

Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador

Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver
Estimulación cognitiva para mayor con Enfermedad de Alzheimer realizado por cuidador

Thiara Joanna Peçanha da Cruz¹, Selma Petra Chaves Sá¹, Mirian da Costa Lindolpho¹, Célia Pereira Caldas^{II}

¹ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Como citar este artigo:

Cruz TJP, Sá SPC, Lindolpho MC, Caldas CP. Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):450-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680319i>

Submissão: 19-12-2014 Aprovação: 19-04-2015

RESUMO

Objetivo: conhecer a influência da estimulação cognitiva no domicílio, realizada pelo cuidador de idosos com Doença de Alzheimer. **Método:** realizado estudo de caso com cinco idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores. As etapas de desenvolvimento da pesquisa foram: orientação aos cuidadores, seleção dos idosos e cuidadores; abordagem dos sujeitos no domicílio, encontros semanais e reaplicação dos testes para acompanhamento da função cognitiva do idoso. **Resultados:** no período de três meses foi possível identificar melhora da cognição, verificada pelo resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os demais testes (KATZ, LAWTON, TDR e TFV) mantiveram os escores iniciais. **Conclusões:** esta estratégia pode ser considerada uma tecnologia leve do cuidado de enfermagem para idosos com demência. Quando o cuidador realiza este cuidado, após o suporte do enfermeiro, sente-se menos ansioso e com maior compreensão da doença.

Descritores: Idosos; Demência; Terapia Cognitiva; Enfermagem Gerontológica; Tecnologia.

ABSTRACT

Objective: to learn the influence of cognitive therapy at home, conducted by the caregivers of older people with Alzheimer's Disease. **Method:** a case study was developed with five older people with Alzheimer's Disease and their caregivers. The stages of research development were: orientation with the caregivers; selection of older people and caregivers; approach of the study subjects at home; weekly meetings and reapplication of tests to follow up the cognitive function of the participants. **Results:** in three months it was possible to identify improved cognition, verified by the result of the Mini-Mental State Examination (MMSE). The scores of the other tests (KATZ, LAWTON, CLOCK TEST and VFT) remained the same. **Conclusion:** this strategy can be considered a light technology of nursing care for older people with dementia. When providing this care with the support of a nurse, caregivers re feel less anxious and understand the disease better.

Key words: Elderly; Dementia; Cognitive Therapy; Gerontological Nursing; Technology.

RESUMEN

Objetivo: conocer la influencia de la terapia cognitiva en domicilio, llevada a cabo por cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. **Metodología:** llevado a cabo un estudio de caso de cinco ancianos con Alzheimer y sus cuidadores. Las etapas de desarrollo de la investigación fueron: orientación con los cuidadores, selección de los ancianos y cuidadores; abordaje de los sujetos em domicilio, encuentro semanales y reaplicación de los testes de la función cognitiva del anciano. **Resultados:** en los tres meses fue posible identificar la mejora de la cognición, verificada por el resultado de MMSE. Las otras pruebas mantienen las puntuaciones iniciales (KATZ, LAWTON, TDR y TFV). **Conclusión:** esta estrategia pode ser considerada como una tecnología leve del cuidado de enfermería para ancianos con demencia. Cuando el cuidador se dio cuenta de esta atención, tras el apoyo de la enfermera, se siente menos ansioso y más comprensión de la enfermedad.

Palabras clave: Ancianos; Demencia; Terapia Cognitiva; Enfermería Gerontológica; Tecnología.

AUTOR CORRESPONDENTE Thiara Joanna Peçanha da Cruz E-mail: thiaracruz08@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este estudo aborda a estimulação cognitiva a idosos com a Doença de Alzheimer, aplicada por cuidadores treinados e supervisionados por enfermeiros. O objetivo foi conhecer a influência desta modalidade de estimulação cognitiva, como uma tecnologia de cuidado domiciliar.

A Doença de Alzheimer (DA) é a síndrome demencial mais frequente entre os idosos. Caracteriza-se por declínio cognitivo múltiplo, que envolve o comprometimento da memória e perda progressiva da capacidade funcional⁽¹⁾. Apesar disso, estudos atuais têm demonstrado que intervenções não-farmacológicas, como a estimulação cognitiva, experimentadas por idosos com DA têm melhorado o desempenho e o comportamento nas atividades de vida diária⁽²⁻³⁾.

Isso acontece em função da plasticidade cerebral, que é a capacidade do cérebro adulto de se adaptar de acordo com as circunstâncias. No idoso com demência, a estimulação cognitiva tem o objetivo de ativar as funções existentes para permitir que elas compensem as comprometidas⁽⁴⁻⁵⁾.

