

---

## **Implicações da Doença de Alzheimer na Saúde do Cuidador: Um Estudo de Revisão Bibliográfica**

Vanuza Ferreira Marschner  
*Faculdade de Educação de Tangará da Serra – FAEST*

---

**Resumo:** A Doença de Alzheimer é caracterizada por um declínio progressivo nas áreas de cognição, função e comportamento. O cuidado de um idoso com Doença de Alzheimer está associado a sobrecarga sobre a vida do cuidador. Ao longo do tempo o crescente desgaste pode levar ao adoecimento dos familiares cuidadores. O objetivo desse estudo foi contextualizar as implicações da doença de Alzheimer na saúde do cuidador. Trata-se de um artigo de revisão bibliográfica a partir de livros especializados e artigos científicos indexados em bibliotecas e publicações do ministério da saúde. O estudo revelou que a medida que a doença progride surge a demanda por cuidados especiais, função importante desempenhada pelos cuidadores. Também foi evidenciado que o desafio de cuidar de uma pessoa com Doença de Alzheimer passa por estratégias de construções diárias de novas possibilidades de viver e que o declínio do paciente e suas demandas específicas são fatores importantes que apontam para o adoecimento físico e psicológico do cuidador. Conclui-se que variáveis como qualidade e condições de vida, sobretudo a saúde psicológica dos familiares cuidadores deve ser investigada constantemente a fim de subsidiar os profissionais de saúde no auxílio a estes indivíduos.

**Palavras-Chave:** Doença de Alzheimer. Cuidador. Impacto na saúde.

## **Implications of Alzheimer's Disease on Caregiver Health: A Literature Review Study**

**Abstract:** Alzheimer's disease is characterized by a progressive decline in the areas of cognition, function and behavior. The care of an elderly person with Alzheimer's Disease is associated with an overload on the caregiver's life. Over time, increasing wear and tear can lead to illness of family caregivers. The aim of this study was to contextualize the implications of Alzheimer's disease on the caregiver's health. It is a bibliographic review article based on specialized books and scientific articles indexed in libraries and publications of the Ministry of Health. The study revealed that as the disease progresses, the demand for special care arises, an important role played by caregivers. It was also shown that the challenge of caring for a person with Alzheimer's Disease involves strategies for building daily new possibilities for living and that the decline of the patient and his specific demands are important factors that point to the physical and psychological illness of the caregiver. It is concluded that variables such as quality and life conditions, especially the psychological health of family caregivers, must be constantly investigated in order to subsidize health professionals in helping these individuals.

**Keywords:** Alzheimer's disease. Caregiver. Impact on health.

## Introdução

Envelhecer faz parte do ciclo de vida de cada indivíduo. No entanto, nas últimas décadas o envelhecimento da população tem apontado para o aumento da perspectiva de vida do ser humano. Por outro lado, o fenômeno do envelhecimento tem consequências diretas nos sistemas de saúde pública. E o aumento do crescimento desta parcela da população tem como uma das principais consequências o aumento da prevalência das demências, especialmente da doença de Alzheimer (DA). Por ser uma doença degenerativa que leva a pessoa progressivamente ao estágio de total incapacidade, seja cognitiva ou motora, a DA afeta diretamente a vida dos familiares da pessoa diagnosticada com essa Demência. Por isso é fundamental o diagnóstico precoce da DA bem como a intervenção terapêutica. Tal procedimento diminui os níveis de estresse para os familiares, prolonga autonomia e talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo demencial.

Diante dessa problemática esse estudo se justifica-se por compreender o desenvolvimento do Alzheimer, bem como apresentar estratégias de cuidado para com a pessoa com DA. Entende-se que é necessário pensar na saúde e qualidade de vida do cuidador, pois quase sempre eles ficam cansados e sobrecarregados, visto que o cuidador passa ser o elo entre o idoso com DA e a sociedade. Assim, debater sobre a saúde do cuidador da pessoa com DA é de grande relevância para o avanço na elaboração de ações que visam melhor atendimento e acompanhamento da pessoa com DA.

