



Research Paper

Possíveis aportes da Psicologia para o Tratamento da Doença de Alzheimer

Daniela Emilena Santiago Dias de Oliveira¹, Germano Miguel Favaro Esteves²,
Beatriz de Oliveira Toral³, Bianca Camargo Bocardo⁴, Higor Henrique
Adriano⁵, Jaqueline Souza Pedroso⁶, Thalita Fernandes Pereira⁷.

¹ Docente no Instituto de Ciências Humanas, Universidade Paulista (Brasil, SP), ² Docente no Instituto de Ciências Jurídicas e no Instituto de Ciências Humanas, Universidade Paulista (Brasil, SP), ³ Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (Brasil, SP) e Pós-Graduada em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes pela Universidade Paulista (Brasil, SP), ⁴ Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (Brasil, SP), ⁵ Graduado em Psicologia pela Universidade Paulista (Brasil, SP) e Pós-Graduando em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes pela Universidade Paulista (Brasil, SP), ⁶ Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (Brasil, SP), ⁷ Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (Brasil, SP).

ABSTRACT: Alzheimer's Disease is characterized by an insidious degeneration of the Central Nervous System, which leads to a gradual restraint in cognitive functions. In view of this condition, this research presents, through a bibliographic survey, possible contributions that Psychology can offer regarding the treatment of people affected by Alzheimer's Disease, also covering their caregivers and family members. Although several alternatives of interventions aimed at these subjects have been found in the consulted literature, there is a need for further research on this topic, taking into consideration the existence of inaccuracies regarding the effectiveness of certain techniques or even regarding the methodologies used for their application.

KEYWORDS: Alzheimer's Disease, Psychology, Treatment.

Received 14 August, 2021; Revised: 26 August, 2021; Accepted 28 August, 2021 © The author(s) 2021. Published with open access at www.questjournals.org

I. INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA), de acordo com Caramelli e Barbosa (2002), é considerada uma das causas mais frequentes de demência, e é responsável por mais de 50% dos casos na faixa etária igual ou superior a 65 anos. A DA, afirma Peçanha e Neri (2007), é caracterizada por uma degeneração no Sistema Nervoso Central, de caráter insidioso, a qual acarreta em um paulatino comedimento das funções cognitivas - como perda da memória - comprometendo, portanto, as atividades diárias executadas pelo indivíduo.

Segundo Nitrini *et al.* (2005), a causa da doença não tem um marco específico, porém acredita-se que ela pode advir de vários fatores. Azevedo *et al.* (2010) entende que alguns hábitos da civilização podem favorecer o aparecimento da DA, tais como: uma alimentação não saudável, privação do sono, falta de exercícios físicos e mentais e o aumento do estresse.

Segundo Caramelli e Barbosa (2002), o diagnóstico da doença é baseado em critérios específicos, de modo que estes incluem a história clínica do paciente, avaliação neuropsicológica e exames de neuroimagens (tomografia computadorizada ou ressonância magnética). Para que seja possível diagnosticar a DA, com base nos estudos de Frota *et al.* (2011) e de Moraes (2012), é necessário que o paciente esteja apresentando mais de um sintoma recorrente da doença, ou seja, tenha mais de uma capacidade funcional prejudicada, incluindo o declínio de pelo menos dois dos domínios cognitivos considerados, visto que existem outros quadros demenciais que podem causar dúvidas na hora de finalizar o diagnóstico (Demência Vascular, Demência com corpos de Lewy e Demência Frontotemporal). Por conta disso, o diagnóstico deve seguir minuciosamente os critérios clínicos estabelecidos, aliados a testes cognitivos objetivos, preconizando a fidedignidade do mesmo.

Estudos recentes têm mostrado algumas mudanças nas diretrizes do diagnóstico da DA em relação aos primeiros parâmetros realizados em 1984, de modo que foram incluídos três estágios de identificação da doença: pré-clínico (podendo ser assintomático), comprometimento cognitivo leve (CCL) e demência. Com isso, estes três estágios podem não só identificar a Doença de Alzheimer como também diagnosticar ou descartar outros quadros demenciais (MORAES, 2012).

A fase pré-clínica consiste no estágio assintomático da DA, sendo que seu início pode ocorrer muitos anos antes dos sintomas demenciais surgirem. A fase do comprometimento cognitivo leve (CCL) inclui indivíduos que estejam apresentando déficits em um ou mais domínios cognitivos, (função executiva, memória, habilidades visuoespaciais, linguagem e atenção), porém ainda se mantém independentes para a realização de suas atividades diárias. Na fase demencial, o paciente se encontra globalmente afetado em um estado de dependência total com alterações nas áreas da cognição, função e comportamento, comprometendo consideravelmente as habilidades requeridas para a realização de atividades cotidianas (MORAES, 2012).

O tratamento da Doença de Alzheimer engloba estratégias farmacológicas e intervenções psicossociais para o paciente e seus respectivos familiares. Estudos apontam não existir uma cura para a mesma e, portanto, o tratamento proposto consiste em estabilizar os sintomas retardando o avanço da doença, proporcionando o bem-estar e conforto tanto para o paciente como para seus cuidadores (FORLENZA, 2005).

Para Forlenza (2005), o tratamento da DA se fundamenta em quatro níveis: terapêutica específica, tendo como objetivo reverter o processo patofisiológico que conduz a morte neural e à demência; abordagem profilática, que visa a retardar o início da demência ou prevenir o declínio cognitivo adicional; tratamento sintomático, objetivando a restauração das capacidades cognitivas, das habilidades funcionais e do comportamento, ainda que parcial ou provisoriamente; terapêutica complementar, a qual busca tratar as manifestações não cognitivas da demência (depressão, psicose, agitação psicomotora, agressividade e distúrbios do sono).

