

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

LIZ MARA CONCEIÇÃO NEVES DE OLIVEIRA PAULA

**APRENDENDO A CONVIVER COM O ALZHEIMER:os**  
impactos no grupo intrafamiliar e contribuições da Psicologia

Paracatu

2020

LIZ MARA CONCEIÇÃO NEVES DE OLIVEIRA PAULA

**APRENDENDO A CONVIVER COM O ALZHEIMER:** os impactos no grupo  
intrafamiliar e contribuições da Psicologia

Monografia apresentada ao Curso de  
Psicologia do Centro Universitário Atenas,  
como requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Msc. Ana Cecília Faria.

Paracatu

2020

LIZ MARA CONCEIÇÃO NEVES DE OLIVEIRA PAULA

**APRENDENDO A CONVIVER COM O ALZHEIMER:** os impactos no grupo  
intrafamiliar e contribuições da Psicologia

Monografia apresentada ao Curso de  
Psicologia do Centro Universitário Atenas,  
como requisito parcial para obtenção do título  
de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Msc. Ana Cecilia Faria.

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, 10 de agosto de 2020.

---

Prof<sup>ª</sup>. Msc. Ana Cecilia Faria  
UniAtenas

---

Prof<sup>ª</sup>. Msc. Layla Paola de Melo Lamberti  
UniAtenas

---

Prof<sup>ª</sup>. Msc. Analice Aparecida dos Santos  
UniAtenas

Dedico este trabalho a Deus que me deu forças para continuar apesar das adversidades da vida, e condições para não desistir dessa missão tão importante que ele confiou em minhas mãos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço minha mãe por ter me gerado em seu ventre e me deu a oportunidade de nascer de novo, que me criou com o amor que ela tinha, apesar de suas dificuldades. Me ensinou a respeitar o próximo, a honestidade e a se dedicar a aprender para ser independente.

Ao meu pai que me mostrou com exemplo afimco que estudar é algo muito importante para nossa vida, me apresentou a música e o sorriso, me ensinou a nadar, a ter disciplina, que conversar e ouvir as pessoas é algo muito importante.

Aos meus mentores e guias espirituais, que estão todos os dias da minha vida ao meu lado me inspirando, me guiando, protegendo, instruindo para que eu não me perca nessa minha caminhada aqui na terra e eu possa ressarcir com os meus débitos pretéritos tentando auxiliar aos meus irmãos próximos com a psicologia e muito amor.

Ao meu marido e filhas que estiveram comigo todos esses anos de graduação, me dando força em segundo plano, contribuindo com o que eles têm de melhor.

Agradeço também, a minha orientadora Prof.<sup>a</sup>Msc. Ana Cecilia Faria, pela sua atenção e afimco nas suas orientações, sempre se dedicando ao máximo e me dando o apoio e calma necessários nessa etapa da graduação.

A vantagem de ter péssima memória é divertir-se muitas vezes com as mesmas coisas boas como se fosse a primeira vez.

Friedrich Nietzsche

## RESUMO

O Mal de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, e considerada uma das principais causas de demência nos idosos nesses últimos anos com cerca de 60% dos casos. A intervenção psicológica é algo muito importante e essencial em diversos casos, sejam eles individuais ou grupais, e é nesse contexto em específico que se irá abordar este trabalho. A intervenção psicológica não somente no paciente, mas também nos cuidadores e nos familiares que convivem com o Alzheimer no seu dia a dia, é devido a presença de sintomas depressivos e ansiosos, onde é necessário que os cuidadores estejam muito bem fisicamente e emocionalmente, e com relação aos familiares, aplicando a intervenção psicológica, eles adquirem a informação necessária para manutenção do equilíbrio psicológico familiar, evitando assim emoções como: frustração, angústia, medos, etc. Será destacado sobre os principais sintomas da doença, e possíveis intervenções que são utilizadas para auxiliar e melhorar na qualidade de vida do paciente e do meio intrafamiliar como um todo. A família e cuidadores passam por extremas dificuldades após esse diagnóstico, com a falta de informação e despreparo, mudança de rotina etc. Muitos adoecem entrando em um estado depressivo e de ansiedade patológica, e somente a intervenção psicológica com técnicas específicas como a psicoeducação, musicoterapia e outros que serão explanados no intuito de prevenir a diminuição desse processo e a melhoria da qualidade de vida de todos.

**Palavras-chave:** Alzheimer. Qualidade de vida. Intervenção Psicológica. Cuidadores.

## **ABSTRACT**

*Alzheimer's disease is a neurodegenerative disease, and considered one of the main causes of dementia in the elderly in recent years, with about 60% of cases. Psychological intervention is very important and essential in different cases, whether individual or group, and it is in this specific context that this work will be approached. Psychological intervention not only in the patient, but also in the caregivers and family members who live with Alzheimer's in their daily lives, is due to the presence of depressive and anxious symptoms, where it is necessary for caregivers to be very well physically and emotionally, and in relation to family members, by applying psychological intervention, they acquire the necessary information to maintain the family's psychological balance, thus avoiding emotions such as: frustration, anguish, fears, etc. It will be highlighted about the main symptoms of the disease, and possible interventions that are used to help and improve the quality of life of the patient and the family environment as a whole. The family and caregivers experience extreme difficulties after this diagnosis, with the lack of information and unpreparedness, change of routine, etc. Many fall ill by entering a state of depression and pathological anxiety, and only psychological intervention with specific techniques such as psychoeducation, music therapy and others that will be explained in order to prevent the decrease in this process and improve the quality of life for all.*

**Keywords:** *Alzheimer's. Quality of life. Psychological Intervention. Caregivers.*



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1.1 PROBLEMA</b>	13
<b>1.2 HIPÓTESES</b>	13
<b>1.3 OBJETIVOS</b>	13
<b>1.3.1 OBJETIVO GERAL</b>	13
<b>1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	13
<b>1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b>	13
<b>1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	14
<b>1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO</b>	14
<b>2 A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA AOS CUIDADORES E PACIENTES</b>	16
<b>2.1 NEUROPLASTICIDADE E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA</b>	17
<b>2.2 REABILITAÇÃO COGNITIVA</b>	18
<b>2.3 CUIDADOS E IMPACTOS DA DOENÇA NA SAÚDE DOS CUIDADORES</b>	19
<b>3 DIFICULDADES NAS RELAÇÕES FAMILIARES COM O PACIENTE</b>	20
<b>3.1 OS FATORES DE IMPACTO NOS CUIDADORES E FAMÍLIA</b>	20
<b>3.2 MUDANÇAS NA VIDA COTIDIANA E FAMILIAR</b>	21
<b>3.3 O LUTO FAMILIAR NO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DEGENERATIVA</b>	22
<b>3.3.1 LUTO ANTECIPATÓRIO</b>	23
<b>3.4 CUIDADOS E IMPACTO DA DOENÇA NA SAÚDE DOS CUIDADORES</b>	24
<b>4 INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES E O PACIENTE IDOSO</b>	26
<b>4.1 PSICOEDUCAÇÃO</b>	26
<b>4.2 PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NA PRÁTICA COM IDOSOS</b>	27
<b>4.3 TEORIA DA SELETIVIDADE SOCIOEMOCIONAL</b>	28
<b>4.4 MUSICOTERAPIANO AUXÍLIO A FAMÍLIA, PACIENTE E CUIDADOR</b>	27
<b>4.5 A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO COM OS CUIDADORES E PACIENTE</b>	32
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	33
<b>REFERÊNCIAS</b>	34

## 1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é clarificar a importância da intervenção psicológica no meio intrafamiliar, para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores primários de idosos com Alzheimer e toda a relação familiar nesse meio.