A abordagem não farmacológica como a estimulação cognitiva com o idoso incluem: a terapia de orientação à realidade, através do uso de calendários, jornais, vídeos, fotografias de familiares; reminiscência, em que se utilizam experiências passadas vivenciadas pelos idosos; uso de apoios externos, que envolve o treino e a utilização de instrumentos; aprendizagem sem erros que consiste em levar o idoso a aprender novas informações sem cometer erros, o que auxilia na execução das tarefas diárias do idoso entre outras^(2,5).

Essas técnicas, associadas ao tratamento medicamentoso, podem auxiliar na estabilização ou resultar até mesmo em leve melhora dos déficits cognitivos e funcionais. Autores sugerem ainda que intervenções de suporte e aconselhamento devem ser fornecidas aos familiares e cuidadores como forma de reduzir os transtornos entre os familiares, proporcionando o bem estar dos idosos com familiares ou cuidadores^(2,5-6). Assim neste estudo, o cuidador é incentivado pelo enfermeiro a desenvolver e dar continuidade a este cuidado no domicílio.

O referencial teórico utilizado foi Merhy que define os conceitos de Tecnologia em Saúde, em articulação com os conceitos da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, uma vez que se pretendeu valorizar a prática humanística do cuidado, ao inserir o cuidador como parte da assistência prestada ao idoso com demência⁽⁷⁻⁸⁾.

O estudo é relevante no que diz respeito ao papel do enfermeiro e sua inserção na equipe multidisciplinar, visto que apresenta uma tecnologia pouco exercida pelos profissionais que assistem o idoso com demência e seus cuidadores. Trata da orientação para realização da estimulação cognitiva para o idoso realizada pelo seu cuidador no domicílio. O objetivo foi conhecer a influência da estimulação cognitiva no domicílio, realizada pelo cuidador de idosos com Doença de Alzheimer.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, realizado com cinco idosos e seus respectivos

cuidadores atendidos no Programa intitulado "A Enfermagem na Atenção a Saúde do Idoso e seus Cuidadores da Universidade Federal Fluminense (EASIC/UFF)".

Neste programa, a enfermagem tem realizado diversas atividades coordenadas pelos enfermeiros docentes da UFF como: consultas de enfermagem ao idoso e ao cuidador, palestras para orientação e informação a estes cuidadores, oficinas terapêuticas com idosos com demência, oficinas de informação e atenção aos cuidadores de idosos com demência e visitas domiciliares.

As oficinas terapêuticas para os idosos e as atividades de orientação, suporte e apoio aos cuidadores destes idosos, ocorrem uma vez por semana, com duração de aproximadamente, duas (02) horas. Atualmente, 13 idosos e seus respectivos cuidadores participam das oficinas terapêuticas, caracterizando uma população pequena.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: idosos com diagnóstico de provável Doença de Alzheimer; idosos com pontuação no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) compatível com o quadro de déficits cognitivos associada à demência nas fases leve ou moderada, de acordo com seu grau de escolaridade; idosos que utilizavam medicação para demência; cuidadores familiares ou cuidadores formais, responsáveis pelos principais cuidados ao idoso.

Os critérios de exclusão foram: idosos que não compareceram pelo menos duas vezes por mês nas oficinas; idosos que tiveram a medicação para a demência suspensa no período do estudo; idosos que preencheram quadro de déficits cognitivos associados à depressão, delirium e outros transtornos psiquiátricos ou que apresentaram quadro compatível com a demência em fase avançada; cuidadores que cuidavam há menos de um mês ou foram trocados no período da intervenção; cuidadores incapazes de ler e compreender as atividades propostas pelos pesquisadores.

Após definição dos critérios de inclusão e exclusão, fizeram parte da amostra 5 idosos e seus respectivos cuidadores. A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2011, conforme as etapas abaixo:

1º) Palestra de orientação aos cuidadores - realizada no dia e horário da oficina. Os temas abordados foram: noções básicas sobre o processo demencial, benefícios e formas de realizar a estimulação cognitiva em ambiente domiciliar para o idoso com demência. Ao final da palestra, cada cuidador recebeu informações sobre as etapas do estudo e um guia de instruções, por escrito, elaborado pelos pesquisadores, como fonte de consulta às informações sobre a demência. Neste dia, foi agendado o primeiro encontro no domicílio, para o início das atividades de estimulação cognitiva.