Forlenza (2005) também compreende que o tratamento psicotrópico da doença de Alzheimer possui o objetivo de preservar ou reconstituir a cognição. Desta maneira, a suspensão dos fármacos só ocorre se o paciente não se adapta de forma satisfatória ao tratamento ou a deterioração cognitiva se mantém no mesmo ritmo, se há o avanço rápido da doença ou quando o medicamento não proporciona o efeito esperado.

Ainda sobre o tratamento da Doença de Alzheimer, estudos mostram que intervenções de reabilitação cognitiva, têm apresentado resultados positivos em pacientes acometidos pela doença. O tratamento experimental não farmacológico trabalha tanto com o portador da doença quanto com a família do mesmo. Há pesquisas que contam com técnicas de reabilitação da memória, porém não dispõem sobre a cura da DA. Elas têm o objetivo de proporcionar a estabilização ou o retardo do quadro em que o paciente se encontra (ENGELHARDT *et al.*, 2005).

A Doença de Alzheimer não possui um marco específico para o seu início, porém, ainda assim, existem alguns cuidados que podem ser tomados, para que se prorrogue e/ou evite o seu aparecimento, tais como: dormir bem, praticar exercícios físicos, adotar uma alimentação balanceada, elaborar dificuldades psicológicas e desempenhar atividades que ofereçam desafios e estímulos cognitivos (AZEVEDO *et al.*, 2010).

Destacada a complexidade inerente à Doença de Alzheimer, emerge a necessidade de se efetuar investigações acerca das contribuições que a Psicologia pode fornecer aos indivíduos acometidos pela mencionada condição, assim como aos seus familiares e cuidadores. Com tal intento, elaboramos o presente artigo, por meio do qual sistematizamos dados produzidos em artigos e livros e que abordam a intervenção do Psicólogo junto aos portadores de Alzheimer. Na sequência desse texto apresentamos as intervenções da Psicologia com o portador da doença, com familiares e com os cuidadores. Consideramos que esse saber interessa a toda sociedade, e, em especial àqueles que atuam ou se relacionam com a patologia em questão.

II. METODOLOGIA

O presente texto é um estudo de natureza qualitativa, uma vez que buscou, por meio dos estudos teóricos, sistematizar dados sobre a intervenção do Psicólogo junto a portadores de Alzheimer. Para elaborá-lo, recorreremos a artigos e livros, e, visamos à produção de conceitos sobre o fazer do Psicólogo junto a esse público específico, ou seja, não visamos a produção de dados estatísticos e numéricos. Para a elaboração do artigo em questão realizamos a leitura dos textos e apresentamos a sistematização dos dados obtidos.

Com a finalidade de se levantar os referidos materiais bibliográficos para a pesquisa, foram consultadas bases de dados que pudessem vir a ser pertinentes, tais como: Scientific Electronic Library (SciELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e correlatas. Também foram empreendidas pesquisas em repositórios institucionais e bibliotecas digitais de teses e dissertações, contemplando instituições como: Universidade de São Paulo (USP), Pontifícia Universidade Católica (PUC), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Paulista (UNIP) e demais universidades que disponibilizavam literaturas de interesse para o desenvolvimento dos assuntos abordados.

O referencial literário selecionado se enquadra entre os anos de 2002 e 2019, tendo sido selecionados após criteriosa leitura, através da qual se pretendia avaliar a relevância das obras para a composição das discussões aqui apresentadas. Outro critério utilizado para a seleção dos materiais foi o fato de estarem escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol, dando-se ênfase aos materiais de origem brasileira, a fim de se contemplar a produção acadêmica nacional, muito embora nosso texto também traga citações de obras estrangeiras. Decorrida esta etapa de seleção, foram utilizados 23 artigos científicos, 1 livro, 1 tese de doutorado, 9 dissertações de mestrado e 3 monografias produzidas em cursos de graduação e pós-graduação.

III. DISCUSSÃO

Após a realização da pesquisa, observamos que os textos que discutiam a ação do Psicólogo junto ao Alzheimer apontavam três direções, sendo essas: ação junto aos portadores da patologia, ações junto à familiares e também intervenções junto aos cuidadores. Por meio desses três eixos de ação pudemos contemplar a ação do Psicólogo, que não se restringe à intervenção direta com o paciente mas que, além disso, incorpora intervenções junto aos demais envolvidos no entorno do adoecido, uma vez que tais atores também são importantes quando pensamos no Alzheimer. No item subsequente passamos à discussão dos dados que identificamos a partir da pesquisa.

IV. PSICOLOGIA E INTERVENÇÕES JUNTO AOS PORTADORES DO ALZHEIMER

A seguir, serão apresentadas as principais descobertas feitas por meio da leitura dos referenciais coletados, apresentando-se conceitos, perspectivas e possibilidades de intervenções para profissionais da Psicologia ao realizarem trabalhos com pessoas portadoras da Doença de Alzheimer, incluindo, também, familiares e cuidadores neste processo.

