

Oficinas de sensibilização sobre a doença de Alzheimer no idoso/família: contribuições ao conhecimento em saúde

Awareness workshops on Alzheimer's disease in elderly people/family: contributions to health knowledge

Talleres de sensibilización sobre la enfermedad de Alzheimer en ancianos / familia: aportes al conocimiento en salud

Silomar Ilha
Francine Casarin
Betânia Huppés
Luciana de Carvalho Pires
Elisângela Colpo
Bruna Rodrigues Maziero

RESUMO: Este artigo tem o objetivo de descrever as contribuições de oficinas de sensibilização para o conhecimento dos acadêmicos dos cursos da área da saúde acerca da doença de Alzheimer na pessoa idosa/família. Realizou-se uma entrevista semiestruturada, antes e após oficinas de sensibilização com doze acadêmicos dos cursos da saúde de uma Universidade do Rio Grande do Sul. Houve achados sobre a percepção dos acadêmicos acerca da doença de Alzheimer, fatores de risco, diagnóstico e tratamento para essa doença e sobre a percepção da família no contexto da doença.

Palavras-chave: Idoso; Doença de Alzheimer; Conhecimento.

ABSTRACT: *This article aimed to describe the contributions of awareness workshops for the knowledge of academics from health care courses about Alzheimer's disease in the elderly/family. A semi-structured interview was carried out, before and after awareness-raising workshops with 12 academics from the health courses of a University of Rio Grande do Sul. There were findings about the academics' perception about Alzheimer's disease; risk factors, diagnosis and treatment for Alzheimer's disease and on the perception of the family in the context of the disease.*

Keywords: *Aged; Alzheimer's disease; Knowledge.*

RESUMEN: *Este artículo tiene como objetivo describir las contribuciones de los talleres de sensibilización al conocimiento de los académicos en los cursos de salud sobre la enfermedad de Alzheimer en el anciano / familia. Se realizó una entrevista semiestructurada, antes y después de los talleres de sensibilización con doce académicos de los cursos de salud de una Universidad de Rio Grande do Sul. Se encontraron hallazgos sobre la percepción de los académicos sobre la enfermedad de Alzheimer, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. sobre esta enfermedad y sobre la percepción de la familia en el contexto de la enfermedad.*

Palabras clave: *Anciano; Enfermedad de Alzheimer; Conocimiento.*

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial em crescimento significativo. No Brasil, ano de 2018, o Índice de Envelhecimento (IE) era de 63 idosos para cada 100 jovens e as projeções indicam que, em 2055, o Brasil terá 202 idosos para cada 100 jovens (IBGE, 2018). Embora o processo de envelhecimento não represente viver com doença, à medida que as pessoas envelhecem, tornam-se susceptíveis ao surgimento de doenças crônico-degenerativas, dentre as quais, destaca-se as que versam com uma demência (Santos, Watchman, & Janick, 2018).

Entre as demências, salienta-se a doença de Alzheimer (DA), compreendida como neurodegenerativa e com maior incidência nas pessoas idosas. Os sintomas da DA ocorrem de forma insidiosa, por meio da piora gradual da memória, acompanhada de dificuldades na apreensão de novas informações e perda da habilidade de realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs) (Alzheimer's Association, 2019).

Doença que é dividida geralmente em três fases ou estágios; a fase inicial, com uma duração média de dois a quatro anos, conhecida pela dificuldade de linguagem, perda de memória recente e da capacidade de reconhecer as pessoas com as quais convive. Pode ocorrer, ainda, desorientação em tempo e espaço, sinais de depressão, agressividade e perda do interesse em atividades sociais e de lazer (Vizzachi, Daspett, Cruz, & Horta, 2015).

Na fase intermediária da DA, que varia de dois a dez anos, a pessoa idosa apresenta uma crescente perda de memória e início das alterações na linguagem, raciocínio e dificuldades motoras, o que conduz à necessidade de cuidados constantes. Na terceira e última fase, a pessoa idosa com DA apresenta uma maior restrição ao leito, mutismo, retenção e ou incontinência intestinal/urinária e adoção da posição fetal (Vizzachi, *et al.*, 2015). Conforme ocorre a evolução da doença há, conseqüentemente, um aumento das demandas de cuidado.

Assim, é possível inferir que a DA acarrete mudanças significativas na vida de uma pessoa idosa, bem como dos familiares/cuidadores, o que denota a importância de os profissionais da saúde estarem preparados para atuar nesse contexto (Sebold, *et al.*, 2016). Estudo transversal desenvolvido na Índia, em três casas de repouso com 15 equipes de enfermagem, evidenciou que os profissionais tinham conhecimento limitado sobre demência (Strom, Engedal, & Andreassen, 2019). Revisão sistemática realizada com 25 artigos, encontrados por meio da busca no acervo de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), demonstrou que alguns enfermeiros não tem conhecimento suficiente sobre os principais sinais e sintomas da DA nos diferentes estágios (Farfan *et al.*, 2017).

Sabe-se que o enfermeiro é o profissional responsável pela liderança e sistematização do cuidado em saúde. Contudo, um único profissional não consegue atender à complexidade que envolve o cuidado a uma pessoa idosa com a DA. Dessa forma, há necessidade de estudos sobre a DA que considerem a importância da avaliação e intervenção de diferentes profissionais, contribuindo para a compreensão dessa doença e tudo o que ela envolve no entorno familiar (Fernandes, & Andrade, 2017).

