

Oficina de sensibilização ao acadêmico de enfermagem sobre o idoso com doença de Alzheimer: contribuições ao ensino

Awareness raising workshop for nursing students on the elderly with Alzheimer's disease: contributions to education

Taller de sensibilización al académico de enfermería acerca del mayor con enfermedad de Alzheimer: contribuciones a la enseñanza

Maurício Barros¹

ORCID: 0000-0003-4333-4847

Claudia Zamberlan¹

ORCID: 0000-0002-4664-0666

Maria Helena Gehlen¹

ORCID: 0000-0003-3232-255X

Paloma Horbach da Rosa¹

ORCID: 0000-0003-4463-1042

Silomar Ilha¹

ORCID: 0000-0002-2132-9505

¹Universidade Franciscana. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Barros M, Zamberlan C, Gehlen MH, Rosa PH, Ilha S. Awareness raising workshop for nursing students on the elderly with Alzheimer's disease: contributions to education.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3):e20190021.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0021>

Autor Correspondente:

Silomar Ilha

E-mail: silo_sm@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Andrea Bernardes

Submissão: 10-02-2019

Aprovação: 25-02-2020

RESUMO

Objetivo: Descrever a contribuição de uma oficina de sensibilização para o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a doença de Alzheimer no contexto da pessoa idosa/família. **Métodos:** Pesquisa-ação estratégica desenvolvida com 15 acadêmicos do sexto ao oitavo semestre de Enfermagem de uma instituição universitária do Rio Grande do Sul. Os dados coletados mediante entrevista semiestruturada, antes e após uma oficina de sensibilização sobre a doença de Alzheimer na pessoa idosa/família, foram submetidos a análise temática de conteúdo. **Resultados:** Identificaram-se seis categorias que versam sobre o (Des)Conhecimento da doença de Alzheimer no contexto da pessoa idosa/família, a partir da caracterização; dos fatores de risco; do diagnóstico; do tratamento da doença de Alzheimer; do cuidado ao familiar/cuidador; e das estratégias de cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer. **Conclusão:** A oficina de sensibilização possibilitou ampliação e aprofundamento do conhecimento sobre a temática da doença de Alzheimer na pessoa idosa.

Descritores: Idoso; Doença de Alzheimer; Família; Educação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe the contribution of an awareness-raising workshop for nursing students on Alzheimer's disease in the context of the elderly/family. **Methods:** Strategic action-research developed with 15 university students from the sixth to the eighth semester of Nursing at a university institution in the Rio Grande do Sul. The data collected through semi-structured interviews, before and after an awareness-raising workshop on Alzheimer's disease in elderly/family, were subjected to thematic content analysis. **Results:** Six categories were identified that concern (Mis) perception of Alzheimer's disease in the context of elderly/ family, from the characterization; risk factors; diagnosis; treatment of Alzheimer's disease; from care to family members/caregivers; and care strategies for the elderly with Alzheimer's disease. **Conclusion:** The awareness-raising workshop enabled the students to broaden and deepen the knowledge on the theme of Alzheimer's disease in the elderly.

Descriptors: Elderly; Alzheimer's disease; Family; Health education; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir la contribución de un taller de sensibilización para el conocimiento de los académicos de enfermería sobre la enfermedad de Alzheimer en el contexto de la persona mayor/familia. **Métodos:** Investigación - acción estratégica desarrollada con 15 académicos del sexto al octavo semestre de Enfermería de una institución universitaria del Rio Grande do Sul. Los datos recogidos mediante entrevista semiestruturada, antes y después de un taller de sensibilización sobre la enfermedad de Alzheimer en la persona mayor/familia, han sido sometidos el análisis temático de contenido. **Resultados:** Se identificaron seis categorías que versan sobre el (Des)Conocimiento de la enfermedad de Alzheimer en el contexto de la persona mayor/familia, a partir de la caracterización; de los factores de riesgo; del diagnóstico; del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer; del cuidado al familiar/cuidador; y de las estrategias de cuidado a la persona mayor con enfermedad de Alzheimer. **Conclusión:** El taller de sensibilización posibilitó ampliación y profundización del conocimiento sobre la temática de la enfermedad de Alzheimer en la persona mayor.

Descritores: Mayor; Enfermedad de Alzheimer; Familia; Educación en Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade, tanto em âmbito mundial quanto nacional, e representa desafios políticos, econômicos, sociais e culturais diante das demandas dessa faixa populacional, o que remete à necessidade de planejamento e prioridade das políticas públicas sociais⁽¹⁾. Com o processo de envelhecimento, o ser humano torna-se susceptível ao surgimento de doenças características da faixa etária, dentre as quais destacam-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)⁽²⁾.

Das DCNTs, salienta-se as de caráter neurodegenerativo que versam como demências, em especial a doença de Alzheimer (DA), responsável por aproximadamente 70% dos casos em pessoas idosas. Ela considerada progressiva e irreversível, apresenta início insidioso e conduz à perda da capacidade funcional, desorientação espacial e declínio gradual da memória, inicialmente de fatos recentes. Essas particularidades, associadas a outros fatores, caracterizam a DA como de difícil diagnóstico⁽³⁾.

