

FAMILIARES DE IDOSOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Thayná Lima Pereira Vitor¹
Nara Virginia Rocha Simões Anadão²

Psicologia



ISSN IMPRESSO 2317-1685

ISSN ELETRÔNICO 2316-6738

RESUMO

A doença de Alzheimer ou mesmo Mal de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa incurável, porém tratável. Quando vítima deste tipo de doença o paciente tende a enfrentar uma série de dificuldades, de modo especial na fase final da doença, onde de um modo geral, os pacientes já não mais reconhecem os membros da família e as demais pessoas que possam estar a sua volta, apresentam incapacidade para administrar o próprio cuidado, bem como dificuldades para deglutir os alimentos, o que tende a acarretar o emagrecimento; enfim, entram em um quadro de completa dependência da família. Nesta perspectiva, o estudo ora apresentado (de cunho bibliográfico) teve como objetivo geral analisar o impacto psicológico que um paciente com doença de Alzheimer traz para as relações familiares. Através das pesquisas efetivadas foi possível evidenciar que a doença de Alzheimer traz consigo relevantes impactos negativos não só para a vida do paciente, mas também para a vida da família, pois toda a rotina da mesma tende a passar um processo de ajuste em função da progressiva dependência do paciente com esta doença. Entre os principais impactos psicológicos que a doença de Alzheimer traz para as relações familiares estão: os conflitos familiares em função do constante cuidado com o paciente, níveis altos de estresse, depressão, os sentimentos de ansiedade, estarrecimento, impotência e muita tristeza, os quais tendem a se intensificar à medida que o quadro clínico do paciente vai se agravando. Diante desse quadro, é de suma importância que a família não só vá em busca do tratamento médico para o paciente, mas também de um suporte psicológico no sentido de não sanar, ao menos minimizar os impactos psicológicos que a doença em discussão não só traz para a família e para o cuidador, mas também para o próprio paciente.

PALAVRAS-CHAVE

Alzheimer. Impactos Psicológicos. Relações Familiares.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is one, though treatable incurable neurodegenerative disease. When a victim of this kind of disease, the patient tends to face a lot of difficulties, especially in end-stage disease, where in general, patients no longer recognize family members and other people who might be your back, present inability to manage their own care, as well as difficulties in swallowing food, which tends to cause weight loss; Finally, enter a complete picture of family dependence. In this perspective, the study presented here (bibliographic imprint) had as main objective to analyze the psychological impact that a patient with Alzheimer's disease brings family relations. Effect through the research it became clear that Alzheimer's brings significant negative impacts not only the patient's life, but also for family life, for all the same routine tends to pass an adjustment due to the progressive dependence of patients with this disease. Among the major psychological impact that Alzheimer's brings to the family relations are: family conflicts due to the constant patient care, high levels of stress, depression, feelings of anxiety, dismay, impotence and much sadness, which tend to intensify as the patient's condition will worsen. Given this situation, it is of paramount importance that the family not only go in search of medical treatment for the patient, but also a psychological support in order to heal but at least minimize the psychological impact that the disease under discussion not only brings the family and the caregiver, but also for the patient.

KEYWORDS: Alzheimer. Psychological Impacts. Family Relations.

1 INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo. Estima-se que no Brasil, até 2020, haverá mais de 30 milhões de idosos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013). Em face de realidade pontuada, a Organização das Nações Unidas – ONU passou a estimar que em 2025 o número de pessoas com esta idade tende a crescer, podendo chegar a 32 milhões de pessoas, algo que irá contribuir para que o Brasil passe a ocupar o 6º lugar em número de idosos.

Diante dos dados acima arrolados se faz necessário uma especial atenção por parte do poder público, no sentido de melhorar cada vez mais a assistência prestada a esta população e implementar políticas públicas para oferecer uma melhor qualidade de vida a esta importante parcela da população.

Esta especial atenção se justifica a medida que o envelhecimento da população implica no surgimento de uma diversidade de doenças, onde estão inseridas as crônicas-degenerativas causadoras de demências, a exemplo da doença de Alzheimer - DA, doença esta que é responsável na atualidade por um número aproximado de 100 mortes por ano e que não só traz para o paciente, bem como para a sua família

o enfrentamento de uma série de dificuldades entre as quais se destaca o impacto psicológico que esta doença traz para toda família.

Para isso, buscou-se refletir as problemáticas psicológicas dos familiares, por meio de estudos e pesquisas bibliográficas dos seguintes temas: o envelhecimento e suas consequências; a doença de Alzheimer; o impacto psicológico nos familiares dos portadores da doença de Alzheimer; e os programas de apoio e intervenções psicossociais direcionados aos familiares dessa demência.

Cumpre esclarecer que a motivação para construção deste trabalho se deu com o intuito de ir à busca da seguinte questão norteadora: Qual o impacto psicológico que um paciente com doença de Alzheimer traz para as relações familiares na atualidade?

Acredita-se, enquanto hipótese, que o paciente com doença de Alzheimer traz para os membros de sua família uma série de impactos psicológicos entre os quais se pode citar: os conflitos familiares em virtude do constante cuidado com o paciente, níveis altos de estresse, depressão, os sentimentos de ansiedade, estarrecimento, impotência e tristeza, os quais tendem a se intensificar à medida que o quadro clínico do paciente vai se agravando.