Existem várias causas de demência em idosos, e uma das mais comuns diagnosticadas é o Alzheimer, que se apresenta como uma doença neurodegenerativa com cerca de 60% dos casos. Os sintomas principais são: a perda de memória, perda cognitiva (afasia, apraxia e agnosia)(RAMOS et al., 2014).

De acordo com o Manual do Cuidador (2010), cuidar de uma pessoa idosa com essa patologia não é tarefa fácil, exige do cuidador primário estar muito bem fisicamente e emocionalmente, pois é necessário criatividade e sabedoria para lidar no dia a dia do idoso. É necessário esclarecer a família e aos cuidadores que cuidar de uma pessoa com Alzheimer poderá surgir certas emoções como: frustração, angústia, medos, e situações estressantes podendo desencadear depressão, ansiedades dentre outros.

E é nesse contexto que entra a intervenção do psicólogo, para auxiliar a família a lidar com essas emoções negativas, as quais se não forem trabalhadas corretamente podem causar psicopatologias como as citadas acima, distúrbios do sono, disfunções familiares, o que acarreta na perda da qualidade de vida do paciente idoso, dos cuidadores e da família que convive com ele.

A doença de Alzheimer não tem cura, mas existe tratamentos psicológicos adequados que podem melhorar na qualidade de vida do paciente idoso juntamente com seus familiares. O conhecimento e a compreensão da família e dos cuidadores primários é de suma importância, e é por isso que esse é um dos principais objetivos da intervenção psicológica, levar esse conhecimento através da Psicoeducação, para que ocorra um equilíbrio psicológico familiar (LOPES; CACHION, 2012).

Segundo Ribeiro (2010), em 80% dos casos a responsabilidade de cuidar do idoso é dos familiares mais próximos, que vivem no mesmo ambiente dele, e na maioria das vezes isso é realizado sem nenhum preparo, informação, apoio ou subsídios necessários a essa família. E isso acarreta em desequilíbrio psicológico enorme em todos os membros desse grupo familiar, causando vários sintomas familiares, e é aí que o psicólogo intervirá, realizando a manutenção desse equilíbrio na família, com o objetivo de diminuição desses desequilíbrios e melhoria na qualidade de vida de todos os membros.

Pessoas aparentemente normais em relação a sua memória apresentam comportamentos diferentes diante de situações de perda de memória, o mesmo ocorre com as pessoas que possuem Alzheimer, elas podem “levar na esportiva” ou “ter surtos de agressividade”.

Esse é um comportamento esperado devido a doença, mas será evidenciado aqui a mudança de atitude e comportamento do cuidador primário em relação à pessoa com problema de memória que podem vir acompanhadas de alterações comportamentais, ansiedade, depressão, estresse, ou até mesmo gritos, perambulações, agitação ou insônia tanto da parte do paciente quanto dos cuidadores (GIL; BUSSE, 2019) .

Então a psicologia irá contribuir para que essa mudança de comportamento ocorra da melhor maneira possível, para que não cause danos ao paciente e nem a familiares.

Primeiramente os familiares e cuidadores não devem evidenciar o problema de memória no parente (brigando, demonstrando falta de paciência), e sim, parabenizar a pessoa quando ela se lembrar de algum acontecimento, esse tipo de comportamento impaciente deve ser excluído da rotina desse familiar (GIL; BUSSE, 2019) .

Podemos citar a seguinte situação: algum familiar pede ao seu parente com Alzheimer para enviar um recado, e quando ela chega em casa e lhe pergunta se foi dado o recado a pessoa nem se lembra mais do que lhe foi dito, então o familiar fica irritado e fala: “sua memória está péssima, você nunca se lembra de nada”, esse tipo de comportamento gera mal-estar no semelhante, angustia, ansiedades etc... Esse é um comportamento negativo que deve ser excluído (GIL; BUSSE, 2019).

O psicólogo ajudará então o familiar a obter no lugar deste, um comportamento assertivo que auxiliará na prevenção das angustias e mal estar, podendo se comportar da seguinte maneira: o paciente então se lembra de dar o recado, pois ela anotou, ao invés do familiar não falar nada, deve-se utilizar de recompensas sutis (elogios explícitos) ou até concretas (dar um passeio, ouvir uma música que ele goste, etc.). O objetivo dessa mudança no comportamento, é a presença de alteração de humor, no caso feliz, isso aumenta a chance que a pessoa se motive e se dedique em utilizar técnicas para compensar seu problema de memória (GIL; BUSSE, 2019) .

Essa e outros tipos de intervenções mostram o quão se faz necessário a Psicologia na rotina desses familiares/cuidadores, segundo Teri, Logsdon e McCurry (2002), já existe um consenso entre os pesquisadores da eficácia dos tratamentos não farmacológicos para as alterações neuropsiquiátricas, e dentro desse trabalho abordaremos este tópico com maior propriedade no desenvolvimento deste estudo.

## **1.1 PROBLEMA**

Quais as possíveis contribuições nas intervenções do psicólogo no contexto intrafamiliar após o diagnóstico de Alzheimer em um membro da família?

## **1.2 HIPÓTESE**

As contribuições do psicólogo nas intervenções do contexto intrafamiliar após o diagnóstico de Alzheimer em um membro da família são de essencial importância para a humanização do processo paciente/família.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GERAL**

Apresentar as contribuições da intervenção do psicólogo no contexto intrafamiliar, após o diagnóstico de Alzheimer em um membro da família.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) pesquisar a importância da intervenção psicológica nos cuidadores primários que convivem com o Alzheimer;
- b) enfatizar as dificuldades nas relações dessa família com o membro doente;
- c) evidenciar intervenções psicológicas para ajudar na qualidade de vida do grupo familiar e na do paciente.

## **1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

O presente trabalho apresenta a importância de uma intervenção psicológica para o tratamento dos impactos emocionais causados no grupo intrafamiliar, em que um membro desse grupo foi diagnosticado com Alzheimer.

Essa pesquisa se torna relevante pelo fato de que em vários estudos se mostram bem claros a ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de pacientes que

possuem essa demência, sejam esses cuidadores os parentes mais próximos como os filhos, esposas, maridos, ou profissionais da saúde que são contratados para exercer o serviço.

A intervenção psicológica juntamente com a observação atenta aos membros, poderá auxiliar no processo de melhorias da saúde e qualidade de vida, tanto no membro com Alzheimer, como nos demais membros cuidadores primários ou secundários que foram observados com sintomas de depressão ou ansiedade.

## **1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO**

Segundo Lakatos e Marconi (2003), metodologia pode ser definida como o conjunto das atividades sistemáticas e racionais onde, com maior segurança se consegue alcançar o seu objetivo na pesquisa, pois contém conhecimentos válidos e fidedignos, traçando o caminho a ser seguido, podendo detectar erros e auxiliar nas decisões científicas, não há ciência sem o emprego de métodos científicos.

