



**Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC**

**FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS COM ALZHEIMER: UMA  
REFLEXÃO SOBRE SUAS NECESSIDADES E POSSÍVEIS  
INTERVENÇÕES**

*Family caregivers of elderly people with alzheimer: a reflection on their needs and possible intervention*

Kely Cristina Oliveira<sup>1</sup>, Williana Ferreira Antero<sup>1</sup>, Marília de Paula<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduandas do curso de Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC.

<sup>2</sup> Psicóloga; Mestre em Psicologia pela UFJF; Professora Adjunto da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC.

**RESUMO**

O número de idosos vem crescendo e, junto a este fenômeno, percebemos um aumento das doenças degenerativas como o Alzheimer. Tal situação provoca uma série de efeitos adversos na saúde e bem-estar dos familiares cuidadores. O objetivo desta pesquisa é discutir a importância da Psicoeducação e grupos de apoio para uma melhoria das alterações de humor sofridas pelo cuidador familiar. Trata-se de um estudo bibliográfico através de levantamento de artigos relacionados à Psicologia Social, Psicologia do Desenvolvimento e Políticas Públicas. Observamos que é imprescindível aos profissionais de saúde conhecer a árdua e extenuante tarefa do cuidador, além de propiciar estratégias por meio de políticas públicas condizentes com as reais necessidades, tendo em vista os benefícios potenciais para a saúde física e mental do cuidador e, conseqüentemente, a manutenção e promoção de cuidado do idoso que apresenta doenças degenerativas, principalmente o Alzheimer.

**Palavras chave:** Doença de Alzheimer; Cuidador Familiar; Psicoeducação; Políticas Públicas

**ABSTRACT**

The number of elderly is growing and along with this phenomenon we have noticed an increase in degenerative diseases like Alzheimer's. This situation causes a number of adverse effects on health and well-being of family caregivers. The objective of this project is to discuss the importance of Psycho education and the supporting groups for an improvement in the changes of mood, experienced by the family caregivers. It is a bibliographic study through a survey of articles related to Social Psychology, Developmental Psychology and Public Policy. We note that it is indispensable for health professionals to know the arduous and strenuous task of the caregiver, although it also provides strategies through public policies consistent with the real needs, considering the potential benefits for physical and mental health of the caregiver and, consequently, the maintenance and care promotion of the elderly presenting degenerative diseases, particularly Alzheimer's.

**Keywords:** Alzheimer's disease; Family caregiver; Psycho education; Public policy.

**Endereço para correspondência:** Williana Ferreira Antero.

Rua do Rosário nº 282, Centro – Senador Firmino – MG, CEP-36540-000.

Email: willianaferrapsi@gmail.com

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem elevado significativamente os casos de doenças crônicas e degenerativas, acarretando um aumento considerável da incidência e prevalência de demências, sendo a Doença de Alzheimer a mais comum (Rocha, Carlos, Magalhães Júnior, 2011).

Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2015), a Doença de Alzheimer é uma enfermidade incurável que se agrava ao longo do tempo e deve ser tratada no intuito de retardar o seu avanço. Quase todas as suas vítimas são pessoas idosas. A doença se apresenta como demência, ou perda de funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem), causada pela morte de células cerebrais.

O idoso com Alzheimer apresenta uma perda gradativa da autonomia e o consequente aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros. Quando isso acontece, um cuidador assume a função de apoio (Lopes & Massinelle, 2013).

Segundo Pinto & Barham (2014) a função de cuidador é assumida principalmente pela família, e é desempenhada normalmente por uma única pessoa.

O ato de cuidar traz repercussões ao cuidador familiar, uma vez que exige maior disponibilidade de tempo pela crescente demanda de cuidados, tornando-se muitas vezes uma tarefa exaustiva, mudando toda a rotina familiar, gerando um excesso de sobrecarga e tornando o familiar cuidador propenso a desenvolver transtornos psíquicos, que prejudicam o seu bem estar físico, psicológico e social (Silva, Passo & Barreto, 2012).

Neste contexto, faz-se necessário a elaboração de estratégias de psicoeducação e apoio, por meio de políticas sociais e de saúde, condizentes com as reais necessidades do cuidador, a fim de minimizar as dificuldades e sobrecarga das atividades do cuidado através de programas de avaliação e de intervenções implementadas continuamente por equipes de saúde, tendo em vista os benefícios potenciais para a saúde física e mental do cuidador e, conseqüentemente, a manutenção e promoção de cuidado do idoso com Alzheimer (Sampaio, 2011).

O presente estudo tem por objetivo discutir a importância da Psicoeducação e grupos de apoio para a melhoria das alterações de humor que são sofridas pelo cuidador familiar. Fica evidente que os familiares cuidadores carecem de intervenções que forneçam informações sobre o curso e progressão da doença, sobre o manejo do

cuidado, além de estratégias de suporte emocional, visando minimizar a sobrecarga e o impacto da prestação de cuidados.