2º) Encontros semanais no domicílio - com duração de aproximadamente uma hora e 30 minutos, para implementação das atividades de estimulação cognitiva. No primeiro encontro foi aplicado um formulário de caracterização sociodemográfica do idoso e do seu cuidador. Em seguida, foi avaliado o comprometimento cognitivo do idoso através da aplicação dos testes. Diante dos dados coletados foram planejadas semana por semana as atividades de estimulação cognitiva de acordo com a especificidade do idoso. Foram realizados 12 encontros com cada idoso e cuidador.

Todos os testes utilizados para avaliação do comprometimento cognitivo do idoso foram validados e adaptados para a cultura brasileira. Foram eles:

- Mini-exame do Estado Mental (MEEM): Avalia a orientação temporal e espacial, aprendizagem e evocação, atenção e cálculo, linguagem e habilidades visuo-espaciais⁽⁹⁾.
- Escala de Katz (KATZ): Avalia o desempenho do idoso em realizar suas atividades de vida diária (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação)⁽¹⁰⁾.
- Escala de Lawton (LAWTON): Avalia o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente⁽¹¹⁾.
- Teste do Desenho do Relógio (TDR): Verifica as habilidades visuo-espaciais, funções executivas e memória ao solicitar ao idoso para desenhar um relógio⁽¹²⁾.
- Teste de Fluência Verbal (TFV): Avalia a memória semântica e fonética ao solicitar ao idoso que diga em um minuto o maior número possível de nomes em grupos pré-definidos (animais, frutas, flores)⁽¹³⁾.

3º) Avaliação do idoso e das ações do cuidador após a introdução das atividades de estimulação cognitiva - após a realização da primeira bateria de testes (pré-teste), foi realizada uma reavaliação do idoso ao final de cada mês dentro do período de realização do estudo (Pós 1, Pós 2 e Pós 3).

O planejamento das atividades foi individual, baseado na detecção de deficiências e limitações do idoso no seu dia a dia. Foram oferecidos os seguintes recursos aos cuidadores: figuras, identificação de objetos, calendário, relógio, relacionamento com as pessoas, reconhecimento de ambiente, estímulos a atividades manuais (tricô, crochê, costura e bordados), de lazer (esportes, jogos, caminhadas, dança) e/ou intelectuais (ler livros, jornais e revistas).

Dessa forma foram trabalhados atenção, planejamento, raciocínio, linguagem, entre outros domínios. A cada encontro, os pesquisadores estavam disponíveis para esclarecer dúvidas e conflitos ocorridos durante a realização das atividades ao longo da semana. Dados do estudo também foram coletados através da observação participante feita durante a realização das atividades de estimulação cognitiva.

Todo material foi analisado e interpretado à luz do referencial teórico-metodológico que abrange os conceitos de Tecnologia em Saúde e a Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad. As intervenções e orientações realizadas pelo enfermeiro foram orientadas segundo Merhy quando menciona que tecnologia em saúde deve ter os seguintes elementos: acesso, acolhimento, vínculo, autonomização. A análise foi feita com foco na humanização de Paterson e Zderad⁽⁷⁻⁸⁾.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ciências Médicas da UFF,

sob protocolo nº 214/10 e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos (idosos e respectivos cuidadores).

Para apresentação dos resultados os idosos foram identificados pela letra I seguida de um número de acordo com a ordem da entrevista para caracterização dos sujeitos (I1, I2, I3, I4 e I5). Os cuidadores pela letra C e pelo número correspondente ao seu idoso (C1, C2, C3, C4 e C5).

RESULTADOS

Foram entrevistados 5 idosos e seus respectivos cuidadores. Com relação aos idosos, a maioria era do sexo feminino⁽⁴⁾, tinham acima de 71 anos de idade, possuíam de 4 a 8 anos de escolaridade (tendo uma com mais de 18 anos de estudo), eram três viúvos e dois casados, moravam com um ou mais familiares e apenas dois recebiam benefícios da aposentadoria. Todos possuíam tempo igual ou superior a cinco anos com a demência e faziam uso de outras medicações não associadas a doença, principalmente os utilizados no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, doença comum nessa faixa etária.

Sobre os cuidadores, a maioria era do sexo feminino e com idade acima de 50 anos. Dentre eles, apenas um era cuidador formal e o grau de parentesco predominante era de filhos. Quanto à situação conjugal a maioria era casada. Todos possuíam mais de oito anos de estudo e exerciam outras atividades além de cuidar do idoso.

Os resultados obtidos através das avaliações realizadas antes e após a aplicação das atividades de estimulação cognitiva no domicílio foram organizados e demonstrados através de gráficos.