Duas são as razões que justificam a realização deste trabalho junto à comunidade acadêmica. A primeira se dá em função da necessidade de se refletir sobre um tema que não só é interessante para a sociedade como um todo, mas também para os profissionais que atuam na área médica e psicológica. A segunda razão é a de que o trabalho trará relevantes conhecimentos aos acadêmicos do curso de graduação em psicologia, que tenha a psicogerontologia como área de interesse de estudos e pesquisas.

O método de pesquisa adotado para o alcance do objetivo geral deste estudo foi o bibliográfico, de modo que as informações para o completo desenvolvimento do estudo foram extraídas de artigos publicados em português, espanhol e inglês, indexados em bases de dados como Lillacs, Medline e Scielo, livros, monografias, teses, dissertações e específicos endereços eletrônicos da internet que discorrem considerações sobre a temática em epígrafe.

Frente a estas considerações, o estudo ora apresentado tem como objetivo geral analisar o impacto psicológico que a doença de Alzheimer traz para as relações familiares e como a psicologia pode contribuir para amenizar os efeitos negativos.

2 O ENVELHECER E SUAS IMPLICAÇÕES

Dados publicados pelo IBGE (2013) revelam que o país já contava em 2012 com 21 milhões de pessoas com idade superior ou mesmo igual a 60 anos. Com base nes-

tes e em outros dados publicados em anos anteriores³, a ONU passou a estimar que em 2050 este número ainda cresça de forma substancial, podendo chegar a um total de 50 milhões de idosos.

Frente a esta realidade, é possível observar que nos próximos anos o Brasil terá um número relevante de idosos, o que requer, indubitavelmente, não só uma maior preocupação, como também especial atenção no que diz respeito à realização de estudos voltados a esta parcela da população, no sentido de que ela possa desfrutar de uma melhor qualidade de vida na chamada 3ª idade.

É oportuno esclarecer que o envelhecimento refere-se a um processo natural em que todo e qualquer ser vivo já passou ou mesmo irá passar no transcorrer de sua vida.

Costa Santos (2014, p. 4) define envelhecimento como “o processo que ocorre durante o curso da vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte”.

Outra definição afim é exposta por Papalleó Netto (apud FREITAS, 2006, p. 60) ao assim lecionar:

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando desta forma uma maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar o idoso à morte.

Das definições apresentadas, extrai-se o entendimento de que o envelhecimento nada mais é que um processo dotado não só de dinamismo, mas também de progressões, as quais são iniciadas com o nascimento e chega ao fim com a morte.

Analisando de modo mais específico as definições dissertadas por Costa Santos (2010) e Papalleó Netto (apud FREITAS, 2006), foi possível depreender, ainda, que no transcorrer do processo de envelhecimento é perceptível a ocorrência de alterações que vão das sociais, enzimáticas biológicas, morfológicas e funcionais até as psicológicas.

Conforme já fora explanado, o processo de envelhecimento da população tende a desencadear uma diversidade de implicações que irão afetar de forma direta ou mesmo indireta, diferentes esferas de sua organização econômica, social e até mesmo política, conforme o Quadro 1.

³ A exemplo dos que foram divulgados por este mesmo Instituto, onde apontou que em 1998 a população de idosos representava um percentual de 8,8% e em 2010 chegou a aproximadamente 11% da população.

Quadro 1 – Descrição das implicações que o envelhecimento populacional traz em diferentes esferas de sua organização econômica, social e política

Descrição das Esferas	Implicações que o Envelhecimento Populacional traz
Econômica	O envelhecimento populacional terá um impacto sobre o crescimento econômico, sobre a poupança, investimento e consumo, sobre o mercado de trabalho, sobre as transferências intergeracionais e principalmente sobre os sistemas de aposentadorias e pensões, já que conforme as pessoas vivem por mais tempo, os benefícios sociais tendem a se estender por períodos mais longos.
Social	Na esfera social, o envelhecimento populacional afeta, entre outros aspectos, a composição familiar, os arranjos domiciliares e as relações intergeracionais
Política	Na arena política, uma população progressivamente envelhecida pode influenciar os padrões de votação e de representação política.

Fonte: Saad (2014, p. 4).

Assim como as implicações que refletem sob as esferas acima mencionadas, têm-se ainda as implicações de ordem de saúde pública, algo que gera altos custos aos cofres públicos, uma vez que com o avançar da idade diversas doenças podem surgir, a exemplo da doença de Alzheimer, principal objeto de estudo deste artigo e assunto que será abordado na seção que se segue.

3 DOENÇA DE ALZHEIMER: NOÇÕES INTRODUTÓRIAS

Estudos realizados por Machado (2012, apud FREITAS e PY, 2011) revelam que o envelhecimento populacional tende a colaborar de forma significativa no sentido de que haja uma maior incidência de doenças do tipo crônico-degenerativas causadoras de demência, a exemplo da DA.

Proveniente do latim, a palavra *dementia* é um termo amplamente empregado para indicar as disfunções globais cognitivas, que de um modo geral não só são acompanhadas por sintomas como agitação, transtornos de humor e também de comportamentos, além de prostração, conforme leciona Tocquer (2013).

