

# O IMPACTO SOCIOEMOCIONAL DA DOENÇA DE ALZHEIMER SOBRE O CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO

Alexsandra dos Santos Vasconcelos<sup>1</sup>

Raimunda Silva d' Alencar<sup>2</sup>

**Resumo.** A Doença de Alzheimer (DA) é considerada a mais frequente entre as demências, manifestando-se lenta e progressivamente, apresentando sintomas leves de perda de memória recente à perda total de integridade fisiológica, psicológica e social, envolvendo completamente o cuidador familiar que vivencia o sofrimento e enfrentamento da doença. A necessidade de conhecer e traçar o perfil dos cuidadores de idosos com a DA que estão diretamente envolvidos nesta tarefa, considerando seus aspectos sociais e emocionais, foi o objetivo deste estudo, de caráter descritivo e qualitativo, realizado com 21 famílias de idosos portadores da DA, selecionadas aleatoriamente através de relação fornecida pelo Programa Estadual de Medicação de Alto Custo existente em Itabuna - Bahia. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada realizada em domicílio, e a análise de conteúdo proposta por Minayo, sendo identificados três núcleos de sentido e 10 categorias, analisadas no texto. Constatou-se que os cuidadores têm pouco conhecimento sobre a DA e baixa experiência para desempenhar a ocupação de cuidar de pessoa demenciada. Quando se trata do cuidador ideal, os cuidadores o definem como indivíduos calmos, pacientes, bom caráter, que conheçam a DA e tenham prática e gosto pela atividade de cuidar de idosos. Constatou-se também que a vida emocional do cuidador fica comprometida, especialmente

---

<sup>1</sup> Enfermeira, bolsista da FAPESB, graduanda na Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Bahia.

<sup>2</sup> Professora Assistente do DFCH/ Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de Estudos do Envelhecimento, UESC, Ilhéus, Bahia.

a vida daquele que não recebe apoio dos demais familiares, situação que promove maiores níveis de desgaste emocional e físico, causando-lhe dor, sofrimento e angústia.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer. Cuidado. Enfrentamento. Família.

## SOCIAL AND EMOTIONAL IMPACT OF ALZHEIMER DISEASE OVER THE FAMILY MEMBER CAREGIVER

**Abstract.** The Alzheimer's disease (AD) is considered one of the most frequent kinds of dementia defined as a neurodegenerative disease. It manifests itself slowly and gradually, showing mild symptoms from recent memory loss to total loss of physiological, psychological and social integrity, totally involving the family caregivers in the suffering and coping with the disease. Therefore, it is necessary to identify the profile of caregivers of elderly with DA, who are directly involved in this task, considering their social and emotional condition. This is a descriptive and qualitative study, conducted with 21 families of elderly patients with AD, which were randomly selected through PEMAC (State Program for High-Cost Medication) in Itabuna-Bahia. The data were collected using the semi-structured questionnaire, held in homes. The content analysis was made following Minayo's recommendations. Three groups of lines and 10 categories were identified and discussed in this essay. It was found that the caregivers have little knowledge about AD and little experience to care for the patient. The ideal caregiver is described as calm, patient, with good character, having some level of knowledge about AD and enjoying to care for the elderly. It was also observed that the emotional life of the caregiver is impaired, especially for those who

do not have help from other family members. The situation produces high level of emotional and physical detritions, bringing him/her pain, suffering and anguish.

**Keywords.** Alzheimer's disease. Caring. Coping with. Family.

## INTRODUÇÃO

A população brasileira vem apresentando, nos últimos anos, alterações no perfil demográfico. Cresce a cada dia o segmento idoso, que já ocupa, com relevância, lugar de destaque na pirâmide etária. Os brasileiros com mais de 60 anos já representam 10,2% da população, devendo chegar a 14% em 2025 (TAVARES et al., 2008).

