

## OS IMPACTOS NA SAÚDE DO CUIDADOR FAMILIAR DE PESSOAS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## HEALTH IMPACTS OF THE FAMILY CAREGIVER OF PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE: A LITERATURE REVIEW

*Gilson Gomes Coelho<sup>1</sup>, Patrícia Santos Teixeira<sup>2</sup>, Juliani Cristina Novak<sup>3</sup>, Mariane Galhardi<sup>4</sup>*

### RESUMO

**Introdução:** Em decorrência da constante evolução nas estimativas da população idosa, o índice de doenças características da velhice também tende a aumentar, como, por exemplo, as demências. Em suma, uma das mais frequentes doenças que atingem as funções neurocognitivas de idosos é a denominada Doença de Alzheimer (DA). A doença é degenerativa e acomete progressivamente funções neurológicas e físicas do paciente. Com o declínio das capacidades de autonomia, percepção e locomoção, ao passo que a doença evolui, o sujeito torna-se totalmente dependente de outra pessoa. **Objetivo:** Identificar os impactos na saúde do cuidador familiar de pessoas com Doença de Alzheimer bem como as estratégias que visam minimizar tais danos decorrentes do processo de cuidar. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas seguintes bases de dados científicos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Alzheimer Brasil (IAB), PEPsic, biblioteca eletrônica SciELO e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). **Conclusão:** Na maioria dos casos, o indivíduo eleito para tal cuidado é geralmente um membro da família. Ao passo que a doença avança de estágio, o desgaste físico e emocional do cuidador passa a afetar diretamente a sua própria qualidade de vida. Frente ao desafio da dedicação, o cuidador limita-se a doar seu tempo e energia exclusivamente ao paciente, deixando a mercê todos seus anseios e dificuldades pessoais. A partir dessa realidade, o papel da psicologia torna-se crucial. Visto que a intervenção psicológica beneficia não apenas com o cuidador principal, mas toda a família em questão; e conseqüentemente o próprio paciente. Assim sendo, o acolhimento e a psicoeducação se fazem indispensáveis no processo de cuidar.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer. Cuidador. Qualidade de Vida.

1. Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá e docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO)
2. Doutora em Educação pela Unesp / Marília e docente da UNILAGO.
3. Graduanda em Psicologia pela UNILAGO.
4. Graduanda em Psicologia pela UNILAGO.

### Correspondência

Gilson Gomes Coelho – UNILAGO – Núcleo de Atendimento Psicológico.  
Rua Dr. Eduardo Nielsen, 960, Jardim Novo Aeroporto, São José do Rio Preto – SP. CEP 15030-070.  
E-mail: gilsonpsico@gmail.com

#### ABSTRACT

**Introduction:** Due to the constant evolution in the life expectancy of the elderly population, the index of aging-associated diseases also tends to increase; dementias for instance. In summary, one of the most frequent diseases that affect elderly neurocognitive functions is the so-called Alzheimer's disease (AD). The disease is degenerative and progressively affects neurological and physical functions of the patient. On account of a reduction of the autonomy, perception and locomotion; whereas the disease progresses, the patient becomes fully dependent on another person. **Objective:** To identify the health impacts in the family caregivers of people with Alzheimer's disease, as well strategies to minimize such damage caused by the care process. **Materials and Methods:** This is a narrative review of the literature conducted in the following scientific databases: Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), Brazil Alzheimer Institute (IAB), PEPSIC, electronic library SciELO, Virtual Health Library (BVS). **Conclusion:** In the majority of cases the individual elected to such care is usually a family member. As the disease stage progresses, physical and emotional stress of the caregiver starts affecting directly his/her own quality of life. Facing the challenge of dedication, the caregiver is limited to donate his/her time and energy exclusively to the patient, leaving mercy all his/her desires and personal difficulties. That said, the role of psychology becomes crucial. Since the psychological intervention benefits not only the main caregiver, but the whole family in question; and consequently the patient. Thus the reception center and psychoeducation are made indispensable in the care process.