4.1 Intervenções com o paciente

Muito embora o tratamento farmacológico para a DA seja útil e necessário para a obtenção de resultados mais eficazes no sentido de fazer decrescer a velocidade de progressão da doença e estabilizar as perturbações psíquicas, cognitivas e comportamentais, Campos (2016) destaca a importância da implementação de intervenções não farmacológicas para o paciente, seus familiares e seus cuidadores, tendo em vista a sensibilização destes últimos e a reabilitação do idoso para que as dificuldades e os impactos causados pela doença sejam mitigados. A autora ainda destaca que as modalidades de intervenção não farmacológica podem incluir estimulação cognitiva, terapia de orientação para a realidade, musicoterapia, terapia por reminiscência, técnicas comportamentais, psicoeducacionais, entre outras possibilidades, buscando oferecer um estímulo à autonomia e à autoestima, de modo que os eixos das intervenções sejam retardar ao máximo possível as repercussões da doença, fortalecer as competências preservadas e, resguardados os limites, recuperar o controle sobre a própria vida. Adicionalmente, para a prestação destes cuidados endereçados a pessoas em condição de demência, Campos (2016) cita estudos que apontam para a importância de se atender às necessidades psicológicas de vínculo, conforto, ocupação, inclusão e identidade. A partir destes fatos, sobressalta-se a importância do profissional da Psicologia como sujeito atuante nas equipes multiprofissionais engajadas na efetivação dos referidos cuidados.

As intervenções do psicólogo em contexto geriátrico recaem, essencialmente, para Rilhas (2014), na melhoria e na reabilitação das problemáticas de natureza psicológica, de tal sorte que o profissional é levado a refletir sobre práticas que possam contribuir com o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. Este mesmo autor comenta que uma das principais funções do psicólogo, neste contexto, é a de estimular os idosos a compor sentidos para suas experiências de vida e a desenvolver métodos salutares para enfrentar as implicações psicológicas advindas de sua condição atual. Desta maneira, o esforço e o trabalho do psicólogo, ainda de acordo com Rilhas (2014) devem estar direcionados para proporcionar serviços adequados às necessidades dos idosos, contribuir com o saudável desenvolvimento do processo de envelhecimento e evitar a sua degradação, prestar o apoio necessário às famílias dos pacientes, no sentido de fortalecer a relação interfamiliar e preservar os laços afetivos, fornecer um acompanhamento psicossocial de qualidade que contribua para o aumento do bem-estar e do equilíbrio psicoafetivo do indivíduo, intervir em situações de crises decorrentes das patologias, instruir familiares e cuidadores quanto aos procedimentos a serem adotados com os idosos, aumentar a autonomia dos mesmos ao nível das atividades de vida diária, bem como incentivar o convívio social e o estabelecimento de relações harmônicas entre pacientes, profissionais e familiares. Ademais, o autor entende o papel do psicólogo como importante para reforçar recursos do próprio sujeito no que tange à saúde mental, incentivar a sua participação em atividades educacionais e sociais, estimular a criação de novos interesses e apoiar a participação em atividades que estimulem a sociabilidade, a criatividade e a vivência comunitária, dado que estas atividades contribuem para a realização de metas pessoais e a atribuição de um sentido particular a este novo período de suas vidas.

Dentre as diversas possibilidades de intervenção para a DA, podem ser encontradas as assim chamadas intervenções psicossociais, as quais são preferencialmente voltadas para pacientes e familiares, englobando estratégias de reabilitação cognitiva, sendo que estas são postas diante de dificuldades relativas à heterogeneidade dos pacientes quanto aos seus níveis de alterações cognitivas e comportamentais, aos aspectos familiares, à progressão da doença e à colaboração dos cuidadores, os quais, em muitos casos, percebem-se despreparados para a prestação de cuidados. (OLIVEIRA, 2009).

Antes de prosseguir com este mergulho através da bibliografia levantada para pesquisa, vale a pena visitar o conceito de plasticidade cerebral - ou Neuroplasticidade -, compreendido por Haase e Lacerda (2004) como a capacidade que o sistema nervoso possui de efetuar modificações nas suas estruturas e nas suas funções em virtude das experiências individuais, do nível de atividade e da qualidade das estimulações recebidas. À vista disso, emerge o seguinte entendimento:

Todo o processo de reabilitação neuropsicológica, assim como as psicoterapias de um modo geral [...], se baseiam na convicção de que o cérebro humano é um órgão dinâmico e adaptativo, capaz de se reestruturar em função de novas exigências ambientais ou das limitações funcionais impostas por lesões cerebrais (HAASE; LACERDA, 2004, p. 29).

Quando se faz presente a possibilidade de recuperação das capacidades cognitivas do paciente, como em casos de acidente vascular cerebral, costuma-se utilizar o termo reabilitação cognitiva ou mesmo reabilitação neuropsicológica, visto que o objetivo deste trabalho incide sobre a (re)construção das habilidades cognitivas. Neste sentido, as intervenções buscam, essencialmente, oferecer estímulos ao paciente para que a progressão da doença ocorra de modo mais lento que o esperado para seu curso natural, preservando, portanto, as funções intactas por mais tempo. Existem diversas técnicas que podem ser empregadas em um programa de estimulação cognitiva, dentre elas, a terapia de orientação para a realidade, terapia de reminiscências, uso de apoios externos e aprendizagem sem erros. Estas técnicas devem ser aplicadas em consonância com as necessidades e possibilidades de cada paciente, pois muitas vezes o próprio adoecido não consegue utilizar técnicas por si mesmo, fazendo-se, pois, necessária a presença de profissionais e/ou cuidadores (DORNELLES, 2010).