Assim, faz-se necessário realizar pesquisas, junto a profissionais da saúde, de diferentes contextos, com vistas à identificação de possíveis lacunas do conhecimento acerca da DA e do cuidado à pessoa idosa/família. Igualmente relevante é a necessidade de conhecer o que os acadêmicos dos cursos da área da saúde sabem a esse respeito, objetivando contribuir com a formação dos futuros profissionais e com a ciência, pela expansão do conhecimento acerca do cuidado à pessoa idosa/família com a DA.

A compreensão de tal realidade, somada ao aumento do número de pessoas idosas com a DA tem direcionado iniciativas intervencionistas, por meio de metodologias de sensibilização/capacitação que fortaleçam o cuidado às pessoas/famílias. Dentre as metodologias possíveis à sensibilização para o cuidado, estão as oficinas, conhecidas pela construção participativa, em que ocorre a troca de experiências e de conhecimentos pelos participantes. As oficinas possibilitam a construção de grupos multidisciplinares, cujos participantes se disponham a trabalhar em cooperação, com vistas à (re)construção das situações vivenciadas (Finocchiaro, & Imbrizi, 2017) e trocas de ideias sobre o paciente em foco.

Assim, para além de identificar possíveis lacunas do conhecimento e propor metodologias de intervenção, é necessário avaliar a contribuição das intervenções mediadas pelas oficinas de capacitações/sensibilizações, para o conhecimento dos acadêmicos de diferentes cursos da área da saúde. Compreende-se que, dessa forma, pode-se contribuir com a formação de futuros profissionais sensibilizados, o que repercutirá diretamente no cuidado às pessoas idosas com a DA, bem como para as suas famílias, fato que justifica a necessidade e relevância da presente pesquisa. A mesma justifica-se, ainda, pela compreensão de que as questões relacionadas à saúde da pessoa idosa e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), em que se insere a DA, são de grande importância no contexto de saúde, sendo destacadas como prioridades de pesquisa no Brasil (Brasil, 2018). Com base nessas considerações questiona-se: Qual as contribuições das oficinas de sensibilização para o conhecimento de acadêmicos dos cursos da área da saúde, acerca da doença de Alzheimer no contexto da pessoa idosa/família?

Na tentativa de responder ao questionamento, objetivou-se descrever as contribuições de oficinas de sensibilização para o conhecimento dos acadêmicos dos cursos da área da saúde acerca da doença de Alzheimer na pessoa idosa, além da família.

Método

Esta pesquisa faz parte de um macroprojeto, denominado: Cuidado ao idoso/família com a doença de Alzheimer: pesquisa-ação com acadêmicos dos cursos da saúde. O referido projeto teve o objetivo geral de sensibilizar os acadêmicos da área da saúde para o cuidado com a pessoa idosa/família acometida pela doença de Alzheimer e para a utilização de Gerontotecnologias de cuidado, nesse contexto. Esse artigo contempla um dos objetivos específicos do projeto.

Trata-se de uma pesquisa-ação estratégica, cuja transformação é previamente planejada pelo pesquisador, o qual é o responsável por acompanhar os efeitos e avaliar os resultados de sua aplicação (Franco, 2005). A pesquisa foi realizada com acadêmicos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, odontologia e terapia ocupacional de uma universidade localizada no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram selecionados mediante sorteio na lista de chamada, momento em que se realizou o convite a cinco acadêmicos dos últimos semestres de cada curso.

A escolha inicial do número previsto de participantes deu-se por entender que se tratava de um número suficiente para que se tivesse uma projeção do conhecimento dos acadêmicos da turma. Contudo, considerou-se amostragem por saturação, de maneira que, se ao término das entrevistas com o número inicialmente previsto, informações diferentes ainda estivessem surgindo, nova seleção de participantes poderia ser considerada. Selecionaram-se os acadêmicos dos últimos semestres, pois já tinham cursado as disciplinas que trabalham a temática do envelhecimento no seu referido curso de graduação, além de já terem vivenciado diferentes realidades oportunizadas durante seu processo de formação. Inicialmente, por meio da chamada, disponibilizada aos pesquisadores pelos professores responsáveis do semestre em que os alunos se encontravam, ocorreu o sorteio aleatório. Os selecionados foram contatados pelos pesquisadores dentro da universidade e convidados a participar da pesquisa. Após o aceite dos participantes, foram agendadas as datas e horários para a coleta dos dados.

Como critérios de inclusão, estabeleceram-se os seguintes: ser acadêmico de um dos cursos da área da saúde supracitados; estar cursando o último semestre e já ter cursado as disciplinas relacionadas à gerontologia, geriatria, neurologia ou equivalentes, de acordo com cada curso. Excluíram-se, portanto, os acadêmicos que não estavam em sala de aula na data do sorteio, por motivos diversos, tais como atestado médico, intercâmbio acadêmico entre outros. Atenderam aos critérios de inclusão, aceitaram participar e atingiram a saturação dos dados, formando o *Corpus* dessa pesquisa, doze acadêmicos.

Os dados iniciais (momento 1) foram coletados, individualmente com cada participante em uma sala de aula da Universidade, nos meses de setembro a outubro do ano de 2019. Utilizou-se um instrumento de entrevista semiestruturado desenvolvido especificadamente para esta pesquisa, o qual era dividido em duas partes; inicialmente buscava a caracterização dos participantes. Após, apresentava dois eixos temáticos: 1) conhecimento acerca da doença de Alzheimer; 2) aspectos relacionados ao cuidado com a pessoa idosa/família com a doença de Alzheimer.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, em três etapas: Inicialmente foi realizada a pré-análise, pela leitura geral, flutuante, de todo o material, a fim de possibilitar uma visão abrangente do conteúdo. Em seguida, ocorreu a exploração do material, momento em que foi realizada a leitura integral e em profundidade das entrevistas, que possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Após, foi desenvolvida a codificação dos achados, a qual permitiu a elaboração das categorias (Bardin, 2011).