Esse estudo teve como ponto de partida a seguinte pergunta problema: quais as consequências negativas que a atividade de cuidar acarreta na qualidade de vida dos familiares que cuidam de um idoso com Doença de Alzheimer? Para responder essa pergunta teve-se como objetivo geral: contextualizar as implicações da doença na saúde do cuidador.

No que se refere a metodologia utilizada, o presente estudo foi delineado por meio de uma pesquisa de revisão bibliográfica, a qual segundo Gil (2008, p. 50) “[...] é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. As buscas serão realizadas por meio de artigos científicos indexados nas bases de dados LILACS, SciELO e PEPISIC, além de livros especializados e documentos do Ministério da saúde com temas relacionados a doença de Alzheimer e seu impacto na qualidade de vida dos familiares cuidadores. Além de livros publicados por especialistas e documentos. Após a escolha do material, os estudos encontrados foram lidos, interpretados e analisados de acordo com os objetivos propostos.

## A Doença de Alzheimer

As demências hoje acometem parte da população pré-senil e senil de todo o mundo; além disso, sua incidência vem crescendo assustadoramente. É de extrema importância conhecer melhor essas patologias, no sentido de buscar novas formas de tratamento visto que as demências não dispõem de uma terapêutica de cura. (Araújo & Nicoli, 2010). As síndromes demenciais são caracterizadas pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória, e interferência nas atividades sociais e ocupacionais. (Gallucci Neto, Tamelini & Forlenza, 2005). A seguir apresenta-se no quadro 1 as principais Demências e suas características.

**Quadro 1.** Principais Demências e suas características.

	Nome	Principais características
1	Doença de Alzheimer	A doença de Alzheimer (DA) responde por cerca de 60% de todas as demências, o que a torna a causa principal de demência (LoGiudice, 2002). Quanto ao curso clínico, apresenta-se com início insidioso e deterioração progressiva. O prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude.

2	Demência vascular	As demências vasculares (DV) constituem a segunda maior causa de demência. Entretanto ainda não há consenso sobre os mecanismos fisiopatológicos exatos que levam à demência.
3	Demência mista	A demência mista é entidade nosológica caracterizada pela ocorrência simultânea de eventos característicos de DA e DV.
4	Demência por corpúsculos de Lewy	A demência por corpúsculos de Lewy (DCL) acomete cerca de 20% dos pacientes com demência. O diagnóstico clínico é feito quando o declínio cognitivo é flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais.
5	Demência frontotemporal	Caracteriza uma síndrome neuropsicológica marcada por disfunção dos lobos frontais e temporais, geralmente associada à atrofia dessas estruturas, e relativa preservação das regiões cerebrais posteriores.
6	Demências reversíveis	As demências reversíveis são causas raras de demência. Entretanto, são importantes do ponto de vista diagnóstico, pois o tratamento adequado pode reverter o declínio cognitivo.

Fonte: (Gallucci Neto, Tamelini & Forlenza, 2005).

Um das doenças que mais tem afetado a população idosa é a Doença de Alzheimer (DA). A DA é uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos crônica e a forma mais comum de demência, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em uma eventual incapacitação (Serenikii & Vital, 2008). Em geral a DA é acometimento tardio, de incidência ao redor de 60 anos de idade, ocorre de forma esporádica, enquanto que a DA de acometimento precoce, de incidência ao redor de 40 anos, mostra recorrência familiar.

A DA foi relatada pela primeira vez em 1907 por uma psiquiatra e neuropatologista alemão, Alois Alzheimer, que documentou o caso de “Auguste D.,” uma mulher de 51 anos que se queixava de memória deficiente e desorientação em relação a tempo e lugar (Whitbourne, 2015).