Envelhecer com qualidade é um privilégio de poucos, pois a senescência está vinculada a vários fatores como educação, condições socioeconômicas, biopsicológicas e culturais. De acordo com Chaimowicz (2006, p. 107),

O processo [de transição epidemiológica] engloba três mudanças básicas: a substituição, entre as primeiras causas de morte, das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis (cujas principais são as circulatórias (cardíacas e cerebrovasculares), neoplasias e causas externas; o deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos; e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante...

Ademais, embora a situação mundial da saúde apresente mudanças significativas no quadro de morbimortalidade com redução considerável de morte por doenças infecto-contagiosas e aumento na incidência de morte por doenças cardiovasculares e neurodegenerativas, em especial, as demências, no Brasil, esse quadro é diferente, porque ainda convi-

vemos com doenças contagiosas ao lado de doenças não transmissíveis.

Dentre as demências, a Doença de Alzheimer (DA) é considerada a principal e mais comum delas. Trata-se de doença do cérebro que se apresenta de forma lenta e progressivamente, afetando a habilidade das pessoas para recordar, raciocinar e manter-se comunicativas. Sem causa definida, os sintomas podem diferenciar-se de uma pessoa para outra, mas, em geral, se manifestam com perda gradual da memória recente até chegar aos eventos passados, e aspectos cognitivos, aparecimento de incontinências, dificuldade motora, dentre outros.

Às primeiras suspeitas, a recomendação é de procurar o médico, que fará a exploração geral da história clínica do doente, construída junto com pessoa da família, realização de testes de memória, a partir de quando pode estabelecer se existe ou não alguma deterioração cognitiva. O resultado vai determinar a necessidade de provas complementares (exames hepáticos, doseamento de vitamina B12, exames de urina, e outros tipos de exames, como os de imagens), quando esses doentes deverão ser reavaliados com auxílio das áreas neurológicas, geriátricas, psiquiátricas, psicológicas, gerontológicas.

O tratamento baseia-se na paliatividade e no retardamento dos sintomas, aumentando assim, o tempo e a qualidade de vida dos portadores, cuja sobrevivência pode variar de dois a 20 anos, a partir dos primeiros sintomas (MARTÍNEZ, 2002).

Esta síndrome afeta, sobremaneira, a integridade física, mental e social do portador, necessitando,

desta forma, de uma atenção multidisciplinar. É uma doença que demanda uma dependência total e gradual, porque, de acordo com Luzardo et al. (2006), “além de comprometer a memória, ela afeta a orientação, atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária”.

Conforme assinala Pelzer (apud LUZARDO, 2004): “a DA pode ser considerada uma doença familiar por mudar profundamente o cotidiano das famílias”. Nesse contexto, nota-se que o cuidador familiar apresenta papel fundamental na prestação da assistência à saúde biopsicológica e social da pessoa demenciada. O cuidador de idosos com a DA necessita não só de informações sobre a doença e suas manifestações, mas sobretudo, de atenção à saúde, uma vez que a complexidade das doenças degenerativas repercute de forma negativa sobre o cuidador, aquele que está diretamente envolvido na ação de cuidar. Como relata Caldeira et al. (2004),

A carga de ministrar cuidados torna a família vítima da DA, expoliando suas reservas, incertezas e as imprevisibilidades abalam sua moral e crença de que estejam proporcionando um cuidado digno ao seu familiar. Os cuidadores se deparam com numerosos fatores que incluem a aceitação do diagnóstico, lidar com um stress cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro [...].

Para Luzardo et al. (2006), a cada dia que passa o cuidador familiar vivencia esse processo degenerativo da DA, desenvolve desgaste físico, mental e

emocional, pois a necessidade de cuidados ininterruptos, o difícil manejo das manifestações psiquiátricas e comportamentais, somadas às vivências dos laços emocionais, tanto positivos como negativos anteriores à instalação da doença, sobrecarrega, consideravelmente, a vida do indivíduo envolvido de forma direta nessa tarefa.

