

UNIABEU CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNIABEU

MICHELLE DE OLIVEIRA SILVA.

A PRÁTICA DO CUIDADO À PESSOA COM ALZHEIMER: IMPLICAÇÕES E
SOFRIMENTOS DO CUIDADOR FAMILIAR.

BELFORD ROXO
2014.

MICHELLE DE OLIVEIRA SILVA.

A PRÁTICA DO CUIDADO À PESSOA COM ALZHEIMER: IMPLICAÇÕES E
SOFRIMENTOS DO CUIDADOR FAMILIAR.

Projeto de Pesquisa de Monografia
apresentado como exigência parcial para
obtenção do Título de Bacharel em
Psicologia pela UNIABEU Centro
Universitário.

Orientador: Prof. Drº Edmilson Duarte de Lima.

Belford Roxo
2014.

MICHELLE DE OLIVEIRA SILVA.

Monografia apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do Título de Bacharel em Psicologia pela UNIABEU Centro Universitário.

Tendo sido aprovado em ____/____/2014.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Drº Edmilson Duarte de Lima
UNIABEU Centro Universitário.

Mestre: Acry Correia Leite Maya.
UNIVERSIDADE

Mestre: Sérgio Mello Guimarães.
UNIVERSIDADE

DEDICATÓRIA.

Dedico-lhe esta monografia primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mais que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Agradeço a minha mãe, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

Ao meu pai que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante.

Obrigado a minha irmã, cunhado e sobrinho que nos momentos de minha ausência dedicados aos estudos superior, sempre fizeram a entender que o futuro é feito a partir das constantes dedicações no presente.

Ao meu noivo, que sempre esteve ao meu lado me auxiliando nos trabalhos acadêmicos, compreendendo as minhas ausências me dando força e carinho quando eu mais precisei.

AGRADECIMENTO.

Quero agradecer ao professor Edimilson Duarte de Lima que durante esse processo me orientou com bastante paciência e dedicação a professora de língua portuguesa Simone Azevedo por revisar minha monografia e a Maria Betânia por me ajudar a desenvolver o corpo desta monografia.

Aos professores Sergio Mello Guimarães, Fatima Antunes e Mônica Carvalho Pinto.

Aos meus amigos, Nathana Braz de Carvalho, Júlio Cesar, Joyce Lage, Rosana Silveira, Maria Aparecida e Isabel Cristina por sempre estarem ao meu lado todo esse tempo de vida acadêmica, pela amizade, carinho, companheirismo.

As minhas tias e tios, aos primos e primas que sempre me apoiaram.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.

ABRAZ	Associação Brasileira de Alzheimer.
DA	Doença de Alzheimer.

RESUMO

Silva, Michelle Oliveira. **A PRÁTICA DO CUIDADO À PESSOA COM ALZHEIMER: IMPLICAÇÕES E SOFRIMENTOS DO CUIDADOR FAMILIAR.** Belford Roxo: UNIABEU 2014. Trabalho de conclusão de curso, Bacharelado em Psicologia.

O presente estudo tem como objetivo, compreender a importância do trabalho do cuidador na doença de Alzheimer. O estudo prioriza a vida do cuidador na relação com o paciente com Alzheimer. Os autores apontados na formação teórica foram: Hartmann & Lucchese (2012); Falcão & Maluschke (2009); Cruz & Hamdan (2008). As considerações finais tem finalidade de relatar sobre a prática no cuidado à pessoa portadora de D.A que atinge a partir dos 65 anos, é um distúrbio cerebral que afeta a memória, cognitivo e acarreta a exclusão social.

PALAVRA – CHAVE: Doença de Alzheimer; cuidador; família.

ABSTRACT

Silva, Michelle Oliveira. THE PRACTICE OF CARE TO THE PERSON WITH ALZHEIMER'S: IMPLICATIONS AND SORROWS OF FAMILY CAREGIVER. Belford Roxo: 2014 UNIABEU.