O número de pessoas com a doença ultrapassa 15 milhões em todo o mundo; nos Estados Unidos da América, existem 5,4 milhões de pessoas acometidas; destas, 5,2 milhões são maiores de 65 anos; e, no ano de 2050, a cada 33 segundos, uma pessoa desenvolverá a DA⁽³⁾. No Brasil, cerca de 1,2 milhão de pessoas apresentam a doença, embora a maioria delas ainda não possua o diagnóstico⁽⁴⁻⁵⁾.

A sintomatologia da DA pode ser descrita em três estágios ou fases: inicial, intermediária e terminal. A fase inicial dura de dois a quatro anos, em média, havendo perda de memória recente e dificuldade progressiva nas atividades de vida diária (AVDs). A fase intermediária varia de dois a dez anos, com uma crescente perda de memória, dificuldades motoras, de linguagem e raciocínio e AVDs. Na fase terminal, há uma acentuada rigidez muscular, o que compromete significativamente a pessoa idosa, conduzindo a uma situação de fragilidade, estado vegetativo e adoção da posição fetal⁽⁶⁾.

Dessa forma, a DA acarreta mudanças significativas na vida da pessoa idosa, bem como dos familiares/cuidadores, que, na realidade brasileira, são os principais responsáveis pelo cuidado diário. Esse fato alerta para a necessidade de os profissionais de enfermagem/saúde estarem preparados para atuar nesse contexto. Assim, as instituições de ensino na área da saúde devem estar sempre se aprimorando com vistas a um melhor ensino-aprendizado para o cuidado à pessoa idosa/família.

O enfermeiro é o profissional responsável pela sistematização do cuidado às pessoas, nesse caso, mais especificadamente as idosas, em diferentes contextos⁽²⁾. Assim, faz-se necessário conhecimento clínico sobre os processos de vida e envelhecimento, bem como sobre as principais doenças que acometem as pessoas em cada faixa etária. A Política Nacional do Idoso, já em 1994 referia a necessidade da inclusão da Gerontologia e Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores da área da saúde⁽⁷⁾. Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que, nas suas diretrizes, valoriza a qualificação permanente na área da saúde da pessoa idosa, a fim de incentivar o desenvolvimento de pesquisas e ensino sobre o processo do envelhecimento⁽⁸⁾.

Nesse sentido, torna-se importante pesquisas com foco no (des)conhecimento dos acadêmicos de enfermagem a respeito da DA e do cuidado à pessoa idosa/família, com vistas a identificar possíveis lacunas, as quais podem ser minimizadas por meio de

intervenções que contribuam tanto para o conhecimento acerca da temática quanto, consequentemente, para o cuidado.

Dentre as metodologias de intervenção, encontram-se as oficinas que se caracterizam pela construção participativa, na qual existe troca de experiência e de conhecimento entre os participantes. As experiências advindas das oficinas possibilitam a produção de subjetividades dos participantes e a construção de grupos que se dispõem ao encontro com o outro e com momentos de invenção e reinvenção de situações vivenciadas⁽⁹⁾. Contudo, tão importante quanto identificar as lacunas de conhecimento e realizar intervenções, é avaliar a contribuição da intervenção no contexto estudado.

Assim, a necessidade e relevância deste estudo encontra justificativa nessa avaliação e, ainda, na necessidade de se refletir sobre a formação do enfermeiro no que tange ao conhecimento para o cuidado da pessoa idosa/família em condições crônicas e neurodegenerativas de saúde. Isso pode aprimorar questões referentes ao ensino do cuidar pautado na atenção individualizada a cada ser humano, visando à sua autonomia e bem-estar⁽¹⁰⁾. Além do mais, as questões relacionadas à saúde da pessoa idosa, família e DA são de grande importância no contexto de saúde, sendo destacadas como prioridades de pesquisa no Brasil⁽¹¹⁾.

Com base nessas considerações, questiona-se: Quais as contribuições da oficina de sensibilização para o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a DA no contexto da pessoa idosa/família?

OBJETIVO

Descrever as contribuições de uma oficina de sensibilização para o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a doença de Alzheimer no contexto da pessoa idosa/família.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), via Plataforma Brasil, sistema CEP/CONEP. Somente após a aprovação do CEP, realizou-se o primeiro contato com os participantes. Foram considerados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde⁽¹²⁾. O Projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer de número 2.516.885. Manteve-se o anonimato dos participantes, identificados pela letra A (acadêmico) seguida de um algarismo (A1, A2... A15).

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação estratégica, a qual propõem uma transformação a partir do conhecimento prévio do pesquisador sobre determinada realidade. A pesquisa-ação é um modelo de pesquisa associado a diversas formas de ações coletivas, orientadas para a resolução de problemas, em que os pesquisadores e os participantes, representativos da situação e/ou do problema, se envolvem de forma cooperativa e participativa⁽¹³⁾.