#### *Prevalência da doença de Alzheimer*

Assim como outras doenças, a prevalência de DA pela imprensa geral diverge entre as divulgações de dados. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, publicou o documento “Demência: uma questão de saúde pública”, onde demonstra preocupação com o problema que afeta a qualidade de vida das pessoas longevas, especialmente em países em desenvolvimento. Foi estimado em 2010 que havia 35,6 milhões de pessoas com demência. Estimam-se em 35,6 milhões o número de pessoas

com demência em 2010, projetando uma duplicação neste número a cada 20 anos; 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. O número de novos casos de demência a cada ano no mundo é de cerca de 7,7 milhões, aproximadamente uma pessoa diagnosticada a cada quatro segundos (Burlá *et al.*, 2013).

A DA responde por cerca de 60% de todas as demências, o que a torna a principal causa de demência. (Zimmerman, 2007, p. 104). No Brasil onde a mais de 29 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), acredita-se que quase 2 milhões de pessoas têm demências, sendo que cerca de 40 a 60% delas são do tipo Alzheimer. A doença que leva o nome alemão virou sinônimo de demência, um quadro caracterizado pelo declínio lento e progressivo das funções cognitivas, ou seja, memória, atenção, linguagem e orientação, e que afeta uma parcela das pessoas ao envelhecer.

#### *Sintomas do Alzheimer*

A demência da DA não se apresenta de forma igual para todos os indivíduos, existem inúmeros fatores de riscos envolvidos formando complexo de sinais e sintomas que progridem de forma lenta. Portanto, algumas pessoas são mais propensas a DA do que outras, não há somente uma única causa, porém, existe um padrão de evolução da doença, o qual se apresenta em três estágios (Lemos, 2012).

As causas do Alzheimer ainda não são bem esclarecidas pela ciência, existem vários fatores que

são o acúmulo anormal de proteínas chamadas proteínas Beta-amiloide e proteína Tau, que causam inflamação, desorganização e destruição das células neuronais, principalmente nas regiões do cérebro chamadas de hipocampo e córtex. Existem ainda outros fatores que causam alterações, como, por exemplo, a genética, o acúmulo de proteínas no cérebro, diminuição do neurotransmissor acetilcolina e riscos do ambiente, ex. excesso de radicais livres, colesterol elevado, aterosclerose, lesão cerebral e exposição a metais pesados tipos: mercúrio e alumínio.

Ocorre uma falha na metabolização de duas proteínas dentro do cérebro que são a proteína amiloide que está presente fora do neurônio, e a proteína tau que faz parte do citoesqueleto celular e os depósitos de substância causam a morte neuronal. (Barcelos, 2009, p. 24).

Sabemos que ainda não existe cura para a doença de Alzheimer, mas existe tratamento para o seu retardo. Vários fármacos já estão sendo usado para o tratamento do DA, assim a pessoa com esta enfermidade pode retardar a doença por mais tempo. Também dentro do tratamento já existem alguns métodos terapêuticos que ajudam no retardamento da doença, também pode ser usado a contação de história

e a musicoterapia, onde a pessoa com DA se sente acolhida de uma forma que ela consegue sentir um bem-estar.

Os sintomas do Alzheimer são os esquecimentos juntos com a perda da memória recente, dificuldades para encontrar as palavras, desorientação no tempo e no espaço, tem dificuldades em tomar decisões, perda de iniciativa e de motivação, sinais de depressão, agressividade e a redução do interesse por atividades. Também podem estar presentes sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais, tais como: depressão, ansiedade, agitação, apatia, alucinações, comportamentos motores inadequados, psicoses, mudanças na personalidade, na qualidade do sono, no apetite e na libido (Barnardo, 2018). Em suma, a pessoa com DA apresenta uma crescente dificuldade para memorizar, decidir, agir, locomover-se, comunicar-se e alimentar-se, até atingir o estado vegetativo.

A DA evolui progressivamente passando de pequenos relapsos de memória até chegar a um estado mais grave. A seguir será apresentado os estágios de progressão da demência. Apresenta-se no quadro 2 os três estágios da DA comparando-se com a ausência da doença.