Para tal, realizamos um estudo bibliográfico através de levantamento de artigos na área de Psicologia Social, Psicologia do Desenvolvimento e Políticas Públicas, bem como artigos multiprofissionais e relacionados à atual dificuldade de concretização das políticas voltadas para o cuidador.

O trabalho está organizado da seguinte maneira: o primeiro tópico é dedicado a reflexão sobre os impactos do envelhecimento no nosso país e seus principais impactos sociais, abordando a prevalência da Doença de Alzheimer e seus principais sintomas. Posteriormente, abordamos algumas considerações acerca do impacto da Doença de Alzheimer na vida dos familiares que convivem com o idoso. Acentuamos que as modificações que acontecem na vida do cuidador familiar podem causar sobrecarga, ansiedade e depressão. Destacamos que a doença não afeta somente o paciente, atinge também toda família, por isso chamamos a atenção para a importância de que recebam apoio psicológico para uma melhor qualidade de vida. Finalmente contemplamos a eficácia de intervenções psicoeducativas e grupos de apoio realizados com familiares cuidadores de idosos com demência, destacando a sua importância para o bem-estar psicológico e físico dos cuidadores, uma vez que produzem mudanças positivas em sua vida. Do mesmo modo, ressaltamos que, no Brasil, existe escassez de políticas voltadas para o familiar cuidador.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. Envelhecimento e Doença de Alzheimer**

O número de pessoas idosas cresce em ritmo mais acelerado do que o número de crianças que nascem. Embora o índice quantitativo de idosos venha aumentando progressivamente, o sistema social e de saúde no Brasil não se preparou adequadamente para atender esta demanda se tornando, por si só, um desafio social (Hagen, 2011; Gutz, 2013; Pitanga, 2006).

A redução nas taxas de fertilidade e o aumento da expectativa de vida assegurarão o contínuo envelhecimento da população mundial, deixando de ser assunto exclusivo dos países da Europa, América do Norte e Japão (Hagen, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se que até 2025 o número de idosos no mundo será de 694 milhões e em 2050 dois bilhões de pessoas terão 60 ou mais anos de idade. Já no Estudo Econômico e Social Mundial (2007) sobre o envelhecimento, os dados apontam que a América Latina não está alheia a essa transformação. Nas próximas quatro décadas, o número de pessoas com mais de 60 anos passará de cerca de 8 % para quase 25% da população (Hagen, 2011).

Neste contexto, o Brasil deixará de ser um país de jovens para tornar-se um país maduro, passando por um momento histórico de revolução na faixa etária. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 2009, apontou que nos últimos 50 anos, a taxa de nascimentos reduziu quase 50%. Nos anos de 1940 a média era seis filhos por mulher e para 2050 projeções apontam um índice de 2,1 crianças por mulher. A expectativa de vida ao nascer aumentou de 50 para aproximadamente 73 anos no período entre 1995 e 2010 (Hagen, 2011; Gutz, 2013).

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU, 2006) mostram que, entre os mais diversos países em desenvolvimento, o Brasil apresentou o crescimento mais acelerado da faixa etária dos 80 aos 84 anos entre os anos de 2000 a 2005. Projeções (OMS, 2002) estimam que a população de idosos no Brasil cresça aproximadamente 15 vezes contra cinco vezes a população total, entre os anos 1950 a 2025, o que colocará o país na sexta população de idosos do mundo, constituindo-se de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. É importante ressaltar também que no Brasil, 15 milhões de pessoas, representando 8,6% da população, já ultrapassaram os 60 anos de idade (Gutz, 2013; Pitanga, 2006).

O critério utilizado para o estabelecimento cronológico do ser idoso foi estabelecido em 1982 pela Organização das Nações Unidas (ONU) durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas que estabeleceram a idade de 65 anos para países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento. Tal demarcação levou em conta a expectativa de vida ao nascer e a qualidade de vida propiciada pelas nações aos seus cidadãos (Gutz, 2013).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional e dinâmica dos indivíduos, caracterizado pela ocorrência de alterações bioquímicas, morfológicas e psicológicas (Lopes & Massinelli, 2013; Seima & Lenardt, 2011).

Horiguchi (2010) ressalta o envelhecimento não somente pelo aspecto negativo, mas também o envelhecimento positivo e bem sucedido, sendo o processo de envelhecer satisfatoriamente dependente do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, permitindo, com diferentes graus de eficácia, lidar com as perdas inevitáveis.

Di Gianni (2001) define o envelhecer como uma etapa de vida humana em que as pessoas, tanto o homem como a mulher, enfrentam múltiplas sequelas do processo de envelhecimento, caracterizando-o este como uma etapa de desafios que atuam sobre os fatores de ordem física, econômica, social, cultural, política, religiosa e que dificultam um envelhecer mais satisfatório.

Na relação entre envelhecimento e declínio da saúde, alguns idosos podem apresentar ou desenvolver doenças para quais são mais suscetíveis, em função da faixa etária em que se encontram, como por exemplo, as doenças degenerativas (Horiguchi, 2010).

