
Impacto psicológico em cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer

Vânia Aparecida Mazoco¹
Ana Luisa Magaldi Suguihura
Centro Universitário UNIFAFIBE

RESUMO: Ao longo de sua vida, o ser humano passa por fases do processo de desenvolvimento do nascimento até o envelhecimento, etapa final da existência. Esta é caracterizada pelo fator cronológico, em que ocorrem mudanças biológicas, psicológicas e em sua visão de mundo. A Doença de Alzheimer acomete a população idosa, resultando em dependência para realização das tarefas diárias. Assim, surge a necessidade de um cuidador, que geralmente é um membro familiar, assumindo a responsabilidade solitariamente e sem preparação técnica e psicológica. O presente artigo objetivou identificar o possível impacto psicológico em cuidadores informais de pessoas com a Doença Alzheimer. Foi realizada pesquisa bibliográfica de artigos científicos publicados entre 1999 e 2016 nas bases de dados eletrônicas Google Acadêmico e Scielo; também houve a utilização de um livro do acervo da biblioteca do Centro Universitário UNIFAFIBE. A falta de suporte familiar e psicológico gera, no cuidador, impacto psicológico, que pode se manifestar como ansiedade, depressão, estresse e Síndrome de Burnout. Esse impacto dificulta tanto a vida do cuidador como também os cuidados direcionados à pessoa doente. É necessária a conscientização das famílias e do poder público em ver esse membro familiar com importância, oferecendo suporte, atenção, uma vida digna e saudável.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Cuidadores, Impacto psicológico.

The psychological impact on the main carer of people with Alzheimer disease

ABSTRACT: The human being pass through many development process from their birth to their aging, the final stage of their life. It is characterized by the chronologic factor, where occur biological and psychological changes, and their worldview. The Alzheimer Disease affects the elderly population, resulting on dependency to realize daily tasks. Making it necessary to have a caregiver that is usually a family member, assuming alone the responsibility and without a technical and psychological prepare. This article aimed to identify the possible psychological impact on the main carer of people with Alzheimer Disease. It was realized a bibliographic research with scientific articles published from 1999 to 2016 on search bases as Scholar Google and Scielo, and books from the UNIFAFIBE library. The lack of family and psychological support can generate a psychological impact on the main carer, as: anxiety, depression, stress and Burnout Syndrome. This impact makes harder the caregiver's life such as the direct care to the person with the disease. It is necessary the awareness of the family and public organs to see that family member with importance, offering support, attention, and a health and decent life.

Keywords: Alzheimer Disease, Caregivers, Psychological impact.

¹ Vânia Aparecida Mazoco. End. Correspondência R. Prof. Orlando França de Carvalho, nº 325-326, Centro, CEP 14701-070, Bebedouro, SP, Brasil, e-mail: vmazoco@yahoo.com.br

Introdução

O ser humano passa por processos de evolução do nascimento ao envelhecimento. Com o envelhecimento o indivíduo passa por mudanças biológicas, psicológicas e sua relação com o mundo. Devido ao fator cronológico, nessa etapa da vida, o indivíduo sofre limitações resultantes de doenças que afetam o decorrer da vida, atividades antes realizadas são substituídas por outras de acordo com a atual situação física e psicológica.

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, irreversível, que geralmente atinge pessoas por volta dos 60 anos de idade, com causas ainda não comprovadas cientificamente, silenciosa e de difícil detecção, resultando em um tratamento tardio. No início, os sintomas são mais discretos, de difícil percepção, com a progressão da doença os sintomas tornam-se mais perceptíveis, interferindo nas atividades diárias do idoso, tornando-o cada vez mais dependente de outra pessoa surgindo à necessidade de um cuidador, o chamado cuidador informal, que geralmente é um membro familiar que reside com o idoso, não é remunerado e assume praticamente toda responsabilidade dos cuidados e da vida pessoal do mesmo.