A Análise dos dados do momento 1, permitiu a identificação de lacunas do conhecimento e, portanto, despertou para a necessidade da intervenção. Assim, após a coleta e a análise inicial dos dados, foram agendadas, junto com os participantes, para o mês de novembro de 2019, o desenvolvimento de oficinas com vistas à sensibilização dos acadêmicos sobre questões relativas à DA na pessoa idosa/família. As oficinas foram realizadas a partir de uma roda de conversa, em círculo, em uma sala de aula da referida universidade, e teve duração média de uma hora e meia. A atividade foi coordenada por um dos pesquisadores, o qual é enfermeiro especialista em Gerontologia, pesquisador na área do envelhecimento com a DA. Salienta-se que o mesmo não participou das etapas de coleta dos dados.

Os pesquisadores iniciaram a oficina, dando as boas-vindas aos acadêmicos e agradecendo a participação dos mesmos na pesquisa. Para auxiliar na atividade, utilizou-se o recurso de audiovisual, momento em que os pesquisadores foram explicando sobre os aspectos relacionados à DA, ampliando alguns pontos e aprofundando outros, conforme percebiam a necessidade, ou eram solicitados pelos participantes. Os acadêmicos foram orientados que, quando sentissem necessidade, poderiam contribuir com a oficina, compartilhando possíveis experiências pessoais ou apreendidas durante o processo de formação.

Após as oficinas de sensibilização, foram agendadas, para os meses de novembro e dezembro de 2019, as datas e horários para a coleta de dados (momento 2), a qual foi conduzida pelo mesmo instrumento utilizado no primeiro momento e novamente submetida à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011). Salienta-se que todas as entrevistas foram gravadas com aparelho MP3 e após, foram transcritas na íntegra, mecanograficamente pelos pesquisadores, com o auxílio do programa Microsoft Word (versão 16.31), possibilitando a análise dos dados.

Consideraram-se os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/12 do Ministério da Saúde (Brasil, 2012). O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob n.º 3.368.520 e CAAE: 14430619.5.0000.5306. Manteve-se o anonimato dos participantes, identificados pela letra A (acadêmico) seguida de um algarismo (A1, A2... A12).

Resultados

Dos 12 participantes da pesquisa, 11 eram do sexo feminino e um do masculino, com idades entre 20 e 37 anos. Destes, quatro cursavam enfermagem; cinco, odontologia; dois, terapia ocupacional e; um, fisioterapia. Os dados analisados permitiram a construção de cinco categorias: Doença de Alzheimer na percepção dos acadêmicos; Fatores de risco para a doença de Alzheimer; Diagnóstico da doença de Alzheimer; Tratamento para a doença de Alzheimer; Percepção da família no contexto da doença de Alzheimer.

Doença de Alzheimer na percepção dos acadêmicos

Quando questionados sobre o que sabiam sobre a DA, antes das oficinas de sensibilização, alguns acadêmicos demonstraram reconhecer o aspecto degenerativo, bem como o esquecimento e a perda da memória:

“Eu sei que é a perda da memória, a pessoa começa a esquecer algumas coisas e perde algumas coisas [...]” (A2)

“Sei que é uma doença degenerativa, que tem a maneira agressiva e a não tão agressiva [...]” (A4)

“Ela é uma doença neurodegenerativa que afeta algumas tendas musculares, perdendo os movimentos e a memória [...]” (A8)

“O que eu sei é que ela causa prejuízo no cognitivo e pode causar prejuízo nas habilidades motoras, levando a quedas, mas o principal é nos componentes cognitivos.” (A10)

Ao realizar novamente as entrevistas após as oficinas de sensibilização, observou-se um maior aprofundamento nos conhecimentos dos acadêmicos acerca da DA, o que pode ser observado nas falas:

“É uma doença neurológica progressiva, que ainda não tem cura, só tratamento para amenizar os sintomas; ela pode ser dividida em três fases de evolução. A primeira é quando a pessoa vai perdendo a linha de raciocínio da vida; assim, ela começa esquecendo pequenas coisas e depois ela começa

a esquecer grandes coisas como, por exemplo: família, local onde ela mora, até que ela vai degenerando totalmente, nessa terceira fase, ela começa a ter uma confusão mental, agressividade e total esquecimento.” (A2)

“[...] uma doença neurodegenerativa e não tem cura, sem muita possibilidade de tratamento [...]; é uma doença que vai acabando com os neurônios; e aí depois que eu entrei na faculdade, no primeiro semestre na disciplina de ações integradas, foi instigado sobre a Alzheimer; aí algumas dúvidas foram esclarecidas, mas foi na capacitação que eu fiz aqui com esta pesquisa que eu esclareci, eu entendi muito mais o que é a doença de Alzheimer.” (A4)

“É uma doença degenerativa, que afeta os neurotransmissores do cérebro e com isso vai ocasionando a perda da memória; com essa perda, tem vários fatores desencadeantes como: sedentarismo, o histórico familiar, os hábitos de vida, a hipertensão e o diabetes.” (A8)

“A doença de Alzheimer está sendo muito investigada, os fatores ainda estão em estudo [...] é uma doença que causa déficit cognitivo, que vai acometer as áreas de desempenho da pessoa idosa, as áreas de desempenho das atividades de vida diária, questão de lazer, atividades produtivas, mas o principal é a questão do déficit cognitivo que a doença causa. Pode também ocorrer em pessoas que não são idosas, mas a população mais acometida é a de pessoas idosas.” (A10)