A metodologia utilizada nesse projeto será a descritiva e explicativa. Segundo Gil (2010), a abordagem descritiva irá apresentar o porquê dos fenômenos ou fatos que contribuem para a ocorrência de certos eventos para conhecer melhor a realidade, sendo assim esse método será utilizado para descrever os porquês das dificuldades das relações intrafamiliares em membros com Alzheimer. Com relação a abordagem explicativa, registra fatos, existe análise, interpretação e identificação das causas, é necessário maior síntese, teorização e reflexão a partir do objeto de estudo (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Este presente trabalho irá abordar também a pesquisa qualitativa, cujo o objetivo é mostrar os benefícios da contribuição do psicólogo nas intervenções junto aos impactos do grupo intrafamiliar após o diagnóstico de Alzheimer na família. Essa pesquisa é importante pois, permite o conhecimento técnico acerca do tema (MARCONI; LAKATOS, 2017, p.32).

Foram utilizados como fontes artigos científicos na língua portuguesa, com publicação entre os anos de 1998 a 2019, depositados nas bases de dados Scielo, Birene, Google Acadêmico, Biblioteca Digital e Revistas Acadêmicas.

## **1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO**

Este trabalho é composto por 5 capítulos. No capítulo 1 é abordada a introdução, problema de pesquisa, hipótese, os objetivos do estudo, a justificativa do tema e a

metodologia usada na pesquisa. O capítulo 2 relata sobre a importância da intervenção psicológica nos cuidadores primários que convivem com Alzheimer. O capítulo 3 enfatiza sobre as dificuldades nas relações da família com o membro doente. O capítulo 4 evidencia sobre as intervenções psicológicas que ajudam na qualidade e vida do grupo familiar e do paciente. E o capítulo 5 são apresentadas as considerações finais do estudo a partir dos capítulos abordados no respectivo trabalho.

## 2 A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA AOS CUIDADORES E PACIENTES

Segundo Pavarini et al (2008), comumente é normal esquecer o nome das pessoas, mas até que ponto? Por vezes as pessoas se esquecem de dar os recados, ou repetem o mesmo assunto várias vezes para a mesma pessoa, e isso é comum?

O Alzheimer é considerado uma doença incurável de caráter degenerativo agravante ao longo do seu percurso, mas pode e deve ser tratada para que seja adquirida a melhora da qualidade de vida do paciente em questão. A maioria das vítimas são pessoas que já estão na fase idosa da vida e se apresenta com os seguintes sintomas: perda das funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem), sendo causadas pela morte de células cerebrais importantes para o bom funcionamento e manutenção dessas funções. Alguns hábitos com potencial de desacelerar o declínio cognitivo devem ser conhecidos e estimulados em estratégias de promoção de saúde para a população idosa (PAVARINI et al, 2008).

A degeneração das células pode acarretar também a mudança no comportamento do paciente, alguns desenvolvem depressão, ansiedade, distúrbio do sono, dentre outros e isso gerará inúmeras consequências em todo o contexto intrafamiliar (PAVARINI et al, 2008).

Cuidar de um paciente com Alzheimer gera muita sobrecarga física e emocional, o que acarreta em um baixo desenvolvimento no cuidado com o paciente, podendo gerar ainda frustração e baixa autoestima, nos familiares mais próximos (PAVARINI et al, 2008).

Foi observado que o cuidador primário que lida ininterruptamente no dia a dia do paciente e com seus distúrbios de comportamento, é afetado diretamente na sua qualidade de vida e por consequência disso afetará também na qualidade dos cuidados do paciente (PAVARINI et al, 2008).

Diante de todo esse contexto mostra-se importante a intervenção psicológica para a família e o paciente colaborando para que possam elaborar essas alterações com mais facilidade, prevenir e até diminuir os sintomas ansiosos, depressivos que possam ocorrer em ambos, torna-se imprescindível orientar os familiares e ajudá-los nas reorganizações diante das relações com o meio após o diagnóstico da doença (PAVARINI et al, 2008).

De acordo com Valentini (2010), os cuidadores que possuem sentimentos de eficácia, domínio da situação, são melhores colaboradores e possuem um enfrentamento mais positivo diante das demais situações causadas pela demência, sendo assim o psicólogo irá durante sua intervenção atuar na melhoria e permanência desses sentimentos e domínios.

Contudo, o objetivo e a importância das intervenções psicológicas, é para promover o aumento de bem-estar nos familiares/cuidadores e no próprio paciente, a

intervenção tem se mostrado bastante eficaz na redução de ansiedade, depressão dentre outros sintomas já citados. Existe um grande aumento de habilidades, estratégias de enfrentamentos, pelos cuidadores por causa das intervenções que ajudam a saber como lidar com certos tipos de situações causados pela doença (PAVARINI et al, 2008).

Algumas intervenções relacionadas ao estilo de vida podem contribuir para um envelhecimento cognitivo saudável, como os exercícios físicos, engajamento em atividades sociais e atividades intelectualmente estimulantes. Estudos envolvendo intervenções psicológicas para a manutenção da cognição vêm crescendo nos últimos 10 (dez) anos, com o objetivo de potencializar, preservar e prevenir a perda do funcionamento cognitivo, como para manter o que está preservado e assim reduzir a velocidade dos processos demenciais (PAVARINI et al, 2008).

## **2.1 NEUROPLASTICIDADE E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA**

A neuroplasticidade ou plasticidade neural é definida como a capacidade de o sistema nervoso modificar sua estrutura e função em decorrência dos padrões de experiência. De acordo com Haase e Lacerda (2004) a neuroplasticidade pode ser concebida e avaliada a partir de uma perspectiva estrutural (configuração sináptica) ou funcional (modificação do comportamento).

O ser humano aprende a chorar quando nasce, pois, assim recebe seu alimento, ele aprende a andar pois percebe que assim consegue chegar onde deseja, na escola ele aprende que com o lápis consegue formar palavras e anos mais tarde percebe que só consegue tudo isso graças à memória.

Segundo Gil e Busse (2019, p. 20), memória é “essa habilidade fantástica de aprender e de recordar informações a respeito do mundo ao redor, das próprias experiências e, conseqüentemente, fazer com que se desfrute ser quem se é”.

Quando se incorpora um novo conhecimento, repetindo sempre várias vezes o mesmo episódio aprendido, levará o cérebro a mudar sua estrutura, pois, nesses momentos de aprendizagem ocorrem mudanças neuronais nas ligações das células, e isso permite que seja reproduzido mais tarde pelo indivíduo (GIL; BUSSE, 2019, p. 13).

Em decorrência de alguma doença ou em decorrência da idade avançada, o cérebro é modificado, e é nesse momento que entra a importância da intervenção psicológica



na cognição do indivíduo, pois a reabilitação cognitiva aumenta a conectividade dos circuitos que foram desconectados pela doença:

Neurônios que perderam seus estímulos por causa de outros neurônios que estavam danificados podem desenvolver novos dendritos, e assim reconhecer as informações de outros neurônios. Sem a intervenção psicológica na reabilitação as novas conexões não se formam (GIL; BUSSE, 2019, p. 14).

Logo a reabilitação cognitiva ativa a rede neural danificada, permitindo uma conexão mais rápida e eficiente(GIL; BUSSE, 2019, p. 15). Com esse auxílio da intervenção no paciente com Alzheimer e existindo novas conexões neurais e levando uma melhor condição e qualidade de vida ao paciente estabilizando seu caso, conseqüentemente os cuidadores primários e familiares se sentirão mais tranquilos e com melhores estratégias de enfrentamento desse quadro, diminuindo a ansiedade e prevenindo a depressão.

## **2.2 REABILITAÇÃO COGNITIVA**

Segundo Gil e Busse(2019, p. 50), a reabilitação cognitiva é realizada com base na avaliação dos domínios cognitivos, que são analisados por um psicólogo especializado em neuropsicologia, e assim será elaborado os programas de intervenção e reabilitação cognitiva.

