfaction, obligation and coexistence emerge with Alzheimer's disease. These are influenced by the recognition that other people also experience similar situations. It is concluded that the assumption of responsibility for the care of the elderly causes implications, such as economic, in the daily care of the caregiver and the elderly.

KEY WORDS: Caregivers; Insanity; Alzheimer's disease; Family; Aged.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida abrange ganhos em termos de qualidade de vida, assim como de fatores de risco para o surgimento de doenças crônico-degenerativas, incapacidades e dependência, sobretudo nas fases mais avançadas do processo de envelhecimento. Dentre os problemas de saúde que acometem as pessoas idosas, as síndromes demenciais têm ocasionado implicações na família e sociedade (ARRUDA; ALVAREZ, GONÇALVES, 2008).

No Brasil, estudo desenvolvido com aproximadamente 25% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, evidenciou a prevalência de 7,1% de demência. Entre os diagnósticos neurológicos mais frequentes, a doença de Alzheimer (DA) foi responsável por 54,1% dos casos (HERRERA JÚNIOR; CAMELLI; NITRINI, 1998).

A Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva, heterogênea em seus aspectos etiológicos, clínicos e neuropatológicos. É comum entre as pessoas idosas e causa declínio funcional progressivo e comprometimento da autonomia, o que, por sua vez, leva à dependência total. Na DA, essas situações tornam-se notórias a partir da deterioração das funções cognitivas, do comprometimento para realizar atividades de vida diária (AVD) e da ocorrência de uma variedade de distúrbios de comportamento e sintomas neuropsiquiátricos, como a perda de memória de curta duração (MACHADO, 2013).

A DA corresponde à forma mais comum de demência na contemporaneidade, sendo causa de comprometimento cognitivo e comportamental no envelhecimento (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011). Apresenta início insidioso e deterioração progressiva. O comprometimento da memória é o evento clínico de maior magnitude. Em estágios iniciais, normalmente há perda de memória episódica e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuo-espaciais. Nos estágios intermediários da doença pode ocorrer afasia fluente e a pessoa ter dificuldades de nomear objetos ou escolher a palavra adequada para expressar uma ideia, e também apraxia.

Nos estágios terminais, há alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais (GALLUCCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Somado a isso, as pessoas acometidas com DA podem sofrer alterações e dificuldades para realizar atividades domésticas e de autocuidado, apresentar confusão de tempo e espaço, ter sua capacidade de julgamento e tomada de decisão reduzida, sofrer mudanças de humor, personalidade, lazer e trabalho (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011). Essas alterações da pessoa com DA influenciam no desenvolvimento de suas AVD, assim como no cotidiano de sua família, sobretudo, da cuidadora.

Face o contexto, quando a pessoa é acometida por DA, surge a demanda de alguém apoiá-la. Neste caso, o cuidador, que, geralmente, é membro da família. O manual do cuidador da pessoa idosa descreve que o cuidador familiar é a pessoa que cuida de outra pessoa, idosa ou não, de sua própria família, também conhecido como cuidador informal (BRASIL, 2008).

O cuidador familiar pode ser uma mulher ou um homem, geralmente filho, filha ou cônjuge. Destarte, o que se observa é que poucos homens assumem a responsabilidade pelo cuidado do idoso dependente, como pode ser visto em estudos de Collins (2014); Seima, Lenardt; Caldas (2014); Arruda; Alvarez, Gonçalves (2008) e Anjos et al. (2015). Logo, nota-se que as mulheres continuam dedicando-se ao cuidado, sobretudo, quando as pessoas apresentam total dependência nas atividades cotidianas.

Estudo mostra que quando o cuidador familiar assume o cuidado ao idoso com DA, a relação torna-se tão íntima e próxima que o cuidador modifica o seu modo de viver em prol do cuidado ao idoso. Esta mudança nem sempre é realizada pela vontade da pessoa que cuida, mas pela conjuntura (SEIMA, LENARDT; CALDAS, 2014). E, quando isso acontece, implicações biopsicossocial e econômica podem ocorrer no cotidiano do binômio idoso-cuidador.