Monography, b.a. in Psychology. The present study aims to understand the importance of the work of the caregiver in Alzheimer's disease. The study gives priority to the caregiver's life in relationship with the patient with Alzheimer's. The authors singled out in theoretical training were: Hartmann & Lucchese (2012); Hawk & Maluschke (2009); Cruz & Hamdan (2008). The final considerations purpose of reporting on the practice in the care of the person bearer of d. that reaches from 65 years, is a brain disorder that affects the memory, cognitive and social exclusion entails.

WORD- KEY: Alzheimer's disease; caregiver; family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - UM BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	3
1.1 Sintomas.....	4
1.2 Tratamento do portado de D.A.....	7
CAPÍTULO 2- A PRÁTICA DO CUIDADO À PESSOA COM ALZHEIMER: A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E PACIENTE.....	9
2.1 Como os familiares e cuidadores são afetados pelo estresse.....	11
CAPÍTULO 3 - ALGUMAS RECOMENDAÇÕES DE INTERVENÇÃO COM CUIDADORFAMILAR.....	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

INTRODUÇÃO.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia tem como tema a Doença de Alzheimer (D.A). Contexto “Familiar” foi escolhido pelo fato de que a Acadêmica já teve uma experiência no seu trabalho com um paciente portador da doença, tendo conhecimento dos problemas que esta acarreta (como a alteração de todo o cotidiano da família). Justifica-se o estudo deste conteúdo, pelo fato de que a Doença de Alzheimer é a doença cognitiva mais comum entre os idosos, que segundo Pivetta (2008), corresponde por 60% dos casos.

A Doença de Alzheimer é conhecida mundialmente pela sigla D.A, é um distúrbio cerebral degenerativo que afeta a memória, o raciocínio e a comunicação das pessoas. Caracteriza-se como uma síndrome clínica de deterioração das funções corticais, incluindo memória, pensamento, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento, prejudicando o desempenho social do indivíduo (COHEN,1995).

Para Cayton, Warner e Grahlan (2000) à medida que a doença progredir, os indivíduos precisam, ainda mais, de cuidados e de vigilância nas tarefas que antes executavam habitualmente, sua dependência física e mental acabam se tornando uma realidade.

Assumir a função de cuidador é uma experiência dolorosa, pois cuidar de uma pessoa que está perdendo suas habilidades cognitivas gera vários sentimentos, tais como ansiedade e angústia. Complexidades e restrições de se cuidar de uma pessoa com a Doença de Alzheimer são inúmeras, ou por ausência de recursos sociais ou pela falta de suporte de seus familiares.

Geram-se sentimentos de abandono, ansiedade e, muitas vezes, este cuidador precisa de uma assistência e apoio médico-psicológico para cuidar de si mesmo, para poder oferecer o cuidado que a pessoa com D.A necessita (NÉRI; SOMMERHALDER, 2002).

Para a Doença de Alzheimer ainda não existe cura, entretanto, é possível ajudar as pessoas de várias formas, por meio de medicamentos que ajudam no

bem-estar geral. O papel da psicologia é muito importante, podendo contribuir no psicodiagnóstico, orientações à família e ao cuidador. A intervenção junto a familiares é indispensável em relação ao atendimento do paciente, pois a família e, especialmente, o cuidador necessita se reorganizar para realizar o cuidado.

A atual pesquisa teve como objetivos específicos:

- Analisar quais foram os motivos que levaram esse indivíduo a ser o cuidador principal.
- Apontar as transformações na organização familiar, pessoal e profissional;
- Levantar conceitos fundamentais sobre cuidado, cuidador e D.A.
- Relatar os sentimentos, valores e crenças implicados no ato de cuidar, e verificar se o cuidador tem alguma assistência para prestar os cuidados.

Vale ressaltar o significado da palavra “implicações”, que segundo o dicionário Aurélio (1999), “é um estado de uma pessoa implicada em algum processo, complicação e enredo”.

CAPÍTULO 1 – UM BREVE HISTÓRICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER.

O nome oficial da doença refere-se ao médico neuropatologista Alois Alzheimer, o primeiro a descrever a doença, em 1906. Ele estudou e publicou o caso da sua paciente Auguste Deter, uma mulher saudável que, aos 51 anos, desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação, distúrbio de linguagem (com dificuldade para compreender e se expressar), tornando-se incapaz de cuidar de si.