As intervenções voltadas para a reabilitação cognitiva é nada mais que um treinamento realizado com o paciente para maximizar o funcionamento da memória e do cérebro como um todo. Esse treinamento enfatiza a atenção, velocidade de pensamento, memória, resolução de problemas, auto monitoramento, dentre outras (GIL; BUSSE, 2019, p. 51).

Esse tipo de intervenção também é benéfico para melhorar e manter a capacidade funcional. Além da intervenção no paciente a proposta é a importância dessa intervenção nos impactos da saúde nos cuidadores e familiares, e o familiar também é capacitado para lidar melhor com os prejuízos que a doença traz ao seu ente querido, a fim de que ocorra um menor desaceleramento do desempenho nas atividades desenvolvidas pela pessoa com problema de Alzheimer (GIL; BUSSE, 2019).

Pesquisas mostram que os cuidadores e os familiares precisam de cuidados juntamente com o paciente, pois eles são um componente essencial na manutenção da qualidade de vida do mesmo, principalmente em situações crônicas e de longo prazo, esses cuidados são de extrema importância. A grande maioria desses familiares ainda se encontram sem as informações e o suporte necessários, e cabe ao psicólogo levar essas informações e

suporte através das intervenções psicológicas juntamente com a reabilitação cognitiva no paciente. Se essa família e o cuidador são desprovidos desses cuidados, torna-se grande a chance do cuidador se tornar um paciente dentro desse sistema (GARRIDO; MENEZES, 2004).

### **3 DIFICULDADES NAS RELAÇÕES FAMILIARES COM O PACIENTE**

#### **3.1 OS FATORES DE IMPACTO NOS CUIDADORES E NA FAMÍLIA**

Para Gil e Busse (2019), cuidar de um paciente com doença de Alzheimer não é tarefa nada fácil, devendo organizar o dia a dia desse paciente, funcionários, finanças, medicações, e principalmente lidar com a mudança de comportamentos alterados.

Essas mudanças geram dúvidas, medos, despreparos e isso gera estresse na família que afetará diretamente na sua saúde física e mental. Para aliviar muitos desses sintomas é necessário a busca de informações sobre a evolução da doença, e da melhor maneira de agir nas diversas situações peculiares nas diferentes fases da doença. Por isso é importante ter o amparo de profissionais como os psicólogos, médicos, enfermeiros, grupos e associações que darão todo o suporte e irão esclarecer todas essas dúvidas (GIL; BUSSE, 2019).

O posicionamento da família é o primeiro fator a ser considerado diante do diagnóstico da doença, a família passa por várias etapas após o diagnóstico, assim como a doença passa por seus estágios em todo o seu percurso. De princípio a família não sabe muito bem o que está acontecendo ao perceber os déficits de memória do membro da família, e isso gera os sentimentos de hostilidade e irritação (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Existe uma grande dificuldade de os familiares aceitarem o diagnóstico da doença assim rapidamente, sempre vão em busca de novos exames, e segundas opiniões médicas, e após aceitarem o diagnóstico pode haver uma sensação de catástrofe. Cada família reagirá de maneiras diferentes, dependendo das próprias características (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Na maioria das vezes ocorre 3 posicionamentos entre os familiares: superproteção, evasão da realidade, e expectativas exageradas com relação ao desempenho do paciente (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Os familiares que sentem um maior sofrimento são aqueles que fazem evasão da realidade, ou seja, negam a doença; e os familiares que assumem a função de cuidadores, se colocam na posição de serem os únicos a fazer as coisas e abdicarem de qualquer atividade que represente uma satisfação para elas, e assim acabam sendo os “heroicamente estressados”(CRUZ; HAMDAN, 2008).

Segundo CruzeHamdan (2008) , existem famílias que não possuem as condições necessárias de cuidar do seu parente e então precisam contratar a ajuda de um profissional qualificado para isso, que será remunerada para exercer o papel de cuidador.

Esses cuidadores estão sujeitos a passar por diversos conflitos com a família do paciente, podendo ser objeto de projeção de culpas e frustração que não podem ser aceitas na família. Portanto se faz necessário que o cuidador seja discreto e possa conversar sobre suas ansiedades com o profissional qualificado que faça acompanhamento dessa família, e o profissional mais qualificado para isso é o psicólogo (GOLDFARB; LOPES,1996).

Pesquisas mostram que os cuidadores/familiares presentes nesses cuidados, relatavam existir um declínio em sua saúde em todos os aspectos, tanto física quanto emocional, com apresentação dos sintomas: dores na coluna, hipertensão, enxaqueca e depressão (RAMOS, et.al, 2014).

De acordo com Haley, o familiar ao assistir a esse declínio cognitivo e vivenciar a possível morte do parente idoso, são um dos aspectos mais traumáticos no processo de cuidar(RAMOS, et.al, 2014).

Ribeiro (2010) mostra que existem 3 tipos de alterações que acontecem na família: existem as alterações estruturais (papéis familiares, funções familiares, o isolamento social); o ciclo vital familiar (resposta diante a enfermidade, reajustes nas rotinas, reorganização diante da relação com o meio); perturbações emocionais (comunicação do diagnóstico, enfrentamento da enfermidade e morte, antecipação da dor).

De acordo com Dunkine Anderson Hanley, os familiares/cuidadores devem obter todo esse tipo de conhecimento sobre a doença, pois alguns conflitos entre familiares, paciente e cuidadores, acontecem por falta desse conhecimento em entender os sintomas, evolução da doença, mudança de comportamento do paciente, e o principal fato de muitos acharem que o paciente consegue controlar os sintomas dessa doença (CRUZ; HAMDAN, 2008).

### **3.2MUDANÇAS NA VIDA COTIDIANA E FAMILIAR**

Quando um tipo de doença crônica como o Alzheimer aparece afeta a vida de todos da família, acúmulo de tarefas, necessidade de reorganização nas rotinas da casa e de todos da família que moram juntos ao doente. Existe grande necessidade de adaptação

continua dos papéis familiares, sendo necessário a participação das mudanças no funcionamento cognitivo, no comportamento e na personalidade de seu ente querido.

Esse processo é acompanhado por grande exaustão por causa das grandes transformações importantes na rotina, obrigações e papéis na vida da família do paciente. Devem existir nesse momento mudanças nesse ambiente, distribuição das tarefas, vida financeira, emocional, e em alguns casos existe a mudança até de moradia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2019).

Essas mudanças ocorrerão quando os membros dessa família se unirem em torno do problema e conseguirem se comunicar em equipe de forma coesa frente as necessidades que o paciente enfrentará. Quando esse membro da família começa a perder a memória, a família passa a ter que lidar com a presença/ausente do familiar. Os familiares juntamente com o acompanhamento do psicólogo devem então buscar pela manutenção da identidade familiar e a garantia da qualidade desses relacionamentos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2019).

Através da proximidade desses relacionamentos e dos vínculos emocionais, o sistema familiar fica abalado, se instalam privações, modificações no estilo de vida para as novas necessidades. Surgem novos sentimentos intensos e conflitantes, que são difíceis de manejar e lhe impõe certo isolamento. O diagnóstico de demência traz uma realidade que implica em perdas para o paciente e para a família, que envolve para o paciente a autonomia do seu próprio corpo e o afastamento do eu para o indivíduo e isso tudo é muito difícil da família enfrentar (ARTIOLI, 2013).