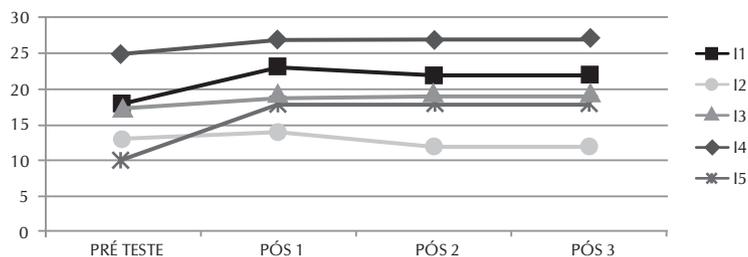


Figura 1 - Comparação entre os escores do Mini-exame do Estado Mental antes e durante a implementação das atividades de estimulação cognitiva em domicílio, Niterói, 2011

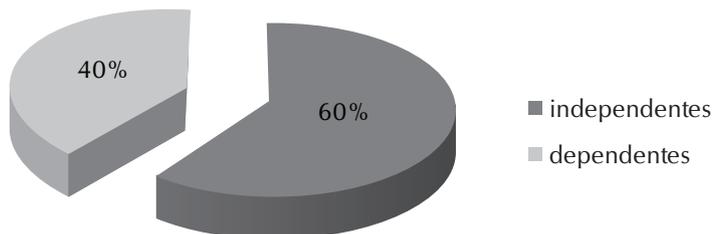


Figura 2 - Comparação entre os escores da Escala de Katz antes e durante a implementação das atividades de estimulação cognitiva em domicílio, Niterói, 2011

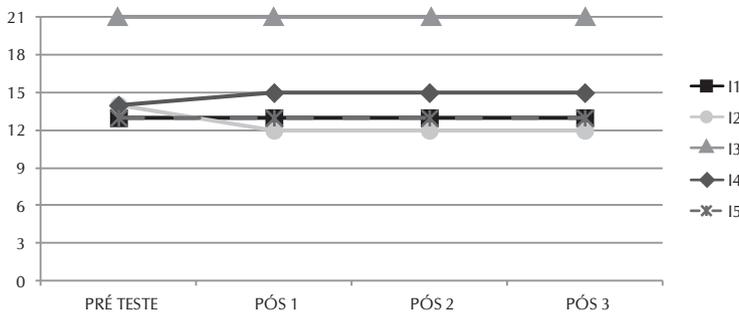


Figura 3 - Comparação entre os escores da Escala de Lawton antes e durante a implementação das atividades de estimulação cognitiva em domicílio, Niterói, 2011

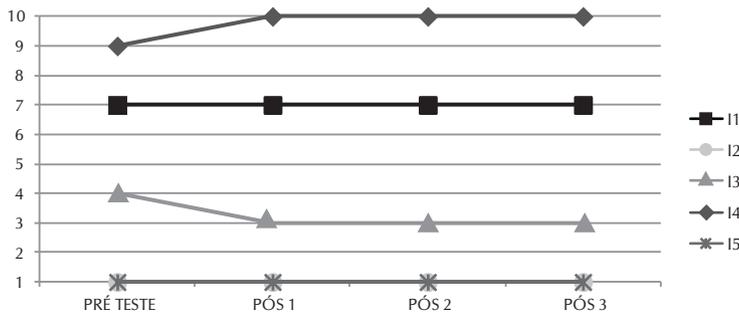


Figura 4 - Comparação entre os escores do Teste do Desenho do Relógio antes e durante a implementação das atividades de estimulação cognitiva em domicílio, Niterói, 2011

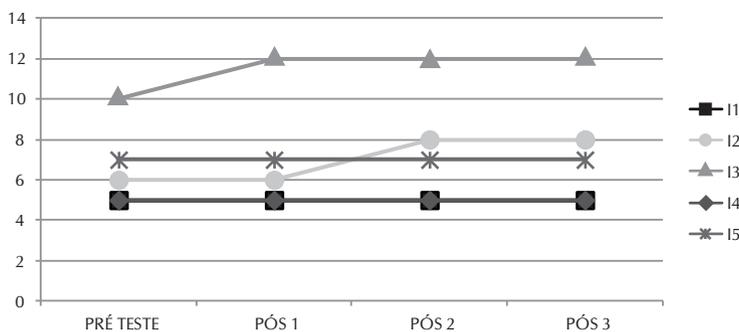


Figura 5 - Comparação entre os escores do Teste de Fluência Verbal antes e durante a implementação das atividades de estimulação cognitiva em domicílio, Niterói, 2011

Em relação aos resultados obtidos no MEEM, foi possível observar que todos os idosos aumentaram os escores após a introdução da atividade de estimulação cognitiva, o que pode ser observado no gráfico a partir do Pós-1. Os idosos I1, I3, I4, I5 mantiveram o MEEM maior em relação ao Pré-teste (do Pós-1 ao Pós-3). O idoso I2 teve um aumento de MEEM de Pré-teste até Pós 1 e depois houve uma regressão.