Após o falecimento de Auguste, aos 55 anos, o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações que hoje são conhecidas como características da doença. (ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer, 2014).

[...] “Que seríamos sem a memória? Esqueceríamos nossas amizades, nossos amores, nossos prazeres, nossos assuntos. O gênio não poderia reunir suas ideias. Por não lembrar, o coração mais afetuoso perderia sua ternura; nossa existência se reduziria aos instantes sucessivos de um presente em constante mudança; não existiria mais o passado. Oh! Pobres de nós! Nossa vida é tão vã que é só reflexo de nossa memória.” (CHATEAUBRIAND, P. 9, 1848).

Somos seres humanos mutáveis e criativos, mas a partir do momento que perdemos a memória, ficamos totalmente sem referencial, dependentes da família, gerando situações conflituosas, até mesmo porque a falta de informação, interesse da família e a demora do diagnóstico retardam o tratamento, gerando consequências graves.

1.1 SINTOMAS.

Os primeiros sintomas da D.A usualmente aparecem após os 65 anos. No início da doença o paciente demonstra dificuldade em lembrar com clareza, tende a cometer lapsos, se confunde facilmente, além de apresentar queda em seu rendimento funcional em várias tarefas. O paciente com D.A tem a tendência de esquecer fatos recentes e dificuldades para registrar novas informações.

À medida que a doença progride o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar as tarefas mais simples, como utilizar objetos domésticos, para vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentar-se (LAKS, 1993).

Em cada uma dessas etapas sucessivas, observa-se gradativamente a perda da autonomia, e consequente o aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para os portadores da D.A (LAKS, 1997).

Com o progresso das práticas médicas levando a maior eficácia das intervenções e tratamentos a mortalidade populacional tem se associado cada vez mais às condições próprias do envelhecimento e degenerativas (LEVCOVITZ, 1999).

Segundo Buosi (1994), os sintomas são associados a uma diminuição da chamada memória recente ou imediata, a que corresponde aos feitos que se desenvolveram recentemente.

A esta perda de memória, adiciona-se a dificuldade para se orientar no tempo e no espaço, mudanças bruscas de humor, abandono progressivo de hobbies e apatia.

Segundo Araújo (2001) as principais características são: o indivíduo esquece datas, chamadas telefônicas, nomes de pessoas, objetos familiares. Começa a ter problemas para seguir uma conversa, equivoca-se em suas contas. O DA está sujeito a bruscas mudanças de humor. Fica com raiva quando se dá conta de que perdeu suas chaves, seus sapatos ou o controle sobre as coisas que o rodeiam. Tem a tendência de se isolar de seus familiares que conhece bem: sai menos e não quer ver seus amigos.

[...] “Se você conhece uma pessoa com Alzheimer, isso não significa que você conheça a Doença de Alzheimer. Esta demência se apresenta de forma extremamente individual. Isto é, as coisas não acontecem da mesma forma para todos os pacientes. Por isso, sensibilidade e atenção são as palavras-chaves. Além, é claro, de informação e uma boa dose de improvisação.” (HARTMANN, LUCCHESI, p. 71. 2012).

Segundo Hartmann & Lucchese (2012), são os estágios da doença de D.A

Primeiro estágio (Alzheimer Leve)

- Não se recorda de fatos recentes
- Coloca os objetos em lugares indevidos
- Dificuldade com raciocínio abstrato
- Incapacidade de tomar decisões e de se concentrar
- Falta de interesse no seu cotidiano
- Relapso com sua aparência
- Desorientação espacial e temporal
- Incapaz de completar suas rotinas diárias

Segundo estágio (Alzheimer Moderado)

- Atitudes indevidas em público
- Apresenta alucinações e delírios
- Perda das habilidades de escrita e leitura
- Despreza as medicações frequentemente
- Incapacidade em realizar tarefas que envolvam cálculos, pagamentos e planejamentos.