Sobre a técnica de orientação para a realidade, esta consiste em um treino sistemático de informações presentes e contínuas amparadas por estímulos ambientais de orientação espacial e temporal como calendários ou jornais. A intenção aqui é a de apresentar dados da realidade ao paciente, tendo em vista que os estímulos ambientais podem orientá-lo de maneira organizada e contínua, possibilitando a manutenção de relações interpessoais de boa qualidade através do seu engajamento social e das melhorias em sua capacidade de comunicação. Mostrando-se bastante utilizada em grupos, a técnica das reminiscências trabalha com o paciente por intermédio de jogos, figuras e de materiais oriundos do seu contexto biográfico como fotografias, músicas, roupas e histórias pessoais, os quais compõem o acervo mnemônico do sujeito em questão. Esta técnica é, na verdade, uma variação da orientação para a realidade, muito embora o seu foco verse sobre o resgate de dados relativos à juventude dos idosos e às emoções experimentadas, de tal sorte que os enfermos sejam beneficiados com incrementos em suas aptidões para a socialização, para o entretenimento, para a comunicação e para a interpretação de estímulos auditivos ou visuais. O uso de apoios externos, também chamados de estratégias compensatórias, diz respeito ao treino e ao uso de instrumentos (agendas, alarmes, celulares, blocos de notas, cartazes etc.) que podem atuar como um ponto de suporte para a recordação e a realização de atividades simples da vida diária do idoso, como não perder o horário das medicações ou o dia de uma consulta. Estes instrumentos podem ser mais úteis para pacientes que se encontram nos momentos iniciais da DA, já que em estágios avançados desta doença os acometidos costumam ter dificuldades para utilizar estes recursos sem ajuda (não se lembram de consultar regularmente sua agenda ou suas anotações, por exemplo). Tendo por base a memória implícita, em que o sujeito é capaz de praticar uma determinada habilidade mesmo sem concebê-la de forma consciente, e sabendo que a mesma se encontra relativamente preservada em idosos portadores da Doença de Alzheimer, a aprendizagem sem erros consiste em reforçar respostas corretas através da estruturação de um treinamento e do fornecimento do maior número possível de pistas para que o paciente não erre, bem como em impedir que o indivíduo emita respostas em forma de tentativa ou palpite para que, assim, o aprendizado de respostas incorretas possa ser minimizado e o paciente se sinta motivado à obtenção de sucesso. Pode ser também empregada a técnica de práticas repetitivas para que o idoso, em algum momento, mesmo sem ter o controle consciente sobre suas ações, apresente o comportamento desejado, sendo este instaurado por meio da execução de uma tarefa de maneira sucessiva, obedecendo a etapas predefinidas e utilizando regras constantes. (MELO, 2008; DORNELLES, 2010).

Para Bernardo (2018), o gerenciamento dos sintomas neuropsiquiátricos e das alterações comportamentais é um dos maiores desafios no tratamento da Doença de Alzheimer. Com enfoque nas estratégias aplicadas para o gerenciamento de comportamentos, esta pesquisadora descreve estudos que trazem à tona as assim chamadas intervenções multidimensionais, desenvolvendo-se atividades de lazer e psicomotoras

em combinação com a estimulação cognitiva, sublinhando que estas práticas foram eficazes para a redução dos quadros depressivos, da ansiedade, da irritabilidade e de comportamentos motores indesejados, possibilitando, por consequência, o beneficiamento do idoso quanto à participação social, à linguagem e à memória. Ainda nas leituras de Bernardo (2018), assim como em Anastacio Junior (2019), aparece a musicoterapia, tida como uma forma de terapia não farmacológica autoexpressiva que atua nas funções cognitivas e pode contribuir com melhorias nas condições físicas da pessoa, na apatia, na socialização, na comunicação e na motivação, além de atenuar a ocorrência de comportamentos agressivos e de agitação. Tudo isso por via do recurso sonoro utilizado de modo receptivo (audição musical pelo paciente) ou ativo (paciente envolvido diretamente com a produção musical, podendo tocar, cantar, compor etc.).

Ainda podem ser encontradas na literatura relativa ao tema desta pesquisa obras que sugerem mais alternativas de intervenções, para além das já citadas, como terapia de luz, aromaterapia, oficinas terapêuticas (em especial para os cuidadores), incentivo a interações sociais, fisioterapia, apoio nutricional, adaptações ambientais, reorganização de rotinas, realização de atividades físicas (de acordo com as capacidades do paciente), reeducação comportamental e visitas domiciliares para conhecer o contexto familiar do idoso (LIMA, 2006; SA *et al.*, 2006; CARAMELLI; BOTTINO, 2007; FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; MELO, 2010; BERNARDO, 2018; TARGINO; SANTOS, 2018).

Alternativa à terapia de orientação para a realidade, tem-se a chamada terapia da validação. Indicada para pacientes em estados mais avançados de quadros demenciais. Esta técnica compreende que é mais benéfico validar os conteúdos e as emoções exteriorizadas pelo paciente e, por isso, isenta-se de tentar introduzir ao mesmo uma realidade que ele já não é capaz de acessar tal como o fazem os sujeitos não acometidos por demências, numa tentativa de se evitar sentimentos de revolta ou angústia. Esta terapia parte do pressuposto de que, em decorrência de seus estados demenciais, as aptidões cognitivas dos idosos foram paulatinamente dando espaço a memórias emocionais referentes a fases anteriores de sua vida, fato que se observa ao encontrar idosos que se referem a pessoas e acontecimentos do passado como se fossem atuais ou mesmo que emitem comportamentos típicos da infância. Considerando estes dados, a terapia da validação julga importante respeitar e ratificar a realidade vivenciada pelos pacientes, mesmo que esta não equivalha à dimensão temporal atual, procurando, deste modo, ajudar os idosos que se encontram em estado de desorientação a se sentirem felizes assim como são e tal como percebem e experimentam a realidade (RILHAS, 2014).