Quando o idoso é diagnosticado com a doença e totalmente dependente, podem surgir conflitos familiares na definição do cuidador, um possível estresse na pessoa que assumirá este papel devido a sua falta de conhecimento para a função. Geralmente a pessoa que assume o papel de cuidador possui idade avançada, além de toda responsabilidade, sobrecarga e solidão implícitas na função, deve conviver com o próprio envelhecimento, limitações e responsabilidades financeiras.

Estudos voltados aos cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer têm como foco principal os aspectos negativos envolvidos nessa função. O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de definir em um único estudo o impacto psicológico, tanto positivo como negativo, em cuidadores informais de pessoas com Alzheimer.

A escolha do tema tem o intuito de fomentar novos estudos voltados a identificar os fatores psicológicos envolvidos nesse processo do cuidar e de direcionar o olhar ao cuidador, mostrando que o mesmo necessita de cuidados e suporte profissional e dos seus familiares, tornando-o solitário nessa missão. É necessário conhecer, também, o impacto

psicológico positivo que esta atividade pode ter no cuidador informal, a fim de compreender melhor as possíveis consequências psicológicas desta função.

O que é o Alzheimer e o seu impacto no idoso

O Alzheimer, segundo Peçanha e Neri (2007), é uma doença neurodegenerativa e irreversível, ou seja, destrói os neurônios. A perda de neurônios é resultante de uma atrofia cerebral, que afeta diretamente o desempenho das atividades do portador, causando déficit cognitivo e perda de memória, tendo como consequência uma baixa qualidade de vida e a perda do sentido de realidade.

Sua manifestação é tardia, geralmente acometendo pessoas com 60 anos de idade, apesar de haver manifestações precoces a partir dos 40 anos de idade em casos com histórico familiar. É uma doença caracterizada como a quarta causa de morte entre idosos e representa 50% dos casos de demência nos EUA e na Grã-Bretanha (Smith, 1999). De acordo com Minayo e Coimbra Junior (2002), a estimativa é de que o Alzheimer atinja de 3% a 5% das pessoas com idades acima de 65 anos, sendo que as mulheres e os idosos acima de 85 anos são as pessoas mais atingidas.

As causas ainda são incertas, porém a mais bem estabelecida é a genética. Outros fatores responsáveis pelo acometimento da doença podem ser agentes infecciosos, o contato inadequado com o alumínio, radicais livres de oxigênio e aminoácidos neurotóxicos (Smith, 1999). Portanto, é possível afirmar que o Alzheimer não é uma doença infecciosa e que sua causa não se deve ao fato de "usar" pouco ou muito o cérebro. Mesmo a doença tendo sido notada após um período de estresse ou de preocupações, também não foi possível comprovar se essas emoções resultariam no desencadear da doença (Cayton, Graham & Warner, 2000).

Caldeira e Ribeiro (2004) explicam que existem quatro fases em que o Alzheimer é dividido: fase inicial, intermediária, final e terminal. A inicial consiste na modificação da afetividade (emoções, sentimentos, paixões) e perda da memória recente, com capacidade reduzida para armazenar informações apresentadas em minutos e horas. A intermediária engloba perda de orientação, linguagem, memória, raciocínio, julgamento e atividades motoras. Na fase final, devido à deterioração da capacidade intelectual, há perda de iniciativa, apatia, abatimento e isolamento,

resultando em agravamento neurológico, movimentos lentos e padronizados. E por fim, na fase terminal, há permanência praticamente o tempo todo no leito, chegando ao estado vegetativo.

No início do aparecimento dos sintomas, estes dificilmente são percebidos pelo idoso ou pela família e os amigos. Com o passar do tempo, a doença vai progredindo e os sintomas vão ficando mais fáceis de serem percebidos, pois interferem nas atividades diárias do idoso e o deixam cada vez mais dependente das pessoas à sua volta. A doença de Alzheimer não é uma doença contagiosa, é terminal e deteriora de uma forma geral a saúde do idoso. Geralmente sua morte é causada pela pneumonia, pois com a progressão da doença o sistema imunológico vai ficando cada vez mais debilitado surgindo a perda de peso, infecções na garganta e dos pulmões (Oliveira et al., 2005).