- Apresenta dificuldade em realizar tarefas do cotidiano como fazer compras
- Esquece informações pessoais como seu próprio endereço
- Até esse momento lembra o nome da esposa e filhos
- Não precisa de auxílio para cuidados pessoais como se vestir

Terceiro estágio (Alzheimer Severo)

- Possui pouco ou quase nada de memória
- Fica mais suscetível a infecções e apresenta um declínio geral
- Dificuldade de compreender palavras
- Tem incontinência urinária constante
- Dificuldade para engolir e mastigar alimentos
- Perda de peso
- Manifestam pouco ou nada de emoções

Quarto estágio (Alzheimer terminal).

- Na fase terminal a pessoa pode ficar acamada o tempo todo, comprometendo assim sua saúde física, aumentando suas chances de vir a ter pneumonia e outras infecções graves, que podem causar a morte.
- Não consegue se comunicar verbal e não verbal, emite sons.
- Impossibilidade para andar e rigidez motora (Hartmann & Lucchese,2012)

1.2 TRATAMENTOS DO PORTADOR DO D.A

Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) até o momento, não existe cura para a Doença de Alzheimer. Os avanços da medicina têm permitido que os pacientes possam ter uma sobrevida maior e uma qualidade de vida melhor, mesmo na fase mais grave da doença.

As pesquisas têm progredido na compreensão dos mecanismos que causam a doença e no desenvolvimento das drogas para o tratamento. Os objetivos dos tratamentos são aliviar os sintomas existentes, estabilizando-os ou, ao menos, permitindo que boa parte dos pacientes tenha uma progressão mais lenta da doença, conseguindo manter-se independentes nas atividades da vida diária por mais tempo. Os tratamentos indicados podem ser divididos em farmacológico e não farmacológico.

[...] “Não há um teste eficaz para diagnosticar a Doença de Alzheimer. O diagnóstico é feito por um processo de eliminação de outras doenças e condições que podem causar falta de memória. Com isso se obtém uma precisão que supera os 90%. O diagnóstico requer avaliação de diversos especialistas, como neurologista, psiquiatra e psicólogo. Os elementos que normalmente incluem este trabalho são a história médica do paciente; um completo exame físico e neurológico; testes de laboratório, exames de imagem do cérebro e avaliação da situação mental através de testes neuropsicológicos. O único exame que garante 100% de certeza é o exame microscópico do tecido cerebral, que só pode ser feito após a morte do paciente”. (HARTMANN & LUCHESE, P 57, 2012).

Os seguintes elementos de risco não são considerados causa da Doença de Alzheimer, mas, pela sua emergência, ajudam a diferenciar uma maior probabilidade de se desenvolver D.A.

A Doença de Alzheimer é complexa e causada por uma grande variedade de fatores. Apesar dessas influências não seriam conhecidas, têm sido identificados

fatores de risco que podem aumentar as condições de suceder a doença, eles incluem:

- Idade afeta pessoas com mais de 65 anos, podendo raramente, se manifestar em pessoas com 40 anos;
- Já hereditariedade é maior na primeira geração de parentesco, isto é, pais ou irmãos;
- As pessoas que apresentam a variante genética E4 são duas vezes mais propensas à doença. (HARTMANN & LUCCHESI, P 43, 2012).

CAPÍTULO 2- A PRÁTICA DO CUIDADO À PESSOA COM ALZHEIMER: A RELAÇÃO ENTRE CUIDADOR E PACIENTE.

No Brasil, são oferecidas poucas alternativas de apoio, o cuidado dado pela família e por outros membros é de fundamental importância (SANTANA, 2003). Dados do IBGE (2000) mostram que a maioria dos idosos permanece em domicílios, sendo os serviços institucionais responsáveis por menos de 10% desta população.

Há alguns tipos de cuidadores, segundo Falcão e Maluschke *apud* Caldas (2002), classificam os cuidadores como informal e formal, ou principal, secundário e terciário. Como por exemplo, utilizou a denominação cuidador formal principal ou secundário para o profissional contratado, e a de cuidador informal para os familiares, amigos e voluntários.