**Quadro 2.** Estágios da Doença de Alzheimer

Sem doença de Alzheimer	Estágio inicial	Estágio intermediário	Estágio final
Esquece coisas ocasionalmente	Perda de memória de curto prazo, geralmente menor	A perda de memória de curto prazo aprofunda-se, pode começar a esquecer conversas completamente ou o nome da rua onde mora, o nome de entes queridos ou como dirigir um carro	Prejuízo cognitivo grave e perda de memória de curto prazo
Coloca objetos no lugar errado, como chaves, óculos, contas, papéis	Não percebe os lapsos de memória	A confusão mental aprofunda-se, tem problemas para pensar com lógica	Prejuízo da fala Pode repetir conversas várias vezes
Esquece o nome ou títulos de algumas coisas, como filmes, livros, nomes de pessoas	Alguma perda, geralmente menor, na capacidade de reter informação recebida recentemente	Alguma perda de autoconsciência	Pode necessitar assistência extensiva com atividades da vida diária
Alguma redução na capacidade de lembrar palavras quando fala	Esquece coisas e é incapaz de lembrá-las, tal como o nome de um bom amigo ou mesmo de um membro da família	Amigos e familiares percebem os lapsos de memória	Pode não saber os nomes do conjugue, dos filhos ou dos cuidadores ou qual o dia ou o mês
É distraído ou às vezes vago nos detalhes	Funciona em casa normalmente, com	Pode ficar desorientado, não saber onde está	Capacidade de raciocínio e julgamento muito pobres

	confusão mental mínima, mas pode ter problemas no trabalho ou em situações sociais	Capacidade prejudicada de realizar mesmo operações aritméticas simples	Negligência da higiene pessoal
Esquece de fazer coisas, tal como consultas médicas	Os sintomas podem ser perceptíveis apenas para o conjugue ou para parentes/amigos próximos	Pode se tornar mais agressivo ou passivo Dificuldade para dormir Depressão	Alterações de personalidade; pode se tornar abusivo, altamente ansioso, agitado, delirante ou mesmo paranoide

**Fonte:** Consumer Reports, 2009.

Esses estágios mostram a progressão perceptível da doença. No entanto, D'Alencar, Santos e Pinto (2010) ressaltam que os sintomas da doença não aparecem de repente, mas gradualmente, o que implica experiência de cuidar, conhecimento e exigência de um elevado grau de atenção por parte de quem está próximo.

### *Diagnóstico do Alzheimer*

O Alzheimer é de difícil diagnóstico, especialmente em sua fase inicial, pois pode ser confundida com outros quadros ligados, como a arteriosclerose. Atualmente, as estatísticas mostram que 10% da população com mais de 65 anos são atingidos por um tipo de demência e, desses, 60% estão com essa enfermidade. O diagnóstico precoce ainda é considerado uma tarefa difícil e desafiadora. Sendo, portanto, considerado um diagnóstico de exclusão, uma vez que não se tem ainda exames capazes de concluir o diagnóstico (Leite *et al.*, 2020). Nesse sentido, o diagnóstico na fase inicial da doença é fundamental para o retardamento do processo, quanto para a garantia de um suporte ao paciente e sua família no que tange a qualidade de vida e o bem-estar mesmo na presença da DA (Diamond, 2008).

Pode-se dizer que o diagnóstico da DA se caracteriza de uma forma combinada:

A demência do tipo Alzheimer caracteriza-se por um diagnóstico clínico e patológico combinado, que só pode ser atingido de forma definitiva quando um paciente satisfaz os critérios clínicos e apresenta na biópsia cerebral ou exame post mortem as alterações histológicas da doença (inúmeras placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares no hipocampo e neocórtex) (Chaves, 2000, p. 88).

Conforme Kapczinski (2011, p. 277), “existem evidências que indicam que as alterações neuropatológicas começam alguns anos antes da

detecção de seus sintomas neuropsiquiátricos”. Algumas pessoas já começam a aparecer sintomas de esquecimento, mas nem todos são diagnosticados como Alzheimer, pode ser por causa de um estresse ou cansaço, só temos certeza da doença são realizados alguns exames neurológicos.