### **3.30 LUTO FAMILIAR NO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DEGENERATIVA**

Para Freud no livro “Luto e Melancolia”, luto é um trabalho psíquico que o sujeito utiliza para elaborar uma perda que pode ser de caráter real ou imaginário. Quando esse processo é bem elaborado pela pessoa pode trazer maturidade, e é um fator vivido pelas pessoas em algum momento de suas vidas. O luto é muito doloroso e existe grande esforço para adaptação as novas condições de vida (FREUD, 1917; 2010).

Viver um luto não é tão somente a perda por morte de um ente querido, mas também pacientes e seus familiares vivem o luto depois de receberem diagnósticos de doenças crônicas que não existem cura e passível de morte, ou depois de um acidente grave em que impossibilita uma pessoa de retomar as suas atividades normais do dia a dia. Worden (2013)

refere-se ao luto como uma expressão do descontentamento para a privação e perda de alguma pessoa ou objeto considerado essencial.

A partir disso pode-se concluir que:

A experiência do adoecimento gera luto, pois, “é uma crise porque ocorre um desequilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessária de uma única vez e os recursos imediatamente disponíveis para lidar com a situação (FRANCO, 2008. p.399).

Em concordância, Worden (2013) explica que, todos os acontecimentos que causam mudanças repentinas na vida das pessoas e no seu mundo interno e externo, provocam uma crise no sujeito.

### **3.3.1 LUTO ANTECIPATÓRIO**

Para muitas famílias receber um diagnóstico de uma doença crônica ou terminal é realmente devastador. Entretanto o luto que se vivencia nesse caso é diferente do luto vivenciado perante a morte de um ente querido por uma perda repentina, e isso se dá devido a dois fatores: o primeiro se dá pelo fato deste ser de forma lenta e gradual, e o segundo é que a pessoa quem recai a causa do luto ainda se encontra viva (NETO; LISBOA, 2017).

Os familiares passam por uma sobrecarga e dificuldade de aceitação do diagnóstico e com isso podem assumir algumas características do luto antecipatório, ocasionado pelas perdas que envolvem aspectos como a saúde, memória e o afastamento da rotina habitual, e além do mais envolve os aspectos subjetivos como a perda da autonomia, ansiedade, angústia etc (NETO; LISBOA, 2017).

Um dos sentimentos que mais atinge como resposta psicológica diante da morte é o medo, esse sentimento atinge a todos e não depende da idade, situação financeira, sexo e religião. Muitas vezes quando a família pensa na morte do outro, pode estar relacionando a dificuldade de ver o sofrimento e a desintegração do outro, sua impotência, julgamentos, o pós-morte etc (NETO; LISBOA, 2017).

O luto antecipatório é um conceito elaborado pelo psiquiatra alemão Erich Lindemann. A descoberta ocorreu no período da Segunda Guerra Mundial quando ele observou as esposas dos soldados que voltavam da guerra, eles tinham dificuldades de reintegrar em seu lar pois suas esposas ficavam em um processo de elaboração, pois de fato elas haviam vivenciado o luto como se eles estivessem morrido (NETO; LISBOA, 2017).

Segundo o psiquiatra esse processo se dá pelo fato de haver uma separação a qual indica uma ameaça ou perigo real de falecimento e não em função da morte em si. O luto antecipatório destacado por Lidemann em 1944, foi proposto em um contexto onde não há doenças, e sim no contexto de separação onde existe grande probabilidade de morte, e para lidar com isso a família estrutura seu luto de forma a enfrentar o possível óbito (NETO; LISBOA, 2017).

Kübler-Ross revelou em 2008 o fenômeno, onde exista uma doença envolvida, sendo assim o luto antecipatório pode ocorrer por causa de uma separação ou de uma doença cujo o prognóstico tenha como característica o cuidado paliativo (NETO; LISBOA, 2017).

Segundo Neto e Lisboa (2017), Boss afirma que a perda ambígua ocorre também quando o sujeito está presente fisicamente, mas, com uma condição diferente, e isso faz com que a família desenvolva o luto antecipatório, como no caso das doenças degenerativas. Portanto o luto antecipatório se advém de uma perda tanto física quanto psicológica.

### **3.4 CUIDADOS E IMPACTOS DA DOENÇA NA SAÚDE DOS CUIDADORES**

Segundo a definição de Petrilli (1997), cuidador é a pessoa que está diretamente responsável pelos cuidados do paciente, e que na maioria das vezes é uma esposa, filhos, algum outro parente, ou uma pessoa que está qualificada é contratada para a função.

Geralmente o cuidador é escolhido dentro do próprio círculo familiar e muitas vezes essa tarefa chega inesperadamente, sendo ele ou ela conduzido a uma sobrecarga emocional intensa, onde se instala a ansiedade, depressão, distúrbios do sono dentre outros (ARTIOLI, 2013).

E essa sobrecarga dos cuidadores é um dos problemas mais importantes causados pela demência, além de ser uma doença que causa prejuízos na pessoa, ela causa inúmeros prejuízos em todo o sistema em que ele permanece, sendo necessária a intervenção em todos desse sistema (ARTIOLI, 2013).

Os cuidadores primários e secundários na vida de um paciente com Alzheimer, desempenha um papel difícil e importante, ele se envolve em todos os aspectos de cuidados e assume responsabilidades de maneira crescente no dia a dia. A medida que a demência vai progredindo, o cuidador e a família além de administrar finanças e medicamentos, também cuidam dos cuidados pessoais de higiene, banho e alimentação. Existe uma média de 60 horas por semana em responsabilidades de um cuidador (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer estão predispostos a obterem mais sintomas psiquiátricos, mais problemas de saúde, maiores conflitos familiares e problemas no trabalho, quando são comparados com outros trabalhadores que exercem outro tipo de função (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Os impactos sofridos pelos cuidadores também são observados nas procuras por serviços de saúde, eles consultam 46% mais médicos e utilizam mais medicamentos psicotrópicos do que os cuidadores que não cuidam de pacientes que não tem doença de Alzheimer (CRUZ; HAMDAN, 2008).



## 4 INTERVENÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES E O PACIENTE IDOSO

### 4.1 PSICOEDUCAÇÃO

A intervenção psicológica como a Psicoeducação, irá oferecer um melhor esclarecimento sobre essa doença neurodegenerativa, obtendo assim por parte da família uma construção de conhecimentos gerando um maior enfrentamento de adversidades que essa doença impõe. Esse suporte formal é efetivo segundo Rinaldi et al. (2005), para redução dos sintomas nos declínios emocionais depressivos. A literatura nos mostra alguns tipos de intervenções utilizadas nos familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer: grupos de aconselhamentos, psicoterapias, intervenções psicoeducacionais (LOPES; CACHION, 2012).

Pesquisas realizadas por Sörensen baseou-se em 78 estudos e comparando com outras modalidades de intervenções como:

Grupo de treinamento, gestão de caso/aconselhamento, grupo de apoio etc.), as intervenções psicoeducacionais obtiveram efeitos mais consistentes, sendo eles a redução da sobrecarga e da depressão, melhoria do bem-estar subjetivo, aumento de habilidades e conhecimentos, gerenciamento mais eficaz dos sintomas do paciente (LOPES; CACHION, 2012, pg. 12).

Essa intervenção é capaz de orientar o manejo do cuidado e o aumento do bem-estar dos cuidadores, transmitir conhecimentos que melhoram a regulação das suas emoções. Conforme Figueiredo et al. 2013, a psicoeducação é limitada em seu tempo de duração, é estruturada, diretiva, focada no presente e na resolução de problemas. Ela é baseada em métodos experimentais e científicos onde se diz que as cognições gerenciam as emoções e as emoções gerenciam o comportamento (LOPES; CACHION, 2012).