Durante as fases de desenvolvimento do Alzheimer, Serenik e Vita (2008) relatam que os sintomas apresentados são acompanhados por distúrbios comportamentais, como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade e depressão. Grande parte das pessoas com Alzheimer é afetada por transtornos do humor em alguma fase do desenvolvimento da síndrome demencial. De 40 a 50% dos pacientes apresentam sintomas depressivos e de 10 a 20% são acometidos por transtornos depressivos. Apatia, lentificação do andar e da fala, dificuldades para se concentrar, perda de peso, insônia e agitação são sintomas geralmente característicos da síndrome demencial.

Conforme a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2016) as mudanças comportamentais das pessoas com a doença de Alzheimer não se apresentam de imediato, dificultando a percepção da família em torno dos sintomas, e resultando em uma busca de tratamento tardio. A pessoa com Alzheimer perde a capacidade de entendimento na comunicação, dificultando assim os relacionamentos. Delírios devido à perda de muitas informações e fatos de sua vida também são frequentes e acabam gerando interpretações irreais e desconfianças sobre pessoas, inclusive familiares. Na fase mais avançada da doença, passam a ter alucinações, exacerbação e perambulação. A ansiedade provocada pela dependência e agressividade direcionada ao cuidador também são comportamentos comuns.

Quem são os cuidadores e sua relação com idoso

Cuidar vai muito além dos cuidados físicos, pois com as limitações geradas pela dependência o idoso pode estar sofrendo psicologicamente e o cuidador poderá ajudar a amenizar esse tipo de sofrimento (Brasil, 2009).

De acordo com as fases de desenvolvimento da doença demencial, o idoso se tornará cada vez mais dependente de alguém para realização de suas atividades diárias, sendo o cuidador geralmente um familiar que mantenha contato direto com esse idoso, como o cônjuge, filhos e, mais raramente, outros parentes mais distantes ou amigos (Garrido & Almeida, 1999). Geralmente estes cuidadores informais residem com o idoso, sendo principalmente do sexo feminino (esposas e/ou filhas) com faixa etária entre 55 a 65 anos, que não trabalham fora de casa.

Ainda sobre o cuidador informal, é possível diferenciá-lo em cuidadores primários, secundários e terciários de acordo com o grau de comprometimento em seus cuidados com o idoso. O primário é também denominado como cuidador principal e corresponde ao que cuida diretamente do idoso de uma forma integral, supervisionando-o, orientando-o e acompanhando-o (De Paula, Roque & Araújo, 2008). O secundário não desempenha o mesmo nível de cuidado e de responsabilidade que o primário, atuando na continuidade dos cuidados básicos realizados pelo primário. O terciário não atua nos cuidados diretos do idoso e sim em tarefas administrativas da casa como: compras, pagamento de contas e recebimento de pensões (Vieira, Fialho & Freitas; Jorge, 2011).

Para Nogueira *et al.* (2012) muitos dos cuidadores informais acabam aderindo a esse papel sem nenhum tipo de preparação anterior para o exercício da função. Alguns acabam tornando-se cuidadores por sentirem obrigação moral ou, ainda, por se sentirem recompensados e dignificados pelo cuidar. Quando surge a necessidade de cuidar de um doente totalmente dependente, ocorrem alterações e conflitos dentro da família, induzindo ao estresse devido à falta de conhecimento para atuação como cuidador e de suporte externo.

Segundo Diogo, Ceolim e Cintra (2004), na maioria das vezes, a esposa é a cuidadora primária, seguida da filha, que muitas vezes, também possui idade avançada. Este tipo de cuidador "idoso" é considerado como uma "vítima oculta", pois além de toda a responsabilidade, sobrecarga, solidão e isolamento implícitos na função, devem conviver com o seu próprio envelhecimento, suas limitações físicas

e responsabilidades financeiras.