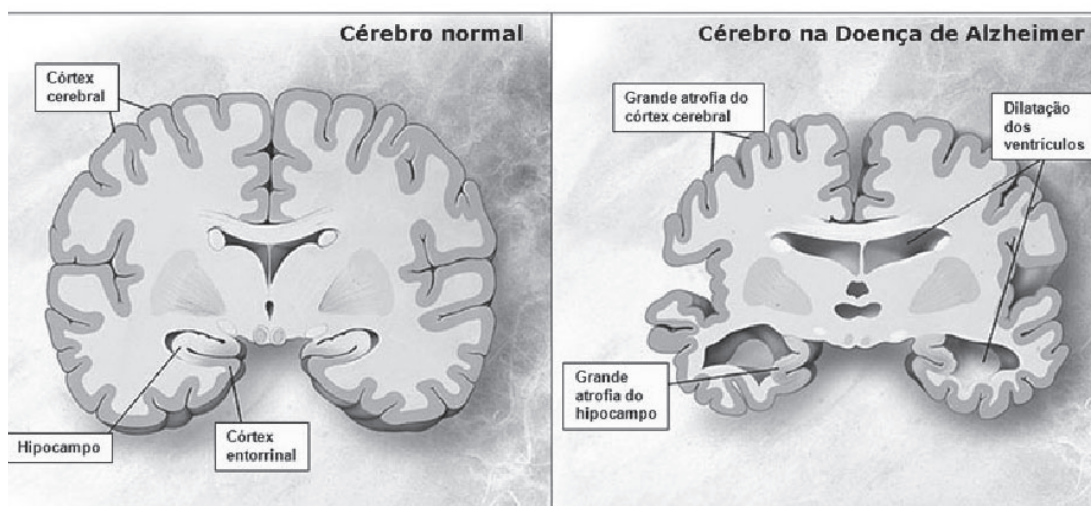
Descrita pela primeira vez pelo médico neuropatologista Alois Alzheimer há pouco mais de cem anos, mais precisamente em 1906, a doença que também recebe o nome do médico em referência, doença de Alzheimer é “resultado da progressiva e acelerada destruição dos neurônios, células do sistema nervoso responsável pelo impulso nervoso” (VONO, 2009, p. 27).

Para Freitas e Py (2011), o principal fator de risco para que haja o desenvolvimento das demências e da mesma forma da doença de Alzheimer é a idade, algo que pode ser constatado a partir do aumento progressivo das demências que se dão a partir do 60 anos.

No entanto, existem relatos em diversos trabalhos científicos, a exemplo dos estudos de Gatz e outros autores (2006), que sinalizam para outros fatores de risco: história familiar positiva para este tipo de doença, síndrome de Down, idade materna acima dos 40 anos, sexo feminino, doenças da tireoide, baixa formação educacional, traumatismo craniano, depressão de tardio início, herança de específicas formas alélicas de genotipagem para apolipoproteína e, além de causas genéticas e fatores ambientais.

Patologicamente, a área cerebral mais afetada na doença de Alzheimer é o hipocampo (ver Figura 1). Neste sentido, autores como Caramelli e Barbosa (2002) chamam a atenção para o fato de que o primeiro sintoma que é comumente observado quando do início da doença em discussão é o gradual declínio da memória, de modo especial quando se trata de fatos mais recentes, bem como a desorientação espacial. À medida que o quadro vai evoluindo, outras alterações vão também surgindo, a exemplo das alterações de linguagem, das habilidades visuoespaciais, da mesma forma que os distúrbios de planejamento (funções executivas), ainda de acordo com os autores acima mencionados.

Figura 1 – Áreas cerebrais e normais afetadas pela doença de Alzheimer



Fonte: Pena (2014, p. 2).

A comungar das mesmas ideias de Caramelli e Barbosa, eis o que Neumann (2010, p. 52) declara:

A doença de Alzheimer é a principal causa de demência e pode ser definida como uma condição que provoca

deficiência cognitiva progressiva, onde a memória é a parte mais afetada, principalmente a capacidade de reter novas informações, mas na medida em que a doença evolui outras funções cognitivas como: orientação, linguagem, julgamento, função social e habilidades de realizar tarefas motoras (praxias) também declinam.

Cumpra pontuar que mesmo em períodos em que o paciente esteja em um quadro de relativa estabilidade clínica, a piora progressiva dos sintomas que a doença em comento traz consigo é algo que não se pode impedir (WOLFE, 2006).

Ao examinar os estudos de Campos (2009) foi possível evidenciar que o tempo de evolução da doença de Alzheimer é amplamente variável, no entanto, há que se alegar que o tempo de sobrevivência do paciente – logo após o surgimento dos primeiros sintomas –, é em média de apenas 8 anos.

Miotto e outros autores (2012) pontuam que na atualidade não existe um marcador específico para o diagnóstico da doença de Alzheimer, uma vez que as suspeitas da doença se alicerçam em critérios clínicos quando da exclusão de outros tipos de patologias demenciais e extraídas dos familiares.

Exames de imagens como ressonância magnética e tomografia computadorizada podem revelar “atrofia cerebral com sulcos corticais mais largos e ventrículos cerebrais maiores do que acontece no processo de envelhecimento normal” (CAMPOS, 2009, p. 91).

A realização dos exames acima descritos colabora de forma relevante para o diagnóstico clínico, todavia, Campos (2009) relata que as alterações ilustradas nos exames não são específicas da doença de Alzheimer, pois o diagnóstico definitivo somente se dá *pós-mortem*.

Nesta senda, Miotto e outros autores (2012) destacam que existem dois distintos critérios que permitem a classificação do diagnóstico (quando existe a comprovação neuropatológica atrelada ao quadro clínico do paciente), sendo eles o provável e o possível. No Quadro 2 descrito a seguir serão arrolados alguns dos principais critérios para o diagnóstico provável e possível para a doença de Alzheimer.