É nesse contexto que se pode perceber a importância da atenção aos cuidadores familiares de idosos com a DA, considerando que são esses indivíduos que, muitas vezes, abrem mão de sua própria vida pela pessoa familiar doente, passando a necessitar de cuidados especiais para, desta forma, manter-se apto ao desenvolvimento de atividades cotidianas necessárias ao portador da DA, proporcionando uma melhor qualidade na assistência. É cuidando do cuidador que se obtém uma significativa melhora do processo de cuidado no ambiente familiar. Com isso, este estudo objetiva conhecer um pouco mais da realidade desses cuidadores, quem são, como vivem, o que sentem e como desenvolvem a tarefa do cuidado de idosos com doença de Alzheimer.

De natureza qualitativa e descritiva, tem o propósito de observar a realidade desses profissionais na sua relação cotidiana com a condição de cuidador. A amostra foi escolhida com base em relação fornecida pelo Programa Estadual de Medicação de Alto Custo existente em Itabuna, sul da Bahia, o que significa tratar-se de cuidadores de idosos que já têm o diagnóstico clínico da doença. Através de entrevista estruturada realizada no ambiente domiciliar desse cuidador, foi possível obter as informações deseja-

das, aliando-se a isso a oportunidade de observação direta do ambiente, estrutura física e condições materiais nos domicílios onde convivem cuidador e doente de Alzheimer<sup>2</sup>.

## **2 QUEM SÃO OS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM ALZHEIMER**

Os cuidadores familiares de idosos com DA, neste estudo, se constituíram, em sua maioria, por pessoas do sexo feminino, correspondente a 85,71%, enquanto que o sexo masculino obteve uma percentagem de apenas 14,29%, o que não é desprezível e merece a realização de estudos.

Esta constatação corrobora outros estudos, quando realçam a figura da mulher assumindo, ao longo da história, diferentes papéis na sociedade sem abandonar, no entanto, a responsabilidade pelo cuidado do lar e da família. Dobrof (apud SENA, 2004) afirma:

Na maioria das famílias, a manutenção das relações entre gerações e o fornecimento de cuidados aos membros idosos dependentes, continuam a ser “trabalho de mulher”, isto é, a maioria das pessoas primárias que cuidam de idosos são mulheres...

A escolha do cuidador está intimamente ligada à “proximidade física”, ou seja, a pessoa da família que

---

<sup>2</sup> Cabe informar que a pesquisa cumpriu fielmente a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, ao selecionar para entrevista os 21 cuidadores.

está mais próxima do doente, geralmente aquela que mora com o idoso ou com quem ele passa a residir. A proximidade física está intimamente ligada a relações de parentesco e, mais especificamente, a uma “proximidade afetiva”, destacadamente conjugal ou filial (SANTOS, 2006).

O grau de parentesco envolvido no cuidado é majoritariamente de consanguinidade, aparecendo as filhas com 61,9% dos casos, seguido de esposo (9,52%) e filho (4,76%). Poucos foram os casos de cuidadores extra-familiares.

Quanto ao estado civil, quase 67% dos cuidadores são casados, 24% são solteiros e apenas 9% são viúvas. A religiosidade está presente na vida de todos os cuidadores entrevistados, dividindo-se, de acordo com eles, entre católicos (67%) e evangélicos (33%). A faixa etária está em torno de 55 anos, com extremos de 35 e 77 anos, o que significa que algumas já se inserem ou estão próximas da faixa considerada pessoa idosa, que é de 60 anos para países em desenvolvimento como o Brasil. No mínimo, essas pessoas, ainda que não atuassem como cuidadoras de alguém, já estariam merecendo atenção, orientação e cuidados, exatamente para não entrarem no processo de perdas funcionais ou de autonomia. As mulheres são predominantes nessa ocupação de cuidar, o que, na visão de alguns estudiosos ou mesmo no imaginário coletivo, obedece aos aspectos culturais, em que cabe à mulher a organização da vida familiar, o cuidado dos filhos e o cuidado dos idosos.