O objetivo deste estudo é descrever o cuidado de homem cuidador familiar de idosa com doença de Alzheimer.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caso único, realizada com um homem cuidador familiar de idosa acometida por DA. A coleta de dados ocorreu no domicílio, na área urbana adstrita em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), situada em um município do interior da Bahia, a 369 km da capital do estado, na mesorregião do Centro-Sul. Em 2010, sua população era composta por 151.895 habitantes, dos quais 73.612 eram homens (IBGE, 2015).

Este estudo de caso foi elaborado a partir da pesquisa para a dissertação de mestrado "Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. A escolha do cuidador ocorreu por ele ser uma pessoa jovem, um homem que cuida de uma idosa (sexo oposto) com demência neurodegenerativa (doença de Alzheimer) e com total dependência cognitiva e funcional, logo, despertou a inquietação em investigar como ocorre o cuidado no domicílio.

A pesquisa da dissertação de mestrado foi necessária para a seleção do participante do estudo. Em seus resultados foi possível identificar que entre os cuidadores homens, este apresentava maior comprometimento de sua saúde, menor percepção de qualidade de vida e maior sobrecarga de atividades. A partir dessa seleção, foi feita a produção de dados deste estudo no domicílio do cuidador, que ocorreu em maio de 2014.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser familiar e coabitar o mesmo domicílio com a idosa, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser o cuidador principal e estar cadastrado na ESF.

O retorno da pesquisadora ao domicílio do cuidador para realizar a entrevista semiestruturada teve a finalidade de aprofundar e ampliar o conhecimento sobre o cuidado da pessoa idosa dependente, na perspectiva da doença de Alzheimer, para subsidiar o planejamento de ações direcionadas aos cuidadores familiares e pessoas idosas dependentes.

A aproximação entre o cuidador e a pesquisadora aconteceu durante: 1) pesquisa do mestrado, 2) convite para participar do estudo de caso, 3) produção de

dados referentes às características sociodemográficas, econômicas e de saúde e, 4) realização da entrevista semiestruturada.

A entrevista foi feita no domicílio do cuidador, a partir de formulário norteado por seis questões. Para este estudo, utilizou-se três questões: 1) Como ocorreu a decisão em assumir a responsabilidade pelo cuidado de seu familiar idoso? 2) O que significa, para o senhor, cuidar de seu familiar idoso? e 3) Ocorreram mudanças (sociais, familiares, pessoais, financeiras, dentre outras) em sua vida após assumir o cuidado do seu familiar idoso?

Inicialmente, nos resultados, fez-se a descrição do relato de caso de cuidados com a idosa com DA, sendo o cuidador identificado com letras iniciais fictícias S.G.S. Posteriormente, apresenta-se os dados qualitativos dos depoimentos que foram analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática Categorial, que conforme Bardin (2011) tem a finalidade de obter, por procedimentos sistemáticos, a descrição do conteúdo manifesto que possibilite a inferência de conhecimentos. Esta técnica compõe-se de três polos cronológicos a serem seguidos: a pré-análise, a exploração do material coletado e o tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação dos dados.

Na pré-análise foi feita a organização, operacionalização e sistematização das ideias iniciais dos depoimentos manifestos. Na exploração do material, realizou-se leitura atenta, aprofundada e exaustiva do material obtido, observando o que era mais significativo que emergia nos depoimentos. No tratamento dos resultados obtidos, na inferência e na interpretação, realizou-se o tratamento dos dados brutos de maneira a serem significativos e válidos, a partir do corpus trabalhado. Utilizou-se a análise semântica para construção das categorias (BARDIN, 2011).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Jequié, Bahia, sob o Parecer nº 511.492/2014.

3 RESULTADOS

O ator social deste estudo é um homem cuidador familiar de idosa dependente acometida por DA. A partir de seu relato foi possível identificar características

sociodemográficas, econômicas e de saúde. Da mesma forma, foram apreendidos o contexto relacionado à decisão de assumir o cuidado da idosa (mãe), o significado dessa responsabilidade para o cuidador e as mudanças no cotidiano do cuidador após a assunção do cuidado.

A seguir, será apresentado o caso do cuidador homem e as duas categorias empíricas que emergiram da entrevista.

