

Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer

Alzheimer Disease: the profile of carers that use the service of telephonic support of ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer (Brazilian Association of Alzheimer)

Enfermedad de Alzheimer: el perfil de los cuidadores que utilizan el servicio de ayuda telefónica de ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer (Asociación Brasileña de Alzheimer)

*Marisa Accioly R. C. Domingues**

*Carina Farias dos Santos***

*Jeane R. Quintans***

RESUMO: O envelhecimento da população ocasiona um acréscimo nas doenças não transmissíveis, dentre elas as demências. Observa-se o incremento no número de casos de demências, como a doença de Alzheimer, que é degenerativa, na qual se observa intensa perda neuronal. Com a progressão da doença o enfermo torna-se dependente do apoio de um cuidador, que na maioria dos casos é um membro da família. Ressalta-se a importância de Grupos de Apoio que tem o intuito de fornecer um suporte aos indivíduos envolvidos na dinâmica de cuidar de um portador de doença de Alzheimer, por meio de esclarecimento, apoio psicológico entre outros. Considerando as informações apresentadas, destaca-se o objetivo do presente estudo, que foi apresentar o perfil dos usuários que utilizavam o serviço de apoio telefônico da ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer e propor estratégias para responder à demanda dos usuários desse serviço, coletadas no banco de dados da ABRAz. O estudo foi realizado com o levantamento das informações obtidas no banco de dados do serviço de apoio telefônico da ABRAz, no período de maio de 2007 a abril de 2008, totalizando 2208 atendimentos registrados. Observou-se que o perfil dos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAz é composto por mulheres, a maioria eram filhas de idosos que apresentavam o provável diagnóstico de doença de Alzheimer, moradoras da região sudeste brasileira e que conheceram o serviço de assistência telefônica por meio da televisão.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Alzheimer. Cuidadores. Grupos de auto-ajuda.

ABSTRACT: Population aging increase non transmissible diseases rates, amongst them dementias as is the case of Alzheimer Disease, which is degenerative and involves intense neuronal loss. With the progression of the disease the patient needs the support of a carer, which in most cases is a family member. The importance of Support Groups stands out to support for individuals inserted in the dynamics of caring for an Alzheimer patient by means of information-giving, psychological support, among others. Considering information presented, the objective of the present study was to sketch the profile of user of the service of telephonic support of ABRAz - Brazilian Association of Alzheimer, and to consider strategies to answer to the demands these users present, as registered in the database of ABRAz. The study was carried through with a survey of information registered by the service of telephonic support of ABRAz from May 2007 to April 2008, in a total of 2208 cases registered. The profile of users of the service of telephonic support of ABRAz is: most of them are women, daughters of people probably diagnosed as having Alzheimer disease, living in Brazil's Southeastern region and which come to know the service of telephonic assistance by means of television.

KEYWORDS: Alzheimer disease. Caregivers. Self-help groups.

RESUMEN: El aumento del envejecimiento de la población causa el aumento de enfermedades no trasmisibles, entre ellas las demencias, como es el caso de la enfermedad de Alzheimer, que es degenerativa e implica pérdida neuronal intensa. Con la progresión de la enfermedad las necesidades del paciente requieren la ayuda de un cuidador, que en la mayoría de los casos es un miembro de la familia. La importancia de los grupos de ayuda se destaca para apoyar los individuos insertados en la dinámica de cuidar de un paciente de Alzheimer de promedio la donación de informaciones, la ayuda psicológica, entre otros. Considerando esa situación, el objetivo de este estudio fue establecer el perfil del usuario del servicio de ayuda telefónica de ABRAz - Asociación Brasileña de Alzheimer, y considerar estrategias para atender a las demandas de estos usuarios, según la base de datos de ABRAz. El estudio fue ejecutado con un examen de las informaciones registradas por el servicio de ayuda telefónica de ABRAz desde mayo de 2007 hasta abril de 2008, en un total de 2208 casos registrados. El perfil de los usuarios del servicio de ayuda telefónica de ABRAz es: la mayor parte son mujeres, hijas de gente diagnosticada probablemente como teniendo enfermedad de Alzheimer, viviendo en la región del sudeste del Brasil y que vienen a conocer el servicio de ayuda telefónica de promedio la televisión.