A Doença de Alzheimer (DA) é a causa mais frequente de demência, responsável por mais de 50% dos casos na faixa etária igual ou superior a 65 anos, afetando principalmente mulheres, sendo a quarta patologia maior causadora de mortes em idosos (Arakaki, Tsubaki, Caramelli, Nitrini & Novelli, 2012; Rocha, Carlos & Magalhães Júnior, 2011).

A doença de Alzheimer foi diagnosticada pela primeira vez pelo médico alemão Dr. Alois Alzheimer (1907). O estudioso apresentou o relato sobre o acompanhamento de uma paciente com a doença em uma conferência, definindo o transtorno como uma patologia neurológica, não reconhecida, que segue com demência, sintomas de déficit de memória, alterações de comportamento e incapacidade para as atividades rotineiras. Foi também, durante o início deste acompanhamento feito por ele (1901), que surgiu o termo “Mal de Alzheimer” (Rocha, Carlos & Magalhães Júnior, 2011).

O estado de demência equivale a qualquer deterioração mental ou declínio cognitivo global. Esse déficit causa deterioração das habilidades intelectuais, da memória, da orientação, do pensamento e do comportamento, comprometendo o funcionamento ocupacional, social, educacional e um declínio significativo em relação a um estado anterior de funcionamento do sujeito (Horiguchi, 2010).

A definição de demência a partir do DSM-IV-TR fundamenta-se essencialmente na descrição das alterações que são observadas na Doença de Alzheimer. Tem como características principais múltiplos déficits progressivos de memória, associados ao comprometimento de outras funções cognitivas como: afasia (perturbação da linguagem), apraxia (capacidade prejudicada de executar atividades motoras, apesar de um funcionamento motor intacto), agnosia (incapacidade de reconhecer ou identificar objetos, apesar de um funcionamento sensorial intacto) ou uma perturbação do funcionamento executivo, o qual envolve a capacidade de pensar abstratamente e planejar, iniciar, sequenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo (Horiguchi, 2010).

Estimativas apontam que no Brasil existem cerca de 1.200.000 pessoas que apresentam a Doença de Alzheimer. Considerada uma doença do envelhecimento, é mais comum em pessoas com mais de 60 anos, raramente ela pode ocorrer antes. Acredita-se que 5 a 10% das pessoas acima de 60 anos possam ter algum tipo de demência, sendo a Doença de Alzheimer correspondente a cerca de 50 a 70% do total. Esse número de casos tende a dobrar até 2030, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz), atingindo tanto homens quanto mulheres de todas as raças e classes sociais (Horiguchi, 2010).

O primeiro e mais importante sintoma é geralmente a dificuldade de memória, sendo a memória de fatos recentes a mais afetada. Modificações do quadro clínico são comuns e progressivas, podendo ocorrer, ao longo do tempo, labilidade afetiva, diminuição da capacidade intelectual, desorientação no tempo e no espaço. É comum nesta fase, o indivíduo com Alzheimer desenvolver um quadro depressivo. Com o avançar da doença, os comprometimentos se tornarão cada vez maiores e o indivíduo poderá chegar a não ter mais a capacidade de cuidar de si próprio, podendo chegar a ter uma vida totalmente vegetativa (Horiguchi, 2010).

O estágio inicial caracteriza-se pela falta de memória de fatos recentes e é vivenciada pelo paciente com ansiedade e sofrimento. No segundo estágio, o paciente apresenta um processo depressivo, há perda das funções cognitivas com aumento do estado confusional. Nesta fase o idoso necessita de auxílio de uma pessoa para lhe prestar cuidados, que geralmente é alguém da própria família. No terceiro estágio, o idoso não consegue desenvolver seus próprios cuidados pessoais, se encontrando em completa dependência para realizar qualquer atividade da rotina diária, podendo

apresentar sintomas psicóticos (alucinações, delírios), incontinência total (fecal e urinária), dificuldade de falar e se expressar, no qual as funções cognitivas estão prejudicadas, e é nesta fase que o doente restringe-se somente ao leito. No último estágio (fase terminal), o portador perde toda a sua capacidade mental e física (Lopes & Massinelli, 2013; Rocha, Carlos & Magalhães Júnior, 2011; Vidigal *et al.*, 2014).

O diagnóstico da doença inclui o comprometimento de pelo menos uma função cognitiva, além da memória. Quando já se comprovou que duas ou mais funções cognitivas foram afetadas, a verificação do comprometimento de outras funções permitirá avaliar a intensidade da síndrome demencial. Exame anatomopatológico de tecido cerebral, obtido em biópsia ou necropsia confirmam o diagnóstico (Horiguchi, 2010).

Como o tratamento da Doença de Alzheimer ainda não dispõe de medicamentos capazes de interromper o curso da doença, os medicamentos atualmente disponíveis atingem diretamente os sintomas, e não a sua causa, desacelerando a diminuição da memória (Horiguchi, 2010).

