

DOENÇA DE ALZHEIMER: ASPECTOS PSICOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS¹

BAZZANELLA, Fernanda²
RADAELLI, Patrícia B.³

RESUMO

O objetivo deste artigo é apresentar as características psicológicas e sociais que se fazem presentes nos casos de Alzheimer. Primeiramente, para contextualização, foram explicados alguns aspectos gerais da doença, dando ênfase aos sintomas. Dos aspectos psicológicos, deu-se destaque para os transtornos depressivos e dos aspectos psicossociais, os impactos na vida dos cuidadores. Por fim, discutiu-se a relevância desses itens no cotidiano do paciente e de seus cuidadores, tendo uma visão do paciente como um todo: corpo e mente.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Alzheimer; aspectos psicológicos; aspectos psicossociais; cuidadores.

1. INTRODUÇÃO

O Alzheimer é definido por Dhuaní C. Ferreira e Sandra C. Catelan-Mainardes (2013) como uma doença neurodegenerativa, onde há morte de neurônios e perda progressiva de memória. Entretanto, além das alterações cognitivas provocadas pela doença, de acordo com Paola G. Braga (2014) há também mudanças comportamentais, que incluem conduta agressiva e transtornos depressivos, e esses refletem diretamente nos relacionamentos familiares/sociais do indivíduo diagnosticado. Uma vez que os pacientes se tornam cada vez mais dependentes de supervisão, entram em cena os cuidadores, que com o passar do tempo enfrentam um profundo estresse emocional. Assim, é possível compreender a complexidade e abrangência dessa doença, que já não pode mais ser tratada sem que tais fatores sejam levados em conta (HAM DAN; NOVA CRUZ; 2008).

Desta maneira, este artigo tem como principal objetivo a reflexão acerca da importância dos aspectos psicológicos e psicossociais da Doença de Alzheimer, de maneira que o paciente e seus cuidadores sejam vistos como seres humanos, passíveis de desequilíbrio e sobrecarga emocionais, além de física, que podem interferir negativamente no cotidiano dos mesmos.

Busca-se, nesta reflexão, atingir uma perspectiva mais abrangente sobre o paciente, além de uma visão orgânica, limitada e simplista. Para isso, foi utilizada a metodologia de revisão bibliográfica, com a contribuição de autores como Ferreira e Catelan-Mainardes, Luginger, Braga, Forlenza, Falcão e Buscher-Maluschke, e outros. Esses autores trazem dados estatísticos e comentários importantes que sustentam a argumentação com relação à importância dos aspectos colocados em questão.

¹ Este artigo é o resultado de uma pesquisa desenvolvida na disciplina de Leitura e Produção de textos, do PRODEPP, Programa de Desenvolvimento Pessoal e Profissional, do curso de Medicina, do Centro Universitário Assis Gurgacz.

² Acadêmica do Primeiro Período do Curso de Medicina, do Centro Universitário Assis Gurgacz.

³ Professora orientadora.

1.1 SINTOMAS

Inicialmente os sintomas podem ser tão discretos a ponto de passarem despercebidos pelo próprio paciente, família ou amigos. Porém, à medida que a doença progride, os sinais tornam-se mais evidentes, começando a interferir na rotina e atividades sociais. O mais notável é a perda de memória, que pode afetar a vida diária de diversas maneiras, levando a dificuldade de comunicação, riscos de segurança e problemas comportamentais (LUGINGER et. al. 2005).

No princípio da doença, os pacientes não apresentam tanta dificuldade para lembrar fatos distantes no tempo, mas podem esquecer algo que fizeram há poucos minutos antes.

Charchat, “at.al.” (2001), enfatizam que o primeiro sintoma do Alzheimer é a memória episódica anterógrada, que se refere às recordações de fatos e eventos recentes. Apenas posteriormente a memória semântica é prejudicada, que é a memória de longo prazo, onde os conhecimentos gerais, conceitos e significados de palavras são armazenados. (FERREIRA e CATELAN-MAINARDES, 2013, p.3).

Para Neto et.al. (2005), nos primeiros estágios da DA encontra-se a perda de memória episódica aumentando posteriormente para prejuízos de funções cognitivas como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuoespaciais. Nos estágios intermediários ocorre afasia fluente, que é a dificuldade de nomear objetos e de escolher a palavra certa para expressar uma ideia e também ocorre a apraxia que é uma disfunção na habilidade motora. Nos estágios terminais há alterações no ciclo de sono-vigília, alterações comportamentais, sintomas psicóticos, além de incapacidade de deambular, falar e realizar os cuidados pessoais. (FERREIRA e CATELAN-MAINARDES, 2013).