De acordo com Nogueira *et al.* (2012) algumas competências são necessárias para se cuidar de um doente dependente no domicílio como: segurança e qualidade; conhecer a pessoa que cuida: ter um conhecimento global dos seus hábitos, seus problemas físicos e emocionais, suas limitações e seus potenciais; ter capacidade para cuidar: é necessário possuir moradia, ter boas condições financeiras, além de estar em boas condições físicas mentais e emocionais; saber sobre as atividades de vida que o doente necessita: evitar aspiração de vômito, selecionar os alimentos nutritivos, dar alimentação por via oral ou por sonda, hábitos de eliminação, medir temperatura corporal, etc; conhecer os recursos disponíveis para poder recorrer em caso de necessidade; conhecimento acerca da doença; a motivação para o papel de cuidador e gostar de ajudar os outros; capacidade para cuidar, saber fazer e saber expressar emoções; habilidade auto defensivas: consiste em todo o conhecimento necessário que o cuidador principal precisa dispor para cuidar do doente no ambiente domiciliar.

Além disso, tudo é importante que o cuidador tenha respeito, aceitando o doente como ele é, respeitando seus hábitos, valores, crenças e sentimentos; e saiba comunicar-se eficazmente tanto verbalmente como não verbalmente. Os sentimentos ao cuidar de um idoso são mistos. Em estudo realizado por Scalco *et al.* (2013), a experiência de cuidar informalmente de idosos acometidos com Alzheimer é vista como nova e inesperada, e sua relação com o idoso é de "altos e baixos", pois sentem-se sobrecarregados com as demandas.

Em relatos de cuidadores de idosos entrevistados por Diogo, Ceolim e Cintra (2004), são apontados os seguintes fatores estressantes: cuidados ininterruptos com necessidade de vigilância constante, falta de informações e conhecimento para desempenho da função, carga excessiva de trabalho para um único cuidador, problemas de saúde desencadeados pelo fato de ser também idoso, surgimento de conflitos familiares devido ao fato dos cuidados serem realizados por uma única pessoa sem nenhum tipo de ajuda, falta de reconhecimento dos idosos, dificuldades relacionadas aos recursos financeiros, e a redução ou abandono das atividades sociais e profissionais.

Já em pesquisa realizada por Silveira, Caldas e Carneiro (2006), o relacionamento entre o cuidador e o idoso foi considerado bom de acordo

com 19 entrevistados. Os cuidadores relataram ter uma relação de carinho e compreensão com os idosos, apesar de estes serem, muitas vezes, agressivos e impacientes. Assim, apesar de conflitos no relacionamento entre ambos, os idosos criam um vínculo muito forte com seu cuidador, visto que este é, em muitos casos, a única pessoa com a qual o idoso interage. De acordo com Zarit, Reeve e Bach-Peterson (1980 como citado em Sommerhalder, 2001), primeiros estudiosos que apontaram aspectos positivos relacionados ao trabalho de cuidador, estes consistem nos seguintes aspectos: sensação de crescimento pessoal, realização pessoal, orgulho e capacidade para enfrentamento dos obstáculos, melhor relacionamento interpessoal com todos à sua volta, valorização da vida, prazer, contentamento, gratificação e satisfação, principalmente consigo mesmo (Diogo *et al.*, 2005).