Quadro 2 – Descrição de alguns dos principais critérios para o diagnóstico provável e possível para a doença de Alzheimer

Critérios para o diagnóstico provável para a doença de Alzheimer
<ol style="list-style-type: none"> 1. Demência estabelecida por exame clínico, documentada por testes de estado mental e confirmada por exames neuropsicológicos. 2. Déficits em duas ou mais áreas de cognição. 3. Piora progressiva da memória e de outras funções cognitivas. 4. Ausência de consciência. 5. Início entre 40 e 90 anos. 6. Ausência de outras doenças sistêmicas ou cerebrais que possam responder pela demência.
Critérios para o diagnóstico possível para a doença de Alzheimer.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Início, apresentação ou curso clínico atípicos de demência na ausência de outras causas neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas. 2. Presença de um segundo distúrbio sistêmico ou cerebral suficiente para produzir demência, mas não considerado como causa da demência. 3. Déficit cognitivo único, gradualmente progressivo e grave, na ausência de outras causas identificáveis.

Fonte: Green (2001 apud NETO e ELKIS, 2007, p. 159).

A doença de Alzheimer encontra-se subdividida em quatro diferentes fases, sendo elas: fase inicial, intermediária e final. A título de conhecimento serão apresentadas breves considerações em relação a cada uma das fases supracitadas, a partir de dados extraídos dos estudos de Inouye e Oliveira (2003) e Silva (2009).

➤ Fase inicial ou leve – caracteriza-se a partir de leves esquecimentos, alterações de personalidade e julgamento, dificuldade em relação à memorização, problemas relacionados à concentração e atenção, comportamentos depressivos, descuido da aparência, desorientação no tempo e espaço, déficit de afetividade e discreta perda de autonomia no tocante ao desenvolvimento atividades básica relacionadas ao autocuidado.

➤ Fase intermediária ou moderada – nesta fase são percebidas dificuldades no tocante ao reconhecimento dos indivíduos, ausência de capacidade para aquisição de conhecimento, noutras palavras, não existe qualquer tipo de possibilidade para que haja aprendizado, guarda alguns fatos relacionados ao seu passado, incontinência não só urinária como também fecal, apresenta irritabilidade, bem como comportamentos agressivos, tendem a entrar em um quadro de perambulação e com comportamentos de hostilidade.

➤ Fase final ou severa – essa se mostra como a fase mais complicada, tendo em vista que o paciente apresenta importante dificuldade para deglutir os alimentos, o que tende a contribuir para a perda de peso mesmo que sua alimentação seja adequada, completa dependência dos membros da família ou mesmo cuidador, em geral são pacientes que ficam acamados, completa incapacidade de administrar

o próprio autocuidado em relação a sua higiene, irritabilidade, mudanças de humor e dificuldades em comunicar-se com aqueles que estão a sua volta.

Na atualidade não se conhece medicamentos que sejam capazes de cessar o curso da doença e muito menos para impedir o seu desenvolvimento, segundo Freitas e Py (2011). Todavia, muito pode ser feito pelo paciente, bem como pelos seus familiares, mesmo estando diante de uma doença incurável, porém tratável, conforme estes autores.

Atualmente, os pacientes que se enquadram em critérios clínicos de demência de Alzheimer provável ou possível são tratados com medicamentos terapêuticos e de alto custo, a exemplo do donepezil, da galantamina ou rivastigmina. Todos estes medicamentos são fornecidos de forma gratuita pelo Programa Estadual de Medicamentos de Alto Custo, os quais são financiados pelo Ministério da Saúde e cofinanciados pelos estados (BRASIL, 2007).

A efetivação de tratamento não farmacológico é algo que vem sendo abordado em uma diversidade de literaturas que tratam do tema. Entre estes tipos de tratamento estão a adoção de estratégias como: a realização de atividades físicas brandas, devidamente acompanhadas por um profissional especialista, a reabilitação da memória, a inserção do paciente em atividades sociais e artísticas (a exemplo, levá-lo para passeios em parques, teatro, entre outros), pois tudo isso tende a colaborar com a estabilização ou mesmo discreta melhora dos sintomas desta doença, conforme exposto por Ávila e outros autores (2004), Bottino e outros autores (2002) e Abrisqueta-Gomes e outros autores (2004).

Em face às considerações até aqui dissertadas pode-se dizer que é bastante comum que toda a rotina da família passe por um processo de ajuste quando se tem em seu meio algum familiar com este tipo de doença; doença esta que requer não só uma especial atenção como também cuidado não só por parte do cuidador deste paciente, mas de todos aqueles que fazem parte de seu núcleo familiar.

4 O IMPACTO PSICOLÓGICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER (DA) NAS RELAÇÕES FAMILIARES

Como visto na seção anterior a esta, a doença de Alzheimer traz consigo uma série de dificuldades não só para a vida da pessoa que é vítima desta doença, mas também para a vida da família e cuidador desta mesma pessoa.

Isto porque o recebimento do diagnóstico de DA desenvolve, segundo Lunders & Storani (2005), um processo de culpa na família, geralmente pelo fato da não valorização das queixas ou sintomas, à irritação e à falta de paciência do familiar para com o portador.

À medida que os anos vão se passando, os indivíduos que são acometidos pela Doença de Alzheimer tendem a se tornarem cada vez mais dependentes do cuidador e cuidado da família, algo que se dá em função das relevantes limitações que a doença desencadeia. De modo especial em sua última fase, a exemplo das já citadas no corpo do texto deste trabalho como a prostração, dificuldades de deglutição e administrar o próprio cuidado, mudanças de humor, irritabilidade, dificuldade em comunicar-se com aqueles que estão a sua volta, entre outras.