Com a evolução da doença, os idosos com Alzheimer tornam-se dependentes de cuidados, sendo que na maioria dos casos a demanda de cuidado é assumida por um membro da família. Tal situação exige do familiar cuidador não somente assistência e atenção à saúde do idoso, mas também uma mudança significativa em seu cotidiano de vida devido às situações adversas e de alta imprevisibilidade geradas pelo Alzheimer. (Rocha, Vieira & Sena, 2008; Paula, Roque & Araújo, 2008)

## **2.2. O Familiar Cuidador**

O ato de cuidar e de ser cuidado é um aspecto essencial na vida do ser humano. Desde o nascimento os indivíduos necessitam de cuidados e, durante o percurso da vida, aquele que é cuidado transforma-se em um cuidador e, depois, outra vez, volta a ser um indivíduo que é cuidado (Horiguchi, 2010).

Por tal razão, torna-se indispensável para a população idosa, principalmente aqueles que apresentam doenças degenerativas, o cuidado, que passa a ter um significado importante no intuito de minimizar as perdas de sua capacidade funcional e maximizar as suas potencialidades (Horiguchi, 2010).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuidador é a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano. (Pinto & Barham, 2014).

Para Novembre (2006), o domicílio constitui-se o melhor local para o idoso envelhecer. Permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar a identidade e dignidade. Por este motivo, o cuidado por pessoas das quais os dependentes mantêm vínculos afetivos e uma história comum a compartilhar tem sido valorizado (Santos, 2003).

A família é apontada como o principal suporte quando o idoso adoecer, devido à ausência de uma rede de suporte formal adequada. Os familiares cuidadores irão assumir, dentro de suas capacidades, os cuidados relacionados ao idoso. (Arakaki, Tsubaki, Caramelli, Nitrini & Novelli, 2012; Seima & Lenardt, 2011).

De acordo com Pinto & Barham (2014), geralmente a função de cuidador é exercida por mulheres, esposas ou filhas dos idosos, com idades entre 45 e 65 anos. Em sua maioria não têm emprego fixo ou trabalham apenas em empregos de tempo parcial, com baixo nível econômico e educacional. Dificilmente a função de cuidador é exercida por uma nora, e raramente por um homem. Na maioria das vezes, o cuidador familiar desempenha o encargo sozinho, sem ajuda de outros familiares ou profissionais, sendo assim, considerado o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelo cuidado do idoso e em maior parte das tarefas.

A escolha do cuidador principal, muitas vezes, é designada por imposição da família, levando em conta a necessidade de ser uma pessoa confiável e que mantenha um relacionamento afetivo com o idoso. O escolhido pode aceitar seu papel com autonomia e satisfação ou com submissão e predestinação. Os motivos desta escolha são variáveis, e podem ser determinados por questões sociais, culturais e pela história de vida de cada um (Silva, Medeiros, Costa & Bosco Filho, 2013).

Nesse sentido, o familiar destinado à tarefa de cuidar desempenhará um papel crucial na vida do idoso que exigirá uma supervisão constante. Especificamente no caso do Alzheimer, tal cuidado poderá ocorrer de forma integral, uma vez que a citada patologia é neurodegenerativa, caracterizada por alterações cognitivas e

comportamentais, marcada pelo declínio funcional progressivo até atingir o nível de dependência completa (Neumann, 2014).

Frente a essa nova realidade, o familiar cuidador terá que lidar com todas as demandas impostas pela doença. Se antes gerenciava somente a sua vida e suas atividades cotidianas, agora se deparará com uma rotina completamente modificada, uma vez que terá que administrar tarefas múltiplas e desafiadoras. Estas tarefas incluem: aceitar o diagnóstico, administrar o conflito familiar, reprogramar o futuro e, principalmente, realizar atividades diárias distintas que não desempenhava antes, além de fornecer suporte ao paciente (Arakaki, Tsubaki, Caramelli, Nitrini & Novelli, 2012; Lopes & Massinelli, 2013; Silva, Passo & Barreto, 2012; Neumann, 2014).

De forma geral, após assumir a responsabilidade de cuidar, o cuidador sofre uma diminuição brusca em sua qualidade de vida, apresentando consequências psicológicas, físicas, sociais e financeiras negativas, acompanhadas de maiores taxas de depressão, maior probabilidade de adquirir doenças coronarianas, saúde física pior, maior isolamento social. O cuidador também irá arcar com custos financeiros diretos, como compras de medicamentos, e indiretos, como a impossibilidade de trabalhar e falta de tempo para desempenhar funções cotidianas (Pinto & Barham, 2014).

Para Cardoso (2011), o familiar cuidador pode passar por quatro fases de adaptação: na primeira fase, há negação ou falta de consciência do problema. Na segunda, o familiar responsável pelo idoso busca informações sobre o quadro e sobre as suas possíveis causas. É nessa fase que o cuidador começa a perceber que a doença de seu familiar também afetará a sua vida e a das pessoas que estão em sua volta, sendo comum o sentimento de revolta. A terceira fase é caracterizada pela reorganização. O cuidador não tem mais a mesma relação com o enfermo e as novas responsabilidades gera sobrecarga. Por fim, a quarta fase seria a etapa de resolução. Neste momento o ideal seria que o cuidador familiar se tornasse capaz de manejar os desafios e aprendesse a cuidar melhor de si mesmo. Contudo, tal fase raramente pode ser observada, uma vez que em grande maioria dos casos aquele que cuida não chega a alcançar essa etapa.