### *Acompanhamento MÉDICO (Tratamento)*

Em detrimento a evolução da DA, o tratamento dessa demência deve ser abordado de forma longitudinal e alternado, ou seja, no decurso da doença são retirados um tipo de tratamento e introduzido outros. Uma vez que a doença é diagnosticada, o tratamento farmacológico é iniciado na tentativa de melhorar seus sinais e sintomas. Atualmente, o tratamento farmacológico padrão tem sido a prescrição de drogas inibidoras da acetilcolinesterase que atuam diminuindo o processo de envelhecimento celular, retardando, assim, a evolução da doença (Carvalho, Magalhães & Pedroso, 2016).

Embora a terapia medicamentosa tem sido a principal forma de tratamento do paciente com DA, além desse tipo de tratamento farmacológico é recomendado também que o idoso receba outros tipos de tratamento. Considerando que a DA é difícil de manejar apenas com o uso de medicação, Carvalho, Magalhães e Pedroso (2016) ressaltam que a complexidade dos sintomas na DA faz tornarem-se necessários tratamentos alternativos aos medicamentosos, visto que os sintomas comportamentais e psicológicos da demência tornam-se difíceis de manejar apenas com farmacoterapia. Nesse sentido o método mais eficaz é a combinação pautada em estratégia de terapia medicamentosa associada ou não à terapia não medicamentosa. Estudos recentes mostram que a associações de tais estratégias propiciam maior benefício ao portador de DA e, com isso, melhora a sua qualidade de vida.

Com o início do tratamento farmacológico, é iniciado um processo de tentativa de melhora dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Atualmente, a opção terapêutica padrão tem sido a prescrição de drogas inibidoras da acetilcolinesterase, por exemplo, rivastigmina, donepezila e galantamina, que são drogas que atuam retardando a destruição celular e, consequentemente, retardando a progressão da doença. (Leite, *et al.*, 2020, p. 3).

Já como opções não medicamentosas, tem-se as terapias tanto cognitiva quanto multidisciplinar, sendo essas as técnicas mais utilizadas e com melhores resultados. Uma outra técnica que mostrou resultados promissores é a arteterapia, porém ainda não se tem estudos suficientes para que se possa afirmar tal benefício. (Carvalho, 2016).

É importante pautar que a terapia não medicamentosa mostrou maiores benefícios para os pacientes que possuem alterações comportamentais, contudo tal terapia mostrou benefícios para todos os perfis de portadores de DA.

### **A Família do Idoso Com Alzheimer**

A informação do diagnóstico da doença de Alzheimer, em geral, causa forte impacto sobre o doente, o núcleo de relações sociais, especialmente sobre a família, espaço basilar de compromisso e de responsabilidade pelo bem-estar uns dos outros. A família se vê obrigada a alterar o ritmo de vida normal no seu interior, na sua dinâmica, ainda que uma única pessoa se encarregue do cuidado. (D'Alencar, Santos & Pinto, 2010).

Neste primeiro momento, a família tem muita dificuldade para aceitar a doença, principalmente se for o pai ou a mãe, por vergonha ou por desinformação da doença e é neste momento que muitos deixam de lado o seu papel como cuidador, e passa a tarefa para outra pessoa. Assim, as famílias delegam funções aos cuidadores, e são eles que vão cuidar da higiene, alimentação e outras atividades rotineiras do idoso. De forma específica, o cuidador principal é submetido a constantes eventos estressores no curso da doença da pessoa idosa, os quais podem afetar a saúde do próprio cuidador (Batista, 2020).

É nestas horas que a familiares ficam perdidos, confusos, sem saber como agir, percebem que ainda dentro de tão pouco tempo sua mãe ou pai não vão mais reconhecê-los como filhos, vão precisar mais do que nunca de uma atenção, companheirismo e carinho dos seus filhos e familiares. A importância da presença da família é fundamental nesse momento; o toque e o carinho, a conversa, ainda que o idoso não fale e nem se expressa o que realmente está se sentindo nesse exato momento, por isso o cuidador desempenha um papel essencial na vida dos pacientes com a DA (Cruz & Hamdan, 2005).