Levando-se em conta as explicações feitas nos parágrafos anteriores, vale reiterar e sublinhar a vastidão de pesquisas que trazem em seu conteúdo sortidas possibilidades de trabalhos com indivíduos portadores da Doença de Alzheimer, ainda que muitas destas pesquisas digam respeito a outras áreas de atuação profissional, para além da Psicologia, constatando-se, pois, uma carência de materiais que discorram especificamente sobre este campo. Apesar desta grande quantidade de possíveis estratégias de intervenção, alguns autores (LIMA, 2006; DORNELLES, 2010; DE PAULA, 2016; LIMA, 2017; BERNARDO, 2018; FRONZA; PILLATT, 2018; TARGINO; SANTOS, 2018) advertem quanto à importância e à necessidade de se realizar maiores investigações acerca das mesmas, visto que muitas destas estratégias apresentam incertezas ou mesmo contradições referentes aos resultados de estudos feitos para avaliar seus níveis de eficácia, bem como deixam pontos não muito bem definidos quanto às metodologias das quais os profissionais poderiam se valer para aplicá-las.

4.2 Intervenções com os cuidadores

A tarefa de cuidar de um idoso demenciado pode ser desempenhada pelos familiares, por cuidadores, profissionais e/ou instituições de saúde. Referentemente aos cuidadores, estes costumam ser classificados de acordo com os vínculos mantidos com a pessoa a quem direcionam seus cuidados, sendo classificados como cuidadores formais e informais ou mesmo como cuidadores principais (primários), secundários e terciários. Nesta perspectiva, o conceito de “cuidadores formais” se relaciona aos profissionais contratados e, por outro lado, o termo “cuidadores informais” se refere aos familiares, amigos e voluntários. Semelhantemente, os cuidadores informais ainda podem ser categorizados de acordo com as tarefas realizadas e o seu nível de envolvimento com as responsabilidades provenientes do cuidado. A partir disto, os cuidadores primários são aqueles que assumem a responsabilidade integral de supervisionar, acompanhar e cuidar do idoso no ambiente domiciliar. Os cuidadores secundários executam os mesmos tipos de tarefas que os primários, mas sem apresentar o mesmo grau de envolvimento. Quanto aos cuidadores terciários, os mesmos auxiliam no desenvolvimento de atividades da vida diária apenas casualmente ou quando são solicitados. Ainda neste mesmo sentido, é possível observar os seguintes fatores relacionados à definição de quem irá exercer o papel de cuidador do idoso portador da Doença de Alzheimer: proximidade física (como morar junto) ou afetiva, condições financeiras, personalidade dos envolvidos, disponibilidade de tempo, preparo para lidar com a situação e expectativas familiares. Pode ocorrer também de a pessoa enferma escolher por quem deseja ser cuidada dentre os familiares, como se este papel já estivesse predefinido e endereçado a alguém. Além das classificações e dos fatores mencionados, sabe-se que o papel de cuidador recai primordialmente sobre as

mulheres, reiterando os costumes culturais referentes às posições da mulher na família e às imagens do feminino, transmitidas através das gerações. Tradicionalmente, as mulheres foram e em muitas medidas continuam sendo responsabilizadas pela manutenção da família e pelo cuidado de seus membros. Entretanto, em face da multiplicidade de papéis e do trabalho externo ao lar, em diversas ocasiões elas não encontram o apoio familiar necessário para que o cuidado com os adoecidos seja exercido, dando margem para a emergência de sentimentos de sobrecarga, isolamento, estresse, cansaço, angústia, ansiedade, depressão, assim como para afecções na saúde física, dificuldades financeiras e conflitos de ordem conjugal e familiar. (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; MELO, 2010; MADALENO, 2016; DE PAULA, 2016).

Apesar da ênfase dada às características negativas do cuidar, na literatura consultada estão abarcadas algumas pesquisas (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; OLIVEIRA, 2009; FOLLE; SHIMIZU; NAVES, 2016; DE PAULA, 2016) que relatam a presença de sentimentos positivos em determinados cuidadores, como os de solidariedade, recompensa, satisfação, possibilidade de retribuir os cuidados recebidos pelo familiar adoecido, apreço e gratificação em relação à capacidade de cuidar ou mesmo expiação de deslizes cometidos com o enfermo no passado. Contrariando este ponto de vista, Horiguchi (2010) coloca que, por mais gratificante que seja o processo de cuidar, ainda assim o mesmo pode se configurar como causa de sobrecarga, sendo mais provável que o cuidador desenvolva sentimentos ambivalentes sobre a sua condição ou, ainda, a respeito do idoso.

Tomando nota sobre os fatos descritos acima, percebe-se que é de grande valor o emprego de intervenções endereçadas aos cuidadores dos idosos acometidos pela DA e aos seus familiares (que em muitos casos também atuam como cuidadores), com vistas a favorecer progressos na qualidade de vida do cuidador e, conseqüentemente, do idoso, bem como na relação entre ambos, respeitando as condições nas quais se encontram os sujeitos envolvidos neste processo. Complementarmente, pode-se afirmar que cuidadores resilientes e não sobrecarregados apresentam menores chances de institucionalizar ou mesmo de agredir o idoso (MELO, 2008; OLIVEIRA; CALDANA, 2012; NEUMANN; DIAS, 2013; MANZINI *et al.*, 2016; FRONZA; PILLATT, 2018).