S.G.S, homem, 46 anos de idade, solteiro, raça/cor negra, católico, ensino médio completo, sem renda mensal individual, seu sustento advém da aposentadoria e pensão de sua mãe (dois salários mínimos), autônomo (artesão), nunca trabalhou de carteira assinada – diz ser o maior erro de sua vida, pois trabalhou por aproximadamente 10 anos com uma pessoa e, infelizmente, esta nunca assinou sua carteira de trabalho. A casa onde mora é de sua mãe, que tem 86 anos.

O cuidador é hipertenso, acometido por hipertireoidismo, lombalgia e varizes de membros inferiores. Ele fez cirurgia de tireoide e faz uso de medicações diárias: hormônios e antihipertensivo. É o cuidador principal de sua mãe idosa desde 2006, quando ela recebeu o diagnóstico médico de DA. Cuida de forma integral e reside sozinho com a idosa no domicílio.

A idosa precisa de um cuidador desde que foi diagnosticada com a DA por conta do comprometimento de seu estado cognitivo. A dependência funcional começou em 2011, após queda da própria altura (fratura de bacia) e somatizadas a evolução da DA. Desde então, a idosa encontra-se totalmente acamada e dependente de cuidados permanentes, mesmo após sessões de fisioterapia custeadas pelo cuidador. A idosa consegue sentar na cama e não tem mobilidade para deambular. A mesma esteve internada em 2011, ao sofrer a queda no próprio domicílio.

Quando a idosa tinha somente a dependência cognitiva, o cuidador a auxiliava em suas atividades diárias, como de levá-la ao banheiro e ela fazia suas necessidades básicas sozinha. Atualmente, após a dependência também funcional, o filho cuidador paga uma pessoa para ajudá-lo na higienização da mãe: banho, troca de fralda e vestir roupa. Menciona que sua irmã apoia-lhe quando precisa, em tempo específico, geralmente nos finais de semana, arrumando a casa e em cuidados diretos com a idosa. A irmã não o ajuda com dinheiro e recursos materiais.

S.G.S é o cuidador de sua mãe idosa e, para isso, nunca fez cursos ou participou de atividades de orientações para ajudá-lo nos cuidados da idosa. Ele informa que os profissionais de saúde da ESF não o orientam sobre a doença de Alzheimer e como pode realizar o cuidado da melhor forma. Quem mais comparece em seu domicílio são os estudantes da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, mas os profissionais da equipe de saúde não. Ao final de sua fala, ele cita que às vezes a médica da ESF visita o domicílio.

A partir da análise da entrevista emergiram três categorias empíricas: 1) tomada de decisão do cuidador na assunção do cuidado da idosa com doença Alzheimer, 2) cuidado de familiar idosa com doença de Alzheimer e 3) implicações do cuidado da idosa com doença de Alzheimer no cotidiano do cuidador.

3.1 CATEGORIA 1: TOMADA DE DECISÃO DO CUIDADOR NA ASSUNÇÃO DO CUIDADO DA IDOSA COM DOENÇA ALZHEIMER

Nota-se que a decisão de assumir o cuidado da idosa com doença de Alzheimer perpassa a autonomia do cuidador. Este, por sua vez, considera que essa decisão tem influência no viver e conviver com o outro, assim como remete a sentimentos de obrigação, retribuição, dependência e amor.

[...] ela teve quatro filhos [...], dos quatro filhos verdadeiramente quem ela criou foi eu [...], que os outros demais foi criado por parentes [...]. Um foi minhas tias que criaram, esse que faleceu que era o mais velho, o outro irmão foi outra tia minha que criou, e essa irmã minha é uma pessoa [...], que desde os 16 a 17 anos, ela foi embora para Salvador, sempre teve a vida dela lá [...]. Então, dos filhos o que sobrou foi eu, o filho caçula, que foi criado por pai e mãe. Então ficou para mim [...] essa responsabilidade. Eu já morava aqui (na casa com a idosa), e se meu pai estivesse vivo seria a mesma coisa, estaria cuidando dele também, que era mais idoso que ela [...]. Meu pai já tem 28 anos de falecido. (S.G.S)

3.2 CATEGORIA 2: CUIDAR DE FAMILIAR IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Verificou-se que sentimentos positivos, como a satisfação em cuidar da idosa com doença de Alzheimer, são desenvolvidos pelo cuidador. Também foram expressos aspectos negativos da experiência de conviver com a doença da idosa e da relação de filho e mãe. A (re) adaptação do cuidador com a situação de dependência e cuidado é influenciada pelo reconhecimento de que outras pessoas encontram-se na mesma situação do cuidador.