A família se vê obrigada a se reinventar para suprir as necessidades do idoso com DA, é nessa hora que muito dos familiares entra em colapso ficam sem orientação, mesmo que um único familiar fique responsável pelos cuidados da pessoa com DA, não só na sua higienização, mas também na sua alimentação. De acordo com Batista (2020), a DA representa um grande impacto para a família, provocando desorganizações nas formas habituais de lidar com as situações do cotidiano. Nessa perspectiva a Associação de Familiares de Portadores de Alzheimer elaborou algumas estratégias que são fundamentais para os cuidadores da pessoa com DA.

- a) Reconheça o quanto as situações de cuidados são generalizadas;
- b) Aproveite os serviços de apoio;
- c) Concentre-se em estratégias de enfrentamento positivas;
- d) Cuide de suas próprias necessidades;
- e) Peça ajuda quando precisar; (Whitbourne, 2011).

Nesse sentido, Garrido e Almeida (1999) afirmam que é importante determinar quais são os distúrbios de comportamento que causam maior dificuldade ao cuidador e desenvolver estratégias eficazes para o controle desses sintomas.

### *O impacto da doença de Alzheimer na saúde do cuidador*

A medida que a DA progride, surge a demanda por cuidados especiais, função importante desempenhada pelos cuidadores. Aproximadamente 80% dos cuidadores com os pacientes com DA são providos por membros da família (Haley, 1997). De acordo com o autor quando se tem uma pessoa com DA na

família um desses familiares sempre ficam responsável pelos cuidados do idoso.

O desafio de cuidar de uma pessoa com DA passa por estratégias de construções diárias de novas possibilidades de viver e um dos efeitos dessa atividade é o impacto na vida do cuidador (Batista, 2020). A convivência com o idoso diagnosticado com DA aumenta a responsabilidade da família e a carga de trabalho de todos. A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pela demência (Grafstrom *et al.*, 1992). Um dos fatores que gera desgaste no cuidador refere-se a rotina do sono do idoso com DA. De acordo com Bernardo (2018), as dificuldades apresentadas pelos idosos com DA durante o sono se referem a menos tempo de sono, ou por ficarem em vigília durante a madrugada. Para o referido autor, esse comportamento implica em limitações para outras ocupações, pois o sono não pode ser considerado “restaurador”, por outro lado, o fato do cuidador ficar sempre em estado de alerta, havendo maior desgaste e estresse da pessoa que assumiu este papel.

De acordo com Zimmermann (2008, p.105), os familiares da pessoa com DA precisam saber que têm seu papel, mas também não podem abandonar suas atividades diárias e devem delegar funções aos cuidadores. De acordo com o autor, os familiares têm que continuar seus afazeres, como trabalho, sendo assim se torna uma tarefa difícil conciliar trabalho e cuidar de uma pessoa com DA. As famílias devem compreender que são responsáveis pelo portador de Alzheimer, e não passar a responsabilidade para a pessoa cuidadora.

Segundo D’Alencar, Santos e Pinto (2010, p.32), “o doente fica vulnerável à pneumonia e à úlcera de decúbito, exigindo do cuidador uma carga maior de trabalho e de presença, por consequência também um desgaste maior, tanto físico quanto emocional”. O desgaste físico do cuidador pode ser maior que o desgaste mental, quando a família não faz um rodízio de trocas com a pessoa cuidadora, e com isso ele pode sofrer uma sobrecarga de afazeres, que as vezes pode acarretar em um estresse. Estudo de revisão sistemática realizado por Garrido e Almeida (1999) mostrou que transtornos de comportamento em pacientes dementados são importantes causas de sobrecarga na vida do cuidador, porém um consenso sobre o conceito desses transtornos ainda não está

totalmente estabelecido. O paciente com Alzheimer, pode sofrer dificuldades em caminhar ou fazer atividades do dia-a-dia, por ficar a maior parte do tempo, ficando à mercê de alguns cuidados.