Como possibilidades de atuações com cuidadores, as pesquisas consultadas indicam: programas de intervenções psicossociais e psicoeducacionais multi e interdisciplinares, grupos socioeducativos, psicoterapia, terapia assistida por animais de estimação, apoio familiar no sentido de dividir tarefas e reduzir a sobrecarga, gestão emocional, suporte social, formação e preparo para cuidar, aquisição de informações sobre a doença, apoio financeiro, estratégias para enfrentamento do estresse e desenvolvimento de habilidades sociais (comportamentos assertivos), todas focalizando a pretensão de abrandar o sofrimento psíquico, facilitar interações sociais e, assim, aumentar o bem-estar dos cuidadores e dos pacientes. Também é válido considerar, neste contexto, o papel do cuidador profissional, o qual pode ajudar os cuidadores familiares à medida que realizam ou reduzem as tarefas demandadas pelos idosos. Nota-se, adicionalmente, a necessidade e a importância de políticas públicas destinadas tanto ao fortalecimento da saúde do idoso de maneira integral e integrada quanto à sua promoção social (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; BARBOSA *et al.*, 2011; PINTO; BARHAM, 2014; MANZINI *et al.*, 2016).

4.3 Intervenções com a família

Adotando como referência a tese de Oliveira (2009) e os estudos nela contidos, a família pode ser compreendida como um grupo formado por pessoas unidas por laços afetivos, consanguíneos ou não, constituindo-se como uma instituição social onde são engendradas as primeiras manifestações da sociabilidade humana e desenvolvidas as características da personalidade, bem como as qualidades relacionais, sendo influenciada pelo contexto histórico e pela cultura em que foi concebida. Dentro do contexto cultural brasileiro, evidencia-se uma tradição que compreende o processo de cuidar de um indivíduo doente ou com limitações fisiológicas próprias da velhice como uma tarefa a ser desempenhada pela própria família, particularmente se esta pessoa adoecida corresponder ao cônjuge, aos filhos, aos pais ou aos avós, compreendendo, portanto, que se faz presente a naturalização da posição da família como cuidadora (SENA; GONÇALVES, 2008).

Devido ao fato de que cada família possui particularidades quanto à sua história, às suas relações e aos seus recursos, diversas formas de se lidar com a Doença de Alzheimer podem ser observadas. Enquanto alguns familiares ficam chocados ao saberem deste diagnóstico, outros rejeitam e negam a doença, por exemplo. Ocorre que estas reações muitas vezes estão ligadas à vivência de perda da pessoa idosa e do lugar que esta ocupa na família. Seguindo este raciocínio, são descritas algumas etapas pelas quais as famílias com portadores de DA frequentemente passam. Em um primeiro momento, é comum que os familiares se sintam confusos com as modificações nos hábitos e comportamentos do idoso como alterações em traços da personalidade, esquecimentos e atitudes inadequadas. Na ocasião do diagnóstico, frequentemente incerto ou até mesmo contraditório, a família, que já experimentava determinados níveis de estresse, pode vir a perceber um aumento em suas tensões. Posteriormente, por causa das demandas requeridas pelos idosos, é comum que algum membro familiar assuma a posição de cuidador principal. Por fim, em virtude da piora do paciente, abre-se a

possibilidade de que o cuidador venha a apresentar queixas e a solicitar auxílio de outros parentes, podendo acirrar dificuldades na interação familiar e, deste modo, dar espaço para a eclosão de sentimentos hostis - como raiva, tristeza, rejeição e solidão - decorrentes da falta de apoio, de compreensão e de reconhecimento por parte dos familiares (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Prosseguindo de modo consonante às explicações de Falcão e Bucher-Maluschke (2009), as intervenções com as famílias se mostram essenciais quando vislumbram em seu horizonte o fortalecimento ou a promoção da coesão entre os membros e, através desta, a melhoria na saúde do sistema familiar como um todo.

Sobre os trabalhos que podem ser desenvolvidos com a família, são válidos aqueles citados no título anterior – aplicados ao cuidador. Além destes, a literatura examinada sugere: suporte ao luto da família, desenvolvimento da comunicação entre os membros, psicoterapia familiar, grupos de apoio multifamiliares (em que participam várias famílias compartilhando suas estratégias de enfrentamento), implementação de equipes de apoio domiciliar, auxílios institucionais, promoção de integração social, aplicação de técnicas de relaxamento, criação de programas de atendimento interdisciplinares na perspectiva da atenção integral à saúde, bem como prestação de orientações e informações, respeitando o contexto sociocultural da família e considerando os seus saberes prévios (CAREMELLI; BOTTINO, 2007; FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; MELO, 2010; GONÇALVES-PEREIRA; SAMPAIO, 2011; NOGUEIRA, 2013; FOLLE; SHIMIZU; NAVES, 2016; BARREIRA, 2017; TARGINO; SANTOS, 2018).