No que diz respeito à escolaridade, verificou-se que 38% cursaram apenas alguns anos do primeiro grau,

28,6% concluíram o segundo grau, 23,8% cursaram o ensino superior e 9,5% têm o segundo grau incompleto. A escolaridade apresenta-se como um fator relevante para o cuidador dos portadores da doença de Alzheimer, dadas as especificidades da doença cujo conhecimento, sua capacidade de leitura e de compreensão a respeito em muito ajudam na identificação, com mais facilidade, dos sinais e sintomas característicos da doença, antecipando-se para um diagnóstico e tratamento e influenciando na qualidade do cuidado, podendo torná-lo positivamente diferenciado.

### **3 EXPERIÊNCIA DO CUIDADOR E CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA DE ALZHEIMER**

Por se tratar de uma afecção degenerativa que compromete inteira e gradualmente o seu portador, a DA requer também grandes envolvimento dos familiares cuidadores. Estes vão se adaptando aos diferentes graus da doença e suas demandas, reagindo de acordo com as novas situações apresentadas e, com isso, criando a necessidade de preparo físico e psicológico com antecedência, no intuito de evitar momentos desagradáveis no transcorrer da doença.

A doença se manifesta em três estágios distintos, porém sequenciados: no primeiro, as alterações neurológicas, como a perda da memória recente são pouco percebidas (guardar objetos e não achá-los, esquecer o caminho de casa). São eventos nem sempre percebidos com a antecedência necessária pelos familiares e pessoas da sua convivência, e são considerados “na-

turais” do processo do envelhecimento, tratados como “caduquice”, ou simplesmente “coisa de velho”.

O cuidador familiar, quando conhece as manifestações desta patologia, compreende melhor seu familiar e se antecipa para um diagnóstico e tratamento, que pode contribuir com a desaceleração da doença ou, ainda, preparando-se para um enfrentamento da DA com menos dor e sofrimento, tanto para si mesmo quanto para o portador.

O segundo estágio segue com a progressão da perda de memória, com extinção dos estímulos audiovisuais, gustativos e táteis, além dos distúrbios de cognição que vão gradativamente se instalando. Os doentes vão perdendo sistemática e gradualmente a sua autonomia, necessitando cada vez mais da ajuda de terceiros e, com isso, aumentando as demandas, agora referentes ao desenvolvimento das atividades básicas de higiene (como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro) ou mesmo de alimentação, já que começa a ter dificuldades de manejar o talher ou não saber para que serve, avançando para não realizar a mastigação e deglutição. Os cuidadores, a cada dia, desempenham tarefas que ocupam todo o seu tempo, resultando, muitas vezes, em descuido consigo próprios.

O último estágio é identificado como perda completa da memória e da cognição, insuficiências intestinal e urinária, mudanças no estado de humor, dentre outros; é o estágio no qual se pode considerar que o portador possui demência grave, como se refere um dos entrevistados: “[...] é como se eu fosse viúvo de esposa viva”.

O cuidador familiar exerce fundamental impor-

tância no decorrer de todo o processo da doença. É de extrema relevância que este compreenda a tarefa a realizar e que a exerça com preocupação, atenção, dedicação, amor, competência e, acima de tudo, conhecimento acerca do que está vivendo.

- *Passei a cuidar dela desde o início da doença, há mais ou menos quatro anos. Nunca cuidei de outra pessoa.*

O ato de cuidar, de acordo com Boff (2000), é o que se opõe ao descuido e ao descaso; é uma atividade desempenhada por indivíduos que se mostram aptos a desenvolver tal ocupação, assim considerada pelo Ministério do Trabalho. O filósofo Heidegger, citado por Boff (2000), afirma que,

Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atividade e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato.