A pessoa que cuida ininterruptamente precisa estar atenta à execução de determinados procedimentos que exigem concentração e planejamento antecipado do que será feito, visando obter resultados satisfatórios no cuidado que deve ser realizado (Lopes & Massinelli, 2013; Silva, Passo & Barreto, 2012).

O impacto ou sobrecarga na vida do cuidador tem uma relação direta com a presença de transtornos psiquiátricos no idoso, e com frequência é utilizado o termo “fardo” para descrever os aspectos negativos associados ao cuidado (Neumann, 2014; Fernandes & Garcia 2009; Rocha, Carlos & Magalhães Junior 2011).

A sobrecarga é definida como o estado psicológico que resulta da combinação de trabalho físico, tensão emocional, restrição social e dificuldades financeiras, provenientes da atividade de cuidar, e pode ser expressa por problemas físicos, como queixas somáticas múltiplas (cefaléia tensional, astenia, fadiga crônica e alterações no sono), assim como em problemas psíquicos (depressão, ansiedade e insônia). O ato de cuidar gera uma elevada sobrecarga devido às intensas e constantes exigências demandadas, levando o cuidador informal a dar respostas desordenadas em relação às suas capacidades físicas e psicológicas, que conseqüentemente, geram sentimentos de preocupação. Sendo assim, a sobrecarga do cuidador pode culminar no desenvolvimento de doenças agudas e crônicas e, conseqüentemente, no uso de diversas medicações, tornando aquele que cuida, muitas vezes, tão doente quanto o idoso com Alzheimer (Camargo, 2010; Gratao *et al.*, 2012; Santos & Gutierrez, 2013).

Conforme Santos (2003), o excesso de sobrecarga pode ser manifestado pelo aumento do stress, ocasionando alterações na qualidade de vida ou de seu bem-estar físico, psicológico e social.

Um dos agravantes do aumento do estresse é a privação da vida social. O familiar cuidador geralmente manifesta insatisfação em relação ao longo tempo que precisa disponibilizar para desempenhar o cuidado, fazendo com que abandone suas atividades prazerosas, sendo comum também o aparecimento de conflitos relacionados à falta de assistência recebida de outros parentes (Bauab, 2013; Seima, Lenardt & Caldas, 2014).

Outro fator que propicia um desgaste do familiar são as limitações da sua vida profissional ou mesmo o abandono das suas atividades remuneradas para desempenhar sua tarefa de cuidador. (Neumann & Dias, 2013).

Segundo Vieira, Stecher, Berges, Rodrigues & Costa (2008), o stress é uma resposta inadequada do sujeito resultante de uma significativa exposição a eventos físicos, psicológicos e sociais estressantes, e se desenvolve quando as estratégias costumeiras de enfrentamento tornam-se ineficazes, podendo ocasionar patologias de tipo psicossocial, como a *Síndrome de Burnout*.

*“A Síndrome de Burnout refere-se a uma condição de mal-estar psicológico e indisposição que decorre de uma situação de trabalho, vivenciada como estressante e permanente. O Burnout pode ser observado quando as expectativas individuais e anseios a respeito de uma determinada situação de trabalho, desiludidas por uma realidade que não as correspondem, deixam lugar a um sentimento de fracasso, impotência e desespero.”* (Alves, 2005)

Alguns estudos caracterizam o estresse como um impacto tanto objetivo quanto subjetivo. O impacto objetivo corresponde aos problemas de ordem prática, ocorridos no cotidiano dos cuidadores, tais como dificuldades financeiras, problemas de saúde. Os componentes do impacto subjetivo correspondem aos sentimentos de ressentimento, exclusão e embaraço (Lemos, Gazzola & Ramos, 2006).

Rocha, Vieira & Sena (2008) apontam que o estresse pode estar associado à resistência do idoso aos cuidados, ao ambiente inadequado e a “falta de conhecimento” para diferenciar uma necessidade orgânica de uma emocional.

O vínculo afetivo com o ente que sofre com a demência e as intensas exigências demandadas pelo ato de cuidar pode ocasionar, também, sentimentos persistentes e difusos de tristeza, mudanças no apetite, distúrbios de sono, perda de energia, falta de concentração, sentimentos de culpa e desesperança. Tais sintomas correspondem ao Transtorno de Humor Depressivo (Santos & Gutierrez, 2013).

O isolamento social bem como a falta de tempo para si próprio e para o contato com a família e os amigos, possíveis interrupções na carreira profissional, gastos excessivos e falta de tempo para o lazer, favorecem ainda mais o surgimento de quadros depressivos (Lemos, Gazzola & Ramos, 2006).

Segundo Oliveira *et al.* (2012), o impacto sobre a qualidade de vida destes cuidadores tem grande relação com a idade dos mesmos. Quanto mais velhos mais propensos a desenvolver desgaste físico e mental, uma vez que já enfrentam problemas relativos ao processo de envelhecimento como a diminuição da força e da agilidade.