Na escala de Katz (Figura 2), o escore foi constante para a maioria dos idosos durante a realização das atividades no domicílio, 60% dos idosos mantiveram-se independentes e 40% dependentes. Durante a realização das atividades de

estimulação, estes idosos apresentaram uma diminuição do nível de dependência melhorando o desempenho das atividades de vida diária. Este fato não foi possível identificar através das escalas e sim através das falas dos cuidadores, já que a escala não especifica o grau de dependência do idoso em determinada atividade, apenas determina se o idoso é dependente ou não para a atividade.

Na escala de Lawton (Figura 3), a maioria dos idosos permaneceu dependente, isto é, com pontuação abaixo de 21 pontos, o que é característico de um idoso com demência. Também foi possível observar que três idosos aumentaram o escore durante a implementação da atividade no domicílio.

Os dados demonstram que há maior comprometimento das atividades instrumentais no grupo pesquisado.

No TDR, o grau de escolaridade não influenciou o comprometimento cognitivo do idoso, pois apenas um conseguiu desenhar o relógio, marcando corretamente a hora solicitada. Ele tinha apenas o ensino fundamental. Os demais apresentaram dificuldades, dois não conseguiram nem iniciar o desenho do relógio (I2 e I5) e apenas um que iniciou com dificuldade, no decorrer da pesquisa, passou a desenhar o relógio de forma mais completa (I4).

O teste de Fluência Verbal apontou resultados divergentes para cada idoso. Os mais comprometidos mantiveram escores baixos durante toda pesquisa (I1 e I4). Dentre estes, um possuía mais de oito anos de estudo (ensino superior completo).

Com o objetivo de analisar a influência da estimulação cognitiva no domicílio, realizado diariamente pelo cuidador do idoso com DA, além da aplicação dos testes de avaliação da função cognitiva, foi realizado o acompanhamento e supervisão das atividades implementadas e a observação do comportamento do cuidador do idoso com relação a seus sentimentos e expectativas. Através das informações coletadas, foi possível observar elementos que podem por vezes, se tornar fatores limitantes ou potenciais para a realização da estratégia no domicílio. Os elementos referidos estão descritos a seguir.

Disponibilidade de tempo

Para o início de cada atividade, o cuidador foi orientado a estimular o idoso três dias da semana para que ele pudesse ser estimulado mais vezes pois, como mencionado anteriormente, quando a estimulação é realizada de forma contínua e associada ao tratamento medicamentoso, há possibilidade de postergar ou estabilizar os sintomas da demência. Porém, mesmo com a orientação dada observou-se que a estimulação foi realizada em período de tempo variado.

Em relação ao período do dia reservado para realização das atividades, os cuidadores respeitavam o momento em que o

idoso estava mais ativo e disposto a aceitar a atividade. Este momento também dependia da disponibilidade dos cuidadores. Isto era de esperar pois a maioria era constituída de mulheres do lar que assumiam os cuidados praticamente sozinhas.

Sentimento de estar só

Sentimentos de tristeza, desamparo, solidão, alterações de humor e irritabilidade permearam constantemente os cuidadores desse estudo. Foi observado que a maioria utilizava o momento do encontro para confessar sentimentos de tristeza, perda de paciência, abandono pelos demais familiares e pedidos de apoio psicológico.

Todos os cuidadores relataram que os idosos apresentavam constantemente alterações de humor, comportamento, desorientação e irritabilidade. Os cuidadores referiram que devido às alterações de comportamento do idoso, também eles alteravam seus próprios hábitos de vida e comportamento, tornando-se pessoas irritadas, estressadas, apresentando insônia, constantemente cansados.

Mudanças constantes no comportamento de idoso com DA possuem um impacto muito negativo na vida dos cuidadores, o que os torna mais suscetíveis a quadros de depressão e ansiedade. Durante a realização do estudo, foi realizado encaminhamento de alguns cuidadores para o serviço de Psicologia da UFF, uma vez que eles demonstravam necessidade desse suporte.