[...]satisfação, primeiro porque ela foi pai e mãe para mim [...], e quando meu pai morreu eu era muito jovem [...]. E, para me ela (idosa) é a pessoa mais importante [...], então eu tenho muita satisfação. É doloroso, porque a doença realmente é estressante [...], estressa a pessoa que está doente e quem está cuidando [...], mais eu tenho muita satisfação, graças a Deus de ter recebido essa responsabilidade. [...] Não considero nem responsabilidade, para me é uma obrigação, filho. [...]. O que mais me dói [...] é saber que ela não sabe mais quem sou eu [...] o filho que está cuidando dela [...], não reconhece mais ninguém. Sei que é por causa da doença [...]. Eu conheço algumas pessoas [...] que também estão passando pela mesma situação e também está lá na luta delas [...]. (S.G.S)

3.3 CATEGORIA 3: IMPLICAÇÕES DO CUIDADO DA IDOSA COM DOENÇA DE ALZHEIMER NO COTIDIANO DO CUIDADOR

Foi observado que ocorrem mudanças no cotidiano do cuidador após a assunção do cuidado da idosa com doença de Alzheimer e isso tem influência no conformismo com a situação imposta. Implicações econômicas ocorrem tanto para o cuidador quanto para a idosa, sendo evidenciado, também, que a independência financeira favorece a satisfação e realização pessoal.

[...] eu vejo mais pelo lado financeiro [...], mais complicado, porque quando eu trabalhava, tinha dinhei-

ro [...], eu tinha minhas coisas com mais facilidade [...]. Hoje eu sou cuidador e procurador, então é aquela coisa, antes de você chegar eu estava fazendo umas contas aí, do dinheiro sagrado [...], não sobra quase nada, está entendendo? Dar para pagar as contas [pausa]. Naquela época não (que o cuidador trabalhava), tinha um dinheiro pouco mais sobrava para comprar uma roupa, um sapato, outras coisas [...], eu vejo mais por esse lado aí, financeiro. [...] A social nem tanto, não mudou muito. [...] Eu nunca fui muito de diversão não, era caseiro mesmo [...]. Parece que Deus prepara a gente para as coisas, eu nunca fui muito de festas, de sair [...]. Eu acho que minha vida já estava me preparando para essa situação aí, para quando ela adoecesse eu ficar sempre perto. (S.G.S)

4 DISCUSSÃO

Nas relações de cuidado, a inversão da figura do cuidador, com a assunção da “paternidade” dos próprios pais ou cônjuges dependentes, impõe às diversas pessoas demandas muitas vezes, inesperadas e angustiantes para quem irá cuidar. Nota-se que, embora a maior parte da família cuidadora de pessoas idosas seja composta por mulheres devido à própria experiência de cuidar associada à questão de gênero, homens também cuidam, apesar de em menor quantidade. A idade dos cuidadores varia a partir de 30 anos (ARRUDA; ALVAREZ, GONÇALVES, 2008). Neste estudo, o cuidador é homem e a idade assemelha-se.

A assunção do cuidado do idoso dependente ocorre por motivos variados, sendo expressos sentimentos de amor, dedicação, carinho e culpa. Ao assumir o cuidado, a pessoa vivencia mudanças em seu, cotidiano social, financeiro, emocional e familiar (SEIMA, LENARDT; CALDAS, 2014).

Em outro estudo, evidencia-se que dentre os motivos que levaram a pessoa ser o cuidador do familiar acometido por DA, a maioria delas informou cuidar por necessidade, pois não tem condições financeiras de contratar cuidador formal, seguida por cuidar porque gostam (ARAÚJO; MOREIRA; SLABCOUSHI, 2011). Os resultados desse estudo demonstram que a decisão

de cuidar da idosa com DA tem influência no vínculo familiar, por ser a mãe do cuidador, o que envolve sentimentos como amor, obrigação, retribuição, não ter outra pessoa para cuidar e por residir com a idosa no mesmo domicílio.