Ao considerar a alta sobrecarga que propicia o surgimento de um nível considerável de estresse, quadro ansioso e depressivo, além de um comprometimento na cognição dos cuidadores familiares, torna-se evidente a importância de programas de apoio, no sentido de compartilharem sentimentos e experiências para melhor se adaptarem à função de cuidador e para uma melhor convivência com os familiares (Santos & Gutierrez, 2013; Silva, Passo & Barreto, 2012).

Quando a família e o cuidador não conseguem encontrar alternativas viáveis ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o manejo da situação, há forte tendência para a desorganização familiar e individual, trazendo consequências negativas para o cuidado com o idoso e para o bem-estar do cuidador. Cuidar do idoso no domicílio é tarefa que deve ser preservada e estimulada, porém, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado não deveria ser tarefa de um único familiar, sem apoio nem serviços que possam atender às suas necessidades e sem uma política de proteção para o desempenho desse papel (Camargo, 2010).

O cuidado no domicílio sustenta-se em relações de intersubjetividade e requer novas modalidades de comunicação, de acordos e de responsabilização que estão sob determinações políticas, econômicas, éticas, sociais e culturais (Camargo, 2010).

Segundo Santos, Souza, Brasil & Dourado (2011), o cuidador é responsável pelo conjunto de cuidados desempenhados para com o idoso, mas, geralmente, há uma falta de informação sobre como lidar adequadamente com a pessoa a ser cuidada. Diante disso, nota-se a necessidade de orientação e suporte a quem está envolvido nessa tarefa.

### **2.3. Intervenções propostas**

O cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. O compromisso com o cuidado do outro envolve também o autocuidado, a autoestima, a auto valorização e a cidadania de quem cuida (André, 2011).

Areosa, Henz, Lawisch & Areosa (2014), afirmam que apesar de existirem várias normatizações que enfocam o idoso e sua família, o Brasil mostra um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, principalmente quando acompanhado por doenças crônicas e limitações físicas, cabendo às famílias o enfrentamento de questões nunca antes experimentadas.

Segundo Souza, Wegner & Gorin (2007), os Sistemas de Saúde vigentes no Brasil possuem a inclinação de indicar a permanência de pessoas em suas casas, tanto aquelas com doença controlada quanto as que se encontram em situação de cuidados paliativos e sob o cuidado de sua família. É perceptível que os programas de saúde brasileiros ignoram o cuidador familiar, componente fundamental para a reabilitação e recuperação das pessoas enfermas.

Para Camargo (2010), a ação de cuidar exercida pela família ainda não recebe o destaque que merece por parte dos profissionais de saúde, tendo em vista a pouca relevância que as Políticas Públicas têm demonstrado ao tema.

Conforme estudos de Camacho & Coelho (2010), é importante a ampliação de estratégias que tenham o cuidador familiar como o sujeito principal e que promovam intervenções capazes de reduzir o ônus gerado pela sobrecarga adicional. Neuman (2014), também compartilha deste pensamento, enfatizando a urgente necessidade do Brasil planejar intervenções de apoio à cuidadores informais de idosos com demência com o intuito de auxiliar as famílias a cuidarem de seus familiares idosos com dignidade, menores sobrecargas e uma melhor qualidade de vida.

Percebe-se que tanto os cuidadores familiares como as instituições consideram suas ações como uma extensão das relações pessoais e familiares, não reconhecendo que este cuidado tornou-se um problema social. Tal percepção faz necessário que os cuidadores de idosos recebam suporte e orientações de como proceder durante os processos de cuidado (Camargo, 2010; Nardi, Sawada & Santos, 2013).

Conforme Andrade (2011), uma das intervenções que podem ser empregadas é a psicoeducação, que propicia benefícios tanto para o familiar cuidador como para o idoso. As intervenções psicoeducativas são conduzidas, em geral, por um psicólogo e visam minimizar as consequências negativas do processo da sobrecarga (Yacubian & Neto, 2001)

É comum os cuidados ofertados aos familiares doentes acontecerem de forma intuitiva, baseada em crenças, possíveis experiências anteriores e mediante a troca de informações com pessoas nem sempre capacitadas. A intervenção psicoeducativa é uma ferramenta de grande relevância para a construção da consciência crítica dos cuidadores, no intuito de alcançarem autonomia na prática de cuidar, respeitando seus conceitos e valores, além de promover alívio da sobrecarga e dos sintomas depressivos daqueles que cuidam (Sampaio, 2011; Cruz & Hamdan, 2008).

A partir da década de 1980, a psicoeducação começou a ser muito pesquisada por autores como Anderson e Hogarty, McFarlane e Liberman, nos Estados Unidos; Fallon e colaboradores, na Nova Zelândia, Barrowclough e Tarrier, e Kuipers e colaboradores no Reino Unido. Era utilizada para descrever um conceito terapêutico comportamental consistindo em quatro elementos: informar o doente relativamente a sua doença; treino de solução de problemas; treino de comunicação; treino de auto-

assertividade. Apesar de a psicoeducação ser dirigida, primariamente, para o doente, os familiares também poderiam ser incluídos. Anos depois foi criada uma nova definição, na qual a psicoeducação passou a ser compreendida como uma intervenção sistêmica, didática e psicoterapêutica, para informar ao doente e os seus familiares sobre a doença e o seu tratamento, facilitando a compreensão e dando suporte a todos aqueles que necessitassem (Sampaio, 2011).