Fatores de risco para a doença de Alzheimer

Uma parte dos acadêmicos demonstraram, antes das oficinas de sensibilização, o desconhecimento sobre os fatores de risco para a DA. Outros referiram, como fator de risco, a ausência de estímulos:

“Talvez não exercitar a memória, fazer sempre a mesma coisa, não estimular a neuroplasticidade, não sei [...]” (A2)

“Acho que a falta de atividade e algumas medicações que pode ajudar a evoluir o caso.” (A3)

“Não que eu lembre agora, não sei [...]” (A4)

“[...] quando a pessoa se acomoda e faz tudo daquele jeito, no modo e caminho, ajuda a desenvolver [...]” (A5)

“Eu não lembro [...] acho que fazer coisas diferentes, rotinas diferentes porque se tu não estimular o cérebro, isso já é um risco para desenvolver [...]”

(A7)

“Genética, não sei se esses hábitos comportamentais como fumo, álcool ou outro fator [...]” (A12)

Ao serem refeitas as entrevistas, após a oficina de sensibilização, percebeu-se que as respostas foram mais coerentes com as evidências científicas existentes sobre o tema, pois ocorreu a ampliação dos fatores de risco. Observa-se que passaram a reconhecer, também, o estilo de vida, alimentação, ausência de atividade física, doenças crônicas, o que denota a contribuição da oficina para o conhecimento dos acadêmicos:

“A hereditariedade, se a pessoa é fumante, alcoólatra, se ela não estimula o cérebro também, não faz nunca atividade diferente, não estimula a neuroplasticidade, acho que são esses os fatores de risco.” (A2)

“Genéticos, estilo de vida, questão de alimentação, atividade física, sedentarismo, hipertensão, diabetes.” (A5).

“Eu entendo que tenha o fator genético, mas também a questão da ausência de estímulo cerebral [...], ocorre também a diminuição da acetilcolina; então, entendo que seja por essa questão genética e a não estimulação.” (A7)

“Também a questão da falta de exercícios e falta de estímulos. Na capacitação eles falaram de aprender uma nova língua, de fazer exercícios mentais para tentar retardar o desenvolvimento da doença.” (A12)

Diagnóstico da doença de Alzheimer

Os acadêmicos percebiam o diagnóstico por meio de exames de imagem, testes neurológicos e acompanhamento com o médico neurologista:

“Acho que é pelo exame de imagem, pela ressonância magnética.” (A1)

“[...] eu acho que pesquisar a vida da pessoa, depois fazer exames de imagem [...]” (A4)

“Acredito que a tomografia é o exame. Acho que se não tiver exames não tem como comprovar que a pessoa tem Alzheimer.” (A5)

“Diagnóstico, acho que é através de um exame, alguma coisa, não sei bem essa parte, não sei nem se é certo, quem sabe um exame neurológico.” (A6)

“Através dos exames, que eu não lembro o nome. Sei que é um exame que faz na cabeça, acho que de imagem, exame clínico também.” (A7)

“Tem que ir no neurologista e fazer uma série de exames, tomografia do crânio e tudo mais [...]” (A8)

Após as oficinas de sensibilização percebeu-se uma ampliação do conhecimento, pois as respostas foram mais detalhadas e trouxeram a compreensão da dificuldade diagnóstica, bem como da complexidade que envolve esse processo e, a importância da família, no contexto da DA:

“Não tem diagnóstico preciso ainda; então são através de exames clínicos, sinais e sintomas que o idoso e a família percebe, alguma coisa assim.” (A4)

“[...] o diagnóstico é bem difícil, mas é através da clínica do paciente, através dos sinais e sintomas que ele vai relatar na consulta e também tem os exames que não servem para diagnosticar, mas pra ver se não tem alguma outra doença, através da tomografia e ressonância magnética.” (A5)

“Na verdade, a doença não tem um diagnóstico específico, não tem um exame específico para detectar a doença, seria mais em consultas com neurologista e informações trazidas pelos familiares que relatam a situação do paciente [...]” (A6)

“Não tem um diagnóstico específico, não tem um exame que vai diagnosticar que o paciente esteja mesmo com Alzheimer. Contudo, tem aqueles exames que descartam outras doenças, mas seriam exames de imagem tipo a tomografia, e principalmente o que o familiar e o paciente mesmo relatam [...]. Tem que levar em conta a clínica, porque a clínica é soberana, então a gente sempre tem que considerar o que o paciente e os familiares estão relatando, como por exemplo, perda de memória, comportamento diferente, como mudança de humor, porque todos nós geralmente temos essas perdas repentinas de memória, é normal, pelo cansaço, pelo estresse, pela correria do dia-a-dia, mas se esses esquecimentos começarem a ser rotineiros, pode ser um sinal de desenvolvimento da DA.” (A7)

“No caso a família vai suspeitando com a perda da memória, vai vendo com o contexto familiar o que está acontecendo, se acontece muito esquecimento, a pessoa deve ir no neurologista e, dependendo do estágio, que são três fases da doença, vão ser os comprometimentos. Se a doença estiver muito avançada já aparecerá também na tomografia.” (A8)

“Não tem diagnóstico preciso, é mais a percepção da família [...], o idoso vai tendo algumas atitudes e a família vai percebendo e buscam também ajuda de profissionais da saúde [...].” (A9)

“Eu acho que inicialmente, os familiares começam a notar a perda de memória progressiva, eles normalmente procuram um médico [...] fazem exames e avaliações neurológicas, mas o que é muito importante são os relatos dos familiares e do próprio idoso [...].” (A11)