Os cuidadores familiares vivenciam dificuldades de ordem física, mental e social que influenciam na convivência e no cuidado do idoso com DA. Entre as dificuldades que podem ocorrer entre os idosos em algum período da doença estão a dificuldade de reconhecer pessoas próximas e locais comuns, como a sua própria casa, a perda da noção de local e o esquecimento do caminho de casa, a perda da noção do valor do dinheiro, a recusa em aceitar a medicação, a possibilidade de ficarem agressivos e de colocarem-se em situações que oferecem risco a sua integridade física e das demais pessoas que convivem com eles. Entre os cuidadores, há dificuldades relacionadas à aceitação da doença do idoso (ILHA et al. 2016).

Entre os familiares surgem medos relacionados à incerteza do futuro da pessoa com DA devido à evolução da doença. Há angústia em viver com uma pessoa que está presente fisicamente e ausente psicologicamente, medo de ser esquecido, de não expressar sentimentos e perder a capacidade de falar. Os familiares que cuidam dos idosos sentem-se felizes e recompensados quando eles conseguem demonstrar sentimentos e recordam momentos do passado que vivenciaram juntos (VIZZACHI et al., 2015). Observou-se neste estudo que o cuidador afirmou ser angustiante cuidar de sua mãe e ela não o reconhecer como filho, mas compreender que isso tem relação com a DA.

Somado a isso, surgem dúvidas em relação ao cuidado da pessoa com DA e isso influencia nos aspectos pessoal e social da pessoa doente e seus familiares (POLTRONIER; CECCHETTO; SOUZA, 2011). Houve evidentes implicações financeiras para o cuidador e a idosa com DA deste estudo. Isso porque, ao assumir o cuidado, o cuidador afasta-se do trabalho extradomicílio, o que, por conseguinte, leva à redução da renda familiar e ao comprometimento de sua independência financeira.

Estudos demonstram que vários cuidadores abdicam de trabalhar em atividades remuneradas após responsabilizarem-se pelo cuidado ao idoso (ARRUDA;

ALVAREZ, GONÇALVES, 2008; ANJOS et al., 2015), o que acentua a precariedade econômica da família e favorece o comprometimento da qualidade do cuidado. Isso pode ter relação com o cuidado no domicílio ser desenvolvido somente por uma pessoa, o que favorece manifestação de desconfortos e sentimento de solidão entre os cuidadores. Este sentimento agrava-se quando o cuidado solitário da pessoa idosa é feito por cuidador também idoso, requerendo atenção emergente devido ao seu próprio adoecimento (ARRUDA; ALVAREZ, GONÇALVES, 2008). Neste estudo, o cuidador deixou de trabalhar para dedicar-se ao cuidado da idosa com DA e esta decisão influencia sua situação financeira, pois abdica de comprar objetos pessoais por não ter dinheiro suficiente para tal.

Mesmo a DA sendo progressiva e incurável, os avanços e a melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas e seus cuidadores são evidentes. As medicações melhoram a cognição e reduzem as alterações comportamentais durante seu uso. Contudo, há declínio do equilíbrio e da instabilidade postural e a queda é uma das causas de hospitalização em idosos com DA (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011). Neste estudo viu-se que a idosa caiu da própria altura no domicílio, após diagnóstico de DA, o que pode estar associado ao uso das medicações para o controle da doença.

A família tem dificuldade em gerenciar as alterações que acontecem no seu cotidiano após a assunção do cuidado ao idoso com DA, sobretudo quando há conhecimento incipiente sobre a doença e os cuidados que precisam ser realizados. Isso pode ser minimizado quando a família adquire conhecimentos sobre a doença e sua evolução. Para tanto, os profissionais de saúde precisam apoiar as famílias que vivenciam o sofrimento, o medo e a ansiedade diante o quadro clínico do idoso com DA (VIZZACHI et al., 2015)

Estudo constata que o cuidado ao idoso habitualmente é desenvolvido de maneira acrítica. O cuidador pode apresentar dificuldades na compreensão das mudanças e da progressão da DA e acreditar que as perdas cognitivas do idoso podem ser recuperadas com esforço e dedicação. A inexistência ou déficit de orientação sobre a doença influencia no modo como o

cuidador planeja e executa as ações de cuidado. Logo, a disponibilização de informações à pessoa que cuida é indispensável para a tomada de decisão no momento do cuidado (LEITE; MENEZES; LYRA, 2014), assim como atividades cotidianas pessoais e profissionais.