PALABRAS LLAVE: Enfermedad de Alzheimer. Cuidadores. Grupos de autoayuda.

* Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Gerontóloga pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Docente do curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP (EACH-USP). E-mail: maccioly@usp.br

** Graduandas do curso de Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP (EACH-USP). E-mail: jeanequintans@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional é um fato novo que vem sendo atribuído ao avanço tecnológico, que tem controlado doenças potencialmente fatais, além da diminuição das taxas de natalidade e fecundidade¹.

Junto com o envelhecimento, observa-se o aumento do número de casos de demências, como a Doença de Alzheimer. Há estimativas que até 2025 existam cerca de 34 milhões de casos de Doença de Alzheimer no mundo².

Dados do Ministério da Saúde indicam o acelerado crescimento da população idosa no Brasil. Verificou-se que no ano de 1971 a proporção de idosos era de 7,3%, chegando a 9,1% no ano de 2006. Também, nota-se nesse período maior proporção de idosos nas regiões Sul (10,4%) e Sudeste (10,3%), diferentemente das regiões Norte (5,6%), Nordeste (8,0%) e Centro-Oeste (7,4%)³.

De acordo com o contexto apresentado, destaca-se que, nesse mesmo ano, os estados brasileiros que possuíam maior proporção de idosos foram: Rio de Janeiro (11,6%), Minas Gerais (10,0%), São Paulo (10,0%) e Rio Grande do Sul (11,8%)³.

Com envelhecimento populacional, verifica-se maior predominância do gênero feminino, devido à sobrevivência masculina⁴.

No Projeto Bambuí, realizado em Belo Horizonte, constatou-se uma amostra de 1.606 indivíduos, com faixa etária igual ou superior a 60 anos, maior proporção de indivíduos do sexo feminino, destacando que 59,6% da amostra apresentavam idade entre 60-69, 60,3% entre 70-79 e 61,5% possuía idade igual ou superior a 80 anos⁵. Também se notou o maior número de mulheres que desenvolvem a doença de Alzheimer.

No estudo realizado por Lopes e Bottino, foi mostrado que o maior predomínio dos casos de demência ocorreu em idosos, entretanto, não se pode afirmar que indivíduos do sexo feminino apresentem maior risco para desenvolver a doença de Alzheimer⁶.

Estudo realizado por Junior Herrera, Caramelli e Nitrini⁷, na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, com 1.660 idosos com faixa etária igual ou superior a 65 anos, mostrou que apenas 7,1% da amostra apresentava o critério para o diagnóstico de demência, destacando que o maior número de casos era representado por indivíduos do sexo feminino, apresentando uma relação de 2:1, confirmando os resultados encontrados por Lopes e Bottino. Dados que podem ser explicados devido ao fenômeno da feminização da velhice⁷.

Doença de Alzheimer

No ano de 1906, o médico Alois Alzheimer, no trigésimo sétimo Congresso do Sudoeste Alemão de Psiquiatria, em Tübingen, expôs o caso de sua paciente, Sra. Auguste D, cinquenta anos, que apresentava um tipo de demência, com progressiva perda cognitiva. Pela necropsia foi observada a presença de placas e emaranhados neurofibrilares e algumas alterações ateroscleróticas, sendo que este quadro foi posteriormente denominado Doença de Alzheimer⁸.