**Keywords:** Alzheimer's disease. Caregiver. Quality of Life.

## INTRODUÇÃO

Atualmente dados apontam que a população idosa tem crescido consideravelmente, devido o aumento da taxa de sobrevivência, sendo 65 anos a idade padrão para que o indivíduo seja considerado um idoso, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Frente a essa realidade, pesquisadores de diversas áreas tem se debruçado a desenvolver pesquisas que promovam melhor qualidade de vida a idosos que desenvolvem várias debilidades e doenças advindas do processo de envelhecer.<sup>1</sup>

O envelhecimento é um processo natural da condição humana, onde gradativamente passam a ocorrer mudanças significativas na vida do indivíduo. De modo geral, as principais alterações afetam aspectos biológicos, psicológicos e cognitivos, e a perda da capacidade de adequação, tempo e espaço tornam-se intensa, principalmente se aumentada por uma doença degenerativa como uma demência.<sup>2</sup>

Dentre as principais demências que tem atingido a população idosa ao longo dos anos, a Doença de Alzheimer tem se destacado devido ao fato de acometer não somente a qualidade de vida do indivíduo, mas a família de modo geral, e o cuidador

principal. É uma doença neurodegenerativa, e tem ganhado destaque nos estudos científicos, bem como na saúde pública. Seus impactos são devastadores principalmente para o cuidador, e merece atenção específica.<sup>3</sup>

## **A DOENÇA DE ALZHEIMER E SUAS CARACTERÍSTICAS**

A Doença de Alzheimer, conhecida internacionalmente pela sigla DA, é um distúrbio cerebral progressivo que afeta a memória, o raciocínio e a comunicação do indivíduo acometido pela mesma. Segundo o Instituto Alzheimer Brasil (IAB), a Doença de Alzheimer ocupa o primeiro lugar no ranking dos desencadeadores de demências.<sup>4</sup>

A origem do nome Alzheimer se dá por meio de uma homenagem atribuída ao neurologista cirurgião alemão Dr. Alois Alzheimer (1864-1915), que foi o pioneiro na investigação da doença. Ele diagnosticou como tal comorbidade uma paciente que faleceu aos 51 anos de uma doença cerebral, considerada rara na época.<sup>4</sup>

O médico, portanto, inclinou-se a observar e investigar as alterações ocorridas no tecido cerebral da paciente e pode identificar que houve uma atrofia no córtex cerebral, camada responsável pelo desenvolvimento de atividades intelectuais. A partir de seus estudos, foi que se comprovou, então, as mudanças estruturais que ocorrem no cérebro humano determinantes da denominada Doença de Alzheimer.<sup>4</sup>

De modo geral, a DA é determinada pelo declínio constante das funções cognitivas e memória, ocasionado pelo acometimento do córtex cerebral. A busca por fatores exclusivos da doença tem ganhado espaço nos estudos brasileiros; entretanto, ainda se desconhece riscos isolados desencadeadores da doença. Assim como em outras doenças neurológicas, existe um conjunto de fatores que, somados, aumentam a probabilidade de evolução da doença, como, por exemplo, a idade.<sup>5</sup>

A literatura retrata como umas das principais preocupações no tema em pauta a importância de orientar a população sobre a compreensão da doença a fim de identificar melhores métodos de retardar sua evolução bem como o diagnóstico o mais precoce possível.<sup>6</sup>

Assim como em qualquer doença degenerativa, a DA e seu avanço são determinados por seus respectivos estágios sintomáticos. Dentre os principais sintomas ao longo de toda a DA, alguns sintomas se destacam. Problemas com o vestuário é um dos sintomas marcados da doença; é frequente que o indivíduo se negue se vestir e/ou coloque as peças desordenadas e repetidamente. Roupas com adereços e objetos compostos, como cintos e botões também dificultam a tarefa.<sup>7</sup>

Problemas com o sono também se tornam constante à medida que a doença progride. Agitação noturna e sonos breves contribuem para a agressividade e irritabilidade, que também são sintomas da DA. Por se tratar de um desconforto que ocorre em qualquer pessoa idosa, esse sintoma pode ser imperceptível na fase inicial da doença, porém o não descansar proporciona incomodo e nervosismo no doente de Alzheimer.<sup>8</sup>