[...] “Segundo Motta (2004) O art. 3º, parágrafo V, do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) revela que “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, a alimentação, à educação, (...) ao respeito e à convivência familiar e comunitária”, havendo “a priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência” (FALCÃO, BUCHER – MALUSCHKE, P 780, 2009).

No Estados Unidos, diferente do que ocorre no Brasil, a maior parte dos indivíduos com D.A vivem em casa sozinhos. Independentemente do nível social, muitas vezes não há supervisão de médicos ou de cuidadores terapêuticos especializados (PASCALE, 2004).

Segundo Groisman (2002), por tornarem a pessoa totalmente dependente, os transtornos de D.A podem provocar grande sofrimento tanto para os pacientes quanto para seus familiares. Muitas vezes, um familiar assume a tarefa de "cuidador, e passa a viver nesta função". Outras vezes, contrata-se um profissional para realizar a tarefa do cuidar (SANTANA, 2003).

Existem poucos recursos, programas ou serviços de orientação para ajudar as famílias com este problema. Estudiosos estão experimentando, enquanto não existe cura, prevenção ou tratamento adequado, aplicar programas educacionais para as famílias e os cuidadores especializados, ensinando técnicas mais efetivas nos cuidados de pacientes de D.A (PASCALE, 2004).

Estas são medidas que visam tornar as tarefas do dia a dia menos estressante para quem cuida e mais adequadas ao portador de D.A. (PASCALE, 2004).

A pessoa que sofre de D.A não pode ser deixada em casa sozinha o que prende completamente a pessoa mais próxima que o cuida (COHEN & WEISMANN, 1991).

Nos cuidados diários, os cuidadores especializados devem procurar observar e atender as demandas do indivíduo com D.A. Essa aproximação tem sentido, é observada por informações compreensíveis ou sinalizações adequadas para que o portador de D.A possa se posicionar em relação ao seu contexto físico e social (PASCALE, 2004).

A família deve ter um bom conhecimento sobre a DA e sua evolução. A aceitação e a compreensão do problema por maior que seja, são fundamentais para se realizar uma boa intervenção. A informação ajuda a reservar forças, e na tomada de decisões (PEÑA-CASANOVA, 1999).

O cuidador que se encontra em grande tensão emocional, estresse, ansiedade, pode gerar atitudes negativas em relação ao paciente, sendo difícil ter a consciência durante todo o tempo que o paciente não tem nenhuma culpa de sua doença, como transtornos psicológicos e de comportamento (PEÑA-CASANOVA, 1999).

Estimular os cuidadores a reconhecer a importância do apoio social formal e informal também se torna necessário. Neste sentido, é de suma importância discutir questões relacionadas ao estilo de vida do cuidador e ao desenvolvimento da vida fora dos cuidados. Um grupo de apoio pode ajudar a desenvolver essa percepção do cuidador: a de que ele não se encontra solitário e sozinho (SANTANA, 2003).

A solução parece passar pela existência de estruturas sociais e institucionais a serem usadas para apoiar o cuidador junto ao seu familiar idoso e o cuidado propriamente dito. Um cuidador que recebe apoio busca aprender novas estratégias para lidar com o portador de D.A, diminuindo os desencontros entre as necessidades de ambos. Com isso, possibilita a fazer ajustes no seu cotidiano e não anule as suas próprias possibilidades de continuar a ter uma vida própria (CALDAS, 2000).

2.1 COMO OS FAMILIARES E CUIDADORES SÃO AFETADOS PELO ESTRESSE.

Segundo Hartmann e Lucchese (2012) cuidar de pacientes com Alzheimer causa estresse, não importa a experiência do cuidador, pois no cotidiano aparecem situações que os esgotamentos físicos e mentais do cuidador tornam-no mais propenso a crises de estresse.

Os autores supracitados inferem os possíveis geradores de estresse:

- Exagero de trabalho de forma constante;
- Ausência de capacitação própria para lidar com pessoas com Alzheimer;
- Falta de diálogo com o paciente;
- Falta de apoio familiar;
- Sentimentos de depreciação e respeito (Hartmann e Lucchese 2012).

Cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer (D.A), possuem maiores chances de apresentar sintomas psiquiátricos, problemas de saúde, confrontos familiares e aborrecimentos no ambiente de trabalho, se comparados a pessoas da mesma idade que não atuam nesse papel. (Cerqueira e Oliveira, 2002). O embate sofrido pelos cuidadores pode ser observado no consumo de serviços de saúde, pois cuidadores de pacientes com D.A procuram 46% mais médicos e consomem mais medicamentos psicotrópicos- como antidepressivos e antipsicóticos- do que cuidadores de pacientes que não têm D.A (GARRIDO E ALMEIDA, 1999; GRAFSTROM et al; 1992; HALEY, 1997).

Pesquisas mostram que os cuidadores alegam uma piora na saúde física (Garrido e Menezes, 2004), um dano no sistema imunológico, que pode permanecer até quatro anos após o óbito do paciente (Haley, 1997). Como consequência do impacto, até 60% dos cuidadores podem adquirir sintomas físicos e psicológicos. Os sintomas físicos são: hipertensão, problemas no aparelho digestivo, doenças respiratórias e predisposição a infecções. Sintomas psicológicos mais constantes são: depressão, angústia e insônia (ENGELHARDT et al., 2005).

[...] “De modo semelhante, no estudo de Falcão (2006) constatou-se que o papel desempenhado pelas filhas cuidadoras atingiu o relacionamento com seus filhos, bem como o destes com seus avós portadores e não portadores da D.A. No que diz respeito aos pontos positivos, foi visto que alguns netos, especialmente os adultos, também auxiliavam nos cuidados para com os avós que tinham a DA. Entre os aspectos negativos, observou-se que todo o processo advindo da demência e da ansiedade vivenciada pelos membros favoreceu o distanciamento emocional entre os cônjuges, a disfunção física ou emocional em um ou mais de um dos filhos” (FALCÃO, BUCHER – MALUSCHKE, p 781, 2009).

A afetividade da família é primordial, quando todos estão direcionados em cuidar da melhor forma possível, mas na maioria dos casos que vivenciamos não compartilham tarefas, acarretando problema mental e social. A doença em si já deixa a família desconfortável, ocasionando desajustamento social gerando conflitos. Quando não se chega um diagnóstico preciso, ficam conscientes que não há melhora e só retarda a doença.

CAPÍTULO 3 - ALGUMAS RECOMENDAÇÕES DE INTERVENÇÃO COM CUIDADOR FAMILAR.

Cabe a esse capítulo, após uma discussão sobre a doença e o tratamento à pessoa com Alzheimer, apresentar algumas recomendações de intervenção com o cuidador familiar. Tais recomendações se devem pelos aspectos apresentados no capítulo anterior, o qual discute a relação entre o cuidador e o D.A.

Segundo Cruz e Hamdan *apud* Dunkin e Hanley (1998) as operações com os cuidados têm nascido nos últimos 15 anos, porém só atualmente estão sendo pesquisadas, havendo também uma carência de estudos controlados. Mas Cruz e Hamdan *apud* Hinrichsen e Niederehe (1994) relatam que as operações geram mudança da forma que o cuidador interage com o paciente em casa. As estratégias em gerenciar o problema influenciam o ajustamento emocional do cuidador, refletindo uma melhor assistência por parte do paciente.

No que diz Cruz e Hamdan *apud* Dunkin e Hanley (1998) a terapia familiar é aconselhada para familiares com questões mal resolvidas que influenciam no cuidador do paciente; contudo, ainda não há pesquisas sistematizadas que provam a sua eficácia. Já na terapia individual Cruz e Hamdan *apud* Dunkin e Hanley (1998) indica para cuidadores com psicopatologia, com um alto nível de impacto.

No dizer de Cruz (2008), as intervenções psicoeducacionais prolongam a simples transmissão de conhecimento e informações técnicas, podendo visualizar o estabelecimento de um fluxo de subsídios do terapeuta para paciente e paciente para terapeuta, na tentativa de praticar, nos familiares e profissionais, recursos para lidar com a doença.

O fundamental agente a ser avaliado é o posicionamento da família diante da doença. O paciente com D.A passa por vários estágios e a família passa por diferentes etapas. Ao dar início, o cuidador não sabe o que está ocorrendo diante das amostras de déficit do paciente, provocando sentimentos de hostilidade e impaciência.