O médico se dedicou ao estudo de doenças mentais, sendo que em 1888 iniciou sua carreira como residente em saúde mental, porém, o seu objetivo de estudo era abrangente, não focando apenas nas demências degenerativas e vasculares, mas também o de psicoses, epilepsia e outras. Foi no ano de 1901 que o médico atendeu a Sra. Auguste D, que apresentava um conjunto de sintomas, dentre

os quais: a pouca capacidade cognitiva, afasia, desorientação, mudança de comportamento, delírios e alucinações⁸.

Devido aos variados estudos realizados sobre as demências, atualmente sabe-se que a Doença de Alzheimer é um tipo de demência de caráter crônico, degenerativo, progressivo e irreversível, que pode causar diversos sintomas, como perda de memória, mudanças comportamentais, afasia, delírios, alucinações.

Até o momento, ainda não foi desvendada a causa dessa patologia, contudo, evidências demonstram causa multifatorial, considerando a genética e fatores ambientais.

Na doença de Alzheimer, ocorre perda neuronal e degeneração sináptica intensas, principalmente nas camadas piramidais do córtex cerebral, afetando as estruturas límbicas e os córtices associativos, porém, as áreas corticais primárias permanecem com relativa preservação. A perda neuronal e a degeneração sináptica ocorrem porque na doença existem dois tipos de lesões: as placas senis e os emaranhados neurofibrilares⁹.

As placas senis são estruturas extracelulares constituídas de uma proteína chamada *beta-amilóide*, e origina-se da proteína precursora do *amilóide*, a qual existe em praticamente todas as células humanas, porém, não tem uma função bem definida, sabe-se apenas que ela atua como inibidora de proteases. Na doença a clivagem dessa proteína precursora ocorre de forma alterada, gerando a proteína *beta-amilóide*, que vai se acumulando e provocando lesões no córtex cerebral⁹.

Os emaranhados neurofibrilares são estruturas intracelulares constituídas por filamentos helicoidais pareados compostos pela proteína *tau*, que está presente no cérebro e compõe o citoesqueleto

dos neurônios, exercendo um papel importante na estabilidade dos microtúbulos que participam do transporte axonal, porém a sua fosforilação ocorre de forma anormal na doença, originando a proteína *tau* patológica. O acúmulo dessa proteína no interior das células causa instabilidade nos microtúbulos, dificultando o transporte axonal e ocasionando a morte da célula⁹.

O tratamento da Doença de Alzheimer não tem como objetivo a cura, e sim favorecer o retardamento da progressão da enfermidade e controlar alguns sintomas, uma vez que ainda não foi encontrada sua cura.

O tratamento pode ser realizado por meio do uso de fármacos, de acordo com o estágio da doença, e pelo uso de medidas não farmacológicas¹⁰. Ao cuidar do portador de Alzheimer, o profissional responsável não deve apenas centrar-se na terapêutica farmacológica, sendo importante a associação com as medidas não farmacológicas, destacando, assim, um acompanhamento multiprofissional, que prestará de forma integral uma assistência ao portador da Doença de Alzheimer e, conseqüentemente, aos seus cuidadores.

Cuidador do Idoso

Ao refletir sobre o cuidado de idosos dependentes, é importante destacar a figura do cuidador. Na maioria dos casos, o indivíduo responsável pelo cuidado do idoso é um familiar, que pode se responsabilizar pelo desempenho: a) do papel do cuidado: que é referente à execução das normas social e seus respectivos deveres; b) da tarefa do cuidado: são as atividades dedicadas com o intuito de auxiliar o idoso no fazer das atividades básicas de vida diária e instrumental¹¹.

Os cuidadores familiares são classificados como *cuidadores in-*

formais, que também abrange a assistência fornecida por vizinhos, amigos, entre outros¹¹. A tarefa de cuidar pode ser dividida de acordo com a responsabilidade exercida, sendo assim, temos: a) cuidador primário ou principal: refere-se ao indivíduo que assume a responsabilidade integral do idoso; b) cuidador secundário: refere-se ao indivíduo que assume as mesmas tarefas executadas pelo cuidador primário, porém não com a mesma frequência; c) cuidador terciário: refere-se ao indivíduo que assume o cuidado esporadicamente, quando solicitado^{11,12}.