A violência e o nervosismo, segundo Barzan (2011), podem ser percebidos em pacientes cuja personalidade é mais temperamental, entretanto, pessoas mais passivas podem não apresentar comportamentos violentos ao longo do avanço da doença. O autor destaca ainda atenção para os desconfortos causados pela incontinência urinária e fecal. Tais agravos ocorrem principalmente nas fases finais da doença.<sup>9</sup>

Atividades diárias, como banho e higiene pessoal, comprometidas também são características marcantes dessa demência. Tarefas desse nível podem ser estressantes ao doente, por terem sua capacidade laboral atingida, assim sendo, em inúmeras vezes ele pode acreditar que já tomou o banho, por exemplo, quando na verdade ainda não o fez. É de extrema importância que tais cuidados sejam conduzidos por pessoas cujo vínculo afetivo seja forte e/ou um profissional especializado nesses tipos de cuidados para poder lidar convincentemente com o paciente.<sup>7</sup>

Além dos sintomas já descritos anteriormente, são características da DA: delírios, alucinações, dificuldade de se locomover e, no estágio final, intensa dificuldade de deglutição (mastigar e engolir).<sup>10</sup>

Todos os sintomas descritos são característicos da doença, entretanto se situam conforme ocorre à perda progressiva das funções cerebrais. A literatura aborda o progresso da doença em três etapas, sendo fase inicial, fase intermediária

e avançada. A fase inicial, ou leve, é caracterizada pela sutil perda da memória recente, intolerância a frustração. O raciocínio é parcialmente preservado, bem como a capacidade de independência.<sup>10,11</sup>

Entretanto, nesse estágio o paciente tem autonomia sobre si e consciência de suas dificuldades, portanto, passa a criar meios estratégicos de recordar o que lhe parece “fugir da memória”, por medo e vergonha.<sup>11,12</sup>

No estágio moderado ou intermediário, as debilidades são mais intensas e limitantes, e passam a se tornar mais evidentes. Ocorre comprometimento intenso na administração de tarefas corriqueiras, perda de memória mais evidente, incapacidade de higienização pessoal bem como alterações comportamentais como andar sem destino, incontinência urinária e fecal, oscilações no humor, agitação e agressividade sem motivo aparente. A comunicação se torna difícil, pois o discurso passa a ter cada vez mais incoerência.<sup>11,13</sup>

Na última fase, denominada por avançada e grave, todos os sintomas se intensificam, e a demência de parcial torna-se total, em que todas as suas atividades sobrem à dependência do cuidador. O corpo se torna rígido, geralmente encurvado para frente, tremores e quedas também são comuns. A comunicação verbal é praticamente toda comprometida, podendo haver inclusive períodos de mutismo.<sup>10,11</sup>

Os índices de novos casos da DA têm crescido consideravelmente em todo mundo, chamando a atenção da saúde pública e pesquisadores. Dados apontam que, atualmente, existem aproximadamente 35,5 milhões de pessoas com demência no mundo, e esse número multiplicará a cada 20 anos, podendo chegar a 115,4 milhões de novos casos até o ano de 2050.<sup>4</sup>

No Brasil, a estimativa é de que existem 1,2 milhão de pessoas atingidas pela DA, e a maioria dos pacientes é mulher.<sup>4</sup> A média do percentual das demências relacionadas ao Alzheimer oscila de 60% a 90%, variando de acordo com os sintomas apresentados.<sup>4</sup>

## **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA**

O diagnóstico da DA é caracterizado como complexo pelo fato de que o surgimento sintomatológico da doença é semelhante a outras enfermidades,

inclusive ao processo natural do envelhecimento. Partindo desse pressuposto é que as famílias se esquivam de procurar auxílio profissional, ocorrendo, portanto, o adiamento de consultas médicas.<sup>14</sup>