Falta de preparo

Os próprios cuidadores relatavam falta de segurança e preparo para cuidar. A DA possui várias manifestações clínicas, características que podem variar de indivíduo para indivíduo, tornando importante que o enfermeiro atue junto aos cuidadores dando suporte, orientação e estimulando a troca de informações entre eles.

A falta de preparo também pode levar o cuidador ao desgaste físico, emocional e mental. Quando eles são desprovidos de informações que melhoram o relacionamento, torna-se difícil a aceitação da doença e os cuidadores podem ficar mais instáveis e inseguros, o que os leva ao estresse, alterações de humor e comprometimento de sua própria saúde.

Durante a realização das atividades de estimulação cognitiva, foi observado que os cuidadores apresentaram-se menos inseguros no decorrer dos encontros, quando havia iniciativa deles próprios de realizar as atividades de forma mais dinâmica e autônoma.

Percepção do cuidador

Observou-se um grande interesse dos cuidadores em adquirir informações sobre a doença, em conhecer outros estudos da área, outros tipos de serviços tanto para o idoso como para eles mesmos.

Também foi possível observar que mesmo dispondo de um curto período de tempo, do sentimento de estar só no cuidado com o idoso, além da falta de preparo para implementar a estimulação nos primeiros momentos, após a realização da pesquisa, houve aumento do interesse em aprimorar o cuidado dispensado, esclarecendo dúvidas, inclusive, sobre diversos aspectos em relação a doença.

DISCUSSÃO

A partir do acompanhamento realizado durante três meses com idosos e seus cuidadores, o que chamou mais atenção, após a introdução das atividades de estimulação cognitiva no domicílio, foi o aumento no escore do MEEM. Isto é muito significativo para o idoso com DA e evidencia a importância de motivar a prática da estimulação de forma contínua, com a participação do cuidador.

O ponto de corte considerado para o MEEM foram os valores estipulados em estudos brasileiros: abaixo de 13 pontos para demência, igual ou superior a 13 pontos para indivíduos analfabetos, igual ou superior a 18 pontos para aqueles com cinco anos ou mais de escolaridade e 26 pontos para aqueles com ensino superior⁽⁹⁾.

Sabe-se que a queda média do escore no MEEM de idosos com DA é de aproximadamente 3 pontos por ano⁽⁹⁾. O tempo em que a pesquisa foi realizada (três meses) impossibilitou basear-se neste parâmetro, porém, com a introdução da atividade no domicílio foi possível notar uma estabilização do quadro. Isto é significativo quando se trata de idoso com comprometimento cognitivo progressivo por conta da DA.

Um fato que chamou atenção foi que todos os idosos aumentaram consideravelmente a pontuação no Domínio de Orientação Temporal no MEEM, após a introdução das atividades de estimulação no domicílio. Na primeira bateria de testes realizados (Pré-Teste), os idosos tiveram pontuação baixa, uma vez que não se lembravam de data, mês, ano, alegando não ter o hábito de olhar calendário. Na verdade, tratava-se não de uma habilidade perdida e sim de uma habilidade pouco utilizada. Após a estimulação feita por meio de uso do calendário e do relógio, e orientação do cuidador sobre a importância de manter a orientação temporal do idoso, apresentaram uma melhora significativa nesse domínio.

No que compete às atividades avaliadas pela escala de Katz (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação), a maioria dos idosos mantiveram-se independentes, o que é reafirmado com dados de estudos realizados. De acordo com eles, haveria regressão ordenada como parte do processo fisiológico de envelhecimento, em que as perdas funcionais caminhariam das funções mais complexas para as mais básicas, enquanto as funções mais básicas e menos complexas poderiam se retidas por mais tempo⁽¹⁰⁾.

Consideram-se funções mais básicas aquelas realizadas todos os dias, em relação às suas necessidades corporais, diferentemente das atividades mais complexas, em que o indivíduo requer várias habilidades ao mesmo tempo, como ir ao banco, supermercado, lidar com dinheiro, atender o telefone. São as chamadas de atividades instrumentais de vida diárias e são avaliadas pela escala de Lawton.

Para esse teste as pessoas idosas são classificadas em independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. Podem ser classificadas como independentes, dependentes parciais ou totalmente dependentes para cada função. A pontuação máxima é 21 pontos⁽¹¹⁾.

Com relação ao TDR, teste que avalia habilidade visuoespacial ou praxia construcional através da capacidade de

desenhar ou construir a partir de um estímulo (no caso, um comando verbal)⁽¹²⁾, quando a doença já está instalada, há dificuldade do indivíduo de recuperar funções complexas, o que foi detectado na maioria dos idosos neste estudo, apresentando pontuações baixas.