A psicoeducação não tem a estrutura da psicoterapia, uma vez que, refere-se a um tratamento em que a comunicação é ativa para informar. O tratamento pode ser individual ou em grupo. As indicações para este método são muitas e podem beneficiar todos os tipos de cuidadores, mesmo em uma única sessão (Cruz & Hamdan, 2008).

As intervenções psicoeducativas são eficazes no sentido de favorecerem o bem estar psicológico e físico do cuidador, uma vez que, ao aprenderem habilidades úteis os cuidadores familiares podem evitar e diminuir a frequência de comportamentos problemáticos típicos da demência. Os idosos também se beneficiam, porque a qualidade do cuidado recebido melhora e seus problemas de conduta, que podem representar risco para seu próprio bem-estar, diminuem (Dornelles, 2010).

As intervenções em grupos de apoio tem apresentado um acentuado crescimento na realidade brasileira atual, por ser uma modalidade terapêutica fundamental, sobretudo nas instituições, e tem sido valorizada em função do crescente reconhecimento da importância das trocas interativas no desenvolvimento psicológico humano (Guanaes & Japur, 2001).

A participação dos cuidadores familiares nos grupos de apoio favorece a redução de carências e a reestruturação de forças e energias, agregando mudanças positivas na forma de encarar a situação vivida pelos cuidadores, incluindo a educação como uma forma de esclarecimento sobre a doença, suporte social e um efeito terapêutico resultante da identificação entre as pessoas que compartilham de um mesmo problema. Não reduzem o impacto, mas podem reduzir significativamente sintomas psiquiátricos presentes no cuidador (Cruz & Hamdan, 2008).

Segundo Neumann (2014), as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas não estão disponíveis de uma maneira sistemática e nem são acessíveis em serviços oferecidos nas instituições o que contribui para que as publicações e estudos sobre o tema sejam escassos.

Biolo & Portella (2010), reconhecem que para um programa de apoio ser efetivo aos cuidadores, é necessário que os serviços e os profissionais da atenção básica em saúde conheçam sua realidade e saibam quais são as necessidades por eles apontadas. Só assim estarão preparados para atender as demandas do familiar cuidador.

### **3. CONCLUSÃO**

Concluimos que cuidar não é uma tarefa linear, nem tampouco, simples. As implicações frequentes da condição do idoso com demência e o senso de sobrecarga associado ao cuidado, leva ao cuidador as mais variadas alterações biopsicossociais.

Tal fato remete a necessidade da inclusão dos cuidadores familiares no tratamento da demência, uma vez que, o suporte aos familiares reflete uma melhor qualidade de vida não só para o cuidador, mas principalmente para o paciente.

Atualmente o cuidador informal se encontra desassistido pelo sistema de saúde vigente, que não visualiza adequadamente a sua importância na recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos doentes.

Observamos então, a necessidade da criação de políticas públicas com a inclusão de intervenções efetivas para amparar o cuidador familiar, e também de uma boa formação de profissionais de saúde especializados nessa área, além de investimentos em pesquisas relacionadas à prevenção do impacto no cuidador.

Consideramos importante apresentar nesse estudo algumas vias possíveis a fim de diminuir a sobrecarga desses cuidadores e a torná-los menos desamparados, tais como: a psicoeducação e a participação em grupos de apoio no intuito de enfatizar e intensificar os aspectos positivos preservados pelos envolvidos e enobrecer as relações de partilha, cooperação, ajuda e troca que servem de equilíbrio para as dificuldades, uma vez que o conhecimento dos cuidadores familiares a respeito da doença é limitado, podendo dificultar o planejamento dos cuidados ao idoso e potencializar a sobrecarga do cuidador.

Espera-se também que sejam realizadas pesquisas mais específicas sobre esse tema, inclusive despertando novas questões e apresentando novas propostas de condução dos problemas para uma melhor qualidade de vida dos cuidadores junto a seus idosos acometidos pela Doença de Alzheimer.

A existência de serviços de apoio educativo, psicológico e social é essencial para reduzir as consequências advindas do ato de cuidar. Contudo, há necessidade de uma padronização da abordagem em termos de estrutura, duração e conteúdos abordados, para que se obtenham informações mais precisas sobre o efeito desse tipo de intervenção.

#### 4. REFERÊNCIAS:

Alves, C. F. O. (2005). *Entre o cuidar e o sofrer: O cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Andrade, A. M. E. (2011). Eficácia de um programa psicoeducativo para cuidadores informais de adultos mayorescondemencia. *Revista Facultad de Salud-RFS*, 3(1), 9-19.