Diante disso então fica claro que o objetivo dessa intervenção é atingir os cuidadores no seu âmbito subjetivo, para que haja melhoria em seu bem-estar físico, mental e emocional, com isso existe também a diminuição de sentimentos e pensamentos disfuncionais, melhora no senso de auto eficácia e estratégias de enfrentamento (LOPES; CACHION, 2012).

A psicoeducação não é somente uma instrução aos cuidadores e familiares sobre a doença e o seu tratamento, mas coloca-se o paciente como colaborador ativo, e isso não é tão simples quanto parece principalmente por se tratar da doença de Alzheimer (LOPES; CACHION, 2012).

## 4.2 PSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NA PRÁTICA COM IDOSOS

O envelhecer tem sido um dos grandes temas mais desafiadores dentro da psicologia quanto ao estudo do comportamento e dos fenômenos mentais, as outras subdisciplinas estão em processo de revisão quanto a esse assunto. Para isso veio agregar as contribuições da psicologia do envelhecimento, que tem contribuído com seus fundamentos relacionados aos idosos, as fases da velhice e todo o seu processo, além disso tem promovido um diálogo com as demais disciplinas dentre elas a psicologia clínica (NERI, 2006).

Além do refinamento da pesquisa sobre o envelhecer, houve um maior diálogo entre a psicologia cognitiva, da aprendizagem, social e psicométrica, na tentativa de explicar os declínios e desenvolvimentos psicológicos específicos da velhice (NERI, 2006).

Essa prática intervencionista traz quatro contribuições para os processos mais difíceis durante a velhice, sendo elas: adaptação, autonomia e dependência, regulação emocional e qualidade de vida. Essa intervenção tem impactado de forma contundente na vida dos idosos (CERRATO, TROCONIZ, 1998).

Dentro da psicologia do envelhecimento se aplica a teoria de seleção, otimização e compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990), elas podem manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que constituem dificuldades nas trajetórias do seu desenvolvimento. É interessante porque através do SOC as pessoas trabalham seus recursos internos e externos por meio desses três processos, elas também maximizam os ganhos e minimizam as perdas relacionadas ao processo de envelhecer ao longo do tempo.

A função de seleção, especifica e diminui a amplitude de alternativas permitidas pela plasticidade individual. A otimização vai gerenciar os recursos para alcançar níveis mais altos de funcionamento, ou seja, vai conduzir condições apropriadas para melhorar o desenvolvimento do funcionamento seja ele do paciente, seja ele dos cuidadores ou familiares. A função de compensação vai adotar novas alternativas que ajudam a manter o funcionamento do idoso e também dos cuidadores, ou seja, vai ajudar a neutralizar ou equilibrar os efeitos que o Alzheimer causa no idoso e seus familiares (NERI, 2006).

A utilização do SOC vai auxiliar no manejo das perdas quando a manutenção ou a recuperação do idoso não for mais possível. Para Baltes e Baltes(1990), os ganhos e perdas evolutivas são resultantes da interação entre os recursos da pessoa com os recursos que existem no ambiente, num processo de independência.

A seleção é um requisito quanto a necessidade para trabalhar quando recursos como: tempo, energia e capacidade são limitados. Alguns exemplos nos casos de compensação são os aparelhos auditivos, cadeira de rodas, pistas visuais para compensar problemas de orientação espacial (NERI, 2006).

### **4.3 TEORIA DA SELETIVIDADE SOCIOEMOCIONAL**

Essa modalidade teórica e intervencionista foi desenvolvida por Laura L. Carstensen e colaboradores, na década de 1990. Carstensen e Turk-Charles (1994), explica o declínio nas interações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos. Segundo a autora (e evidências de pesquisa sobre o tema), existe uma redução nas relações sociais e na participação social na velhice que reflete a redistribuição de recursos socioemocionais pelos idosos.

Durante a velhice e principalmente em idosos com Alzheimer, passam a ser mais importantes o envolvimento bem selecionado com relacionamentos sociais que ofereçam maior retorno emocional. Tais alterações adaptativas permitem aos idosos, canalizar para alvos mais relevantes e otimizar o seu funcionamento afetivo e social. Essa intervenção trabalhará na regulação emocional do paciente, melhorando o seu relacionamento afetivo com a família e vice e versa, pois, a família percebendo melhorias no seu parente querido consequentemente existirá diminuição de ansiedade, depressão, dentre outros (NERI, 2006).

As várias modalidades de atuação psicológica envolvem grandes possibilidades de trabalho, desde modificações ambientais e ecológicas, institucionais até intervenções que visam mudanças comportamentais e psíquicas como: humor, bem-estar, ajustamento, atitudes, tendências da personalidade), e tudo isso pode ser desenvolvido a nível individual, familiar ou grupal (NERI, 2006).

Atuais pesquisas mostram que os idosos e seus familiares tem respondido bem as intervenções psicológicas das mais diversificadas (ARÉAN, 2003).

### **4.4 MUSICOTERAPIA NO AUXÍLIO A FAMÍLIA, PACIENTE E CUIDADOR**

A doença de Alzheimer ainda não possui uma terapia curativa e diante disso é necessária uma abordagem de terapia interpessoal, além da farmacologia, são necessárias as

medidas que auxiliem a melhora cognitiva, comportamental e funcional do paciente. Para além disso essas medidas não farmacológicas devem contribuir para com os cuidadores e os familiares (GUIMARÃES et al., 2019).

Ainda assim a farmacologia é a primeira escolha para o retardamento da progressão da doença, preservando assim alguma função cognitiva e diminuição dos sintomas, entretanto, essa opção não é curativa. Diante disso outras intervenções devem ser aplicadas, as não farmacológicas, como a musicoterapia (GUIMARÃES et al., 2019).

Os indivíduos que convivem com o Alzheimer, frequentemente faltam-lhes a percepção do seu próprio quadro clínico ou desconhecem o quanto são afetados funcionalmente pela doença (BRANDT, 2018).

A terapia farmacológica otimizada na estabilização do quadro juntamente com a melhora das funções cognitivas e comportamentais, sendo combinadas com as terapias não farmacológicas, melhoram a cognição, expressividade das emoções, socialização, diminuição da agitação e fornece orientação adequada ao cuidador (JÍMENEZ- PALOMARES, 2013).

Nesse sentido observa-se que a utilização do tratamento cujo o objetivo seja a cura da doença de Alzheimer ainda não existe, sendo necessário a prática integrativa e a abordagem multidimensional que, além dos fármacos, sejam incluídas intervenções destinadas a otimizar a cognição, comportamento e a função, auxiliando não somente ao paciente mais também aos seus familiares e cuidadores (JÍMENEZ- PALOMARES, 2013).

A musicoterapia tem sido bastante efetiva como intervenção, principalmente pela percepção musical ser uma das últimas capacidades deterioradas, e se constitui uma importante ferramenta no tratamento (GUIMARÃES et.al, 2019).

A musicoterapia pode ser entendida, segundo a World Music Therapy Federation (1996, p. 198), como sendo o:

Uso científico da música e/ou seus elementos por um musico terapeuta qualificado, com um paciente ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover a comunicação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização ou outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais e sociais.

Estudos mostram, a efetividade da musicoterapia a nível comportamental, dando ênfase à depressão, apatia e ansiedade. E quando utilizada em tempo mais prolongado, os efeitos são mais positivos na depressão, e no comportamento do paciente (FERRERO-ARIAS, 2011).