O cuidador de idosos fragilizados são na maioria dos casos familiares do sexo feminino, porém com as mudanças sociais a disponibilidade de tempo das mulheres para exercer essa tarefa tem diminuído conforme o aumento da participação feminina no mercado de trabalho¹³.

Grande parte dos portadores da doença, cerca de 75%, vivem no contexto familiar. Muitas vezes os familiares assumem o papel de cuidador, sem nenhum preparo técnico, devido à consciência de dever, reconhecimento, ato de amor ou até mesmo por falta de opção¹⁴.

O Projeto SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) relatou que a família é o principal recurso de cuidados dos idosos, devido à escassez da rede de apoio formal, e, analisando os arranjos familiares, observou-se que no município de São Paulo os idosos residem principalmente com seu cônjuge e/ou filhos (32,5%)¹³.

Segundo dados do projeto Bambuí, que entrevistou 1.606 idosos, com idade média de 69,3 anos, do qual 23% necessitavam da assistência de um cuidador. A principal fonte de cuidado em situação de doença é oferecida pela família: o cônjuge, filha, seguido por outro familiar⁵.

Sabe-se que o cuidado informal prevalece em muitos países, e essa tarefa na maioria das vezes é executada de forma voluntária e sem remuneração, fato que pode ser atribuído à cultura e aos preceitos religiosos que geralmente pregam “honrar pai e mãe”¹⁵.

Cuidar de um indivíduo doente requer atenção integral, e quando isso é feito por uma única pessoa, existe uma grande probabilidade de ocorrer esgotamento físico e psíquico daquele que presta o cuidado, já que se trata de um trabalho repetitivo e sem descanso, afetando assim a qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, os cuidadores precisam de atenção tanto quanto os enfermos, para que possam ter saúde e exercer sua tarefa, proporcionando melhor qualidade de vida para si mesmo e para o idoso dependente.

Políticas Públicas

Devido ao aumento da expectativa de vida, se fez necessária a criação de Políticas Públicas que prestem assistência à saúde do idoso, com o intuito de viabilizar a prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde desse grupo etário. Para tanto, a portaria GM/MS n. 702/2002 regulamentou a implementação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso¹⁶.

Medidas públicas de assistência ao portador da Doença de Alzheimer estão sendo realizadas no Brasil e no mundo, sendo que no ano de 2002 o Ministério da Saúde regulamentou o tratamento, com a portaria GM/MS n. 703/2002, criando medidas que visam a uma assistência integral, como a dispensação de medicações específicas, acompanhamento multiprofissional, programas de orientação ao cuidador, entre outros¹⁷.

Devido à necessidade de assistência à saúde do idoso na rede pública, a portaria SAS/MS n. 249/2002 regulamentou o cadastramento dos Centros de Referências em Assistência à Saúde do Idoso, que possuem a responsabilidade de diagnosticar, tratar e acompanhar os portadores de DA, além de orientar os familiares e cuidadores¹⁸.

Contudo, ainda são necessários muitos passos para atingir uma integralidade no tratamento da doença, uma vez que a dificuldade existente na rede de saúde brasileira não permite um funcionamento eficaz desta assistência regulamentada.

É importante destacar o excelente trabalho realizado pelas Organizações não-governamentais, que suprem alguns serviços que ainda estão sendo aprimorados ou não existem. Visando ao portador da Doença de Alzheimer, é de grande relevância destacar o trabalho realizado pela Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), que possui diversos grupos de apoio que têm o intuito de esclarecer e acolher o familiar cuidador de portadores de Doença de Alzheimer. Enfatiza-se que toda a assistência fornecida é gratuita e aberta aos indivíduos interessados em participar. Existem grupos de apoio ao cuidador em diversos pontos do Brasil, além do atendimento telefônico gratuito que fornece orientações aos cuidadores de todo o País¹⁹.