O paciente com doença de Alzheimer necessita indubitavelmente de cuidados especiais, importante função efetivada pelo cuidador, aquele que nas palavras de Silva (2009, p. 225) é reconhecido como “à pessoa que se envolve num processo de cuidar do outro, no qual ele vive uma experiência contínua de aprendizagem e de vida junto com o idoso cuidado, resultando na descoberta das potencialidades mútuas”.

Leite (1999, apud SILVA, 2009, p. 225) chama a atenção para o fato de que “os familiares cuidadores possuem concepções próprias do que seja cuidado”. Neste sentido, o autor acima mencionado explica que a visão do cuidar do paciente (seja ele idoso ou não) para a família é aquela que vai muito além da condução das tarefas, pois este cuidado se manifesta em um olhar bem próximo, no carinho que é dispensado ao paciente, no acolhimento e na atenção que lhe é dada.

Enfim, é ser verdadeiramente solidário com aquele que se encontra enfermo e que jamais escolheria enfrentar determinadas situações, a exemplo de ficar em completa dependência de outrem para efetivar atividades que para o paciente eram bem simples, a exemplo de tomar banho sozinho ou mesmo escovar os dentes.

Taub e outros autores (2004) revelam que de um modo geral o cuidador é escolhido dentro do próprio círculo familiar e, na grande maioria dos casos, a tarefa deste cuidar passa a ser assumida de forma inesperada, algo que segundo os autores supracitados tende a provocar uma sobrecarga emocional.

Ao examinar os estudos de Neri (1999) foi possível perceber que o cuidar de um paciente com Alzheimer requer do cuidador uma especial atenção e completa reestruturação em sua vida diária. Tal reestruturação se dá em decorrência do cumprimento das atividades que o paciente necessita, muitas vezes com um cumprimento de uma carga horária extremamente cansativa e impactante emocionalmente, da mudança de hábitos e até mesmo costumes. Cuidar de um paciente com doença de Alzheimer não é tarefa fácil, o que pode desencadear importantes comprometimentos para a saúde e bem estar do cuidador.

No mesmo sentido segue o entendimento de Silva (2009, p. 226) ao afirmar que:

O envolvimento prolongado na atividade de provedor de cuidados parece ter um efeito negativo sobre a saúde física e

emocional do cuidador, embora, geralmente, ele assuma esse papel com grande satisfação e carinho. Diferentemente da experiência do cuidador parente de uma criança, os cuidadores de pessoas debilitadas ou enfermas encaram uma situação estressante, em função da deterioração gradual do doente, sua eventual transferência para um tratamento institucional ou lamentavelmente, a sua morte. Estudos mostram problemas de sobrecarga do cuidador, alto índice de depressão, sintomas de estresse, uso de psicotrópicos, redução do nível de imunidade e aumento da susceptibilidade a enfermidades.

Ao conduzir um estudo geriátrico comparativo entre três diferentes grupos de cuidadores de pacientes com demência vascular, doença de Alzheimer e um grupo de idosos não demenciados, Rainer e outros autores (2002) identificaram que os cuidadores de pacientes com Mal de Alzheimer são os que mais sofrem impactos emocionais.

Paula e outros autores (2008) esclarecem que vários trabalhos científicos revelam que a medida que os anos vão se passando, o cuidar de um paciente com Alzheimer tende a desencadear para o cuidador uma série de impactos negativos, o que por consequência acaba por desembocar no declínio da qualidade de vida deste cuidador. Neste sentido, eis o que os autores acima mencionados revelam:

Diversas pesquisas identificaram fatores que pioravam a qualidade de vida do cuidador. Depressão, ansiedade e tensão são sintomas comuns entre os cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer, e diversos estudos avaliaram como essas emoções afetam a qualidade de vida dos cuidadores, chegando à conclusão de que a depressão está intimamente relacionada com a solidão, à qualidade da relação entre o cuidador/idoso e a sua personalidade, cultura e nível de estresse, afirmando a importância de maior atenção dos profissionais de saúde em relação à orientação e ao encaminhamento desses indivíduos a serviços que possam lhe prestar atendimento e esclarecimento adequado, buscando melhora da qualidade de vida do cuidador e do idoso. (PAULA et al., 2008, p. 286).

Outro estudo aponta que cuidadores de pacientes com Alzheimer estão muito mais propensos a ter sintomas psiquiátricos, bem como maiores problemas de saúde e conflitos familiares quando comparados a aqueles cuidadores que trabalham com idosos não demenciados, segundo Cerqueira e Oliveira (2002).

Em conexão com o raciocínio de Cerqueira e Oliveira (2002), Guterman e Levkovitz (1999) alegam que para a vida do cuidador a doença de Alzheimer traz im-

portantíssimos impactos psicológicos entre os quais se pode citar: afeta o sistema emocional da família com a deterioração progressiva da memória de seu membro doente, ansiedade e depressão.

Giacomin e outros autores (2005) sustentando os mesmos posicionamentos dos autores relatando que em relação ao comprometimento psicossocial na vida do cuidador ocorrem vários achados, entre eles a depressão, distúrbios do sono, medo, maior uso de psicotrópicos, rupturas de vínculos, isolamento, solidão, diminuição da participação social, perda do suporte social e menor satisfação com a vida.

Nessa expectativa, psicológica e social, a forma pela qual a dinâmica familiar vivencia a patologia vai estar atrelada às relações interpessoais, transgeracionais e de parentesco desenvolvidos em cada núcleo da família, no que, segundo Yuaso (2002) vai depender de: disponibilidade de rede de apoio formal e informal; significado de cuidar para os envolvidos; estratégias de enfrentamento peculiar a cada indivíduo e a cada família; e o modo como as pessoas manejam o estresse e como buscam o conforto emocional.