De modo geral, estima-se que a média de duração de sobrevivência após o diagnóstico da DA se aproxima dos dez anos, dependendo da idade de descoberta da doença, entretanto essa estimativa pode ser aumentada em até 20 anos. Tais dados variam de acordo com as condições de vida e tratamento do paciente.<sup>15</sup>

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID 10), a Doença de Alzheimer é discriminada conforme suas categorias, onde o símbolo “+” significa a especificação da doença primária, ou seja, a causa básica, e o símbolo “\*” determina o código adicional, ou optativo, conforme abaixo descrito:<sup>16</sup>

- F00 – Demência na doença de Alzheimer
- F00.0\* – Demência na doença de Alzheimer de início precoce (G30.0+)
- F00.1\* – Demência na doença de Alzheimer de início tardio (G30.1+)
- F00.2\* – Demência na doença de Alzheimer, forma atípica ou mista (G30.8+)
- F00.9\* – Demência não especificada na doença de Alzheimer (G30.9+)

Segundo Aprahamian, Martinelli e Yassuda (2008), os critérios para diagnóstico da doença se dão pela exclusão de outros quadros de demência com o auxílio de exames neurológicos e psicoavaliação. A investigação deve ser neuropsicológica.<sup>10,14</sup>

Ainda no quesito exames clínicos, Pivetta (2008), em seu estudo, ressalta a importância dos exames na investigação da DA. Sugere, ainda, que a obtenção de diagnóstico preciso só é possível por meio da autópsia do cérebro para identificar as possíveis alterações anatômicas características da DA.<sup>6</sup>

Implicando a investigação do diagnóstico, é possível destacar alguns critérios de suma importância, como: avaliação funcional, avaliação comportamental, habilidades visuoperceptuais e construtivas, áreas cognitivas específicas, linguagem, memória, atenção e funções executivas. Tais identificações podem ser observadas após a aplicação de uma escala utilizada para mensurar os sintomas, a escala de avaliação clínica de demências, determinada pela sigla CDR.<sup>10,5</sup>

Segundo a versão anterior do Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais - DSM IV, o Alzheimer era categorizado como demência e fazia parte da classificação de delirium, amnésico e outros transtornos. Atualmente, na nova versão - DSM V, a doença é conceituada na categoria de transtornos neurocognitivos, que assinala que o transtorno pode ser maior ou leve, de acordo com a forma que doença se apresenta, e ainda sugere duas possibilidades dentro dessas categorias (maior e leve), sendo elas: provável e possível DA.<sup>15</sup>

O manual aponta, ainda, que no transtorno neurocognitivo maior moderadamente grave podem ocorrer características psicóticas, irritabilidade, perambulação, agressividade e agitação.<sup>15</sup>

De acordo com os a Academia Brasileira de Neurologia (ABN), citada e representada na Revista Científica Dementia & Neuropsychologia, os critérios da DA podem ser determinados em dois subgrupos, assim como no DSM V, sendo Demência da DA provável (1) e Demência de Alzheimer possível (2). Os principais critérios para diagnósticos, de modo geral, são:<sup>5</sup>

1. Demência da DA provável: surgimento dos primeiros sintomas em meses ou anos; piora cognitiva; déficits cognitivos com ou sem amnésia; dificuldade na lembrança das palavras, faces e espaço, e alteração de raciocínio e resolução de problemas. Para se estabelecer o diagnóstico de provável DA, a ABN determina a investigação através de exames como tomografia e ressonância, a fim de excluir a possibilidade de outras doenças neurológicas.<sup>5</sup>
2. Demência da doença de Alzheimer possível: evolução sintomatológica lenta, apresentação mista de doenças, ou seja, possibilidades de outras patologias, e o detalhamento inespecífico sobre a história sintomática do indivíduo.<sup>5</sup>

No Brasil, a investigação diagnóstica para Alzheimer é feita paralela à análise clínica, com exames de imagens e laboratoriais, tais como: sangue, neuroimagem estrutural, neuroimagem molecular e funcional, exame do líquido cefalorraquidiano (LCR) e o eletroencefalograma (EEG).<sup>10</sup>