Os trabalhos exercidos pelas organizações não-governamentais são enriquecedores, entretanto, a dificuldade existente para manter vivos os trabalhos é grande, sendo necessária a colaboração financeira de doações e patrocínios empresariais.

Objetivos

Destacam-se como objetivos: apresentar o perfil dos usuários que

utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer; propor estratégias para responder à demanda dos usuários desse serviço, coletadas no banco de dados da ABRAZ.

Método

Trata-se de estudo retrospectivo, quantitativo, exploratório, não probabilístico.

População e período de estudo

O estudo foi realizado com o levantamento das informações obtidas no banco de dados do serviço de apoio telefônico da ABRAZ, no período de maio de 2007 a abril de 2008, totalizando 2.208 atendimentos registrados.

Dados estudados do perfil do usuário

Considerando o objetivo do presente estudo, optou-se por não esgotar todas as variáveis disponíveis no banco de dados. Para a elaboração deste artigo, foram analisados: 1) Sexo do indivíduo que realizou a ligação; 2) estado de origem; 3) Como soube da ABRAZ; 4) Se tem portador na família; 5) Grau de parentesco; 6) Sexo do portador; 7) Idade do portador; 8) Se a pessoa que apresenta sintomas de demência possui diagnóstico médico.

Todos os dados coletados foram armazenados em planilha do programa Excel. Destaca-se que cada resposta possuía um código numérico, para assim possibilitar a tabulação e a análise dos dados.

Procedimentos

O banco de dados utilizado neste estudo foi elaborado por meio das informações coletadas de telefonemas realizados por indivíduos que tinham interesse em obter informações referentes à doença de Alzheimer, pelo serviço telefônico

fornecido pela ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer no período de maio de 2007 a abril de 2008.

O atendimento constou de duas atividades básicas: levantamento sobre o perfil do usuário, com um roteiro de doze perguntas fechadas, e o esclarecimento de algumas dúvidas apresentadas pelo interlocutor. Para a realização da primeira atividade, foram formuladas as seguintes questões:

- 1) Profissão: neste item era anotada a profissão do indivíduo que efetuou a ligação para o serviço de atendimento telefônico. As alternativas de respostas eram: a) superior; b) do lar; c) aposentado; d) cuidador; e) doméstica; f) outros; g) não informado;
- 2) Estado: neste item foram anotados os estados brasileiros de onde eram realizadas as ligações;
- 3) Como soube da ABRAZ: neste tópico registrou-se sobre a forma de como o usuário obteve informação sobre o serviço de atendimento telefônico. As alternativas de respostas eram: a) indicação; b) site; c) panfleto; d) mídia TV; e) mídia rádio; f) campanha TV; g) campanha rádio; h) outro; i) não informado;
- 4) Tem portador na família: neste item o usuário era questionado sobre a presença de familiares acometidos pela doença de Alzheimer. As possíveis respostas eram: a) sim; b) não; c) o próprio; d) não informado;
- 5) Sexo do portador: neste tópico era anotado o sexo do portador de doença de Alzheimer;
- 6) Idade do portador: disponibilizado para anotar a idade do portador de doença de Alzheimer;
- 7) Grau de parentesco: neste tópico foram registrados o grau de parentesco que o usuário possuía com o portador de doença

de Alzheimer. As alternativas para esta questão eram: a) sem portador na família; b) mãe/pai; c) sogra/sogro; d) marido/mulher; e) tio/tia; f) sem vínculo familiar; g) outros;