Para TFV também há evidências sobre a influência do grau de escolaridade do idoso⁽¹³⁾, porém os dados do presente estudo revelaram respostas inespecíficas para confirmar ou refutar essa comprovação. Os idosos mostraram respostas muito divergentes e foi possível apenas observar que o comprometimento cognitivo estava mais relacionado com o tempo de DA do que propriamente com o grau de escolaridade do idoso.

Com relação às características dos cuidadores que participaram do estudo, é apontado em diversos estudos o predomínio de mulheres como provedora do cuidado⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. O Brasil não é o único país em que as mulheres são as cuidadoras dos idosos incapacitados: todos os estudos citados e os dados coletados indicam que, salvo por razões culturais muito específicas, tradicionalmente a mulher é cuidadora⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Sendo mulheres e com idade avançada pode ser instalado outro problema, que é o idoso cuidando de idoso, o que limita a qualidade do cuidado prestado àquele com demência, pois também as cuidadoras diversas vezes necessitam de cuidados relacionados aos esforços físicos, higiene, transferência, que até por conta da limitação normal do processo do envelhecimento, a pessoa com mais idade pode não dar conta⁽¹⁵⁾.

O próprio processo de ser cuidador também influencia a estrutura familiar, pois como afirmam Andrade e Martins, a família representa a unidade central para atenção à saúde e desempenha um papel muito importante no cuidado da pessoa idosa⁽¹⁶⁾. Esta estrutura decorre de uma dinâmica, que geralmente, atende quatro fatores: parentesco, gênero, proximidade física e proximidade afetiva⁽¹⁷⁾.

Como na maioria das vezes o cuidador assume o cuidado sozinho, estima-se também que esses cuidadores desistem dos seus empregos para se dedicar exclusivamente aos idosos, necessitando de ajuda financeira ou outras fontes de recursos para os seus gastos e do próprio idoso^(15,18).

Todas essas características predominantes entre os cuidadores podem limitar a estratégia de cuidado ao idoso com demência e principalmente impedir que tais atividades de estimulação cognitiva sejam feitas com mais frequência no domicílio. Então, cabe ao enfermeiro reorganizar a dinâmica familiar⁽¹⁹⁾ e estimular a participação de todos no cuidado para não sobrecarregar apenas um membro da família. Toda família deve ser solicitada a comparecer às oficinas e a participar no domicílio no cuidado ao idoso para que possam, entre eles, dividir as atividades.

Na maior parte dos casos, os cuidadores utilizavam o momento do encontro para relatar sentimentos de tristeza, perda de paciência e abandono dos demais familiares. Alterações de humor, comportamento, desorientação, irritabilidade nos idosos com demência são muito comuns e consequentemente interferem nas atitudes e enfrentamentos realizados pelos cuidadores deixando-os mais susceptíveis a quadros de depressão e ansiedade. A sobrecarga emocional vivenciada pelo cuidador pode interferir no cuidado prestado ao idoso, sendo

inclusive um fator que potencializa o maior número de hospitalizações entre os idosos, aumento de institucionalizações e maior mortalidade entre os cuidadores⁽²⁰⁻²¹⁾.

Dessa forma, o cuidador deve encontrar apoio no profissional de saúde. O enfermeiro deve oferecer suporte, informações e orientações para prestar o cuidado ao idoso e para o autocuidado dos cuidadores. O enfermeiro é um terapeuta profissional e, ao entrar em contato com os pacientes, tem a oportunidade de fornecer ferramentas como acesso ao serviço, acolhimento, suporte, orientações, desenvolvendo tecnologia leve de cuidado ao estabelecer vínculo e um cuidado humanizado.

Limitações do estudo

Como limitação na realização deste estudo, cita-se o fato de ter sido um estudo de caso, uma vez que foi realizado em um espaço limitado, contendo poucos participantes. Dessa forma, os resultados aqui obtidos não podem ser considerados para a população total de idosos com demência e seus cuidadores, não cabendo fazer generalizações sobre os benefícios da estimulação cognitiva realizada no domicílio pelo cuidador.

São necessárias pesquisas futuras sobre o tema da estimulação cognitiva de forma contínua em todos os ambientes que o idoso convive. Com base na experiência obtida com o uso do material que foi criado para capacitar os cuidadores para realizar a estimulação cognitiva no domicílio, recomenda-se criar um guia de orientação e oferecer treinamento para cuidadores de idosos com demência, a fim de estimular a participação ativa desse cuidador e dos demais membros da família na assistência ao idoso.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos, idosos e cuidadores que participaram da pesquisa puderam ser beneficiados com a implantação da estratégia, pois contribuiu para melhorar a compreensão dos cuidadores em relação à importância de dar continuidade à atividade iniciada nas oficinas terapêuticas.