V. CONCLUSÃO

Após a realização de leituras prévias relativas à Doença de Alzheimer, tornou-se digna de destaque a perspectiva de que tal enfermidade leva o paciente a um estado em que inspira uma diversidade de cuidados, os quais, por muitas vezes, ficam a cargo de familiares, ainda que outras pessoas possam também assumir essa posição, fatos que podem levar a quadros de sobrecarga e sofrimento psicológico. Tendo isso em vista, este estudo procurou investigar as contribuições que a Psicologia pode fornecer aos indivíduos portadores da Doença de Alzheimer e a seus familiares e cuidadores.

Para tanto, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa por via do levantamento e da seleção da leitura de referenciais literários em bases de dados acadêmicas brasileiras e estrangeiras, em português, inglês ou espanhol, focalizando a produção nacional, de maneira que os materiais que se fizeram mais relevantes foram empregados na composição do presente artigo, revelando, pois, que se trata de um estudo bibliográfico.

Percorridos estes caminhos, foi possível notar a necessidade da atenção psicológica tanto aos pacientes quanto aos seus cuidadores e familiares, assim como a importância da atuação do psicólogo juntamente a equipes multiprofissionais, tendo em vista o atendimento à variedade e à complexidade de demandas que emergem deste processo de cuidar de uma pessoa acometida pela Doença de Alzheimer. Constatou-se, ainda, a existência de sortidas técnicas, estratégias de trabalho e intervenções que podem ser aplicadas aos pacientes, familiares e cuidadores, englobando não apenas aspectos individuais ou farmacológicos, mas, também, tendo em vista os fatores contextuais que incidem sobre estas práticas.

A despeito desta constatação, muitos pesquisadores verificam inexistências quanto à eficácia de determinadas técnicas ou mesmo quanto às metodologias utilizadas para a execução delas. Este fato, somando-se à observada escassez de estudos versando sobre intervenções desenvolvidas especificamente na área da Psicologia, leva os autores desta pesquisa a concluir sublinhando a importância de se desenvolver maiores investigações em relação aos temas aqui contemplados, seja por via da produção bibliográfica ou do contato direto com pacientes e demais atores componentes da rede de cuidados.

REFERÊNCIAS

- [1]. Caramelli, P., & Barbosa, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24(1), 7-10. Retrieved on 4 August 2020 from http://www.scielo.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200200050003&lng=en&nrm=iso.
- [2]. Peçanha, M. A. P., & Neri, V. C. (2007). Estudo Neuropatológico e Funcional da Doença de Alzheimer. *Revista Clínica da Faculdade de Medicina de Campos*, 2(1), 8-17. Retrieved on 10 August 2020 from <http://www.fmc.br/revista/V2N1P08-17.pdf>.
- [3]. Nitri, R. et al. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 63(3), 720-727. Retrieved on 5 August 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000400034&lng=en&nrm=iso.
- [4]. Azevedo, P. G. et al. (2010). Linguagem e memória na doença de Alzheimer em fase moderada. *Rev. CEFAC*, 12(3), 393-399. Retrieved on 4 August 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462010000300006&lng=en&nrm=iso.
- [5]. Frola, N. A. F. et al. (2011). Criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Dement. Neuropsychol.*, 5(3), 146-152. Retrieved on 23 August 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642011000300146&lng=en&nrm=iso.
- [6]. Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde. 98 p. Retrieved on 12 May 2019 from <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WE1.pdf>.