Sua execução está vinculada ao conhecimento sobre o que vem a ser o cuidar, o tipo de cuidado que vai ser oferecido. A ação de cuidar é intrínseca a cada indivíduo; encontra-se, no dizer de Boff, na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. Entra na natureza e constituição do ser humano. Como o ser humano pode desestruturar-se, definir e até morrer sem o cuidado, é necessário que essa ação esteja carregada de sentimentos de ternura e carinho, mas também de competência, adquirida

através de treinamento, de informação e de conhecimento em torno de alguns aspectos como conhecimento do corpo, a necessidade de manter a integridade da pele, a integridade física, manutenção da ingestão de alimentos adequados ao momento da pessoa cuidada, a importância do toque.

Mas o cuidado não depende apenas da pessoa que cuida. O cuidador precisa das condições necessárias, inclusive materiais, para que a sua ação faça sentido, sob pena de um desgaste bem maior que aquele de fato requerido pelo doente e, como consequência, dor e sofrimento para ambos, cuidador e pessoa cuidada.

Neste estudo, questionou-se aos entrevistados o tempo e a experiência na condição de cuidador, além de informações acerca da doença de Alzheimer e como as adquiriu. Os dados permitiram concluir que, na maioria dos casos, os cuidadores não tinham vivenciado qualquer experiência no cuidar de alguém doente, mas foram acionados ao exercício da função por questões por eles consideradas “naturais”, ditadas pelo envolvimento e ligações de parentesco e pela proximidade da moradia, a exemplo do depoimento seguinte:

- *Toda vida minha mãe morou pertinho de mim [...]. Tudo que ela precisava eu tava aqui. Nunca cuidei de outra pessoa.*

Ao estabelecer uma relação de qualidade da assistência com o discernimento sobre a doença, observa-se que o cuidado prestado por indivíduos que detêm o conhecimento sobre as alterações fisiopatológicas, psicológicas e sociais, tanto do processo de envelhecimen-

to quanto da doença, condiciona o cuidador a uma assistência mais direcionada e específica, o que vai lhe render melhor condição biopsicológica frente às reações do idoso doente. Como afirma Santos (2006),

A família e o portador só vão tomar consciência efetivamente das repercussões de tal doença à medida que passam a conviver diariamente com alterações de comportamento que muitas vezes confundem os cuidadores. De fato, dado o seu caráter intermitente, os distúrbios de cognição e memória na sua fase inicial pouco se distinguem de comportamentos intencionais de desatenção, descuido ou simplesmente de teimosia, aumentando o stress do cuidador, elevando o seu grau de irritabilidade e de tensão na sua relação com o familiar portador.

Dos dados analisados, dos depoimentos prestados na entrevista, alguns cuidadores apresentam algum tipo de conhecimento em torno da doença de Alzheimer, ainda que mínimo, obtido com o médico na hora da consulta do seu doente, ou mesmo pela televisão ou internet, onde procuram entender as alterações processadas na pessoa doente.

*– Sei que é uma doença que degenera o cérebro, irreversível e a medicação só proporciona melhor qualidade de vida.*

Outros cuidadores, no entanto, não sabem nada a respeito, não receberam qualquer informação ou orientação, situação que pode estar interferindo diretamente na qualidade do cuidado prestado, podendo

até comprometer o tratamento, através da aplicação inadequada da medicação, além de outras atitudes, inclusive de compreensão das mudanças que se operam no idoso doente, à medida em que a doença progride.

#### **4 MANEJO NO BINÔMIO CUIDADO X VIDA SOCIAL**

Nos momentos iniciais da doença, as alterações são mais facilmente manejadas pelos cuidadores, uma vez que o portador está apresentando lapsos de memória de eventos recentes, mudança no estado de humor e alterações de cognição. A facilidade no manejo pode estar ligada à minimização das situações, vez que todas as pessoas podem esquecer algo ou podem alterar o humor, além do que a pessoa ainda mantém as suas funções quase intactas. Nesta etapa, como se referem os entrevistados, ainda há como controlar as atividades de cuidar e as repercussões na vida social.