Ao apresentar uma nova prática de cuidado ao idoso com demência, cuidado este articulado aos conceitos de Tecnologia em Saúde de Merhy e da Teoria de Enfermagem Humanística, criou-se uma ação de enfermagem em valoriza o ser humano. A tecnologia com enfoque no cuidado contínuo do idoso com demência, tendo como elo o cuidador, pressupõe um caminho inovador que gera atitude humanizadora do cuidado, além de valorizar a criação de um novo modelo de cuidado, que irá nortear as ações dos cuidadores.

Os achados desse estudo podem contribuir para empoderar, dar informação, treinar esse cuidador para o cuidado no domicílio e, dessa forma, ampliar os espaços de relações entre profissional-usuário, usuário-usuário, propício a uma prática de tecnologia de cuidado em enfermagem.

Ressalta-se que a estratégia pode ser considerada como uma tecnologia leve do cuidado de enfermagem para idosos com demência e que necessita de maiores aprofundamentos e implementação contínua para os idosos com essa característica.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR). 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2010 May [cited 2014 Dec 19];22(3):346-72. Available from: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7453540&fileId=S1041610209991505>
3. Santana RF, Almeida KS, Savoldi NAM. Indicators of the applicability of nursing instructions in the daily lives of Alzheimer patient caregivers. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 19];43(2):459-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a28v43n2.pdf
4. Jäncke L. The plastic human brain. *Restor Neurol Neurosci*. 2009;27(5):521-38.
5. Camara VD, Gomes SS, Ramos F, Moura S, Duarte R, Costa SA, et al. [Cognitive Rehabilitation of Dementia]. *Rev Bras Neurol* [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 19];45(1):25-33. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a003.pdf> Portuguese.
6. Kverno KS, Black BS, Nolan, MT, Rabins PV. Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *Int Psychogeriatric* [Internet]. 2009 Oct [cited 2014 Dec 19];21(5):825-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058045/pdf/nihms271217.pdf>
7. Merhy EE, Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p. 103-20.
8. George JB. *Teorias de Enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
9. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2003 [cited 2014 Dec 19];61(3B):777-81. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf> Portuguese.
10. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. [Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index)]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [updated 2015 May 22; cited 2014 Dec 19];24(1):103-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf> Portuguese.
11. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. [Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living]. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 19];21(4):290-6. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575/2239> Portuguese.
12. Atalaia-Silva KC, Lourenço RA. Translation, adaptation and construct validation of the Clock Test among elderly in Brazil]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 19];42(5):930-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/en_5765.pdf
13. Brucki SMD, Rocha MSG. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. *Braz J Med Biol Res* [Internet]. 2004 [cited 2014 Dec 19];37(12):1771-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bjmr/v37n12/5347.pdf>
14. Abreu TGT, Sena LB, Oliveira AS, Lopes MLH, Sardinha AHL. [Family caregivers of elderly patients with chronic condition]. *Rev Pesq Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 19];14(3):145-9. Available from: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/2788/855> Portuguese.
15. Santos AA, Pavarini SCI. [Profile of the caretakers of elderly people with cognitive alterations in different contexts of social vulnerability]. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2014 Dec 19];31(1):115-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n1/a16v31n1.pdf> Portuguese.
16. Andrade A, Martins R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium* [Internet]. 2011 [updated 2015 May 22; cited 2014 Dec 19];40:185-99. Available from: <http://www.ipv.pt/Millenium/Millenium40/13.pdf>
17. Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. [Teaching program for elderly women who care for elderly relatives in their home: report of experience]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005 [cited 2014 Dec 19];39(1):97-102. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a13v39n1.pdf> Portuguese.
18. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. [Profile of the family caregiver for frail/sick elderly in the sociocultural context of Florianópolis, SC]. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2014 Dec 19];15(4):570-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a04> Portuguese.
19. Vono ZE. *O Bem no Mal de Alzheimer*. São Paulo: Editora Senac; 2010.
20. Seima MD, Lenardt MH. [Family caregiver burden caring for the elderly with Alzheimer's disease]. *Texto & Contextos* [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 19];10(2):388-98. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/9901/7341> Portuguese.
21. Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante ACR, Magaldi RM. [Correlation between burden on caregiver and clinical characteristics of patients with dementia]. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2007 [cited 2014 Dec 19];53(6):497-501. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a15v53n6.pdf>