Cenário do estudo

Participaram do estudo os acadêmicos de enfermagem de uma universidade do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram selecionados mediante sorteio na lista de chamada, sendo entrevistados cinco acadêmicos por turma. Como critérios de inclusão, se estabeleceu: ser acadêmico de Enfermagem; cursar do sexto ao oitavo semestre do curso de Enfermagem da referida instituição; e já ter cursado a disciplina de Enfermagem Gerontológica e Clínica I, ofertadas no quarto e quinto semestres do curso, respectivamente. Como critérios de exclusão: não estar em sala de aula na data do sorteio por motivos diversos, tais como atestado médico, intercâmbio acadêmico, entre outros. O curso de enfermagem dessa instituição possui 63 anos de formação e é ofertado em turno integral durante nove semestres. Contudo, como no período de coleta dos dados o curso estava em processo de mudança de currículo de oito para nove semestres, não havia acadêmicos cursando o nono semestre.

A escolha do número previsto de participantes ocorreu por se entender que era um número suficiente para que se tivesse uma projeção do conhecimento dos acadêmicos da turma. Com base nisso, atenderam aos critérios de inclusão, formando o corpus deste estudo, 15 acadêmicos. Após o sorteio e aceite deles, foi agendada, durante o mês de março de 2018, a coleta de dados conforme a disponibilidade dos participantes.

Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados foi realizada mediante um instrumento de entrevista semiestruturada contemplando as seguintes questões norteadoras: O que você sabe sobre a doença de Alzheimer? Quais são os fatores de risco para a doença de Alzheimer? Como ocorre o diagnóstico da doença de Alzheimer? Qual o tratamento para a doença de Alzheimer? Como você percebe a pessoa idosa e a família no contexto da doença de Alzheimer?

Os dados iniciais (entrevista 1) foram coletados em uma sala de aula da universidade onde se desenvolveu a pesquisa. Cada participante foi convidado a responder, de forma individual, as questões da entrevista, enquanto um dos pesquisadores proferia os questionamentos, aguardava e esclarecia possíveis dúvidas relativas a eles. As entrevistas não foram gravadas, e sim escritas a punho pelo participante após o pesquisador proceder a cada uma das perguntas do instrumento. Posteriormente a essa etapa inicial de coleta de dados, foi programado junto aos participantes, para o mês de maio de 2018, o desenvolvimento de uma oficina com vistas à sua sensibilização sobre questões relativas à DA no contexto da pessoa idosa/família.

A oficina foi realizada a partir de uma roda de conversa, em círculo, em uma sala de aula da referida IES e teve duração de uma hora. A atividade foi coordenada por um dos pesquisadores, que é enfermeiro especialista em Gerontologia, pesquisador na área do envelhecimento com a DA. O coordenador iniciou a oficina buscando apreender o que os participantes conheciam sobre o tema, por meio de suas vivências pessoais e/ou aprendidas durante a formação. Dessa forma, foi solicitado que os participantes registrassem em uma folha de papel A4 (distribuída pelo coordenador), por meio de escrita ou ilustração, o máximo de informações que conheciam sobre a temática da DA. Cada participante foi convidado a apresentar aos demais a sua construção, fato que conduziu a uma discussão produtiva sobre a temática estudada.

Após esse momento, o coordenador foi explicando sobre os aspectos relativos à DA, ampliando alguns pontos e aprofundando outros, conforme percebia a necessidade ou era solicitado pelos participantes.

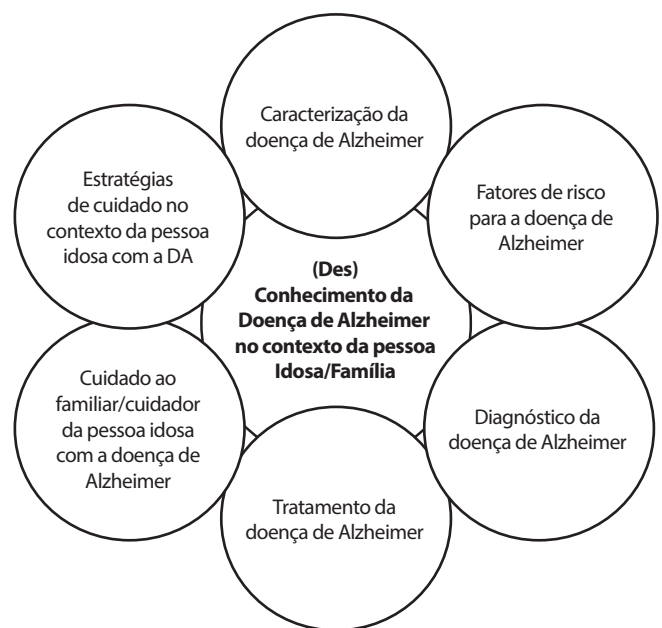
No mesmo dia, após a oficina de sensibilização, fez-se uma nova entrevista semiestruturada (entrevista 2) com o mesmo instrumento de coleta de dados utilizado anteriormente e realizada pelo mesmo pesquisador que realizou a entrevista 1. A entrevista 2 teve o objetivo de avaliar a efetividade da oficina de sensibilização na produção do conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem sobre a DA no contexto da pessoa idosa/família.