Consequências psicológicas para o cuidador do idoso com Alzheimer

O ato de cuidar envolve benefícios ao cuidador como satisfação pessoal, sentido para a vida através do cuidado, aumento da valorização pessoal e maior vínculo familiar. Por outro lado, a partir do momento que a pessoa assume o papel de cuidador, deverá oferecer cuidados intensos, dedicação ao paciente, total modificação de sua vida pessoal, pois deverá substituir tarefas antes realizadas por ele e reorganizar tarefas de sua responsabilidade e vida pessoal. A função de cuidador traz experiência de grande responsabilidade que resultará na redução de sua liberdade, perdas na vida pessoal, pouco tempo para atividades pessoais, problemas sexuais, privação do sono, tendência ao isolamento, diminuição da rede de apoio social, alterações na vida familiar e grande carga financeira. Fatores estes que causam estresse emocional no cuidador que interferirá na vida pessoal, familiar e na qualidade dos cuidados que serão oferecidos ao idoso. Sentimento de responsabilidade com exacerbação de culpa por problemas, reações emocionais como vergonha, culpa, preocupação, depressão e ansiedade e situações embaraçosas como resultado de discriminação são fatores que podem aumentar o estresse (ABRAZ, 2016).

Seima e Lenart (2011) relatam que geralmente o cuidador recebe uma sobrecarga que pode resultar em doenças agudas e crônicas e uso de grande quantidade de medicações, passando a

ser uma pessoa mais doente que o próprio portador do Alzheimer. Pode-se definir a sobrecarga do cuidador em problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, relacionados especificamente às pessoas que cuidam de pacientes com algum tipo de comprometimento. Mas, o fato de o cuidador assumir a responsabilidade sem nenhum tipo de preparação para lidar com o idoso com demência poderá conduzi-lo ao estresse crônico e ao isolamento social, causando riscos de desenvolver patologias físicas e mentais como: depressão, ansiedade e *burnout* (Santos *et al.*, 2011).

As exigências excessivas e o comportamento agressivo por parte do idoso, a falta de conhecimento e preparo para “o cuidar”, a falta de suporte profissional, causam no cuidador sensação de solidão, desamparo e exposição ao risco de causar danos involuntários ao idoso, além da possibilidade de desenvolver síndrome de *burnout*. A síndrome é definida como um estresse crônico, ocupacional que atinge pessoas que desenvolvem atividades de ajuda contínua e direta a outras pessoas, causando perda de interesse pela atividade laboral desenvolvida, eventos antes importantes deixam de ter importância, sentimento de desqualificação. Os sintomas apresentados são: exaustão emocional, sentimentos e atitudes negativas, sentimento de insatisfação pessoal, insensibilidade afetiva (Silva, Braga Marques, & Silva Bruno, 2009).

Além disso, Luzardo *et al.* (2006) descrevem que a necessidade de cuidados constantes, a dificuldade em lidar com as manifestações psiquiátricas e comportamentais, agregadas às vivências envolvendo vínculos emocionais, tanto positivos como negativos experienciados pela convivência antes da instalação da doença, podem resultar em desgaste físico, mental e emocional. As consequências psicossociais da doença indicam que o cuidador deve ser alvo das investigações científicas em relação à doença de Alzheimer e decorrente sobrecarga, termo traduzido da língua inglesa e conhecido internacionalmente como *burden*, que corresponde ao sentimento de sobrecarga vivenciado pelo cuidador devido ao conjunto de afazeres originadores de estresse e efeitos negativos.

Contudo, Garrido e Almeida (1999) apontam que existem outros termos também utilizados e que são equivalentes, como: fardo, impacto, sobrecarga e interferência. O significado exato da palavra ainda

é muito discutido, especialmente por estar atribuído a aspectos negativos no cuidar. O estudo relacionado ao conceito desse termo ainda é dividido em aspectos objetivos e subjetivos, sendo que o primeiro se relaciona a dificuldades sociais interligadas ao ato de cuidar como: rotina do lar, relações familiares, relações sociais, lazer e finanças; o segundo relaciona-se ao estresse físico e mental que o cuidador e os demais familiares sofrem.

Estudos realizados com grupos-controles sinalizam que existem diferenças entre cuidadores de idosos com demência em relação aos cuidadores de portadores de outras enfermidades. Com base em um estudo comparativo com cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer, demência vascular e idosos não demenciados, foi possível concluir que o cuidador de idosos com Doença de Alzheimer é o que sofre maior impacto. Estes têm maior tendência a desenvolver sintomas psiquiátricos, mais problemas de saúde, conflitos familiares e problemas no trabalho quando comparados às pessoas que não são cuidadores (Cruz & Hamdan, 2008).