Tratamento para a doença de Alzheimer

Parte dos acadêmicos referiram desconhecimento sobre o tratamento da DA; outros referenciaram o tratamento, basicamente como medicamentoso:

“Nunca ouvi falar do tratamento para pessoa com Doença de Alzheimer [...].” (A2)

“Tem o adesivo, tem muitos remédios, mas agora não sei dizer para quais as funções de cada um deles [...].” (A3)

“[...] acredito que tenha algum medicamento para ajudar [...].” (A4)

“Medicações para manter o equilíbrio da pessoa [...].” (A8)

“[...] acho que medicamento.” (A9)

“Eu sei que tem medicamentos, mas agora não lembro o nome [...].” (A10)

Pode-se observar que, após as oficinas de sensibilização, os participantes ampliaram o conhecimento sobre o aspecto do tratamento. Além do tratamento medicamentoso, as respostas apresentaram lazer, a prática de atividade física, boa alimentação, organização da vida diária da família, a necessidade do acolhimento e apoio familiar, tratamentos paliativos e terapias, bem como a reabilitação cognitiva:

“Tratamento medicamentoso, que estimulem áreas do cérebro, que estimulem ela voltar a funcionar, não tem cura, só vai aliviar um pouco os sintomas. Além disso, atividade física, que ajuda a estimular o sistema cardiopulmonar, porque acho que é isso que vai levar ela a morte realmente; não manter essa pessoa isolada da sociedade, manter ela ocupada e estimular para que continue ativa, ter uma pessoa que cuide dela, para que ela não sofra nenhum acidente.” (A2)

“Acho que tem vários tratamentos [...] deve-se especialmente estimular a pessoa com atividades diferentes; tem outras tecnologias como o adesivo e medicamentos [...]” (A3)

“Vários, além dos remédios, tem o adesivo que tu coloca, os tratamentos paliativos e as terapias feitas com eles que, pra mim, é o principal tratamento; quem participa no tratamento é a família, basicamente a família. Hoje a gente sabe que tem grupos de apoio aqui, o médico, controlando, mas diria que 100% é o apoio da família; esse apoio é o principal tratamento nesse momento [...]; é muito importante a família ficar estimulando através de jogo da memória, quebra-cabeça, dentre outros [...]” (A4)

“Medicamentoso, também toda uma questão de organização da família, da vida diária, lazer.” (A6)

“Medicamentoso, e acredito que seja também com apoio familiar, que tem que ter todo um apoio familiar da pessoa que tenha a doença, acho que por aí. Tem os exercícios que tu podes fazer para estimular a memória, tipo aquelas revistinhas de coquetel, aquelas que têm para estimular como: caça-palavras e tal, acho que tudo isso ajuda a estimular.” (A8)

“Tratamento é acolher, porque quem convive com esse idoso que está com a DA, o apoio da família é fundamental para que a família consiga estimular o idoso a manter o máximo de autonomia e independência. Além disso, também tem o tratamento medicamentoso.” (A9)

“Trabalhar com a reabilitação do cognitivo, a gente trabalha com adaptações em casa, a gente pode ir trabalhar com a questão de mudanças do próprio ambiente [...] para evitar quedas que a doença também com o tempo pode trazer esta questão das quedas. A gente trabalha pode trabalhar principalmente a reabilitação cognitiva, a gente pode facilitar, a rotina do idoso principalmente em casa, sinalizando os locais onde fica as coisas na

cozinha, onde fica as coisas as próprias roupas dele, tem o tratamento medicamentoso, tratamento com a fisioterapia, quando acomete a parte motora, junto com algum outro tratamento. O medicamentoso nunca vai vir sozinho.” (A10)

Percepção da família no contexto da doença de Alzheimer

Segundo os participantes, o processo da DA na família é visto como algo doloroso e de difícil aceitação. Referem que alguns familiares desconhecem a doença e outros a escondem, o que denota um despreparo para o processo de cuidar nessa condição:

“Acho que para a família é um baque [...]” (A1)

“Acho que no começo a aceitação deve ser difícil [...]” (A3)

“[...] na maioria dos casos acabam escondendo a doença [...] a família não tem um preparo para lidar, pois é muito doloroso ver a pessoa que você ama nesse estado [...]” (A4)

“[...] os familiares não sabem o que é a DA. [...]” (A5)

Após as oficinas de sensibilização, os acadêmicos foram unânimes em enfatizar que a doença atinge não somente a pessoa idosa, mas sobretudo o familiar/cuidador, o qual sofre com a sobrecarga emocional e física. Salientam a necessidade do cuidado ao cuidador e a necessidade de uma participação ativa da família, nesse processo:

“É bem complexo, quando há somente um cuidador ele acaba tendo um esgotamento enorme, o cuidador também precisa de amparo, pois ele passa por situações bem complicadas, sempre criando estratégias, não revidando, sempre ouvindo as mesmas coisas, além do mais ele também acompanha todas as fases, crises que a pessoa possui, que outro familiar não irá entender. Por isso, os dois precisam ser bem cuidados [...]” (A1)

“Cada família é um caso diferente, no começo deve ser bem difícil aceitar, mas todos devem ajudar. Os familiares precisam entrar no mundo do idoso com DA, que é totalmente diferente. senão não funciona. [...] até porque dependendo da fase da doença a família tem que cuidar da alimentação, dos

medicamentos, dar banho, e isso modifica completamente a rotina familiar [...]” (A3)

“É muito difícil, porque você sabe que a pessoa não vai se curar, melhorar, não tem o que você possa fazer, você vai perdendo aos poucos essa pessoa, até que fica só o corpo dela. É difícil lidar com isso, porque não é a pessoa, é a doença agindo, a pessoa já se foi, e é muito doloroso para a família, a pessoa diagnosticada é óbvio que sofre, que é ruim, mas para a família é muito mais difícil [...]” (A4)