- 8) Tem diagnóstico: item disponibilizado para relatar se o indivíduo que apresentava os sintomas que são característicos da doença de Alzheimer possuía o diagnóstico médico da doença;
- 9) Plano de Saúde: item disponibilizado para relatar se o indivíduo que apresentava os sintomas que são característicos da doença de Alzheimer possuía algum tipo de plano de saúde privado;
- 10) Medicação: item disponibilizado para relatar quais eram as medicações utilizadas pelo portador de doença de Alzheimer;
- 11) Recebe Medicação do SUS: o dado corresponde ao fato de a medicação utilizada pelo portador de doença de Alzheimer ser ou não dispensada pelo SUS (Sistema Único de Saúde);
- 12) Participa do Grupo de Apoio (GA): o usuário era indagado se frequentava as reuniões dos Grupos de Apoio disponibilizadas pela ABRAZ.

Resultados e Discussão

Estão apresentados a seguir os resultados encontrados por meio da análise do banco de dados dos atendimentos telefônicos realizados pela Associação Brasileira de Alzheimer.

Observa-se que as ligações foram predominantemente realizadas por indivíduos do sexo feminino. Na Tabela 1, verifica-se que 83,33% dos atendimentos foram fornecidos para mulheres e 16,62% para homens. Esse dado corresponde ao encontrado pelo estudo SABE¹³,

que aponta as mulheres como as pessoas que se responsabilizam pelo cuidado de idosos fragilizados, portanto, são as que mais necessitam de apoio na dinâmica do cuidado, tendo, então, a necessidade de buscar auxílio dos serviços disponibilizados no Brasil, como o oferecido pelo ABRAZ.

Com relação às ligações telefônicas por Estado, destaca-se que ocorreu maior prevalência de ligações realizadas por indivíduos do Estado de São Paulo (42,25%) e do Rio de Janeiro (32,18%) (Figura 1).

Ainda relacionado ao local de procedência dos telefonemas,

notou-se que apenas 1,8% das ligações foram realizadas por indivíduos situados na região Norte brasileira, 8,0% da região Nordeste, 2,1% região Centro-Oeste, 6,3% região Sul e 81,8% situavam-se na região Sudeste do Brasil. Ressalta-se a inexistência de ligações dos Estados do Acre, Rondônia e Roraima (Tabela 2).

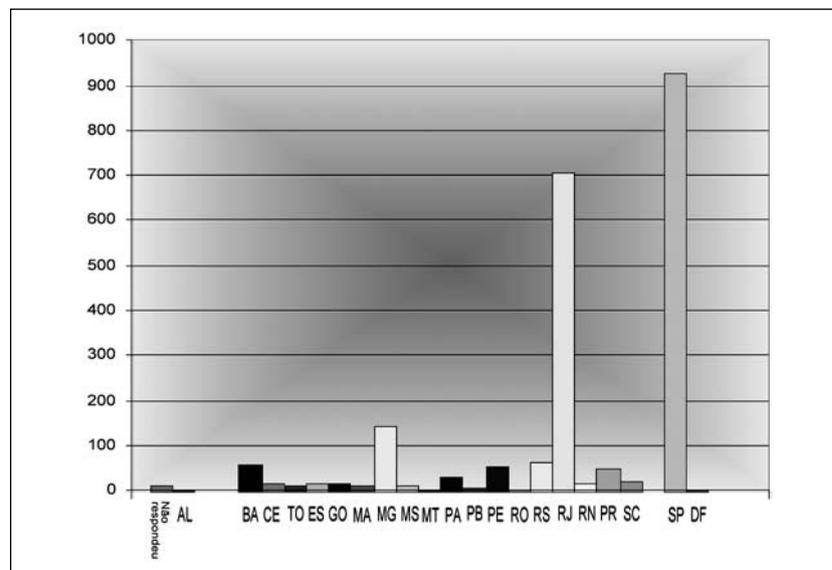
Essas informações vão ao encontro da proporção de idosos na população brasileira segundo os dados do Ministério da Saúde, pois há um maior número de idosos nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil, logo, existem nesses locais maior

Tabela 1. Distribuição dos atendimentos telefônicos segundo o sexo dos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007