Estudo evidencia que os cuidadores não participaram de curso ou grupo de apoio para ajudá-los a desenvolver os cuidados aos idosos e a maior parte deles recebe apoio principalmente da família. Quanto ao apoio social formal, estes declaram não receber. É evidente a necessidade de orientações por parte da equipe de saúde aos cuidadores de idosos, por influenciar na qualidade do cuidado ao idoso, assim como na QV do idoso e do cuidador (ANJOS et al., 2015).

É fato que cuidadores familiares informados poderão evitar situações que motivaram a internação de idosos. Logo, os profissionais de enfermagem precisam planejar o cuidado dos idosos junto aos cuidadores, apoiando-os (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011). Isto porque os cuidadores que recebem apoio no cuidado mencionam ter satisfação (ANJOS et al., 2015). Além disso, é necessário valorizar o cuidador e a família no cuidado com o idoso (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidador é filho, encontra-se desempregado, acometido por doenças e dedica-se ao cuidado integral da idosa com doença de Alzheimer. Ele não recebeu orientações sobre a doença de sua mãe e cuidados da idosa dependente, havendo déficit de visita domiciliar por parte dos profissionais de saúde da ESF na qual se encontra cadastrado.

A tomada de decisão de cuidar da idosa é influenciada pelo (con)viver de filho e mãe, assim como por não haver outra pessoa para assumir o cuidado. Sentimentos ambíguos são manifestados sobre a decisão e assunção do cuidado, como amor, satisfação, obrigação e convivência com a idosa com doença de Alzheimer. A assunção do cuidado tem influência no reconhecimento de que outras pessoas também convivem com situações semelhantes a do cuidador.

Ficou evidente que ocorreram mudanças no cotidiano do cuidador e da idosa cuidada e que implicações, como as econômicas, são perceptíveis. A independência financeira traz satisfação e realização pessoal, todavia é comprometida com o afastamento do cuidador do trabalho.

Este estudo tem suas limitações por ter sido feito somente com uma pessoa. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos com homens cuidadores familiares de idosas e idosos na perspectiva dos motivos que levam essas pessoas assumirem a responsabilidade pelo cuidado de seu familiar em situações de dependência física, cognitiva ou mental.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R.; PEDREIRA, L.C.; VILELA, A.B.A.; SANTOS, V. C. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1321-1330, maio. 2015.
- ARAÚJO, A.P.S.; MOREIRA, R. C. P. S.; SLABCOUSHI, R. L. Correlação entre o impacto de cuidar e capacidade funcional de pacientes com doença de Alzheimer. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 4, n. 2, p. 177-184, maio/dez. 2011.
- ARRUDA, M. C.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L.H.T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. *Cienc Cuid Saude*, v. 7, n. 3, p. 339-345, Jul/Set. 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- COLLINS, C.R. Men as caregivers of the elderly: support for the contributions of sons. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. v. 11, n. 7, p. 525-531, nov. 2014.

GALLUCCI NETO, J; TAMELINI, M.G; FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev Psiq Clín.** v. 32, n. 3, p. 119-30, maio/jun. 2005.

HERRERA JÚNIOR, E; CARAMELLI, P; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo. **Arch clin psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 70-3, 1998.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo: síntese das informações das cidades.** Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2015.

ILHA, S.; BACKES, D.S.; SANTOS, S.S.C.; GAUTÉRIO-ABREU, D.P.; SILVA, B.T., PELZER, M.T. Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 138-146, jan/mar. 2016.

LEITE, C. D. S. M.; MENEZES, T.L.M.; LYRA, E.V.V.; ARAÚJO, C.M.T. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **J Bras Psiquiatr**, v. 63, n.1, p. 48-56, abr-jun. 2014.

MACHADO, J. C. Doença de Alzheimer. Cap. 15. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 287-318.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 2, p. 270-278, jun 2011.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 233-240, mar/abr. 2014.

VIZZACHI, B.A.; DASPETT, C.; CRUZ, M.G.S.; HORTA, A.L.M. A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 6, p. 933-938, dez. 2015.

Recebido em: 20 de abril de 2017

Aceito em: 14 de agosto de 2017