Sendo assim, as mudanças, a cada fase da doença, afetam os relacionamentos familiares. Segundo Silveira (2000), nas famílias que já não funcionavam bem, geralmente persistem ou até evoluem problemas de relacionamento, após o surgimento da DA. Embora também relate casos em que os familiares reatem relações depois de um período conflituoso.

Ocorre que ao desenvolver as fases da doença, acontecem alterações nos papéis familiares, modificando a estrutura e dinâmica familiar. Luders e Storani (2005) ao atenderem familiares de pacientes com Alzheimer, verificaram que, com o passar do tempo, ocorre uma desagregação na personalidade daqueles que estão envolvidos com a demência do idoso. As relações familiares tendem a sofrer mudanças, emergindo problemas não resolvidos no passado, sendo o desgaste emocional insuportável: "o familiar passa a viver a vida do paciente, principalmente quando este já buscava algum tipo de fuga para evitar o contato consigo mesmo" (LUDERS E STORANI, 2005, p. 154).

Segundo os autores supracitados, mesmo que já tenham sido esclarecidos sobre a doença pelos profissionais envolvidos, a angústia, a raiva, a culpa e a depressão acompanharam os membros a cada fase que a doença vai se desenrolando.

E neste ponto, Silveira (2000) traz uma questão acerca do distanciamento de alguns membros da família, alterando a dinâmica familiar. O autor aponta que ao se distanciarem, alguns familiares o fazem para evitar confrontos, compromissos desagradáveis e a redefinição dos papéis estabelecidos. Além disso, o afastamento pode ocorrer, continua o autor, devido ao medo, pois conviver com um sujeito demente e da mesma família implica estar, a todo o momento, experimentando o medo de tam-

bém vir a ter a doença. Aponta ainda que, em alguns casos, cuidar também pode ser uma maneira de não se dar conta do próprio medo de adoecer.

Com base em todas as informações até aqui dissertadas não há como negar que o cuidado prolongado de um paciente com Alzheimer tende a trazer para a vida do cuidador uma série de impactos negativos, incluindo-se neste rol o impacto psicológico.

Frente a essa realidade é de suma importância que da mesma forma que o paciente, a família e o cuidador, também, devem ser assistidos por um psicólogo, tendo em vista que este profissional pode contribuir de forma relevante no enfrentamento de situações desencadeadas em todo contexto familiar, como uma série de sentimentos como ansiedade, estarecimento, impotência e muita tristeza, sentimentos estes que tendem a se intensificar à medida que o quadro clínico do paciente vai se agravando, algo que requer muitas das vezes o uso de medicamentos psicotrópicos, a exemplo de antidepressivos e antipsicóticos, conforme alegam Crus e Handan (2008).

Em se tratando de estratégias interventivas junto aos cuidadores de pacientes com Alzheimer, autores como Cruz e Hamdan (2008) afirmam que as mesmas surgiram em trabalhos publicados nos últimos 15 anos. Os autores em comento alegam que tais intervenções podem colaborar de forma significativa no sentido de "amenizar a angústia do cuidador, evitar a institucionalização do paciente e permitir que a família possa fazer planos para o futuro". Ainda de acordo com os já citados autores, "a literatura aponta diferentes tipos de intervenção utilizados com cuidadores de idosos demenciados: grupos de apoio, intervenções psicoeducacionais, terapia familiar e terapia individual" (CRUZ e HAMDAN, 2008, p. 227).

Cumprir pontuar, ainda, que da mesma forma que o acompanhamento psicológico, a realização de atividades físicas e disponibilização de um tempo para atividades de lazer também colaboram de forma significativa para a redução dos níveis de ansiedade, estresse e depressão daquele que cuida de um paciente com DA, de acordo com Ribeiro e outros autores (2011) e Nahas (2001).

Silva (2009) recomenda que antes de iniciar qualquer tipo de tratamento junto ao paciente, família e cuidador, é de relevante importância que os profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, a exemplo do psicólogo façam uso de instrumentos de avaliação para logo depois efetivar as intervenções que se façam necessárias.

O autor acima mencionado apresenta um modelo de um instrumento de avaliação em que os profissionais, em suas áreas específicas, podem fazer uso no levantamento de informações, para posteriormente estabelecer a intervenção que se faça necessária junto à família, pois se trata de um instrumento de avaliação voltado ao histórico familiar.

O Quadro 3, ilustrado a seguir traz as informações que deverão ser preenchidas no instrumento de avaliação acima mencionado.

Quadro 3 – Informações que devem ser apresentadas no instrumento de avaliação quando do atendimento de pacientes