O paciente pode abranger as próprias deficiências, percorrendo o risco de deprimir-se.

A aceitação do diagnóstico pode causar um efeito de catástrofe. Podem aceitar três posicionamentos indesejáveis entre os familiares: superproteção, fuga da realidade e esperanças excessivas com afinidade ao comportamento do paciente (Câmara et al., 1998).

Aos parentes que fazem evasão da realidade, ou seja, negam a doença, são geralmente os que mais sofrem; já os que assumem a função de cuidador tendem a monopolizar a função, colocando-se na posição de serem os únicos a fazer as coisas e abdicam de qualquer atividade que represente uma satisfação pessoal, acabando “heroicamente estressados” (Goldfard & Lopes, 1996). Quando o paciente não reconhece mais seus familiares há um primeiro luto para a família, devido à “morte social do paciente”. O segundo luto ocorre com a morte biológica do ente querido (GOLDFARB E LOPES, 1996).

Há casos nas quais a família não tem condições de cuidar do paciente e agrava à ajuda de uma pessoa, profissional ou não, que será recompensada para cumprir o papel. Neste argumento embarcam aos cuidadores formais, submissos ao aceitar por diversas agitações na família do paciente, podendo ser objeto de projeção de culpabilidades e frustrações que não podem ser aceitas na família.

Os cuidadores que apresentam uma relação desfavorável com os pacientes podem notar um quadro de movimento comportamental como uma provocação propositada e agravam a situação com uma resposta agressiva.

É fundamental envolver o sistema intergeracional para lidar com as dificuldades encontradas pelos cuidadores e pelos outros membros da família. Segundo Silveira (2000), nas famílias que já não trabalhavam bem, frequentemente prosseguem e até são acentuados problemas de relacionamento. Ainda há casos de familiares que reatam relações depois de um período de conflitos, ocasiões em que a doença tem a função de conectar. Assim, é comum que, em casos de crise, os conflitos tendam a se propagar, causando, por vezes, afastamentos irreversíveis.

Certos membros se distanciam da circunstância, com o alvo de impedir comparações ou por medo, pois habituar-se com um familiar portador de D.A insinua estar vivenciando o medo de também vir a ter a doença.

Os grupos de Apoio da ABRAz são divididos nos seguintes fatos: informativos, apoio social e emocional.

As informações são os cuidados, tratamentos necessários oferecendo palestras sobre a doença onde os cuidadores participam, com isso gerando conhecimento. Os apoios sociais e emocionais que seriam a divulgação de palestras e atendimentos multidisciplinar ao cuidador e paciente.

Outras formas de cuidados aos cuidadores são grupos de convivências, onde reúnem familiares de D.A, e cada um conta seu cotidiano como cuidador. Este grupo propõem favorecer a interação com o familiar e cuidador, estimular o cognitivo e social e gerar autonomia do idoso pelo maior tempo possível. (ABRAz, acesso em 23 de novembro 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Este trabalho teve a finalidade de relatar sobre a prática no cuidado à pessoa portadora de D.A que atinge a partir dos 65 anos, é um distúrbio cerebral que afeta a memória, cognitivo e acarreta a exclusão social. Antigamente a doença era chamada de demência, antes do neuropatologista (Alois Alzheimer) pesquisar e descobrir o diagnóstico preciso após o óbito de uma paciente, onde ele descreveu alterações no cérebro através de exames específicos como ressonância magnética. Apesar da existência de alguns grupos de apoio, localizados em algumas capitais do país como Rio de Janeiro (ABRAZ), onde seu público alvo é destinado aos D.A e seus cuidadores familiares. Há uma equipe multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta) retratam, interagem, avaliam e chegam a conclusão de resultados satisfatórios, quando conseguem todos os objetivos alcançados mediante estudos que levam a qualidade de vida e retardam a doença através de medicamentos e terapias.

As terapias são recursos para equilibrar, orientar e capacitar estratégias para um melhor desenvolvimento no trabalho com o D.A. Tornando-se a convivência harmoniosa.