À medida em que a situação vai se agravando, em que as perdas são mais visíveis, alguns cuidadores podem contar com a participação efetiva de familiares com quem dividem o mesmo espaço de moradia, em tarefas simples, aliviando em determinados momentos, o trabalho do cuidador principal. No entanto, é preciso que fique claro que essa ajuda ocorre em determinados momentos, não ocorrendo, pois, diuturnamente.

Ao perder totalmente a autonomia, o idoso de mentado passa a depender plenamente do cuidador, que, não contando com ajuda sistemática de outros membros da família ou de pessoa contratada, abdica da sua própria vida para entregar-se ao cuidado,

como uma obrigação, pois não há quem queira assumi-la. Essa responsabilidade acaba por acarretar limitações na vida desse cuidador, “chamado” a entretegar-se ao outro, um outro que está adoecendo e se tornando totalmente dependente. Esse cuidador passa, então, a não dispor de tempo para o seu próprio cuidado, para as interações familiares e sociais, vê alterada a sua saúde física, perde a alegria de viver e a autoestima, os afetos e, até mesmo, a libido.

Luzardo (2006) afirma, e isto foi corroborado em várias pesquisas, inclusive nesta, que as manifestações da doença geram múltiplas demandas, tornando a tarefa de cuidar árdua e difícil, pois o indivíduo afetado necessitará de constante atenção, aumentando a complexidade do cuidado prestado, com a inclusão, dentre outras tarefas, da higiene pessoal. O cuidador vai sendo absorvido, envolvido, na medida em que a doença evolui. Isto compromete o seu estado emocional, deixando-o mais ansioso, não só pela sobrecarga de trabalho, mas pela autoanulação, uma vez que perde tudo, desde o trabalho remunerado, a autonomia, a vida independente, a liberdade de ir e vir, os laços afetivos e sociais.

Perguntados sobre o que mais incomoda, o que lhe trazia dificuldades naquele momento de realização da pesquisa, e o que mudou em suas vidas, algumas respostas são enfáticas:

- *O que mais me incomoda é que queria trabalhar, mas não vou poder;*
- *A solidão é o que mais me incomoda neste momento...;*

- *A dificuldade maior é que a gente se torna muito presa a isso...*
- *Eu tive que parar de trabalhar para ficar com ela*
- *Tenho que deixar tudo, abandonar tudo... mudou tudo, porque, primeiro, não posso sair; tenho que ficar com ela 24h.*

O que se vê, portanto, é que não há conciliação do cuidado com a vida pessoal, especialmente quando o doente está no segundo e terceiro estágios da doença.

Em termos de saúde, esse inconciliável é desastroso. Não podendo sair para nada, esses cuidadores vão acumulando dores, estresse, angústia, tristeza, sem poder procurar profissionais da saúde para se autocuidarem. Por conta disso, as queixas são muitas: agravamento de dores na coluna por quedas anteriores ou mesmo pelo desgaste físico diário, o peso que têm de pegar quando o idoso precisa deambular, principalmente porque muitas dessas famílias não criaram as condições materiais para reduzirem esse desgaste (como correção da altura da cama, existência de cadeiras para conduzir o doente ao banheiro e, ou sanitário, dentre outros) ou mesmo pessoas com quem possam dividir o peso ao ter de tirar o doente da cama, higienizá-lo, vesti-lo, alimentá-lo, ou mesmo alguém que cuide da casa, da roupa e alimentação, da família, em muitos casos responsabilidade também do cuidador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O número de idosos que estão desenvolvendo doenças neurodegenerativas como a DA cresce concomitantemente com o aumento da longevidade. Esta enfermidade, de natureza crônico-degenerativa, vai estabelecendo, com o passar dos dias, uma decadência fisiológica, psicológica e social do portador, definindo perda total de sua autonomia.