<p>1 Histórico Familiar</p> <p>Permite a obtenção de dados para a avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional da família.</p> <p>No histórico, nem todos os dados precisam ser enfatizados na primeira entrevista. Eles serão colhidos de acordo com as necessidades apresentadas pelas famílias.</p> <p>1.1 Identificação familiar: os dados devem ficar sob sigilo absoluto para que a família tenha preservado o direito do anonimato, sendo usado somente para fins educacionais.</p> <p>1.2 Composição familiar: contem dados essenciais para se ter uma avaliação geral das pessoas que moram na mesma casa, ainda que não sejam familiares.</p> <p>1.3 Informações gerais e ou observações: usado para acrescentar eventuais dados que não foram contemplados no instrumento.</p> <p>1.4 Avaliação da família: será realizada a avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional da família.</p> <p>⇒ Avaliação estrutural: permite: visualizar a definição que a família tem de família e os princípios que fundamental a sua organização. Serão avaliadas a estrutura interna, estrutura externa e o contexto familiar. Para a avaliação da estrutura interna será utilizado o Genograma e para avaliação interna, o Eco-mapa.</p> <p>⇒ Avaliação de desenvolvimento: Permite entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família.</p>	<p>⇒ Avaliação funcional: permite ver como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros.</p> <p>1.5 Desenvolvimento familiar: permite visualizar o ciclo vital de cada família, bem como sua tarefa de desenvolvimento.</p> <p>1.6 Vínculos familiares: refere-se aos laços afetivos entre os subsistemas familiares.</p> <p>2 Registro das visitas familiares: permite transcrever todos os cuidados realizados com a família. A anotação deve ser acompanhada de data, hora e assinatura do responsável.</p> <p>3 Identificação dos problemas familiares/diagnósticos: deve ser realizado de acordo com a categoria do profissional que está prestando a assistência.</p> <p>4 Intervenções: idem, idem anterior.</p> <p>5 Evolução: constituída de três elementos:</p> <p>⇒ Respostas às intervenções.</p> <p>⇒ Identificação de novos problemas.</p> <p>⇒ Orientações necessárias.</p>
---	--

Fonte: Silva (2009, p. 118).

Como visto no Quadro 3, a assistência que deve ser prestada à família, seja por um psicólogo ou outro profissional da área de saúde deve passar logo de iní-

cio pela coleta de informações, pois a assistência sistematizada à família colabora no sentido de amenizar os problemas por elas sofridos quando do cuidar de um paciente com Alzheimer.

Segundo Santos (2013), o cuidador deve superar as tensões, analisar a situação e compreender que é ele quem precisa modificar as estratégias para poder se comunicar de forma mais efetiva com o paciente e não o inverso.

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) divulga que os objetivos desse suporte ao cuidador é construir uma ferramenta eficaz para o familiar-cuidador da pessoa com demência, pois permite obter informações acerca das demências, aumentando a identificação de sintomas e a adesão ao tratamento; compartilhar vivências e possibilitar a expressão de sentimentos; fomentar a reflexão sobre o papel de cuidador, diminuindo o grau de estresse; promover maior aceitação do quadro de adoecimento e perdas associadas.

Além de aumento de flexibilidade e adaptabilidade; fortalecer recursos de enfrentamento e desenvolver estratégias mais eficientes para manejo de sintomas cognitivos e comportamentais, melhorando a qualidade de cuidado oferecido; desenvolver formas de relacionamentos mais saudáveis e funcionais, com maior coesão e comunicação familiar; e oferecer ambiente apropriado e prazeroso ao familiar-cuidador, com integração social e troca com iguais.

E assim, pode-se desenvolver diferentes tipos de intervenção para serem utilizados com familiares de idosos demenciados, como grupos de apoio, intervenções psicoeducacionais, terapia familiar e terapia individual, corroborando com o que a ABRAz traz em sua estrutura para o suporte do familiar, por exemplo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dos estudos realizados pôde-se chegar ao entendimento de que a cada ano que se passa o número de idosos vem tendo um aumento substancial, algo que requer maiores reflexões não só por parte dos governantes (no sentido de implementar medidas e políticas públicas que possam oferecer uma melhor qualidade de vida e bem estar aos idosos, incluindo-se aí um serviço de público de saúde eficaz e eficiente), mas também dos pesquisadores (em especial os das áreas de saúde e humanas) para que mais estudos sejam realizados.

O exame de vários aportes teóricos (os quais estão elencados nas referências deste trabalho) revelou que o envelhecimento populacional implica no surgimento de várias doenças, incluindo-se no rol das mesmas as crônico-degenerativas causadoras de demências, a exemplo da doença de Alzheimer – DA.

As evidências bibliográficas apontaram que mesmo depois de passados cem anos da identificação do primeiro caso da doença de Alzheimer, a cura da mesma ainda não foi encontrada (mesmo depois da realização de vários estudos ao longo dos últimos anos), porém a mesma é tratável.

Conforme já fora dito, a doença de Alzheimer é responsável na atualidade por um número aproximado de 100 mortes por ano e que não só traz para o paciente, bem como para a sua família o enfrentamento de uma série de dificuldades entre as quais se destaca o impacto psicológico que esta doença desencadeia.

Ao final de todas as análises efetivadas ficou claramente evidenciado que as hipóteses levantadas na introdução deste trabalho foram devidamente confirmadas e de fato ficou comprovado que a doença de Alzheimer traz para os membros de sua família uma série de impactos psicológicos entre os quais se pode citar: os conflitos familiares em virtude do constante cuidado com o paciente, níveis altos de estresse, depressão, os sentimentos de ansiedade, estarecimento, impotência e tristeza, os quais tendem a se intensificar à medida que o quadro clínico do paciente vai se agravando.

Ao concluir este estudo cabe pontuar que não houve qualquer pretensão por parte da pesquisadora em exaurir as discussões sobre a temática em epígrafe, mas sim, trazer a comunidade acadêmica e a quem o tema possa interessar maiores reflexões e conhecimentos sobre o mesmo.

REFERÊNCIAS

ABRISQUETA-GOMES, J. et al. **Estudo longitudinal de um programa de reabilitação neuropsicológica dirigido a pacientes com doença de Alzheimer**. Arquivos de neuropsiquiatria, São Paulo, v.62, n.3b, setembro, 2004, p.778-783.