Ávilla (2003) explica que a reversão da doença ainda não foi descoberta, mas que há tratamentos, realizados por equipes multidisciplinares, com objetivo de melhorar os sintomas comportamentais e cognitivos, através de medicação e técnicas de reabilitação neuropsicológica, além de instrução sobre cuidados às pessoas próximas do paciente. (BRAGA, 2014).

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO ALZHEIMER

Em se tratando de um paciente diagnosticado com Alzheimer, é importante observar a presença não apenas do comprometimento orgânico (neurológico), mas também das alterações de conduta. Essas alterações implicam nas questões psicológica, emocional e cognitiva, e estas afetam a autoestima do indivíduo devido ao impacto da doença em sua vida pessoal, social e profissional, principalmente pelo fato de se tornar dependente de outras pessoas (NASSIF, s/d).

Estima-se que entre 50 a 80% dos pacientes apresentam sintomas neuropsiquiátricos, como apatia, depressão e agitação/agressividade. (TEIXEIRA E CAMELLI apud BRAGA, 2014, p.2.). Daí a importância de compreender o indivíduo como um todo, corpo e mente, considerando sua complexidade física, psíquica e relacional. (NASSIF, s/d)

Segundo SMALL et. al. (1997), as alterações psiquiátricas mais comuns incluem depressão, obsessões e desconfianças. É preciso considerar surtos de raiva, com risco de atos violentos, além de andanças desorientadas em condição de confusão mental (BRAGA, 2014).

2.1. TRANSTORNOS DEPRESSIVOS NA DOENÇA DE ALZHEIMER

A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral, mas em populações clínicas se faz ainda mais presente. De acordo com Cooper et. al. e Unützer et. al. (2002), o quadro da depressão piora diversos fatores relacionados à saúde: estudos descrevem maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças clínicas crônicas (TENG; HUMES; DEMETRIO; 2005).

Segundo Forlenza (2000), sintomas depressivos podem ser observados em até 50% dos pacientes da DA, enquanto transtornos depressivos podem acometer até 20% dos casos. Alguns autores acreditam que a frequência dos episódios de depressão diminui no estágio avançado da doença, mas há controvérsias sobre essa questão:

Estudo longitudinal de cinco anos de duração sugeriu que tais condições têm evolução crônica, demonstrando taxas de recorrência de sintomas depressivos de 85% ao longo de um ano. Pacientes com DA e depressão apresentam comprometimento funcional maior do que os controles pareados sem depressão. (FORLENZA, 2000, p.2).

Alguns sinais que podem ser notados em pacientes com DA incluem apatia, desesperança, sensação de inutilidade e dependência, afirmações autodepreciativas, distúrbio de sono e apetite, entre outros. Além disso, distúrbios mentais e do comportamento, como alucinações, deambulação e agressividade, podem determinar reações depressivas transitórias. Mudanças abruptas no comportamento, ansiedade intensa ou regressão das habilidades funcionais, sem razão médica aparente ou estresse ambiental, podem sugerir o início de um quadro depressivo (FORLENZA, 2000).

Para melhor tratar o paciente, Bazzarella (2003) recomenda que logo após ser estabelecido o diagnóstico da demência do tipo Alzheimer, o médico responsável deve identificar a existência de sintomas depressivos clinicamente significativos, avaliando detalhadamente o curso da depressão e da demência. Feito isso, deve-se julgar se essa depressão não possui diagnósticos diferenciais, como uma depressão primária, outras doenças mentais, efeitos adversos de medicação e outros.

Com relação à abordagem medicamentosa para transtornos comportamentais em pacientes demenciados, essa deve ser mantida por tempo limitado, com avaliações e monitoramento frequente da eficácia ou de efeitos colaterais. Se as condições do indivíduo forem favoráveis, o tratamento da depressão associada à DA deve ser mantido por até seis meses. Este controle pode proporcionar melhora substancial da cognição, mas alguns podem exercer efeito negativo sobre a mesma. (FORLENZA, 2000).

3. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ALZHEIMER

3.1 O IMPACTO NA VIDA DOS CUIDADORES

Nos pacientes com Alzheimer, é notável a crescente dependência e a necessidade de supervisão, a qual pode ser oferecida por familiares e/ou profissionais da saúde. Assim explica o autor: “Em cada uma das etapas observa-se uma gradativa perda da autonomia e o consequente aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para os portadores da doença (Abreu et al. , 2005).” (HAMDAN; NOVA CRUZ; 2008, p.2)

De acordo com Engelhardt (2005), o cuidador desempenha um papel essencial na vida diária dos pacientes com DA, envolvendo-se em praticamente todos os aspectos do cuidado e assumindo responsabilidades adicionais de maneira crescente. Haley e Mohide (1997; 1993) destacam que as atividades vão além de cuidados como higiene e alimentação, elas incluem administração de finanças e medicamentos. Em média, os cuidadores despedem 60 horas por semana em responsabilidades com o paciente (HAMDAN; NOVA CRUZ; 2008).