Sexo	N	%
Masculino	367	16,62
Feminino	1840	83,33
Não informado	1	0,05
Total	2208	100,00

Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

Figura 1. Distribuição dos atendimentos fornecidos por Estados brasileiros dos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007



Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

Tabela 2. Distribuição dos atendimentos fornecidos telefônico por regiões dos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007

Região	Estado	N	(%)
Norte	Acre	40	1,8
	Amapá		
	Amazonas		
	Pará		
	Rondônia		
	Roraima		
	Tocantins		
Nordeste	Alagoas	175	8,0
	Bahia		
	Ceará		
	Maranhão		
	Paraíba		
	Pernambuco		
	Piauí		
	Rio Grande do Norte		
	Sergipe		
Centro-Oeste	Distrito Federal	46	2,1
	Goiás		
	Mato Grosso		
	Mato Grosso do Sul		
Sudeste	Espírito Santo	1795	81,8
	Minas Gerais		
	Rio de Janeiro		
	São Paulo		
Sul	Paraná	138	6,3
	Santa Catarina		
	Rio Grande do Sul		

Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

incidência de casos de doenças de-
menciais, como as do tipo Alzheimer
na população, o que explica a maior
procura dos familiares pelo suporte
telefônico fornecido pela ABRAZ³.

Verificou-se, como apresentado
na Figura 2, que o conhecimento
do serviço de apoio fornecido pelo
atendimento telefônico da ABRAZ
foi obtido principalmente pela te-
levisão (50,67%), seguido da indi-
cação realizada por conhecidos ou
por profissionais (15,90%). Esses

dados reiteram a importância dos
meios de comunicação para a di-
vulgação da doença de Alzheimer
na população brasileira. Entretanto,
ainda verifica-se pouca divulgação
na mídia para este tema. São mais
comuns nos meios de comunicação
de massa, propagandas direciona-
das aos jovens e relacionadas ao
controle do tabagismo e das doen-
ças sexualmente transmissíveis²⁰.

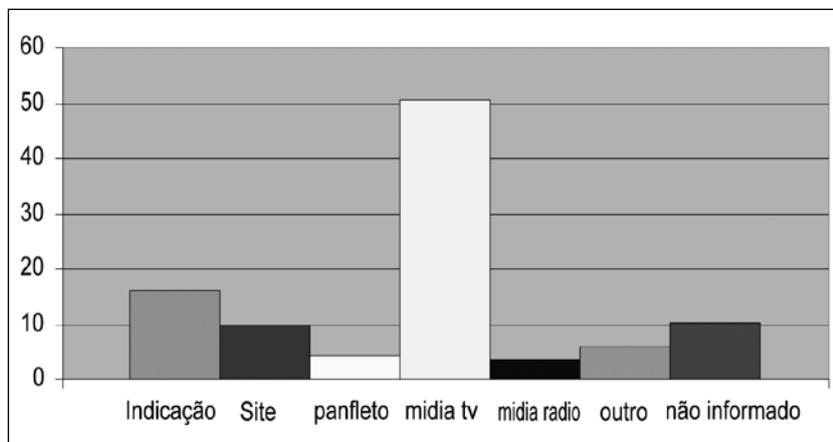
A Tabela 3 demonstra que dos
2.208 atendimentos realizados,

70,34 % asseguravam possuir al-
gum membro familiar portador
de doença de Alzheimer, sendo
que 11,14% ressaltaram não pos-
suir portador dessa enfermidade
na família. Enfatiza-se que 6,30%
das ligações foram realizadas pe-
lo próprio portador de doença de
Alzheimer. Esses dados confirmam
os descritos na literatura pesquisa-
da, que descrevem a maioria de
portadores da doença residente
com a família^{5,14,15}. Logo, os mem-
bros familiares também necessitam
de suporte durante a progressão da
doença de Alzheimer. Ainda são
poucos, contudo, os Centros de
Referências em Assistência à Saúde
do Idoso existentes no Brasil, o que
dificulta o atendimento integral a
todas as famílias de portadores de
doença de Alzheimer.