Partindo do conceito que todo indivíduo é singular em sua subjetividade, é indicado o tratamento de forma interdisciplinar, onde cada profissional vai atuar dentro de sua especificidade para melhor atender as necessidades do indivíduo com DA, já que o tratamento varia de acordo com a necessidade de cada paciente.<sup>5</sup>

O objetivo do tratamento é voltado para a maior preservação suas capacidades cognitivas, como memória e atenção, e diminuição dos efeitos da doença, já que a mesma não tem cura, bem como melhorar o controle do comportamento e retardar a evolução da DA.<sup>5,10,14</sup>

Segundo a ABN, o tratamento para a DA deve ser feito de forma não apenas medicamentosa, mas com orientação e conhecimento tanto com o paciente, quanto para os familiares e cuidadores. À medida que ambos passam a entender a doença e suas fases, melhor é a adequação e preparo para enfrentá-las.<sup>10</sup>

Frente a essa realidade, entra em destaque o papel da psicologia, pois, além de contribuir significativamente com o psicodiagnóstico, propicia acolhimento e orientação não apenas para o indivíduo com a doença e seus familiares, como para o cuidador principal, sendo ou não um familiar. Já que o tratamento medicamentoso detém-se ao foco orgânico da doença, a psicologia aborda questões emocionais.<sup>17</sup>

Na questão medicamentosa, é importante citar que, à medida que a doença progride e evolui de estágio, o fármaco também altera, seja em qualidade ou dose. Inicialmente, são introduzidos fármacos que aumentam níveis de neurotransmissor acetilcolina no cérebro, são administrados na primeira e segunda fase da doença. Para a fase avançada ou final, são utilizados medicamentos que agem sobre o neurotransmissor glutamato, quando a sintomatologia é mais severa e acentuada.<sup>10</sup>

Tendo em vista que a cura e a reversão da DA e da deterioração causada ainda não foram descobertas, a literatura aponta que o intuito atual é aperfeiçoar tratamentos já existentes, que visem melhorar a capacidade cognitiva e também diminuição dos sintomas comportamentais.<sup>18</sup>

Partindo dos pressupostos devastadores e progressivos da DA mencionados, os autores Cruz e Hamdan (2008) destacam a importância para os cuidados especiais. À medida que a DA progride, surge a demanda de dependência, função importante empenhada pelos cuidadores, que, na maioria das vezes, é um próprio membro da família.<sup>19,20</sup>



Uma das características da DA é a mudança de comportamento. Com isso, o cuidador pode vivenciar uma carga de tensão significativa, trazendo desgaste físico e emocional. Portanto, é importante ter informações sobre a doença.<sup>21</sup>

A sobrecarga de funções pode diminuir o desempenho nas atividades do cuidador. Portanto, é de suma importância voltar-se para a qualidade vida do cuidador, já que, de modo indireto, interfere no bem estar do próprio paciente.<sup>22</sup>

Assim, com base nos dados apresentados, o objetivo do presente estudo foi elaborado a fim de investigar os impactos na saúde do cuidador familiar de pessoas com DA e as estratégias que visam minimizar tais danos decorrentes do processo de cuidar.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura no período de 2014 a 2015, com pesquisa nas seguintes bases de dados científicos: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Alzheimer Brasil (IAB), PEPSIC, biblioteca eletrônica SciELO bem como pelo sistema Bireme por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram aceitas ainda revistas científicas eletrônicas e publicações de teses e dissertações. Foram pesquisados artigos de estudos de revisão e estudos primários. Os descritores utilizados para a realização das buscas estão de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e são: Doença de Alzheimer, impacto psicossocial, tratamento, cuidadores, qualidade de vida. Os critérios de inclusão foram: artigos, teses e dissertações publicados no período de 2008 a 2015; artigos que viabilizaram aspectos impactantes tanto da DA quando na vida do cuidador. Foram selecionados estudos nacionais.

Como critério de exclusão, foram delimitados do presente estudo os artigos com datas anteriores ao ano de 2008 e que não trouxeram apontamentos sobre os impactos da DA.