ÁVILA, R. et al. **Resultados da reabilitação neuropsicológica em pacientes com doença de Alzheimer leve**. Revista de psiquiatria clínica, São Paulo, v.30, n.4, 2004, p.139-146.

BOTTINO, C.M. et al. **Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer**: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. Arquivos de neuro-psiquiatria, São Paulo, v.60, n.1, março, 2002, p.70-79.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS**. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, 7. Brasília: CONASS, 2007.

CAMPOS, Jorge. **Interferências linguísticas nas interfaces**. Porto Alegre: EDIPU-CRS, 2009.

CARAMELLO, P.; BARBOSA, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.24, n.1, abril, 2002, p.7-10.

CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. **Programa de apoio a cuidadores**: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1):133-150, 2002.

COSTA SANTOS, Silvana Sidney. **Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/artieop/Geral/artigo15.htm>>. Acesso em: 8 mar. 2014.

CRUZ, Marília da Nova; HAMDAN, Amer Cavalheiro. **O impacto da doença de Alzheimer no cuidador**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

FREITAS, Elizabete Viana, PY Ligia et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GATZ, M; REUNOLDS, C.A.; FRATIGLIONI, L.; JOHANSSON, B.; MORTIMER, J.A.; FISKE, A.; PERDERSEN, N.L.; **Role of genes and environments for explaining Alzheimer disease**. *Arch gen psychiatry*; 63 (2):168-174, 2006.

GIACOMIN, K.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambui: a experiência do cuidado domiciliário por esposas dependentes. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, set/out, 2005, p.1.509-1518.

GUTERMAN, Jacob; LEVCOVITZ, Eliane Cotrim. **A doença de Alzheimer afeta o sistema emocional da família com a deterioração progressiva da memória de seu membro doente**. 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=233788&indexSearch=ID>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

INOUYE, K. OLIVEIRA, G.H. Avaliação crítica para o tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer. **Infarma**. Brasília, v.15, n.11-12, p.80-84, 2002. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/revistas/40/alzheimer.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE / Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2012.

LUDERS, S. L. A., & STORANI, M. S. B. Demência: impacto para a família e a sociedade. In: M. P. Netto (Org.), **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globaliza-

da. São Paulo: Atheneu, 2005, p.146-159.

MIOTTO, Elaine Correia; LUCIA, Maria Cristina Souza de.; SCAFF, Milberto. **Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

NAHAS, M. V. **Atividade física e qualidade de vida**. 2.ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NERI, A.L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: NERI, A. L. (org) **Qualidade de vida e idade madura**. 2.ed. São Paulo: Papyrus, 1999.

NETO, Mario Rodrigues Louzã; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria básica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NEUMANN, Solange Maria Freire. **Doença de Alzheimer na família**: repercursões sobre o seu funcionamento. 2010. 122f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, 2010.

PAULA, Juliane dos Anjos de.; ROQUE, Franceline Pivetta; ARAÚJO, Flávio Soares de. **Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a11v57n4.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

PENA, Sérgio. **Cérebro normal e com Alzheimer**. Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/colunas/derivagenetica/imagens/cerebroalzheimer.jpg/view>>. Acesso em: 2 abr. 2014.

PENDLEBURY, W.W, SOLOMON, P.R. **Alzheimer's disease**. Clin Symp. 48(3):2-32, 1996.

RAINER, M.; JUNGWISTH, S.; KRUGER-RAINER, C.; CROY, A.; GATTERIR, G.; HAUSSHOFFER, M. Pflegende angehorige von demenzerkrankten: belastungsfaktoren und deren Auswirkung. **Psychiatrische Praxis**, 29(3),142-147, 2002.

RIBEIRO, R. S. V.; ROSA, M. I.; BOZZETTI, M. C. Malnutrition and associated variables in an elderly population of Criciúma, SC. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.57, n.1, 2011, p.56-61.

SAAD, Paulo M. **Envelhecimento populacional**: demandas e possibilidades. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/Demographicas3/demographicas3artigo5_153a166.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

SANTOS, S. M. A. dos. **Idosos, Família e Cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3.ed., 2.imp., Campinas, SP: Alínea, 2013.

SILVA, José Vitor da. **Saúde do idoso e a enfermagem**: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos. São Paulo: Látia, 2009.

SILVEIRA, Teresinha Mello. **O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos**. Textos Envelhecimento, Rio de Janeiro, v.3, n.4, jul. 2000. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2014.

TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Caderno de Saúde Pública**, 20(2):372-376, 2004.

TOCQUER, Carla Teixeira Ferreira. Demências. In: LOPES, Antonio Carlos. **Diagnóstico e tratamento**. Barueri, SP: Manole, 2013.

VONO, Zulmira Elisa. **O bem no mal de Alzheimer**. São Paulo: Senac, 2009.

YUASO, D. R. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: A.L. Neri (Org.), **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. Campinas-SP: Alínea, 2002, p. 165-201.

Data do recebimento: 9 de Junho de 2014

Data da avaliação: 9 de Julho de 2014

Data de aceite: 16 de Julho de 2014

1 Graduada do Curso de Psicologia do Centro universitário Tiradentes – Unit.

E-mail: thaynavitor5@gmail.com

2 Professora Supervisora Geral de Estágio em Psicologia do Centro universitário Tiradentes

– Unit e Especialista em Psicologia Hospitalar e Intervenção na área de Saúde pelo Centro
Universitário CESMAC. E-mail: naraanadao@gmail.com