Em geral, os cuidadores são denominados de acordo com o vínculo mantido com o paciente, portanto, são classificados em cuidadores formais e informais. Cuidador informal é aquele que faz parte do grupo familiar, de amigos ou de voluntários. Esses, muitas vezes podem ser conduzidos a uma sobrecarga emocional.

De acordo com Schulz e Beach (1999), além das questões familiares, psicológicas e físicas, os cuidadores informais tendem a enfrentar diversas dificuldades financeiras e sociais durante o processo demencial. Distúrbios de comportamento são um dos problemas que podem emergir durante a evolução da doença. A agitação e os comportamentos agressivos são mais frequentemente associados ao fardo do cuidar, enquanto outros relataram que sintomas como apatia, tristeza crônica, depressão, isolamento e estresse seriam os de maior impacto sobre a vida do cuidador (Winslow, 2003) (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE; 2009).

Da mesma maneira, Lemos, Gazzola e Ramos afirmam que conviver com pacientes em estado de demência requer grandes mudanças nas atividades cotidianas da família, pois a tarefa de cuidar pode ser extremamente desgastante. As tarefas realizadas pelo cuidador acabam constituindo eventos estressores significativos. Segundo Donaldson e col. (1997), pode-se caracterizar as consequências e demandas emocionais do cuidado como “burden”, do inglês, que quer dizer “fardo”. Tal fato não pode passar despercebido, uma vez que, segundo Ehrlich e col. (1992), membros da família representam cerca de 90% do número de cuidadores.

Segundo Falcão e Bucher-Maluschke, sobrecarga e sintomas psiquiátricos dos cuidadores comumente podem ocorrer devido à falta de apoio dos familiares. No que se refere ao relacionamento entre avós, pais/mães e filho(a)s, a relação é afetada quando os pais/as mães assumem o papel de cuidadores dos avós, revelando a interdependência entre os membros no sistema familiar. “Brody (1989) retratou que de 45% a 60% dos cuidadores informais reclamaram que seus irmãos não ajudavam o quanto deveriam.” (FALCÃO; BUSCHER-MALUSCHKE, 2009, p.6).

3.1.2 INTERVENÇÃO DIRIGIDA AOS CUIDADORES

Nesse cenário, de sobrecarga emocional tanto do paciente quanto dos cuidadores, programas interdisciplinares de intervenção são fundamentais. Basicamente, aliado ao uso de medicamentos, o tratamento da doença deve estar ancorado em programas de intervenção psicossocial e educacional, resultando, assim, na atenuação dos problemas na vida dessas pessoas (FALCAO; BUSCHER-MALUSCHKE, 2009).

As técnicas possíveis no processo de intervenção incluem: grupos de apoio, grupos socioeducativos, psicoterapia familiar ou individual, orientação nutricional, fisioterapia e odontológica, programas de exercícios físicos e reabilitação neuropsicológica. Nova Cruz e Hamdan (2008) comentam que, segundo Haley (1997), estas intervenções podem ajudar a amenizar a angústia do cuidador, evitar a institucionalização do paciente e permitir que a família possa fazer planos para o futuro.

É possível, ainda, com o processo de intervenção, difundir informações sobre a Doença e promover o desenvolvimento de habilidades para lidar com os pacientes de maneira adequada. Como Hinrichsen e Niederehe (1994) explicam, melhores estratégias de gerenciamento de problemas influenciam no ajustamento emocional do cuidador, trazendo como resultado uma melhor assistência (NOVA CRUZ; HAMDAN, 2008). Coelho, Falcão, Campos & Vieira (2006) acrescentam que a troca de informações e experiências proporcionadas durante o processo de intervenção pode contribuir significativamente para a melhoria da relação paciente-cuidador: “As informações que circulam por meio de esclarecimentos que a equipe presta e da troca entre participantes favorecem um melhor enfrentamento da situação e uma maior autonomia dos Cuidadores” (FALCÃO; BUSCHER-MALUSCHKE, 2009).