Com a gradativa dependência do dementado, o cuidador familiar é o primeiro a identificar as alterações da doença, mesmo ainda sem saber do que se trata, e vai ocupando o papel de cuidador, principalmente quando considerado o grau de parentesco. Pela proximidade, e por uma cultura ainda não totalmente rompida, a mulher tem sido mais presente nessa ação de cuidar.

Como evidenciado neste estudo, o cuidador se envolve completamente na ação do cuidar, perdendo a autonomia na administração de sua vida pessoal, social, emocional e até a saúde física. O agravamento da doença vai prendendo o cuidador que abre mão de sua vida para adaptar-se à nova realidade que se impõe.

O conhecimento acerca da DA e a participação familiar facilitam ao cuidador a conciliação de suas atividades particulares e, com isso, proporciona melhor assistência tanto para o idoso, quanto para si próprio.

A coleta de dados no ambiente familiar do cuidador proporcionou ao entrevistado maior liberdade para o questionamento, o que permitiu, em alguns momentos, que os familiares relatassem com exatidão as dificuldades que enfrentam com essa doença,

além de queixarem-se da falta, na cidade, de encontros entre cuidadores e de treinamento que lhes dê melhor condição para manejar com mais eficiência as manifestações da doença. Além disso, referiram-se à falta de atendimento especializado ou de suporte fora do ambiente domiciliar para o idoso com a DA.

Essas falas foram entendidas por nós pesquisadores como um pedido de ajuda, principalmente quando consideramos as condições materiais vividas por essas pessoas. Deste modo, não é demais considerar aqui a necessidade de que as políticas públicas de saúde do idoso sejam efetivamente operacionalizadas nos diversos cantos do País, porquanto a doença não escolhe lugar, nem condição social para instalar-se.

É fundamental, pois, que se estabeleçam programas direcionados aos cuidadores de portadores da doença de Alzheimer, capazes de auxiliar-lhes em todo o processo da doença, e que os profissionais da saúde e toda a sociedade, se envolvam mais na promoção de condições biopsicológicas e sociais ao cuidador e famílias de portadores da DA, para um enfrentamento mais digno de todo o processo, oferecendo ao doente qualidade no cuidado, na atenção e no tratamento, e ao cuidador as condições para o autocuidado, evitando que as perdas sejam acentuadas.

## REFERÊNCIAS

- BOFF, L. **Saber Cuidar – ética do humano:** compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- CALDEIRA, A. P., RIBEIRO, R. C. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq. Ciênc. Saúde**, 2004.
- CHAIMOWICH, F. Epidemiologia e o Envelhecimento. In: FREITAS, EV de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao Familiar Cuidador do idoso com Doença de Alzheimer. Maringá. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, 2004.
- LUZARDO, A. R. et al. Características de Idosos com Doença de Alzheimer e seus Cuidadores: uma série de casos em um Serviço de Neurogeriatria. Florianópolis, **Texto Contexto Enfermagem**, out.-dez., 2006.
- MARTINÉZ, Paz G. **Comprender el Alzheimer**. Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat, 2002.
- SANTOS, S. M. A.; RIFIOTIS, T. **Cuidadores Familiares de Idosos Dementados:** uma reflexão sobre a dinâmica do cuidado e da conflitualidade intra-familiar. CFH – UFSC, Laboratório de Estudos das Violências (LEVIS), 2006.
- SENA, E. L. S.; ALVAREZ, A. M.; PELZER, M.

T. O Valor dos Grupos de Ajuda Mutua para os Familiares Cuidadores de Idosos Portadores de Doença de Alzheimer e outras similares. **Revista Ciências da Saúde**, 24 (1/2): 94-97. 2004.

TAVARES, D. M. S.; GUIDETTI, G. E. C. B. SAUDE MIBM. Características Sócio-demográficas, Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde por Idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, 10 (2): 299-309. 2008.

Recebido em julho de 2009  
Reapresentado em setembro de 2009