Observa-se, ainda, que mesmo com a situação de estresse, esforços físicos e psíquicos desenvolvidos pela função do cuidar, o cuidador pode sentir prazer e conforto quando se envolve em suas tarefas e consegue perceber resultados positivos, sendo estes considerados como à oportunidade de retribuir o cuidado que receberam como acontece com os filhos e netos dos idosos doentes (Teixeira, 1998 como citado em de Oliveira & Caldana, 2012).

Estudo realizado no município de Umuarama do estado do Paraná com oito cuidadores familiares baseou-se em uma questão norteadora: “Fale-me a respeito do que é ser cuidador de idoso com Alzheimer e sobre sua percepção dos aspectos positivos e gratificantes no ato de cuidar desse idoso?”. Os aspectos positivos apontados foram: em meio aos obstáculos e vulnerabilidades, exigem do cuidador aprendizado contínuo e desenvolvimento das habilidades pessoais e aquisição de conhecimentos técnicos e comportamentais. Poder propiciar bem-estar ao idoso que é um ente querido, proporciona prazer ao cuidador. Para Vidigal *et al.* (2014), a pessoa que assume o papel de cuidador acaba se adaptando a viver em função do paciente, estabelecendo um vínculo tão íntimo que cuidar lhe proporciona prazer, bem-estar, satisfação e contentamento.

Concluindo, qualidade de vida está ligada à situação sociocultural, à faixa etária e às pretensões pessoais do sujeito, bem-estar pessoal, modo de vida, satisfação com o emprego e as ocupações diárias e o contexto em que se vive. Em pesquisas realizadas com o objetivo de identificar os fatores que alteram a qualidade de vida dos cuidadores, para melhor ou pior, os cuidadores relacionaram a boa qualidade de vida ao bem-estar psicológico, tranquilidade, segurança financeira, liberdade. Com relação ao idoso, fatores como: boas condições de saúde, maior autonomia do idoso, a ajuda de um cuidador secundário, favoreceriam a sua qualidade de vida. Em contrapartida, preocupações sobre o desenvolvimento, prognóstico da doença e estresse diário contribuem para a piora a qualidade de vida dessas pessoas (DePaula, Roque & Araújo, 2008).

Métodos

A realização deste trabalho foi pautada em revisão bibliográfica que permitiu contextualizar o problema proposto e analisar as possibilidades existentes na literatura através de uma seleção de artigos científicos publicados entre 1999 e 2016 nas bases de dados eletrônicas do Google Acadêmico, Scielo, como também foi utilizado um livro do acervo da biblioteca do UNIFAFIBE que contemplasse sobre as causas da doença. Para realização da busca online foram empregadas as seguintes palavras-chave: doença de Alzheimer, cuidadores, impacto psicológico.

A pesquisa buscou conceituar a doença e seu impacto causado no idoso, os tipos de cuidadores e sua relação com o idoso e, por fim, os tipos de consequências psicológicas para o cuidador informal do idoso com Alzheimer, sendo o principal objetivo identificar o impacto psicológico, tanto negativo como positivo, no cuidador.

Resultados e Discussão

Através dos artigos pesquisados e analisados primeiramente foi possível descrever o conceito da Doença Alzheimer e os impactos causados por ela no idoso, o qual a mesma é devastadora e irreversível, mas que mesmo com seu grau de gravidade, se detectada no início é possível oportunizar ao idoso atingido um tratamento para que a evolução da doença seja retardada e a dependência não seja precoce. O que é possível afirmar é que o Alzheimer não é uma doença

infecciosa, que sua causa não se deve ao fato de “usar” muito nem pouco o cérebro e nem mesmo há comprovação de que preocupações ou mesmo certas emoções resultariam na instalação da doença. As causas do acometimento da doença ainda são incertas, alguns fatores como agentes infecciosos, contato inadequado com alumínio, radicais livres de oxigênio e aminoácidos neurotóxicos não foram comprovados como causas da doença, sendo a genética tida como melhor causa estabelecida.