Programas educacionais e treinamento do cuidador, suporte psicológico e dos serviços de saúde, segundo Engelhardt (2005), são recomendados pela Academia Brasileira de Neurologia, uma vez que tais tipos de intervenção melhoram os níveis de estresse, retardam a institucionalização do paciente e evitam, muitas vezes, até o uso de fármacos (XIMENES; RICO; PEDREIRA; 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo é trazer reflexões acerca da relevância dos aspectos psicológicos e psicossociais observados no quadro da Doença de Alzheimer e desenvolver um olhar mais humanizado ao paciente, reconhecendo-o não simplesmente como um objeto de estudo sujeito apenas a mudanças físicas e orgânicas, mas passível de mudanças comportamentais, com sintomas psicológicos que podem prejudicar profundamente sua qualidade de vida.

Busca-se, também, estimular um comportamento diferenciado daqueles que compõem o círculo de familiares, amigos e profissionais vinculados a um paciente diagnosticado com DA. Considera-se fundamental reconhecer o impacto emocional provocado no indivíduo acometido pela doença, uma vez que o mesmo se torna cada vez mais dependente de outra pessoa – o cuidador.

Além disso, não se podem ignorar os efeitos psicológicos nos cuidadores, já que as mudanças no cotidiano desses são extremas e exigem muito de seu emocional, muito mais se o cuidador for um membro familiar.

Tendo em vista o desgaste não apenas físico, mas também emocional do cuidador, que pode interferir significativamente na relação com o paciente, ressalta-se a importância de intervenções multidisciplinares não apenas com os pacientes, mas com seus cuidadores.

Enquanto não se descobre a cura de uma doença, independentemente de qual seja, é preciso que haja dedicação para garantir ao paciente ao menos uma vida digna e confortável. E cada recurso utilizado para cumprir tal objetivo deve ser constantemente aprimorado. Como no caso da Doença de Alzheimer o cuidador é uma peça essencial para a vida do paciente, é preciso que o mesmo seja bem amparado, física e emocionalmente, utilizando, para isso, as mais diversas ferramentas.

Os comentários trazidos nesse artigo podem auxiliar no processo de compreensão da complexidade e amplitude da Doença de Alzheimer e da necessidade de ajuda profissional multidisciplinar dos cuidadores e membros familiares, seja essa por meio de grupos de apoio, terapia ou outros. A prioridade deve ser o bem-estar de cada indivíduo envolvido no processo.

REFERÊNCIAS

BRAGA, Paola G. **Aspectos neuropsicológicos da Doença de Alzheimer: Revisão de Literatura.** PORTAL EDUCAÇÃO, abril de 2014. Disponível em:

<http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/55745/aspectos-neuropsicologicos-da-doenca-de-alzheimer-revisao-de-literatura#ixzz47pxjSZao>

FALCÃO, Deusivania V. da Silva. BUSCHER-MALUSCHKE, Júlia S. N. Ferro. **Cuidar de familiares idosos com a Doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-786, out./dez. 2009.

FERREIRA, Dhuani Claro. CATELAN-MAINARDES, Sandra Cristina. **Doença de Alzheimer: como identificar, prevenir e tratar.** VIII EPCC Encontro Nacional de Produção Científica, 2013 out.

GAZZOLA, Juliana M. RAMOS, Luiz R. LEMOS, Naira D. **Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador.** Saúde e Sociedade v.15, n.3, p.170-179, set-dez 2006.

HAMDAN, Amer Cavalheiro. **Avaliação Neuropsicológica na Doença de Alzheimer e no Comprometimento Cognitivo Leve.** UFPR. Psicol. Argum. 2008 jul./set. XIMENES, M. Amélia. RICO, Bianca L. Duarte. PEDREIRA, Raíza Q. **Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado.** Revista Kairós Gerontologia, 17(2), pp.121-140. São Paulo, 2014.

NASSIF, Suely Laitano S. **ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA DOENÇA DE ALZHEIMER.** Setor de neurologia do comportamento UNIFESP-EMP. Disponível em:



<http://docplayer.com.br/10440573-Aspectos-psicologicos-na-doenca-de-alzheimer-suely-laitano-s-nassif.html>

NOVA CRUZ, Marília. HAMDAN, Amer C. **O Impacto Da Doença De Alzheimer No Cuidador.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA, Maria de Fátima. RIBEIRO, Marlene. BORGES, Raquel. LUGINGER, Sônia. **DOENÇA DE ALZHEIMER: Perfil Neuropsicológico e Tratamento.** Trabalho de Licenciatura, 2005. Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia www.psicologia.com.pt

ORESTES. FORLENZA. **Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento.** Departamento de Psiquiatria da FMUSP e Laboratório de Neurociências (LIM-27). Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP 87. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(2):87-95.