Os estudos foram selecionados inicialmente pelos resumos e analisados na íntegra após a inserção dos critérios de inclusão e exclusão. Foram lidos e relidos a fim de extrair a real conclusão do estudo proposto para que a presente pesquisa obtivesse maior fidedignidade nas considerações apontadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No âmbito geral, o cuidador é quem oferece suporte físico e psicológico na vida do paciente com Alzheimer, prestando auxílio necessário no que diz respeito ao cuidado. Na medida em que a demência progride, aumentam também as atividades desenvolvidas pelo cuidador. Dentre elas incluem-se a administração das finanças, o controle com os medicamentos e as atividades diárias, e o cuidado pessoal, como higiene, alimentação e banho.<sup>23</sup>

A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pelo cuidado ao paciente com Alzheimer. Os sintomas físicos mais frequentes apresentados por pessoas dedicadas ao cuidado dessa demanda, os cuidadores, são hipertensão arterial, doenças respiratórias e propensão a infecções.<sup>19,17</sup>

Esses danos ocorrem porque, na maioria das vezes, esses profissionais trabalham cerca de 60 horas semanais, ou mais, dependendo do caso, e, dessa forma, ocorre o declínio de sua própria qualidade de vida, já que sua energia física e mental está totalmente direcionada ao cuidado do outro. Dentre os agravos psicológicos, são frequentes ansiedade, depressão e insônia.<sup>19,17</sup>

Nem sempre a família opta por contratar um profissional capacitado a lidar com a demanda da debilidade do Alzheimer, seja por questões psicoafetivas ou financeiras. Por esses e outros motivos, acabam por eleger um membro da própria família, que tem maior proximidade com o ente e/ou disponibilidade.<sup>24,12</sup>

Esse membro eleito, por sua vez, delimita toda sua vida ao cuidar, e, muitas vezes, ocorre o abandono do emprego, perda da vida social e exclusão social, que resultam em quadros de depressão, frustração, ansiedade entre outros sintomas desmotivacionais.<sup>23</sup>

Paralelo ao anseio do cuidar, o indivíduo escolhido para tal função sofre com agravos intensos na condição emocional por vivenciar passo a passo a degradação da doença na vida do ente querido, o que acaba resultando em significativos estressores, como angústia, solidão e a própria falta de apoio de outros membros da família.<sup>25</sup>

A diminuição na qualidade de vida e falta de suporte para com o cuidador refletem notavelmente na intervenção com o doente de Alzheimer. Assim sendo, estudos vem sendo desenvolvidos cada vez em maior escala com o objetivo de intensificar as estratégias de manutenção na vida do cuidador e, conseqüentemente, no indivíduo com DA.<sup>19,17</sup>

Os autores Lopes e Calchioni (2012) apontam alguns tipos de intervenções que possibilitam um melhor enfrentamento aos cuidadores perante os impactos que o manejo da doença e do cuidado podem causar ao longo do tempo.<sup>26</sup>

As intervenções consistem em grupos que podem ser tanto de apoio, quanto de intervenções específicas, como, por exemplo, a psicoeducação, onde é trabalhado com o cuidador as orientações sobre as fases da doença e a elaboração das emoções sentidas durante o processo do cuidar.<sup>26</sup>

As intervenções de maior destaque voltadas ao impacto psicológico do cuidador, segundo Cruz e Hamdan (2008), são: grupo de apoio ou grupo de aconselhamento, que consiste na reunião de cuidadores, possibilitando troca de experiências e informações; e terapia familiar, que é indicada quando a família apresenta problemas que podem estar relacionados ao portador ou não, mas que também interferem na qualidade de vida dos portadores e cuidadores.<sup>19</sup>

Os cuidadores dispõem de pouco suporte social. A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) oferece grupos de apoio regionais aos familiares e cuidadores, que consistem em atividades voltadas à informação, ao apoio social e emocional, e à convivência. Atualmente, em algumas regiões do Brasil, grupos visam à estimulação cognitiva para melhorar a autonomia dos portadores.<sup>23</sup>