Análise dos dados

Os dados provenientes das entrevistas foram submetidos à técnica de análise de conteúdo⁽¹⁴⁾ a partir das três etapas. Inicialmente foi realizada a pré-análise por meio da leitura flutuante dos materiais, momento que possibilitou a compreensão abrangente do conteúdo. Em seguida, foi realizada a leitura em profundidade das entrevistas, que oportunizou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Nova leitura foi realizada, conduzindo à codificação dos achados, em que os fichamentos permitiram a elaboração das categorias. Por meio das três etapas descritas, foi possível visualizar o conteúdo de forma integrada, relacionar os resultados e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças.

RESULTADOS

Dos 15 acadêmicos participantes do estudo, 100% eram do sexo feminino, com idades entre 20 e 27 anos. Destes, cinco estavam cursando o sexto semestre do curso; cinco, o sétimo; e cinco, o oitavo. A partir da análise dos dados, emergiram seis categorias, que versam sobre o (Des)Conhecimento da doença de Alzheimer no contexto da pessoa idosa/família, anterior e posterior à oficina de sensibilização sobre a DA no contexto da pessoa idosa e família, conforme a Figura 1.



Nota: DA: doença de Alzheimer

Figura 1 – Representação esquemática da relação entre a categoria e as subcategorias

Caracterização da doença de Alzheimer

A DA era percebida pelos acadêmicos de enfermagem como uma morbidade degenerativa que afeta a memória, o que demonstra o conhecimento limitado acerca dessa doença:

É uma doença neurodegenerativa que acomete idosos, causando diminuição do cérebro. (A1)

Doença que afeta o cérebro, fazendo a pessoa ter perda da memória. (A4)

É uma doença neurodegenerativa, que leva à perda da memória. (A5)

É uma doença que afeta o cérebro, causa perda de memória e de cognição. (A7)

Ao realizar novamente as entrevistas após a oficina de sensibilização, observou-se que esse processo de ensino-aprendizagem serviu como um disparador para o conhecimento científico em relação ao tema, sobretudo nos primeiros questionamentos realizados. Referente ao conhecimento sobre a doença, os acadêmicos demonstraram maior aprofundamento, o que pode ser observado nas falas:

A DA é uma doença neurodegenerativa, irreversível, que afeta especialmente a memória recente e apresenta três estágios, que são: leve, moderado e grave. (A1)

É uma doença crônica degenerativa que acomete mais os idosos, pois tem relação com o processo de envelhecimento, e é uma das causas de demência, dividindo-se em três estágios, que vão desde pequenos esquecimentos até o comprometimento total da capacidade motora e cognitiva. (A4)

É uma doença que não tem cura e apresenta três estágios, leve, moderado e grave, que vai se agravando conforme a doença evolui. Ocorre esquecimento inicialmente de fatos recentes e após vai comprometendo cada vez mais a parte cognitiva e física. (A5)

É uma doença neurológica, que afeta mais os idosos, comprometendo a sua qualidade de vida, pois é dividida em três estágios, que vão progressivamente piorando a capacidade de memória e julgamento do idoso e após comprometem inclusive a condição física, o deixando restrito ao leito. (A7)

Fatores de risco para a doença de Alzheimer

Os acadêmicos de enfermagem reconheciam, antes da oficina de sensibilização, o aspecto genético como o principal fator de risco para a DA, conforme pode ser elencado nas falas abaixo:

Ah, os fatores de risco? São genéticos. (A2)

Fatores genéticos, que eu saiba. (A3)

Penso que são os fatores genéticos os principais fatores de risco. (A4)

Ah, os fatores de risco são genéticos. (A5)

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, o que denota a contribuição da oficina para o conhecimento dos acadêmicos:

Os fatores de risco são muitos e pontua-se principalmente a idade avançada, genética e sedentarismo. (A2)

Idade, fatores genéticos e hábitos de vida são fatores de risco para a doença. (A3)

A idade avançada é o principal fator de risco, além dos hábitos de vida, como má alimentação, estresse mental e falta de atividade física. (A4)

Como disse, tem o fator genético, mas principalmente hábitos do dia a dia, como atividade física, alimentação, estresse etc. (A5)

Diagnóstico da doença de Alzheimer

Os relatos demonstraram ainda que, por ser uma doença complexa, gera dúvidas ligadas ao seu diagnóstico, uma vez que possui fatores de confusão e viés com outras condições clínicas. Assim, o diagnóstico era visto pelos discentes da seguinte maneira:

O diagnóstico? Pela tomografia cerebral. (A2)

É feito por alguns testes de memória. (A6)

Através de tomografia computadorizada, que mostre as áreas do cérebro acometidas pela doença. (A8)

É feito por vários exames, dentre eles, exame físico e principalmente de imagem, como a tomografia cerebral. (A9)

Após a oficina, percebeu-se que os acadêmicos ampliaram o conhecimento quanto à forma de diagnóstico, uma vez que referiram o aspecto clínico, exames de imagem e testes neurológicos que podem ser aplicados à pessoa idosa:

O diagnóstico é clínico e utilizam-se exames de imagem, como tomografias e ressonâncias, no intuito de descartar outras demências. (A1)

Exames de imagem, testes neurológicos aplicados à pessoa e a clínica da pessoa idosa são elencados como processos para o diagnóstico. (A2)

O diagnóstico clínico é o mais comum, mas também deve ser realizado exames de imagem para descartar outras doenças. (A6)

O diagnóstico é feito com base nos sintomas que irão surgir, a partir do histórico, anamnese, exame de imagem, como ressonância magnética, que serve principalmente para descartar outras patologias que podem ser confundidas com a doença de Alzheimer. (A8)

Além do exame de imagem, tomografia e ressonância magnética, é importante a clínica, ou seja, observar e questionar o idoso e familiar acerca dos comportamentos no cotidiano [esquecimentos, confusão]. Também podem ser utilizados testes como Mini Exame do Estado Mental, por exemplo. (A9)

Tratamento da doença de Alzheimer

Quanto ao tratamento para a DA, os acadêmicos participantes do estudo, em sua maioria, de início o referenciaram, basicamente, como medicamentoso:

A medicação é o tratamento pra a doença. (A1)

O tratamento medicamentoso que pode amenizar os sintomas [...] (A2)

Medicamentos para acalmar o idoso [...] (A3)

[...] só sei que devem tomar várias medicações. (A10)

Medicamentoso. (A12)

Após a oficina de sensibilização, se observou que os acadêmicos ampliaram o conhecimento relativamente ao tratamento, antes visto apenas como medicamentoso. Além dessa forma de tratamento, referiram o não medicamentoso, o qual inclui atividades que estimulem a memória, alimentação saudável, prática de atividade física e o acompanhamento multiprofissional:

O tratamento realizado é tanto o medicamentoso como os exercícios para a memória, atividade física e alimentação saudável. (A1)

Incentivar as pessoas a realizar palavras cruzadas, incentivá-las a fazer leituras variadas, atividades manuais, de pintura e aprender novas línguas fazem parte do tratamento da pessoa idosa [...] (A2)

Além do tratamento medicamentoso, o acompanhamento multiprofissional é essencial. (A3)

Os medicamentos ajudam nos sintomas da doença, mas também tem o tratamento não medicamentoso que inclui uma série de atividades manuais e cognitivas. (A10)

Principalmente medicamentoso, mas também multiprofissional, pois existem técnicas que auxiliam na memória e podem fazer a doença evoluir de forma mais lenta. (A12)

Cuidado ao familiar/cuidador da pessoa idosa com a doença de Alzheimer

Essa categoria, bem como a posterior, surgiu após a oficina de sensibilização. Os acadêmicos demonstraram preocupação com o cuidado aos familiares/cuidadores da pessoa idosa com a DA, pois passaram a perceber que ambos têm necessidades de cuidado, pois a doença acarreta alteração na vida de todos que convivem com a pessoa idosa:

Para mim são duas vítimas dessa doença, pois, se a família não procura recursos para ajudar seu familiar, acabam ambos perdidos e sofrendo. (A2)

Vejo o quanto são vulneráveis, buscam muitas informações e às vezes não sabem a quem recorrer... além de todo o desgaste físico e emocional de quem vive com a doença e principalmente da família e cuidadores. (A3)

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 e, muitas vezes, não possui preparo para cuidar da pessoa com DA nas suas diferentes dimensões:

O cuidador/familiar acaba sofrendo junto com a pessoa que tem a doença de Alzheimer e, assim, os cuidados precisam ser para todos, até mesmo porque ocorre sobrecarga naqueles que ficam mais tempo com o doente. (A1)

Existe uma grande dificuldade entre um cuidador e outro, mesmo porque a pessoa com DA tem sempre uma pessoa com a qual existe um vínculo maior, e é essa a pessoa que mais se sobrecarrega. (A4)

Às vezes, o familiar que cuida sofre mais do que o próprio idoso com a doença, pois se sente sobrecarregado com tantas demandas de cuidado. (A13)

Estratégias de cuidado à pessoa idosa com a doença de Alzheimer

Os acadêmicos referiram a participação em grupos de apoio como possível estratégia a ser empregada pelos familiares a fim de auxiliá-los no processo de convivência e cuidado à pessoa idosa com a DA:

Participar de grupos de apoio com rodas de conversa, penso ser uma estratégia relevante. (A1)

Frequentar grupos de apoio para familiar e pessoa com Alzheimer é uma estratégia fundamental a ser utilizada, bem como o auxílio multiprofissional. (A2)

Apoio com grupos de cuidadores é uma ótima estratégia. (A3)

[...] grupo de apoio para cuidadores certamente é uma boa estratégia para os cuidadores adquirirem conhecimento e assim cuidarem melhor de si e do idoso com Alzheimer. (A15)