A sessão de Musicoterapia pode significar um tempo e um espaço de reorganização cognitiva, afetiva e corporal para o portador da Doença de Alzheimer. No decorrer da interação a pessoa tem a oportunidade de expressar-se, de comunicar-se com o outro, através das canções, dos movimentos e da percussão em conjunto. Nesse período de tempo a pessoa pode entrar em contato com suas lembranças e emoções, percebendo-se e manifestando-se, dentro da sua possibilidade motora e cognitiva atual (CUNHA, 1999).

A música e as atividades musicais estão indicadas como meios eficientes para estimular a emergência de novos comportamentos quando são utilizadas como mediadoras de experiências que impliquem a apropriação da consciência de si e da realidade vivida. Dessa forma, a música, ao evocar os sentimentos, pode fornecer meios para a expressão e estimular a verbalização, possibilitando a interação da pessoa com a própria realidade em que se insere (CUNHA, 2007).

A musicoterapia tem sido objeto de pesquisa científica, por obterem uma funcionalidade autônoma e independente da linguagem verbal, e pelo fato destas envolverem estruturas cerebrais específicas (CORREIA, 2010).

O contato do paciente com a música não se resume somente à percepção e memória, mas também se relaciona ao emocional (ANDRADE; CASTELON, 2011). Existem estudos das respostas emocionais à música, é feito através da utilização da neuroimagem, e têm trazido contribuições importantes sobre a importância em compreender a relação da música, emoções e cérebro (SCHMIDT; TRAINOR, 2001).

Na década de 60 se iniciaram pesquisas sobre as respostas fisiológicas à música, mostrando a sua efetividade como intervenção terapêutica. Ela utiliza os estímulos sonoros e musicais e atende as necessidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais de todo o grupo familiar e cuidadores e principalmente do paciente em si, de maneira que promova a saúde e a qualidade de vida de todos. Somente a partir do século XX, aplicou-se a música no enquadramento de uma nova ciência aplicada, a “psicologia da música”, com o intuito de contribuir com as ciências básicas como a matemática, física, fisiologia, anatomia, genética, e psicologia geral (SCHMIDT; TRAINOR, 2001).

Um editorial foi feito para a Revista de Medicina de Buenos Aires em 1999, a música seria um conteúdo da memória semântica, pois, essa memória utiliza-se de uma linguagem simbólica, isto é, quem ouve sente a emoção dos sons, aprende códigos, e as vezes reproduzi-los. Mas o paciente com Alzheimer não se recordaria quando e onde escutou pela primeira vez, pelo fato da sua memória episódica estar prejudicada (CORREIA, 2010).

A música tem um efeito previsível no comportamento humano durante procedimentos médicos e fundamenta suas pesquisas nas seguintes suposições:

O centro de controle do organismo humano é o cérebro; A música é processada pelo cérebro e através dele, e somente após esse processamento pode afetar o ser humano de diferentes maneiras; A música pode ter um efeito positivo tanto sobre as funções neurais como na atividade hormonal, favorecendo os processos regenerativos e o funcionamento saudável do próprio sistema imunológico (CORREIA, 2010, p. 38).

O som constitui-se a ponte de comunicação entre o terapeuta e o paciente, sem necessariamente o uso das palavras. Assim sendo os pacientes expressam as suas emoções através do som, desenvolvem os relacionamentos e encontram as soluções através do som (CORREIA, 2010).

Portanto a música impulsiona, motiva e influi diretamente no homem possibilitando a comunicação e a expressão emocional, sem dado tanta importância as palavras, e auxilia na recuperação de lembranças (CORREIA, 2010).

As habilidades musicais mostram-se preservadas enquanto outras funções cognitivas já entraram em processo de falhas neuronais por causa do deterioramento. Os pacientes com doença de Alzheimer, mesmo com afasia e perda da memória, cantam e dançam ao som de canções antigas quando conseguem ouvi-las (CORREIA, 2010).

Um estudo feito por Clarck et.al no ano de (1998), mostrou 18 idosos entre 55 e 95 anos de idade com o diagnóstico de doença de Alzheimer com o histórico de comportamentos agressivos em alguns momentos do dia em sua rotina diária. O objetivo era avaliar os efeitos da música no comportamento do idoso, a música foi utilizada nesse caso durante o banho. Três pacientes não puderam ser estudados, mas os 15 pacientes restantes, 12 apresentaram uma melhora significativa e mostraram mais afeto e cooperação para com os cuidadores e familiares (CORREIA, 2010).

A partir dessa pesquisa conclui-se então que a música melhora os níveis de alerta e redução da tensão tanto do paciente quanto dos cuidadores/família (CORREIA, 2010).

A musicoterapia, portanto, é um método efetivo de tratamento para a agitação e ansiedades no paciente com Alzheimer moderada a grave e cuidadores/família. Pode também ser considerada um método útil e com recursos financeiros eficientes economicamente, pode auxiliar na administração da saúde de todo o contexto entre a interação paciente, cuidadores e familiares, dentro de uma sociedade que continua a envelhecer e busca como prioridade envelhecer com qualidade de vida (CORREIA, 2010).

#### **4.5 A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO COM OS CUIDADORES E PACIENTE**

O trabalho multiprofissional sustentada por projetos assistenciais e resolutivos promovem mudanças na forma de atuar sobre o processo de cuidados com o paciente e família, através da interação de toda a equipe e diversas especialidades e suas ações (CARDOSO; HENNIGTON, 2011).

Esse trabalho surge no intuito de redesenhar os processos e para promover a qualidade dos serviços, também constitui um papel muito importante na orientação ao cuidador primário ou secundário, pois é um papel crucial da equipe multiprofissional orientar os pacientes, familiares, cuidadores acerca dos cuidados adequados para o paciente idoso com Alzheimer.

Diante das dimensões que um paciente possui em suas necessidades de saúde como: social, psicológica, biológica e cultural, e todas as intervenções necessárias que principalmente um paciente Alzheimer necessita Schraiber e colaboradores (1999) chegam a conclusão de que nenhum agente isolado tem a capacidade de realizar a totalidade dessas ações e demandas necessárias.

Cardoso e Hennigton(2011) diz que intervir com o trabalho em equipe significa promover a saúde, integrar ações e trabalhadores, buscar assistências às necessidades de saúde do paciente e dos familiares.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante esse estudo fica claro que as intervenções psicológicas são eficazes para a melhoria da qualidade de vida e humanização no processo paciente/família/cuidador de Alzheimer. De fato, os familiares e os cuidadores, devido ao estresse ocorrido por causa do diagnóstico podem produzir transtornos como a depressão, ansiedade, distúrbios do sono, dentre outros devido a carga diária de atividades que o paciente exige devido sua condição crônica. Com a utilização de intervenções como a musicoterapia, psicoeducação, seletividade socioemocional o psicólogo consegue melhorias no quadro do paciente reverberando assim no seu grupo familiar, levando mais conforto, diminuição dos sintomas físicos e mentais, aumentando assim a qualidade de vida tanto do paciente quanto dos familiares.

As pesquisas realizadas mostraram que 78 (setenta e oito) estudos comparados com outras modalidades, as intervenções psicoeducacionais tiveram efeito desejado durante o tratamento, como diminuição da depressão, aumento das habilidades e conhecimentos, autogestão e melhora na qualidade do sono. Conclui-se então que o bem-estar familiar é de suma importância para um bom funcionamento neurocognitivo e emocional do paciente, pois eles são os que estão mais próximos do paciente para auxiliar, estimular, e acolher seu parente querido, sendo assim o psicólogo promove com as intervenções a proximidade desses relacionamentos, e suporte à família para desenvolverem habilidades assertivas diante desse novo quadro em suas vidas.