Conforme aponta o estudo de Paula (2012), existe uma necessidade profunda de assistência intensa para o paciente e o cuidador, em que o foco deve ser sempre a qualidade de vida de ambos.<sup>3</sup>

O trabalho de resignação estrutural familiar deve abordar todas as funções que o processo de doença impõe. A configuração do âmbito familiar deve interpor questões relacionadas à cultura, a crenças e a valores dessa família. O cuidado com as características de cada subsistema familiar é um dos papéis mais importantes do psicólogo nesse contexto. Por isso, a importância da psicoeducação.<sup>3,21</sup>

Outro estudo relevante acerca do tema em pauta é o estudo primário desenvolvido por Moraes e Silva (2009) com 122 cuidadores. O estudo sugere que a demanda do cuidar está fortemente relacionada ao laço afetivo e emocional entre o ente e o cuidador. A maioria são mulheres entre 29 e 88 anos com grau primário de parentesco, e o impacto emocional é mais intenso nessa categoria (feminino), já que a sensibilidade é tida socialmente como uma característica do gênero.<sup>27,28,29</sup>

A literatura aponta que cuidadores com o nível superior de escolaridade podem ser favoráveis no manejo ao cuidado e elaboração das dificuldades que a função impõe. Aponta também que o auxílio de empregadas domésticas é um fator positivo dentro do lar, pois as profissionais, além dos afazeres da casa, auxiliam no cuidado com o próprio paciente, aliviando em certos momentos a sobrecarga do cuidador.<sup>29</sup>

A variação dos impactos causados pela DA oscilam de acordo com a região e cultura local. Avaliar a qualidade de vida do paciente com DA e seu cuidador vai além de perceber as reações de ambos frente a debilidade, mas acolher e resignificar os medos e angústias que a doença impera. É preciso um olhar especial para que, apesar de todos os agravos da doença, o paciente e familiares não desistam da promoção da saúde e melhor qualidade de vida.<sup>21,27,28,29</sup>

## **CONCLUSÃO**

Os impactos psicossociais da DA na vida do paciente e seu cuidador são intensos e progressivos, ao modo que a não manutenção e suporte podem ocasionar agravos mais complexos e devastadores.

A doença é crônica e degenerativa, portanto, ao passo que ocorre o declínio das funções cognitivas do paciente, o cuidador se faz mais presente e disposto a auxiliar o indivíduo em todas as atividades diárias, sendo este, geralmente, um parente.

Assim como o estudo se propôs a abordar, ficou evidente que a qualidade de vida do cuidador está diretamente ligada ao regresso funcional do doente de Alzheimer. Dentre os principais sintomas apontados pelos estudos abordados encontram-se ansiedade, depressão, insônia, perda de emprego, isolamento e afastamento social e, conseqüentemente, frustrações.

A falta de supervisão com o cuidador interfere não somente na alteração na sua qualidade de vida, mas, de modo indireto, no cuidado com o próprio paciente. O desgaste físico e o esgotamento psíquico alteram a qualidade das funções que o cuidador desempenha com o paciente.

Assim sendo, faz-se fundamental a busca por estratégias e atividades voltadas para o bem estar do cuidador, conforme confirmam os autores pesquisados. Algumas delas são psicoeducação, terapia individual e em grupo, e auxílio dos outros membros da família. O incentivo e o investimento na orientação do assunto devem ser constantes para que o diagnóstico e as etapas da DA não causem tantos prejuízos à família.