Outras estratégias referidas pelos acadêmicos versaram sobre a possibilidade de manter as pessoas idosas com crachás e pulseiras contendo o contato dos familiares, bem como nomear os ambientes e objetos no domicílio, para facilitar a identificação pela pessoa idosa com DA:

Acho importante manter os idosos identificados com dados pessoais e contato de familiares através de crachás, pulseiras. (A4)

É importante colocar bilhetes em casa, identificar materiais e espaços com nomes para facilitar ao idoso com a DA a identificação dos objetos no local onde mora. (A6)

Pulseira e crachá de identificação é importante, pois caso ele se perca, alguém pode visualizar e levá-lo para casa novamente. (A14)

DISCUSSÃO

A DA ainda é pouco compreendida pelas pessoas de forma geral, o que pode ser explicado, em parte, por sua característica

neurodegenerativa, sem terapêutica efetiva para todos os casos⁽¹⁵⁾. Essa afirmação corrobora dados da presente pesquisa, a qual evidenciou que os acadêmicos de enfermagem, inicialmente, possuíam um conhecimento restrito sobre ela. Contudo, este foi se ampliando após a oficina de sensibilização, quando os acadêmicos passaram a compreendê-la como neurodegenerativa, irreversível, como um tipo de demência que acomete mais as pessoas idosas.

Além disso, começaram a entendê-la a partir dos três estágios, e isso vem ao encontro de um estudo no qual se encontra a descrição destes: no primeiro estágio da DA, considerado leve, a pessoa idosa manifesta confusão e perda de memória, desorientação espacial, dificuldade progressiva no cotidiano, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento; no segundo, considerado moderado, a doença evolui para a incapacidade na realização das AVDs, além de ansiedade, delírios, alucinações, agitação noturna, alterações do sono, dificuldades de reconhecimento de amigos e familiares; por fim, o terceiro e mais grave estágio é caracterizado pela redução acentuada do vocabulário, diminuição do apetite e do peso, descontrole esfinteriano e posicionamento fetal⁽⁶⁾.

Como principal fator de risco para a DA, os acadêmicos participantes deste estudo reconheciam o aspecto genético. Após a oficina de sensibilização, passaram a reconhecer os preditores, dos quais salientaram o genético, a idade avançada, sedentarismo e os hábitos de vida de cada pessoa. Esse dado confirma aquele apresentado pela Alzheimer's Association, no qual se descreve que a DA desenvolve-se como resultado de múltiplos fatores, sendo a idade o maior deles, uma vez que pessoas com idade igual ou superior a 65 anos possuem maior propensão de desenvolvê-la⁽³⁾.

Contudo, salienta-se que apenas o fator "idade" não implica necessariamente desenvolver a DA, o que justifica o envelhecimento ativo de muitas pessoas idosas. Outros fatores que exercem influência são: genética, história familiar, risco para doenças cardiovasculares associado ao tabagismo, obesidade e diabetes⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, menos anos de educação formal, menor engajamento social e traumatismo crânio-encefálico (TCE)⁽³⁾. Além disso, estudo tem associado o estresse crônico como um considerável fator de risco⁽¹⁸⁾.

Quanto ao diagnóstico da doença, os acadêmicos referiram, inicialmente, que este ocorria por meio do exame de imagem. Depois da oficina de sensibilização, acrescentaram o aspecto clínico, sintomas apresentados pela pessoa idosa, exames de imagem para descartar outras demências e testes neurológicos aplicados à pessoa idosa. Dessa forma, foi possível observar que, após a oficina, o conhecimento dos acadêmicos ampliou-se, aprofundou-se e tornou-se mais coerente com o apresentado na literatura.

Estudo desenvolvido pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, que teve o objetivo de recomendar novos critérios para diagnóstico de demência e DA no Brasil, constatou que os critérios para o diagnóstico da DA incluem o comprometimento cognitivo e funcional, atingindo pelo menos dois dos cinco domínios: memória, linguagem, função executiva, habilidade visual-espacial e alterações de personalidade⁽¹⁹⁾. Além disso, precisam estar presentes as manifestações de início insidioso, uma

piora cognitiva clara, déficits cognitivos com foco na linguagem, memória e espaço.

A realização da Ressonância Magnética (RM) e da Tomografia Computadorizada (TC) do crânio são recomendadas para excluir outras possibilidades diagnósticas⁽¹⁹⁾. Apesar dos esforços para se chegar ao diagnóstico definitivo da DA, este só pode ser realizado na prática clínica atual mediante a análise histopatológica do tecido cerebral *post mortem*. Não existe, portanto, um teste diagnóstico específico capaz de confirmar a presença da DA em seres humanos vivos.

Os acadêmicos de enfermagem participantes desta pesquisa reconheciam o uso da medicação como a única forma de tratamento para a pessoa idosa com a DA. Tal conhecimento foi ampliado após a oficina de sensibilização, quando os acadêmicos começaram a fazer referência, também, ao tratamento não medicamentoso e citar as atividades que estimulam a memória, as atividades manuais, a alimentação saudável, a prática de atividade física e o acompanhamento multiprofissional.