De acordo com a pesquisa de Neri feita em 2006, as contribuições de Rainsford (2002), Areán (2003) e Knight (2004), mostram aspectos importantes no que diz respeito da Psicologia do Envelhecimento, essa prática ajuda com o manejo das intervenções clínicas com os idosos. O foco é nos recursos psicológicos e na resiliência dos idosos, sendo assim é importante resgatar esses potenciais e acionar reservas sociais, emocionais ou cognitivas, possibilitando a autonomia em situações de dependência.



## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Paulo Estêvão; CASTELON KONKIEWITZ, Elisabete. **Música e cérebro: Uma janela para o entendimento do funcionamento interativo do cérebro.** Ciências & Cognição, v. 16, n. 1, p. 137-164, 2011.
- AREÁN, Patricia A. et al. **Recrutamento e retenção de minorias mais velhas na pesquisa em serviços de saúde mental.** The Gerontologist , v. 43, n. 1, p. 36-44, 2003.
- ARTIOLI, TábataBrolezzi. **Níveis de sobrecarga, ansiedade e depressão de cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer participantes e não participantes de grupos de apoio.** 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Mudança na vida cotidiana e familiar.** Disponível em: <http://abraz.org.br/web/orientacao-a-cuidadores/cuidados-com-o-familiar-cuidador/mudancas-na-vida-cotidiana-e-familiar/>. Acesso em: 20 set. 2019.
- BALTES, Paul B .; BALTES, Margret M. **Perspectivas psicológicas sobre o envelhecimento bem-sucedido: o modelo de otimização seletiva com compensação.** 1990.
- BRANDT, Michelle et al. **Monitoramento da metamemória na doença de Alzheimer: Uma revisão sistemática.** Dementia&Neuropsychologia, v. 12, n. 4, p. 337-352, 2018.
- BORGES, Márcio F.; COM ALZHEIMER, Convivendo. **Convivendo com Alzheimer- Manual do Cuidador.** 2002.
- CARDOSO, Cíntia Garcia; HENNINGTON, Élida Azevedo. **Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança.** Trabalho, educação e saúde, v. 9, p. 85-112, 2011.
- CARSTENSEN, Laura L .; TURK-CHARLES, Susan. **A importância da emoção ao longo da vida adulta.** Psicologia e envelhecimento , v. 9, n. 2, p. 259, 1994.
- CÂMARA, D. C.; MENEZES, A. K.; CAMPOS, C. M. T. **Atendimento interdisciplinar a pacientes com demência e seus cuidadores.** Arquivos de Geriatria e Gerontologia, v. 2, n. 1, p. 11-21, 1998.

CERRATO, Ignacio Montorio; FERNANDEZ DE TROCONIZ, MI. **Envelhecimento bem sucedido. Mas, por que os idosos não ficam mais deprimidos?** Psicologia na Espanha, v. 2, n. 1 p. 27-42, 1998.

CORREIA, Cléo Monteiro França. **Funções musicais, memória musical-emocional e volume amigdaliano na doença de Alzheimer.** 2010.

CUNHA, Rosemyriam. **Musicoterapia na Abordagem do idoso.** Universidade Tuiti do Paraná, 1999. Monografia de especialização.

CUNHA, Rosemyriam. **Musicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer.** Revista Científica/FAP, 2007.

CRUZ, Marília da Nova; HAMDAN, Amer Cavalheiro. **O impacto da doença de Alzheimer no cuidador.** Psicologia em estudo, v. 13, n. 2, p. 223-229, 2008.

DUARTE, Estela Santos; SANTOS, Janary José. **A equipe multiprofissional no suporte ao cuidador do portador da Doença de Alzheimer.** Memorialidades, v. 12, n. 23 e 24, p. 89-112, 2017.

FRANCO, M. H. P. **Trabalho com pessoas enlutadas.** Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, p. 398-402, 2008.

FERRERO-ARIAS, Julio et al. **A eficácia do tratamento não farmacológico da apatia relacionada à demência.** Alzheimer Disease & Associated Disorders, v. 25, n. 3, p. 213-219, 2011.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia** (1917). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Tradução de Jayme Salomão, v. 2, p. 243-263, 2010.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. **Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico.** Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, Gislaine; BUSSE, Alexandre. **Como lidar com problemas de memória e doenças degenerativas: Guia prático para pacientes, familiares e profissionais de saúde.** 1. ed. São Paulo: Hogrefe, 2019.

GOLDFARB, Delia Catullo; LOPES, RG da C. **A família frente à situação de Alzheimer.** Gerontologia, v. 4, n. 1, p. 33-37, 1996.

GUIMARÃES, Gabriela Reis et al. **Metamemória: O papel da musicoterapia no assistencialismo à saúde dos idosos que convivem com o Alzheimer – revisão literária.** , p. 1-388–416. 2013.

HAASE, Vitor Geraldi; LACERDA, Shirley Silva. **Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia.** Temas em Psicologia, v. 12, n. 1, p. 28-42, 2004.

JIMÉNEZ-PALOMARES, María et al. **Benefícios da musicoterapia como tratamento não farmacológico e de reabilitação na demência moderada.** Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia , v. 48, n. 5 p. 238-242, 2013.

LOPES, Lais de Oliveira; CACHIONI, Meire. **Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 61, n. 4, p. 252-261, 2012.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva maria. **Fundamentos de metodologia científica,** v. 5, 2003.

NERI, Anita Liberalesso. **O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento.** Temas em psicologia, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

NETO, Jorge Ondere; LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo. **Doenças associadas ao luto antecipatório: uma revisão da literatura.** Psicologia, Saúde & Doenças, v. 18, n. 2, p. 308-321, 2017.

PARKES, Colin Murray. **Luto estudos sobre a perda na vida adulta.** Summus editorial, 1998.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. **Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 3, 2008.

RAMOS, Luciene Barbosa da Silva et al. **Quem cuida dos cuidadores? Propostas e Abordagens para cuidadores de pacientes idosos.** Revista de Trabalhos Acadêmicos-Campus Niterói, 2014.

RIBEIRO, Cleris Ferreira. **Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores.** 2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 221-242, 1999.

SCHMIDT, Louis A .; TRAINOR, Laurel J. **A atividade elétrica cerebral frontal (EEG) distingue a valência e a intensidade das emoções musicais.** *Cognição e emoção* , v. 15, n. 4, p. 487-500, 2001.

SILVA D'ALENCAR, R.; SANTOS, E. M. P.; PINTO, J. B. T. **Alzheimer–Manual do cuidador: situações e cuidados práticos do cotidiano.** Ilhéus (BA): Editora da UESC, 2010.

TERI, Linda; LOGSDON, Rebecca G. ; MCCURRY, Susan M. **Tratamento não farmacológico de distúrbios comportamentais na demência.** *As clínicas médicas da América do Norte* , v. 86, n. 3, p. 641, 2002.

VALENTINI, Ivani Bressan; ZIMMERMANN, Nicolle; FONSECA, Rochele Paz. **Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência tipo Alzheimer: estudos de casos.** *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 15, n. 2, 2010.

VIZZACHI, Barbara Alana et al. **A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 6, p. 931-936, 2015.

WORDEN, J. William. **Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental.** São Paulo: Roca, 2013.