- [7]. Forlenza, O. V. (2005). Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. *Rev. psiquiatr. Clín.*, 32(3), 137-148. Retrieved on 11 August 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832005000300006&lng=en&nrm=iso.
- [8]. Engelhardt, E. et al. (2005). Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 63(4), 1104-1112. Retrieved on 11 August 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2005000600035&lng=en&nrm=iso.
- [9]. Campos, C. C. G. (2016). *Dimensões implicadas na prevenção e no tratamento da demência: a percepção dos psicólogos*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Retrieved on 17 September 2020 from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20505/1/TESE%20FINAL%20CL%20CL%20c3%81UDI%20CAMPOS%20JULHO%202016.pdf>.
- [10]. Rilhas, L. M. D. (2014). *Intervenção psicológica em idosos com demência: Casa Romana*. [Relatório de Estágio para Mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa]. Repositório das Universidades Lusíada. Retrieved on 17 September 2020 from http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1282/4/mpc_luis_rilhas_dissertacao.pdf.
- [11]. Oliveira, A. P. P. (2009). *O cuidado familiar na perspectiva de cuidadores de idosos com demência de Alzheimer*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo. Retrieved on 16 May 2020 from https://www.ffclrp.usp.br/imagen_s_defesas/27_05_2011_15_07_24_61.PDF.
- [12]. Haase, V. G. & Lacerda, S. (2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas Psicol.*, 12(1), 28-42. Retrieved on 18 September 2020 from http://pepsic.bvsalud.org/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2004000100004&lng=pt&nrm=iso.
- [13]. Dornelles, A. R. A. (2010). *Uma intervenção psicoeducativa com cuidadores de idosos com demência*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos]. Repositório Institucional. Retrieved on 16 August 2020 from <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6009/2969.pdf?sequence=1>.
- [14]. Melo, M. B. (2008) *Impacto da estimulação cognitiva sobre o desempenho de idosos com demência de Alzheimer em tarefas de memória lógica e recordação livre*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional. Retrieved on 23 March 2020 from <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3976#:~:text=Ageing%20is%20often%20associated%20with,logical%20memory%20and%20free%20recall>.
- [15]. Bernardo, L. D. (2018). Idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 26(4), 926-942. Retrieved on 18 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S252689102018000400926&lng=en&nrm=iso.
- [16]. Anastacio Junior, M. P. A. (2019). *Musicoterapia e doença de Alzheimer: um estudo com cônjuges cuidadores*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Retrieved on 9 September 2020 from https://teses.usp.br/teses/disponiveis/100/100141/tde-26062019-205908/publico/mauroanastacio_corrigida.pdf.
- [17]. Lima, J. S. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a Psicologia tem a ver com isso. *Revista de Ciências Humanas*, (40), 469-489. Retrieved on 30 May 2019 from <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/viewFile/17666/16231>.
- [18]. Sa, S. P. C. et al. (2006). Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência – atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 9(3), 101-114. Retrieved on 19 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232006000300101&lng=en&nrm=iso.
- [19]. Caramelli, P., & Bottino, C. M. C. (2007). Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). *J. bras. psiquiatr.*, 56(2), 83-87. Retrieved on 19 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000200002&lng=en&nrm=iso.
- [20]. Falcão, D. V. S., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2009). O impacto da doença de Alzheimer nas relações intergeracionais. *Psicol. clin.*, 21(1), 137-152. Retrieved on 21 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000100010&lng=en&nrm=iso.
- [21]. Melo, A. (2010). *Dificuldades sentidas pelo cuidador de um doente com Alzheimer: revisão bibliográfica*. [Revisão Bibliográfica para a Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional. Retrieved on 19 September 2020 from https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1859/2/P_G_17127.pdf.
- [22]. Targino, E. S., & Santos, W. D. V. (2018). Doença de Alzheimer em suas possibilidades de tratamento. *Psicologia.pt*, 1-29. ISSN 1646-6977. Retrieved on 20 May 2019 from <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1199.pdf>.
- [23]. De Paula, E. A. (2016). *Reabilitação cognitiva em grupo com foco em metas funcionais para pacientes com doença de Alzheimer leve: um ensaio clínico controlado*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Retrieved on 2 March 2020 from <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06122016-160738/publico/EdneiaAparecidaPaula.pdf>.
- [24]. Lima, M. C. C. (2017). *Prevalência de alterações neurocognitivas associadas ao HIV em uma coorte aderente ao antirretroviral em um hospital geral na cidade de São Paulo*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Retrieved on 21 April 2020 from <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5133/tde-03012018115244/publico/MayraChristinaCamposLimaVersaoCorrigida.pdf>.
- [25]. Fronza, J. L., & Pillatt, A. P. (2018). Tratamentos psicológicos para idosos com doença de Alzheimer: uma revisão narrativa. *Psic., Saúde & Doenças*, 19(3), 764-775. Retrieved on 17 September 2020 from http://www.scielo.mec.pt/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S164500862018000300023&lng=pt&nrm=iso.
- [26]. Madaleno, T. R. (2016). *Avaliação do risco cardiovascular, cognição e humor das cuidadoras idosas de pacientes com doença de Alzheimer*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. Retrieved on 17 April 2020 from <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde3003201715146/publico/TATIANAREZNDMADALENO.pdf>.
- [27]. Folle, A. D., Shimizu, H. E., & Naves, J. O. S. (2016). Representação social da doença de Alzheimer para familiares cuidadores: desgastante e gratificante. *Rev. esc. enferm.*, 50(1), 79-85. Retrieved on 20 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342016000100079&lng=en&nrm=iso.
- [28]. Horiguchi, A. S. (2010). *Alzheimer: Stress e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais*. [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas]. Biblioteca de Teses e Dissertações. Retrieved on 10 April 2020 from <http://tede.biblioteca digital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/252/1/Adriana%20Satomi%20Horiguchi.pdf>.
- [29]. Oliveira, A. P. P., & Caldana, R. H. L. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saude soc.*, 21(3), 675-685. Retrieved on 20 September 2020 from http://www.scielo.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300013&lng=en&nrm=iso.

- [30]. Neumann, S. M. F., & Dias, C. M. S. B. (2013). Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador. *Rev. Psicol. Saúde*, 5(1), 10-17. Retrieved on 20 September 2020 from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000100003&lng=pt&nrm=iso.
- [31]. Manzini, C. S. S. *et al.* (2016). Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 19(4), 703-714. Retrieved on 20 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400703&lng=en&nrm=iso.
- [32]. Barbosa, A. L. *et al.* (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psic., Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129. Retrieved on 21 September 2020 from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862011000100008&lng=pt&nrm=iso.
- [33]. 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. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.*, 17(3), 525-539. Retrieved on 21 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300525&lng=en&nrm=iso.
- [34]. Sena, E. L. S., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de MerleauPonty. *Texto contexto - enferm.*, 17(2), 232-240. Retrieved on 17 September 2020 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000200003&lng=en&nrm=iso.
- [35]. Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Rev. Port. Sau. Pub.*, 29(1), 3-10. Retrieved on 22 September 2020 from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100002&lng=pt&nrm=iso.
- [36]. Nogueira, A. R. C. (2013). *Cuidados alimentares e nutrição na demência: da prevenção aos cuidados paliativos*. [Trabalho Complementar de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional. Retrieved on 13 May 2020 from <https://core.ac.uk/download/pdf/61016629.pdf>.
- [37]. Barreira, G. S. (2017). *Impacto da doença de Alzheimer na família: uma análise sistêmica estrutural*. [Monografia de Pós-graduação, PUC Rio]. Biblioteca de Teses e Dissertações. Retrieved on 19 May 2020 from <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/32804/32804.PDF>.