O papel do psicólogo é de fundamental importância para dar suporte ao desequilíbrio emocional, profissional e social na vida do cuidador família. Pois quando é descoberto o diagnóstico inicia-se o problema crucial, que chegam a conclusão que não tem cura para D.A, mas que é preciso cuidar da melhor maneira possível para obter resultados satisfatórios, projetando tranquilidade para o cuidador. Cabe o profissional sempre dar ferramentas necessárias e precisas para o cuidador sentir fidedignidade ao acompanhamento com a finalidade de interação e não segregação, principalmente no trabalho em grupo. No trabalho individual, o cuidador necessita passar seus anseios, angústias e frustrações em relação ao seu trabalho no cotidiano e suas dificuldades sem soluções que levam dias desagradáveis e inúteis.

É de suma importância que o especialista tenha bastante conhecimento e clareza para projetar no cuidador a dependência do D.A que deposita todos os seus cuidados, sem ter a consciência que está causando todo esse transtorno no seio

familiar. A terapia individual no cuidador é de grande valia para ajustar o desvio de conduta, que a doença provoca para as pessoas que vivem ao seu redor e que por muitas vezes não sabem como agir no decorrer que a doença fica num estágio avançado, ou seja, estágio terminal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Associação Brasileira de Alzheimer. **Grupos de apoio ao familiar, Rio de Janeiro**. 24 novembro 2014. Disponível em < [http:// www.abraz.org.br](http://www.abraz.org.br) >. Acesso em: 24 de novembro 2014.

Boff, L. (1999). **Saber cuidar – ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes Ltda. Centro de Pesquisa do Mal de Alzheimer na cidade de Nova York (1991). *Caring*-Um guia familiar para cuidar de um paciente de Alzheimer em casa. Tradução realizada por um grupo de familiares no Rio de Janeiro.

CRUZ, N, M; HAMDAN, C, A. **O impacto da doença de Alzheimer no cuidador**. Maringá, ed. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, p. 223-229, abri/jun.2008

CALDAS, C.P. **Cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo de demência numa perspectiva existencial**. In: GUERREIRO, T.; CALDAS, C.P. *Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado*. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, 2001.

CALDAS, C.P. **O sentido do ser cuidando de uma pessoa idosa que vivencia um processo demencial**. 2000. 212 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2000.

CO PIVETTA, M. Na raiz do Alzheimer. Revista Ciência e Tecnologia no Brasil, São Paulo, nº153 / Nov, 2008. HEN, Gene D. **O Cérebro no Envelhecimento Humano**. S.P: Andrei, 1995.

CAYTON, Harry; WARNER, James; GRAHAM, Nori. **Tudo sobre a doença de Alzheimer**. São Paulo: Andrei, 2000.

FALCÃO, Silva; MALUSHKE, Bucher. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: **Uma reflexão sobre aspectos psicossociais**. Maringá, ed: Psicologia em Estudo, v.14, n.4, p. 777-786, out/dez.2009.

GROISMAN, D. **Oficinas terapêuticas para idosos com demência**. IPUB, Rio de Janeiro, 2002.

HARTMAN, Ana; LUCCHESE, Fernando. Desembarcando o Alzheimer: **Um guia prático para familiares e cuidadores**. Porto Alegre, ed: L&PM, 2012, p. 192.

MORAES, R. **Análise de Conteúdo. Educação**. Porto Alegre, n.37, p.7-32, março, 1999.

NÉRI, Anita L.; SOMMERHALDER, Cínara. **As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador**. In: NÉRI, Anita (org) **Cuidar de idosos no contexto da família: questões Psicológicas e sociais**. São Paulo: Alínea, 2002

PASCALE, M.A. Ergonomia e Alzheimer: **a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da demência do tipo Alzheimer**. 2002. 120p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

PY, L. **Velhice nos arredores da morte**. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2004.

SANTANA, R.F. **Grupo de Orientação em Cuidados na Demência**. 2003. Monografia (Conclusão de Curso de Especialização em Psicogeriatria) – IPUB, UFRJ, 2003.