“Tem os dois lados, tem aquela família que aceita e enfrenta junto, que realmente entra no mundo do idoso com Alzheimer. Mas tem aquela família que não tem paciência, que acha mais fácil colocar só o cuidador e a família se retira e, sempre tem a questão de que um filho ajuda mais, outro não ajuda; então, eu acho bem difícil [...]” (A5)

Discussão

Pesquisas intervencionistas demonstram que o conhecimento dos profissionais aumenta após a participação em programas de treinamento. Compreende-se, dessa forma, que as capacitações/sensibilizações com profissionais da área da saúde para atuar junto as pessoas com demência podem auxiliar na qualidade do processo de cuidado (Biswas *et al.*, 2017; Spector, Revolta, & Orrell, 2016). Esse dado corrobora com o evidenciado na presente pesquisa, pois pode-se perceber que o conhecimento dos acadêmicos acerca da DA se ampliou após a oficina de sensibilização. Passaram a compreender a doença como degenerativa, que ainda não tem cura e que pode ser dividida em três fases de evolução, além de seus complicadores em cada uma dessas fases.

Estes dados vêm ao encontro de um estudo que objetivou compreender a dinâmica familiar quando há uma pessoa com Alzheimer em domicílio, a fim de contribuir com as famílias e a equipe de enfermagem na elaboração de estratégias de enfrentamento da doença (Vizzachi *et al.*, 2015). No estudo em questão, os autores descreveram os três estágios da doença, qualificando-os como: primeiro estágio, considerado leve; segundo estágio, considerado moderado; e, terceiro estágio, considerado mais grave (Vizzachi *et al.*, 2015).

Quanto aos fatores de risco, uma parte dos acadêmicos demonstraram, antes das oficinas de sensibilização, o desconhecimento sobre tais fatores, enquanto outros, referiram como fatores de risco somente a ausência de estímulos. Após as oficinas de sensibilização, percebeu-se que as respostas foram mais coerentes com as evidências científicas existentes sobre o tema, pois ocorreu a ampliação do conhecimento sobre os fatores de risco. Observou-se que passaram a reconhecer, também, o estilo de vida, alimentação, ausência de atividade física e a presença de doenças crônicas. Dados estes que ratificam um estudo realizado por acadêmicos de medicina, que demonstraram que, apesar de a idade avançada ser o maior fator de risco para a doença, as alterações genéticas também podem contribuir para seu desenvolvimento, bem como a história familiar, o estilo de vida, o sedentarismo e as doenças crônicas, como por exemplo, hipertensão e Diabetes Mellitus (DM) (Kintschel, Santos, Júnior, & Strapasson, 2019). Dados semelhantes também foram evidenciados em estudo que objetivou atualizar as evidências disponíveis sobre fatores de risco modificáveis associados à DA. No estudo, os fatores de risco mais encontrados foram a dieta, baixo nível educacional, estilo de vida, obesidade e DM (Quevedo, *et al.*, 2018).

Quanto ao diagnóstico da doença, antes das oficinas de sensibilização, os acadêmicos o percebiam por meio de exames de imagem, testes neurológicos e acompanhamento com o médico neurologista. Após as oficinas de sensibilização, percebeu-se a ampliação do conhecimento, pois as respostas foram mais detalhadas e trouxeram a compreensão da dificuldade diagnóstica, bem como da complexidade que envolve a convivência com a pessoa idosa com a DA e a importância da família, no processo de cuidados.

Esses resultados convergem com os de um estudo que objetivou conhecer a percepção de docentes dos cursos da área da saúde integrantes de um projeto universitário de apoio a familiares/cuidadores de idosos com a DA, acerca da (re)organização familiar à luz da complexidade. No estudo em questão, os autores referem que o diagnóstico da DA ainda é impreciso e tem sido realizado, na grande maioria dos casos, pela avaliação da história clínica do paciente, juntamente com o relato dos familiares que convivem com a pessoa idosa, associado a exames complementares como: tomografia computadorizada (CT), Ressonâncias Magnéticas (RM) e exames laboratoriais, utilizados para apoiar a hipótese diagnóstica da DA (Ilha *et al.*, 2015).

Pode-se observar que, após as oficinas de sensibilização, os participantes ampliaram o conhecimento sobre o aspecto do tratamento para a DA, pois além do que haviam mencionado nas entrevistas que antecederam as oficinas, as respostas apresentaram a necessidade

complementar de atividades de lazer, prática de atividade física, boa alimentação, organização da vida diária da família, acolhimento e apoio familiar, tratamentos paliativos e demais terapias, bem como a reabilitação cognitiva.

A esse respeito, estudo realizado com o objetivo de expor os tratamentos não farmacológicos mais utilizados para melhorar a QV do idoso com DA, por meio de uma revisão sistemática da literatura, demonstrou que o tratamento farmacológico é importante (Carvalho, Magalhães, & Pedroso, 2016). Em contrapartida, além do tratamento medicamentoso, existem estratégias não farmacológicas de tratamento, que devem ser utilizadas para melhorar os sintomas comportamentais e psicológicos relacionados à demência, por meio de práticas de exercícios físicos, jogos interativos de memória, laser, boa alimentação, entre outros (Carvalho *et al.*, 2016).