André, L. M. (2011). *Necessidades do Cuidador informal de idosos: Uma abordagem de saúde da família Pólo Conselheiro Lafaiete*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, MG, Brasil.

Arakaki, B. K. S., Tsubaki, J. N., Caramelli, P., Nitrini, R. & Novelli, M. M. P. C. (2012). Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23(2), 113-121.

Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D. & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 482-494.

Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). O que é Alzheimer. Recuperado em novembro, 2015, de <http://www.abraz.com.br>

Bauab J. P. (2013). *O cotidiano, a qualidade de vida e a sobrecarga de cuidadores de idosos em processo demencial de uma unidade escola ambulatorial*. Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Biolo, H. F. & Portella, M. R. (2010). Vivência do cuidador familiar: casos acompanhados pela estratégia da saúde da família na cidade de Passo Fundo - RS. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 15(2), 177-195.

Camacho, A. C. L. F. & Coelho, M. J. (2010). Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 279-84.

Camargo, R. C. V. F. (2010). Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(2), 231-254.

Cardoso, M. J. S. P. O. (2011). *Promover o bem estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturada*. Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Cruz, M. N. & Hamdan, A. C. (2008). O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 223-229.

Di Gianni, V. M. P. (2001). *O idoso – homem – e o seu envelhecer*. Tese de Doutorado em Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP, Brasil.

- Dornelles, A. R. A. (2010). *Intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
- Fernandes, M. G. M. & Garcia, T. R. (2009). Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 818-824.
- Gratao, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. D. S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F. & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto and Contexto Enfermagem*, 21(2), 304.
- Guanaes, C. & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 134-40.
- Gutz, L. (2013). *Envelhecimento e espiritualidade: um estudo sobre representações sociais de idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Hagen, S. I. (2011). *Políticas públicas para o envelhecimento: atuação dos conselhos de direito da pessoa idosa*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Horiguchi, A. S. & Lipp, M. E. N. (2010). Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais. *Psychiatry Online Brasil*, 15(3).
- Lemos, N. D., Gazzola, J. M. & Ramos, L. R. (2006). Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 170-9.
- Lopes, S. R. D. A. & Massinelli, C. D. J. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia*, (40), 134-145.
- Nardi, E. F. R., Sawada, N. O. & Santos, J. L. F. (2013). Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(5), 1096-1103.
- Neumann, S. M. F. & Dias, C. M. S. B. (2013). Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador?. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1).
- Neumann, S. M. F. (2014). *Doença de Alzheimer: Intervenção psicoeducativa para familiares cuidadores*. Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Novembre, R. C. (2006). *Cuidador familiar do idoso dependente: estudo do perfil socioeconômico e de saúde*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Oliveira, W. T., Antunes, F., Inoue, L., Reis, L. M., Araújo, C. R. M. A. & Marcon, S. S. (2012). Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 129-137

- Paula J. A., Roque F. P. & Araújo F. S. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(4), 283-287.
- Pinto, F. N. F. R. & Barham, E. J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3).
- Pitanga, D. A. (2006). *Velhice na cultura contemporânea*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Rocha, E. A., Carlos, L. K., & Magalhães, C. A. D. O. Jr. (2011). A Visão do Cuidador em Relação ao Doente de Alzheimer: Investigação e Análise do Cuidado Prestado. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 4(1), 95-106.
- Rocha, M. P. F., Vieira, M. A. & de Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801.
- Sampaio, F. M. C. (2011). A Psicoeducação e Sobrecarga dos Cuidadores Informais do Idoso com Demência: Análise Baseada na Evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (5) 30-36.
- Santos, C. F. D. & Gutierrez, B. A. O. (2013). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(4), 792-805.
- Santos, R. L., Sousa, M. F. B., Brasil, D. & Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista Psiquiatria Clínica*. 38(4), 161-167.
- Santos, S. M. A. (2003). Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: *Editora Alínea*.
- Seima, M. D. & Lenardt, M. H. (2011). A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos*, 10(2), 388-398.
- Seima, M. D., Lenardt, M. H. & Caldas, C. P. (2014). Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2).
- Silva, C. F. da, Passos, V. M. A. & Barreto, S. M. (2012). Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 707-731.
- Silva, M. B. M. da, Medeiros, S. M. de, Costa, R. R. O. & Bosco, J. Fº. (2013). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde, Vitória*, 15(3) 14-23.
- Souza, L. M., Wegner, W. & Gorini, M. I. P. C. (2007). Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 337-343.

Vidigal, F. C., Ferrari, R. F. R., Rodrigues, D. M. M. R., Marcon, S. S., Baldissera, V. D. A. & Carreira, L. (2014). Satisfação em cuidar de idosos com Alzheimer: percepções dos cuidadores familiares. *Cogitare Enfermagem*, 19(4).

Vieira, C., Stecher, F. P., Berges, L. C. L., Rodrigues, P. J. T. & Costa, V. F. (2008). *O Stress esta dentro de você*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, Universidade Federal de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil.

Yacubian, J. & Lotufo, F. Nt. (2001). Psicoeducação familiar. *Família Saúde Desenvolvimento*, 3(2), 98-108.