Para todos os envolvidos com a doença (familiares, cuidadores, profissionais da saúde), a certeza de que a experiência de cuidar e o tempo exercido com a atividade são determinantes da qualidade e segurança desse cuidado por parte do cuidador e também do nível de desgaste que o tempo de experiência pode promover. (D’Alencar, Santos & Pinto, 2010, p.57).

Todos os envolvidos no cuidado do idoso tem que estar preparado para que o idoso tenha uma vida saudável e com práticas diárias para o seu bem-estar. Por isso os cuidadores e os demais envolvidos devem passar por treinamentos e palestras, para se manterem informados dos sintomas e desenvolvimento da doença. Vale lembrar que uma característica da pessoa idosa com DA é a necessidade de supervisão crescente, originando fatores de estresse para o cuidador (Cruz & Hamdan, 2005).

Estudos que avaliavam o impacto nos cuidadores de pacientes com DA revelam que altos índices de emoção expressada (EE) – atitudes de oposição, envolvimento excessivo e hostilidade para com o paciente – estão relacionados a um maior impacto no cuidador, maiores índices de depressão e aumento dos sintomas psicológicos e comportamentais do paciente (Dunkin & Hanley, 1998;)

Hinrichsen e Niederehe (1994) realizaram um estudo no qual um dos objetivos era correlacionar três estratégias de gerenciamento da demência e ajustamento familiar. As estratégias de gerenciamento incluíam: oposição (autoritarismo do cuidador), encorajamento (esforços para fazer com que o paciente veja o lado bom da vida) e gerenciamento ativo (atividades que envolvam a proteção do paciente). A pesquisa concluiu que cuidadores que utilizam a estratégia de oposição sofrem maior impacto, têm mais sintomas psiquiátricos e maior desejo de institucionalização do paciente. Cuidadores que utilizam com mais frequência estratégias de encorajamento apresentam menor impacto e menor desejo de institucionalização do paciente.

Altos índices de gerenciamento ativo estão correlacionados a maior impacto e maior desejo de

institucionalização do paciente. Com relação ao tempo de cuidado, não há consenso na literatura quanto à relação entre impacto e tempo. Um estudo mostrou que o impacto no cuidador tende a melhorar ao longo do tempo (Hinrichsen & Niederehe, 1994). Outro evidenciou que quanto maior o tempo de cuidado maior é também o impacto no cuidador possivelmente porque, com o passar do tempo, ocorre uma maior sobrecarga do cuidador (Garrido & Menezes, 2004).

O impacto sofrido pelos cuidadores pode ser observado também na utilização de serviços de saúde, já que cuidadores de pacientes com DA consultam 46% mais médicos e utilizam mais medicamentos psicotrópicos, como depressivos e antipsicóticos do que cuidadores de pacientes que não têm DA (Garrido & Almeida, 1999).

Em decorrência do impacto, até 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas físicos e psicológicos. Os sintomas físicos mais comuns são: hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias e propensão a infecções. Sintomas psicológicos frequentes são: depressão, ansiedade e insônia (Engelhardt *et al.*, 2005). Como afirmam Cruz e Hamdan (2005), a atenção aos cuidadores de idosos com DA é essencial, pois se reflete em uma melhor qualidade de vida não só para o cuidador, mas principalmente para o paciente

### Considerações finais

Nesse estudo buscou-se contextualizar o debate sobre a Doença de Alzheimer e o seu impacto na saúde da pessoa que cuida de um idoso acometido por essa demência. O presente estudo evidenciou que a DA é uma doença crônica neurodegenerativa progressiva, irreversível que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas podem resultar em uma eventual incapacitação.