Além de toda a parte de orientação, linguagem, memória, raciocínio, julgamento e atividades motoras, o portador da doença Alzheimer apresenta alterações comportamentais como agressividade, alucinações, hiperatividade, irritabilidade, depressão e transtornos de humor que são distúrbios, que além de afetar o idoso, também afetam o cuidador entristecendo-o e frustrando-o por pensar que sua dedicação não está sendo efetiva, por às vezes não saber que esses comportamentos são característicos da doença.

O relacionamento entre cuidador e o portador da doença é considerado de “altos e baixos”, em meio à agressividade e impaciência tanto do idoso como do cuidador, existe uma relação de carinho e compreensão.

As pesquisas apontam que quem assume o papel de cuidador principal é o cônjuge, filha solteira, desempregada ou mesmo divorciada e que geralmente também tem idade avançada. Diferentemente do cuidador formal, existem no cuidador informal sentimentos envolvidos onde também é um fator causador de impacto no cuidador cuidar do idoso com a doença e ao vê-lo morrendo aos poucos. Geralmente os outros membros da família não se habilitam a dividir a tarefa de cuidar do idoso atingido pela doença com o cuidador principal, deixando-o sozinho com toda a responsabilidade.

Não basta oferecer carinho e dedicação, é importante que o cuidador tenha as informações necessárias e preparo para desenvolver a função, sendo este um fator que pode trazer consequências negativas no tratamento do idoso como também deixar o cuidador perdido com relação ao como se portar em relação ao doente, não saber lidar com os sentimentos envolvidos no dia a dia, o que poderá ser fator de desânimo e desmotivação na função do cuidar, sendo outro tipo de impacto.

Devido aos obstáculos enfrentados pelo cuidador decorrentes dos cuidados ininterruptos, conflitos com a família, falta de informação, o relacionamento conflituoso com o idoso, falta de

condições financeiras, falta de lazer e sem vida pessoal, de acordo com a literatura pesquisada ele sofre impactos negativos como: ansiedade, depressão, estresse e síndrome de burnout, tendo prejuízo em sua qualidade de vida. Alguns autores afirmam que mesmo em um contexto tão difícil vivência existe impacto positivo como: sensação de crescimento pessoal, orgulho e capacidade para enfrentamento dos obstáculos, melhor relacionamento interpessoal, prazer, gratidão e carinho em poder retribuir ao idoso.

Considerações Finais

É possível concluir que o cuidador do idoso portador da doença Alzheimer é tão afetado quanto o próprio portador da doença. Em meio à situação inesperada, o mesmo assume individualmente toda a responsabilidade referente aos cuidados diretos ao idoso e as tarefas administrativas, embora a responsabilidade assumida devesse ser coletiva, ou seja, de todos os membros da família que possuem vínculo afetivo com o idoso afetado pela doença.

As pesquisas apontam tanto impactos negativos como positivos, é possível concluir que os aspectos negativos são mais comuns que os positivos, devido à falta de união das famílias em busca de um bem comum, diminuindo a probabilidade de sobrecarga para uma única pessoa dividindo entre os membros familiares as responsabilidades referentes aos cuidados. Além da falta de treinamento ao cuidador para desenvolvimento das atividades diárias do cuidar, desconhecimento sobre a doença, respaldo psicológico para lidar com os sentimentos negativos entre ele e o idoso demenciado.