O tratamento farmacológico é utilizado para o tratamento da DA e compreende a utilização dos fármacos inibidores da colinesterase, como a rivastigmina, galantamina e a colinesterase, que causam alterações na função colinérgica central, pois inibem enzimas que degradam a acetilcolina. Por essa razão, aumentam a capacidade da acetilcolina de estimular receptores muscarínicos e nicotínicos cerebrais, de modo que melhoram a passagem neuronal colinérgica, comprometida na DA⁽²⁰⁾.

Além do tratamento farmacológico, estratégias não farmacológicas de tratamento devem ser utilizadas na tentativa de aumentar a qualidade de vida das pessoas com a DA, uma vez que tais estratégias melhoram os sintomas comportamentais e psicológicos relacionados à demência. Os tratamentos não farmacológicos mais descritos em uma revisão sistemática foram a reabilitação cognitiva e atuação multidisciplinar⁽²¹⁾.

O cuidado aos familiares/cuidadores da pessoa idosa com a DA também foi mencionado pelos acadêmicos participantes do estudo após a oficina de sensibilização. Conforme os dados, a pessoa idosa e o familiar/cuidador possuem necessidades de cuidado, já que a DA acarreta alteração na vida de todos que convivem com a pessoa idosa nessa condição.

O cuidado de uma pessoa idosa com a DA produz desgastes emocionais, psicológicos e financeiros para o familiar/cuidador, em virtude da demanda de tempo de cuidados que a pessoa idosa suscita a partir da perda gradual das funções cognitivas, que evolui para um quadro de total demência. Por esse motivo, uma reorganização da vida dos familiares se faz necessária para que as complicações causadas pela doença sejam contornadas. Assim, o cuidado e a convivência diária com a pessoa idosa com a DA conduzem a uma significativa mudança na vida dos familiares/cuidadores e, por consequência, estes passam a ser acometidos por eventos estressantes, o que reflete no cuidado prestado à pessoa idosa⁽²²⁾.

A esse respeito, estudo realizado com cuidadores familiares de pessoas idosas com a DA, com objetivo de descrever as repercussões da DA na vida do cuidador familiar, refere tanto a necessidade do cuidado aos familiares/cuidadores e de orientações sobre a doença e sua evolução quanto a importância do desenvolvimento de atividades educativas e recreativas que visem à integração

da família no convívio social. No estudo, os autores descrevem como fundamental o suporte para a saúde e qualidade de vida dos familiares/cuidadores e, conseqüentemente, para o cuidado da pessoa idosa com a DA⁽²³⁾.

Algumas estratégias para auxiliar os familiares no cuidado e convivência com a pessoa idosa no contexto da DA foram relatadas pelos acadêmicos, das quais se salientaram a participação em grupos de apoio, a utilização de crachás e pulseiras com o contato dos familiares, bem como nomeação dos ambientes e objetos no domicílio com vistas a facilitar a identificação destes pela pessoa idosa com DA. Tais dados ratificam outros estudos que apresentam os grupos de apoio como potencializadores de cuidado aos familiares/cuidadores, pois auxiliam na produção de conhecimentos e no cuidado à pessoa idosa com a DA⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Os grupos representam amparo, segurança, conhecimento e apoio, o que proporciona um conforto maior para enfrentar as adversidades impostas pelo cotidiano de cuidados⁽²⁵⁾. A utilização de crachás e pulseiras com o contato dos familiares também foi uma estratégia evidenciada em um estudo desenvolvido com docentes dos cursos da área da saúde de uma instituição de ensino superior (IES) do Rio Grande do Sul⁽²⁾.

Limitações do estudo

Este estudo apresentou limitações inerentes a qualquer estudo qualitativo, que por natureza não pretende a generalização dos seus resultados. Por exemplo, compreende-se o fato de ter sido realizada apenas uma oficina de sensibilização, que, embora tenha repercutido positivamente, pode não ter atingido o seu potencial máximo. Além disso, ao término da pesquisa, os pesquisadores perceberam que poderiam ter ampliado o leque de questionamentos — por exemplo, sobre instrumentos de avaliação —, o que poderia possibilitar maior amplitude e aprofundamento em alguns aspectos inerentes ao cuidado.