Cuidar do cuidador é investir indiretamente na qualidade de vida do paciente. Incentivá-lo e auxiliá-lo na promoção da saúde física e psíquica significa demonstrar que a árdua tarefa de cuidar pode não ser tão pesada e desgastante quanto o esperado, e que a preocupação com a saúde deste é tão importante quanto com a saúde do próprio paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. [acesso em 24 ago 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=&cat=-1,-2,-3,8,128&ind=4711>
2. Oliveira ARR. O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI). *Cuad Neuropsicol Pepsic* 2010;4(1):31-41.
3. Paula AMLC. A doença de Alzheimer e o cuidado na família. Dissertação [Mestrado em Serviço Social]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC. Goiânia 2012; 136 p.
4. Instituto Alzheimer Brasil (IAB) [acesso em 9 jul 2015]. Disponível em: [http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/demencias-detahes-Instituto\\_Alzheimer\\_Brasil/32/historia\\_da\\_doenca\\_de\\_alzheimer](http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/demencias-detahes-Instituto_Alzheimer_Brasil/32/historia_da_doenca_de_alzheimer)
5. Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza O, Tosta ED, Silva AB, Junior EH, Magaldi RM. *Dement Neuropsychol* 2011;5(1):5-10.
6. Pivetta M. Na raiz de Alzheimer. *Revista Pesquisa FAPESP*. 2008; 1-6 [acesso em 27 jun 2014] Disponível em: [http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2008/11/16\\_21.pdf?c4999c](http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2008/11/16_21.pdf?c4999c).
7. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, Barham EJ. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Ver Eletr Enf* 2008;10(3):580-590.
8. Geib LTC, Neto AC, Wainberg R, Nunes MI. Sono e envelhecimento. *R Psiquiatr RS* 2003;25(3):453-465.

9. Barzan AM. Conhecimento do cuidador domiciliar de pessoas portadoras de doença de Alzheimer. Monografia [Pós-Graduação em Gerontologia]. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma 2011; 56 p.
10. Academia Brasileira de Neurologia (ABN) [acesso em 10 jul 2015]. Disponível em: [http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico\\_alzheimer.asp](http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico_alzheimer.asp).
11. Azevedo PG, Landim ME, Fávero GP, Chiappetta ALML. Linguagem e memória na doença de Alzheimer em fase moderada. Rev CEFAC 2010;12(3):393-9.
12. Back V. Saúde Mental dos Cuidadores de idosos portadores da Doença de Alzheimer. Monografia [Pós-Graduação em Saúde Mental]. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma 2013; 42 p.
13. Santos CO, Cortina I. O impacto da evolução da Doença de Alzheimer para o cuidador familiar. Rev Enferm UNISA 2011;12(2):128-32.
14. Aprahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. Rev Bras Clin Med 2009;7:27-35.
15. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. American Psychiatric Association. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
16. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID- 10 [acesso em 2 ago 2014]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>
17. Figueiredo D, Guerra S, Marques A, Sousa L. Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. Rev Kairos 2012;15(1):31-55.
18. Gonçalves EAG, Carmo JS. Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: um Levantamento Bibliográfico. Revista Psicologia e Saúde 2012; 4(2):170-176.
19. Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. Psicol Estud 2008;13(2):233-229.
20. Neumann SMF, Dias CMSB. Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador? Revista Psicologia e Saúde Pepsic 2013;5(1):10-17.
21. Shiguemoto GOB. Doença de alzheimer e cuidador familiar principal: estudo da clientela do programa do medicamento de dispensação excepcional do município de São Carlos. Dissertação [Mestrado em Fisioterapia]. Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. São Carlos 2010; 68 p.
22. Bárbara GHS, Bonfim FK, Carvalho CG, Magalhães SR. As dificuldades vivenciadas pelo cuidador do paciente portador de Alzheimer. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações. 2013;11(2):477-492.
23. Seima MD, Lenardt MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. Textos e Contextos 2011;10(2):388-398.
24. Aguiar VS. O cuidador familiar de pessoa com doença de alzheimer: história oral de vida. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Centro de Ciências da Saúde. Natal 2013; 95p.
25. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. Rev Esc. Enferm USP 2012;46(5):1140-6.

26. Lopes LO, Cachioni M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. J Bras Psiquiatr 2012; 61(4):252-61.
27. Leite CDSM, Menezes TLM, Lyra EVV, Araujo CMT. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. J Bras Psiquiatr 2014;63(1):48-56.
28. Santana RF, Figueiredo NMA, Ferreira MA, Alvim NAT. A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência. Texto Contexto Enferm 2008;17(2):288-96.
29. Moraes SRP, Silva LST. Cad. Saúde Pública 2009; 25(8):1807-1815.