Quanto as causas da doença, essas são múltiplas como por exemplo, a genética, o acúmulo de

proteínas no cérebro, diminuição do neurotransmissor acetilcolina e riscos do ambiente, ex. excesso de radicais livres, colesterol elevado, aterosclerose, lesão cerebral entre outras. O tratamento principal se dá por meio da terapia medicamentosa e outros métodos terapêuticos que ajudam no retardamento da doença. Também pode ser usado a contação de história e a musicoterapia como meios de acolhimento e bem-estar ao paciente com DA.

O estudo mostrou também mostrou que a qualidade de vida dos familiares, principalmente o cuidador principal da pessoa com DA pode ser influenciada diretamente pela atividade de cuidado prestado. Em decorrência do impacto, muitos cuidadores de idosos com DA podem entrar em estágios de adoecimento que vai se agravando com o tempo. Entre os principais sintomas mais comum que podem ser desenvolvidos são: hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias, propensão a infecções, depressão, ansiedade, estresse, síndrome de *burnout* e insônia entre outros. Contudo, o adoecimento corre em detrimento à desassistência dos familiares cuidadores. Devido à ausência ou ao reduzido apoio governamental e dos demais membros da família o que faz com que o cuidador principal se sinta inapto ou esgotado no desempenhar desse cuidado.

Embora existem muitos estudos sobre a temática aqui evidenciada observa-se que muito ainda precisa avançar. Dessa forma, evidencia a necessidade de maiores pesquisas, investigações e estudos relacionados aos cuidadores familiares de pessoas com DA. Variáveis como qualidade e condições de vida, sobretudo a saúde psicológica dos familiares cuidadores deve ser investigada constantemente a fim de subsidiar os profissionais de saúde no auxílio a estes indivíduos. Sugere-se também o desenvolvimento de políticas públicas que subsidiem o cuidado ao idoso com DA, bem como o seu cuidador.

### Referências

- Bacelar, O. (2009). *Lembro, logo existo*. 2. ed. Medicina e Saúde. Auracom Livros.
- Batista, E. C. (2020). *O cuidador familiar da esposa com transtorno mental grave*. Ananindeua, PA: Itacaiúnas.

- Bernardo, L. D. (2018). Idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 26, n. 4, p. 926-942.
- Burlá, C. *et al.* (2013). Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2949-2956.
- Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. C., & Pedroso, J. S. (2016). Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 4, p. 334-339.
- Cruz, M. N., Hamdan, A. C. (2008). O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em estudo*, v. 13, n. 2, p. 223-229.
- D'Alencar, R. S., Santos, E. M. P., & Pinto, J. B. T. (2010). *Conhecendo a doença de Alzheimer: uma contribuição para familiares e cuidadores*. Ilhéus: Editus.
- Garrido, R., & Almeida, O. P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 57, n. 2B, p. 427-434.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.
- Kapczinski, F. (2011). *Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos: uma abordagem translacional*. 3. ed. Porto Alegre, Artmed.
- Leite, M. S. *et al.* (2020). Diagnóstico do paciente com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, v.30, n.1, p.47-50.
- Lemos, C. A., Hazin, I., & Falcão, J. T. R. (2012). Investigação da memória autobiográfica em idosos com Demência de Alzheimer nas fases leve e moderada. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 17, n. 1, p. 135-144.
- Serenikl, A., & Vital, M. A. B. F. (2008). A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 30, n. 1, p. 0-0.
- Zimerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.
- Whitbourne, S., & Halgin, R. P. (2015). *Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológico*. 7.ed. Porto Alegre: Artmed.

*Vanuza Ferreira Marschner*

Bacharel em Psicologia pela Faculdade de Educação de Tangará da Serra – FAEST, Licenciado em Pedagogia, Faculdades Integradas de Tangará da Serra – FITS, Especialista em Educação Especial e Inclusão, pela Faculdade Católica Dom Aquino de Cuiabá – FAC, Professora da Educação Infantil no município de Barra do Bugre - MT.

E-mail: [morenah.v@hotmail.com](mailto:morenah.v@hotmail.com)

 <http://orcid.org/0000-0002-5749-9063>

*Recebido em: 17/08/2021*

*Aceito em: 31/08/2021*