Contribuições para a área da enfermagem/saúde

Este estudo demonstra contribuição para a enfermagem como profissão uma vez que auxiliou no processo de ensino durante a formação do profissional enfermeiro, fato que possivelmente repercutirá no cuidado às pessoas idosas/famílias. Além disso, compreende-se sua contribuição para a ciência, pois demonstra o resultado positivo após a utilização de uma oficina de sensibilização, o qual poderá servir de modelo para pesquisas futuras em diferentes realidades. Além disso, compreende-se que a partir dos dados apresentados, novos estudos poderão surgir, confirmando, refutando ou apenas comparando os resultados. Assim, sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos com intuito de auxiliar na produção de conhecimento sobre o envelhecimento e sobre a DA, porquanto se trate de uma doença que necessita ser mais explorada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram descrever o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a DA no contexto da pessoa idosa/família, antes e após uma oficina de sensibilização. Antes dela, identificou-se um conhecimento restrito sobre as questões relacionadas à DA na pessoa idosa/família, visto que a respostas foram, na sua maioria, genéricas e/ou muito amplas. Após a oficina, 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 a um melhor cuidado às pessoas idosas/famílias. Esse fato denota a contribuição da oficina de sensibilização para o conhecimento dos acadêmicos sobre as questões relacionadas à DA no contexto da pessoa idosa/família, e isso pode contribuir com o cuidado direcionado às pessoas em diferentes cenários.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e conseqüências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 23];19(3):507-19. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00507.pdf
2. Ilha S, Backes DS, Backes MTS, Pelzer MT, Lunardi VL, Costenaro RGS. Family (re)organization of elderly with Alzheimer: the professors perception based on its complexity. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 23];19(2):331-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/en_1414-8145-ean-19-02-0331.pdf
3. Alzheimer Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 05];11(3):332-84. Available from: https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.pdf
4. Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). Doença de Alzheimer: "Alzheimer: quanto antes souber, mais tempo você terá para lembrar" [Internet]. 2012 [cited 2018 May 23]. Available from: <http://abraz.org.br/abraz-na-midia/release-institucional-doenca-de-alzheimer>
5. Falco A, Cukierman DS, Davis RAH, Rey NAR. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. *Quim Nova* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 23];39(1):63-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/qn/v39n1/0100-4042-qn-39-01-0063.pdf>
6. Sales ACS, Reginato BC, Pessalacia JDR, Kuznier TP. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso Portador da doença de Alzheimer. *Rev Enferm Cent O Min* [Internet]. 2011 [cited 2018 May 23];1(4):492-502. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/141>
7. Presidência da República (BR). Leis, Decretos. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1994 [cited 2018 May 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm

8. Ministério de Saúde (BR). Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006[cited 2018 May 23]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2006/%20prt2528_19_10_2006.html
9. Finocchiaro L, Imbrizi JM. 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 [Internet]. 2017[cited 2018 May 23];23(1):274-91. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a16.pdf>
10. Sebold LF, Kempfer SS, Radünz V, Prado ML, Tourinho FSV, Girond JBR. Care is... nursing student perceptions: a Heideggerian perspective. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 23];20(2):243-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0243.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed., 2 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. 68 p.
12. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
13. Franco MAS. Pedagogia da pesquisa-ação. *Educ Pesqui* [Internet]. 2005 [cited 2018 May 23];31(3):483-502. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a11v31n3.pdf>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
15. Ilha S, Backes DS, Santos SSC, Gautério-Abreu DP, Zamberlan C, Blasi TC. Group for family/caregivers of elderly with Alzheimer's: experience of teachers based on the complexity. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [cited 2018 May 23];16(4):603-12. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2735/2119>
16. Deckers K, van Boxtel MP, Schiepers OJ, de Vugt M, Muñoz Sánchez JL, Anstey KJ, et al. Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi Consensus study on the evidence from observational studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(3):234-46.
17. Borges MK, Jacinto AF, Citero VA. Validity and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Australian National University – Alzheimer's Disease Risk Index (ANU-ADRI). *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2018[cited 2018 May 23];12(3):235-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v12n3/1980-5764-dn-12-03-0235.pdf>
18. Matos TM, Souza-Talarico JN. How stress mediators can cumulatively contribute to Alzheimer's disease An allostatic load approach. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2019 [cited 2018 Oct 10];13(1):11-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v13n1/1980-5764-dn-13-01-0011.pdf>
19. Frola NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza O, Dias-Tosta E, Silva AB, et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dement Neuropsychol*. 2011;5(supl1):5-10. doi: 10.1590/S1980-57642011DN05030002
20. Wang J, Yu JT, Wang HF, Meng XF, Wang C, Tan CC, et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015; 86(1):101-9. doi: 10.1136/jnnp-2014-308112
21. Carvalho PDP, Magalhães CMC, Pedroso JS. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 15];65(4):334-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n4/0047-2085-jbpsiq-65-4-0334.pdf>
22. Carraro PFH, Magalhães CMC, Carvalho PD. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com diagnóstico de Alzheimer e o emprego de acupuntura: revisão de literatura. *Mudanças, Psicol Saúde* [Internet]. 2016[cited 2018 Jul 15];24(2):65-70. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-835055>
23. Araújo CMM, Vieira DCM, Teles MAB, Lima ER, Oliveira KCF. The repercussions of Alzheimer's disease on the caregiver's life. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 15];11(2):534-41. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11971/14517>
24. Ilha S, Santos SSC, Backes DS, Barros E JL, Pelzer MT, Costenaro RGS. Complex educational and care (geron)technology for elderly individuals/families experiencing Alzheimer's disease. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 15];70(4):726-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/0034-7167-reben-70-04-0726.pdf>
25. Oliveira TI, Maziero BR, Ilha S, Pacheco LS, Oliveira FS. Daily family members/caregiver with Alzheimer: support group contributions. *Rev Enferm UFPE*[Internet]. 2017 [cited 2018 Jul 15];11(2):506-14. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11968/14511>