Em suma, o tratamento não farmacológico da DA objetiva estimular e/ou manter a capacidade mental, fortalecer as relações sociais, de segurança e aumentar a autonomia da pessoa idosa, estimulando sua identidade, minimizando o estresse. Dessa forma, é possível melhorar o rendimento cognitivo e funcional da pessoa idosa com DA, auxiliando na manutenção das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), por um maior tempo (Carvalho *et al.*, 2016).

Na presente pesquisa, após as oficinas de sensibilização, os acadêmicos foram unânimes em enfatizar que a doença atinge não somente a pessoa idosa, mas sobretudo o familiar/cuidador, o qual sofre com a sobrecarga emocional e física. Salientam, ainda, a necessidade do cuidado ao cuidador e à família no contexto da DA.

Estudo desenvolvido com cuidadores familiares de idosos com a DA, na região Norte do município de Montes Claros, Minas Gerais, salientou o desgaste físico e emocional ao qual estão expostos os familiares/cuidadores. Os autores referiram a necessidade de suporte à saúde e à QV do familiar/cuidador, para que o mesmo tenha condições de realizar uma assistência de qualidade à pessoa idosa com DA (Araújo, *et al.*, 2017). É necessário, nesse contexto, dar apoio ao familiar diante do sofrimento, do medo e da ansiedade que se estabelecem por ter uma pessoa com a DA na família. Esses fatores diminuem conforme a família adquire conhecimento sobre a doença e a sua evolução (Vizzachi *et al.*, 2015).

A convivência diária com as demandas relacionadas à DA conduz a interferências significativas na QV dos cuidadores e dos familiares e, por conseguinte, nos cuidados ao idoso.

A rotina de cuidado de um idoso com a DA produz desgastes, emocional, psicológico e financeiro, tanto para o cuidador, como para os familiares, pois a pessoa idosa com a DA perde gradualmente as funções cognitivas, evoluindo para uma condição de total dependência, com o passar do tempo.

Estudo desenvolvido no estado de Pernambuco, no nordeste do Brasil, com 43 cuidadores familiares de idosos com a DA, identificou que a saúde dos familiares se encontrava profundamente afetada, a tal ponto que o quadro de estresse relacionado ao cuidado poderia influenciar a percepção dos cuidadores familiares sobre seu estado de saúde. Além disso, poderia influenciar na qualidade da assistência e a continuidade da disponibilidade do familiar para o cuidado, repercutindo na saúde da pessoa idosa com a DA (Santos *et al.*, 2018).

Assim, uma reorganização na vida dos membros familiares torna-se necessária para que as implicações causadas pela DA na família sejam contornadas, o que denota a necessidade de o enfermeiro e demais profissionais da saúde dialogarem todo o tempo interdisciplinarmente, e implementarem medidas para o apoio adequado aos familiares/cuidadores. A criação de redes de apoio envolvendo outros familiares, vizinhos, amigos próximos, vem sendo uma das estratégias propostas para que todos possam, cada um dentro de suas possibilidades, colaborar com os familiares/cuidadores mais devotados ao idoso com D.A.

Considerações finais

Considera-se este estudo relevante, pois possibilitou descrever o conhecimento dos acadêmicos dos cursos da área da saúde, acerca da DA no contexto da pessoa idosa/família, antes e após algumas oficinas de sensibilização. Antes da oficina, identificou-se um conhecimento restrito sobre as questões relacionadas à DA na pessoa idosa/família, visto que as respostas foram, na sua maioria, limitadas e/ou genéricas.

Após as oficinas de sensibilização, foi possível identificar ampliação e aprofundamento do conhecimento acerca da temática, pois as respostas dos acadêmicos foram mais detalhadas e coerentes com o encontrado na literatura nacional e internacional sobre a DA, o que pode conduzir um melhor cuidado às pessoas idosas/famílias. Esse fato denota a contribuição das oficinas de sensibilização para o conhecimento dos acadêmicos sobre as questões relacionadas à DA no contexto da pessoa idosa/família, o que certamente contribuirá com o cuidado direcionado a essas pessoas, em diferentes cenários.

Como uma limitação desta pesquisa, compreende-se o fato de alguns participantes não terem continuado no estudo até a sua conclusão, o que restringiu pela metade o grupo inicial. Além disso, ao término da pesquisa, os pesquisadores perceberam que poderiam ter ampliado o leque de questionamentos, como sobre instrumentos de avaliação, por exemplo, o que poderia possibilitar maior amplitude e aprofundamento em alguns aspectos inerentes ao cuidado. Por essas razões, considera-se que a pesquisa pode não ter atingido o seu potencial máximo.

Contudo, a pesquisa apresentou potencial de contribuição à enfermagem/saúde, uma vez que auxiliou no processo de ensino durante a formação dos profissionais de diferentes núcleos, o que possivelmente repercutirá no cuidado às pessoas idosas/famílias. Além disso, compreende-se a contribuição da mesma para a ciência, pois demonstra o resultado positivo após a utilização de oficinas de sensibilização e, dessa forma, poderá servir de modelo para outros estudos e pesquisas, em diferentes realidades.

Salienta-se, portanto, que a partir dos dados apresentados, novos estudos poderão surgir confirmando, refutando ou apenas comparando os resultados. Assim, sugere-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas com o intuito de auxiliar na produção de conhecimento sobre o envelhecimento, DA e tudo que a mesma envolve no entorno familiar.

Referências

Alzheimer's Association. (2019). *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. *Alzheimers Dement*, 15(3), 321-387. Recuperado em 05 julho, 2021, de: <https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf>.

Araújo, C. M. M., Vieira, D. C. M., Teles, M. A. B., Lima, E. R., & Oliveira, K. C. F. (2017). The repercussions of Alzheimer's disease on the caregiver's life. *J Nurs UFPE on line*, 11(2), 534-541. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: 10.5205/1981-8963-v11i2a11971p534-541-2017.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde/Ministério da Saúde*, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde. (26 p.). Recuperado em 05 julho, 2021, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf.

Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado em 05 julho, 2021, de: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Biswas, A., Shantanu, D., Sujit, S., Uttam, M., Manabendra, M., & Shyamal, K. D. (2017). Knowledge about dementia among doctor and nurses in a medical college hospital in India. *Journal of Alzheimers Disease and Parkinsonism*, 2(1), 1-9. Recuperado em 05 julho, 2021, de: <https://sciononline.org/open-access/knowledge-about-dementia-among-doctor-and-nurses-in-a-medical-college-hospital-in-india.pdf>.

Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. S. (2016). Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 334-339. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI:10.1590/0047-2085000000142.

Cesário, V. A. V., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Claudino, K. A. (2017). Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, 41(112), 171-182. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: 10.1590/0103-1104201711214.

Farfan, A. E. O., Farias, G. B., Rohrs, R. M. S., Magalhães, M. S. S. P., Silva, D. F., & Schulz, R. S. (2017). Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer. *CuidArte, Enfermagem*, Catanduva, 11(1), 138-145. Recuperado em 05 julho, 2021, de: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v1/19%20Artigo%20Cuidados%20Enf.%20Alzeimer.pdf>.

Fernandes, J. S. G., & Andrade, M. S. (2017). Revisão sobre a doença de Alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. *Psicologia, saúde & doenças*, Lisboa, Portugal, 18(1), 131-140. Recuperado em 05 de julho, 2021, de: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36250481011.pdf>.

Finocchiaro, L., & Imbrizi, J. M. (2017). Oficinas de arte e a formação em saúde: uma experiência no laboratório de sensibilidades da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Baixada Santista. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 23(1), 274-291. Recuperado em 05 de julho, 2021, de: DOI:10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p274-291.

Franco, M. A. S. (2005). The pedagogy of Action Research. *Educ. Pesqui.*, 31(3), 483-502. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: 10.1590/S1517-97022005000300011.

Ilha, S., Backes, D. S., Backes, M. T. S., Pelzer, M. T., Lunardi, V. L., & Costenaro, R. G. S. (2015). Family (re)organization of elderly with Alzheimer: the professors perception based on its complexity. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 19(2), 331-337. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: org/10.5935/1414-8145.20150045.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2018). *Tabela 2010-2060 - Projeção da População (revisão 2018)*, Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado em 05 julho, 2021, de: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>.

Kintschev, M. R., Santos, M., Júnior, J. A. F. B., & Strapasson, A. C. P. (2019). Não podemos nos esquecer do Alzheimer. *Saúde & Conhecimento – Jornal de Medicina Univag*, 3 (s.n.), 4-8. Recuperado em 05 julho, 2021, de: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/jornaldemedicina/article/view/1430>.

Quevedo, S. P. T., Durán, C.S., Guzmán, Z. G. G., Pulsán, A. B., & Morgado, M. I. J. C. (2018). Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. *Revista Información Científica*, Guantánamo, Cuba, 97(5), 1031-1042. Recuperado em 05 julho, 2021, de: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2124/3885>.

Santos, F. H., Watchman, K., & Janick, M. P. (2018). Highlights from the International Summit on Intellectual Disability and Dementia Implications for Brazil. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(4), 329-336. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: 10.1590/1980-57642018dn12-040001.

Sebold, L. F., Kempfer, S. S., Radünz, V., Prado, M. L., Tourinho, F. S. V., & Girondi, J. B. R. (2016). Care is... nursing student perceptions: A Heideggerian perspective. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, 20(2), 243-347. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: 10.5935/1414-8145.20160032.

Spector, A., Revolta, C., & Orrell, M. (2016). The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, London, UK, 31(11), 1172–1187. Recuperado em 05 de julho, 2021, de: DOI: 10.1002/gps.4488.

Strom, B. S., Engedal, K., & Andreassen, L. (2019). Nursing Staff's Knowledge and Attitudes toward Dementia: A Pilot Study from an Indian Perspective. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 9, 352–361. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: 10.1159/000502770.

Vizzachi, B. A., Daspett, C., Cruz, M. G. S., & Horta, A. L. M. (2015). Family dynamics in face of Alzheimer's in one of its members. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 49(6), 933-938. Recuperado em 05 julho, 2021, de: DOI: 10.1590/S0080-623420150000600008.

Recebido em 28/07/2021

Aceito em 30/09/2021

Silomar Ilha - Enfermeiro, Especialista em Gerontologia e Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do curso de Enfermagem e do Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida na Universidade Franciscana (UFN).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

E-mail: silo_sm@hotmail.com

Francine Casarin - Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde e da Vida na Universidade Franciscana (UFN).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8917-3252>

E-mail: fracasarin@hotmail.com

Betânia Huppés - Acadêmica de Enfermagem na Universidade Franciscana (UFN).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9272-4759>

E-mail: betania.hippes3@gmail.com

Luciana de Carvalho Pires - Acadêmica de Enfermagem na Universidade Franciscana (UFN).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6521-0178>

E-mail: lucianadepires@hotmail.com

Elisângela Colpo - Nutricionista, Doutora em Ciência Biológicas (Bioquímica Toxicológica). Professora Adjunto do curso de Nutrição e do Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida na Universidade Franciscana (UFN).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3886-0765>

E-mail: elicolpo@yahoo.com.br

Bruna Rodrigues Maziero - Terapeuta Ocupacional, Mestre em Gerontologia. Professora substituta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

E-mail: brunarmaziero@gmail.com