Portanto, a falta de união e os conflitos entre o cuidador e os membros da família, solidão, a interrupção da vida pessoal e os planos para o futuro, assumir inesperadamente e sem preparo uma responsabilidade tão grande e a própria evolução da doença, onde o idoso portador direciona sua agressividade e sua total falta de autonomia são fatores geradores de sobrecarga ao cuidador resultando em impactos negativos como: ansiedade, depressão, estresse e síndrome de burnout, se torna mais doente que o próprio portador da doença. Por lado, os impactos positivos consistem em que o cuidador tem a oportunidade de retribuir os cuidados com carinho e dedicação o que um dia esse idoso lhe proporcionou também com dedicação, além das habilidades e conhecimentos adquiridos ao longo

dessa missão.

As famílias atingidas por essa doença e principalmente o cuidador deveria ser alvo da ação pública, da preocupação coletiva, em fornecer orientações direcionadas a prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce e específica sobre os cuidados com o idoso dependente que envelhece, ajuda financeira e respaldo psicológico.

Referências

- Associação Brasileira de Alzheimer (2016). *Alterações de comportamento*. Recuperado em 01 de maio de 2016 de <http://abraz.org.br/orientacao-a-cuidadores/cuidados-com-o-doente-de-alzheimer/seguranca>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2009). *Guia prático do cuidador* (2a. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Caldeira, A. P. S., & Ribeiro, R. de C. H. M. (2004). O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq. Cienc.* 11(2), 1-6.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad.Saúde Pública*, 19(3), 773-781.
- Cayton, H, Graham, N., & Warner, J. (2000). *Tudo sobre doença de Alzheimer*. São Paulo: Andrei.
- Cruz, M. & Hamdan, A. C (2008). O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicol. Estud.*, 13(2), 223-229.
- Da Silva, M., Marques, M., & Da Silva Bruno, C. (2009). Avaliação da presença da Síndrome de *Burnout* em cuidadores de idosos. *Enfermería Global*, 16,1-10.
- De Oliveira, A. P. P., & Caldana, R. H. L. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 675-685.
- De Paula, J. dos. A, Roque, F. P., & Araújo, F. S. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *J bras psiquiatr.*, 57(4), 283-287.
- Diogo, M. J., D'Elboux, Ceolim, M. M. F., & Cintra, F. A. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 97-102.

- Garrido, R., & Almeida, O. P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arq. Neuropsiquiatria*, 57(2), 427-34.
- 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), 170-179.
- Luzardo, A. R., Gorini, M. I. P. C., & Silva, A. P. S. S. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 587-94.
- Minayo, M. C. de S., & Coimbra C. E. A. Jr. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Nogueira, M. A. M., Azeredo, Z. A., & Santos, A. S. (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Revista de Enfermagem [versão eletrônica]*, 14(4), 749-59.
- Oliveira, M. F. et al. (2005). Doença de Alzheimer: perfil neuropsicológico e tratamento. Trabalho de Licenciatura, Universidade Lusíada, Porto, Portugal.
- Peçanha, M. A. P., & Neri, V. C. (2007). Estudo Neuropatológico e Funcional da Doença de Alzheimer. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*. 2(1), 123-124.
- Santos, R. L. et al. (2001). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Rev Psiq Clín*, 38(4), 161-7.
- Scalco, J. C. et al. (2013). O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 16(1), 191-208.
- Seima, M. D., & Lenardt, M. H. (2011). A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos & Contextos*, 10(2), 388-398.
- Sereniki, A., & Vital, M. A. B. F. (2008). A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev Psiquiatr.*, 30(1), 45-68.
- Silveira, T. M. da, Caldas, C. P., & Carneiro, T. F. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.
- Smith, M. de A. C. (1999). Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 03-07.
- Sommerhalder, C. (2001). *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto família*. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Vidigal, F. C. et al. (2014). Satisfação em cuidar de idosos com Alzheimer: percepções dos cuidadores familiares. *Cogitare Enferm*, 19(4) n. 4, 768-775.
- Vieira, C. P. de B. et al. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev. bras. enferm*, 64(3), 570-579.
- Vilela, L. P., & Caramelli, P. (2006). A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 52(3), 148-152.

Recebido em 04/04/2017
Versão final em 12/09/2017
Aceito em 30/09/2017