Considerando o grau de paren-
tesco, verifica-se na Tabela 4 que
47,51% dos usuários informaram
que eram filhos, 6,07% maridos/
esposas, 5,03% genros/ noras;
3,94% netos/netas de indivíduos
que apresentavam algum lapso de
memória e/ou eram portadores de
doença de Alzheimer; sendo que
2,63% não possuíam nenhum vín-
culo familiar com portadores da
doença. Esses resultados concor-
dam com os dados encontrados no
Projeto Bambuí e SABE, que veri-
ficaram que os cônjuges e filhos são
os principais cuidadores de idosos
fragilizados. Sendo assim, são os fa-
miliares que necessitam de maior
suporte na assistência ao portador
de Alzheimer^{5,13}.

A Tabela 5 apresenta os dados
fornecidos pelos usuários sobre os
indivíduos que apresentavam si-
nais e sintomas característicos da
doença de Alzheimer. Quanto à
idade, observou-se que faixa etá-
ria entre 71 a 80 anos apresentou
o maior número de indivíduos
que manifestavam os sintomas da
doença, correspondendo a 32,84%.
Na faixa etária mais longeva, entre

Figura 2. Forma de divulgação da assistência telefônica fornecida aos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007



Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

Tabela 3. Distribuição de indivíduos que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007, que possuem familiar portador de doença de Alzheimer

Portador na família	N	%
Sim	1.553	70,34
Não	246	11,14
O próprio	139	6,30
Não informado	270	12,23
Total	2.208	100,00

Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

Tabela 4. Grau de parentesco de possíveis/prováveis portadores de doença de Alzheimer dos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007

Grau de parentesco	N	%
Netos (as)	87	3,94
Filhos (as)	1.049	47,51
Genro/nora	111	5,03
Marido/esposa	134	6,07
Sobrinhos (as)	71	3,22
Sem portador	08	0,36
Sem vínculo familiar	58	2,63
Outros	167	7,56
Não informado	523	23,69
Total	2.208	100,00

Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

81 a 90 anos, o percentual foi de 20,34%. A literatura aponta para a maior prevalência do número de indivíduos com demência, que progride com o avançar da idade, corroborando os dados encontrados neste estudo⁶.

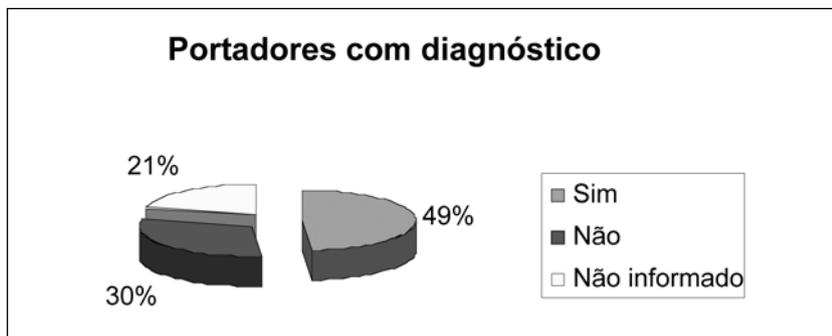
Na Figura 3, observa-se que apenas 48,51% dos indivíduos possuíam o provável diagnóstico de doença de Alzheimer, 30,25% declararam que ainda não haviam recebido o diagnóstico e 21,24% não responderam. O diagnóstico de doença de Alzheimer é feito pela exclusão de outras causas patológicas, uma vez que ainda não existe um exame específico para tal fim. Exames laboratoriais de neuroimagem podem ser solicitados, além da realização do rastreio cognitivo e verificação do histórico familiar do paciente⁹. Contudo, os sintomas característicos da doença de Alzheimer também podem ser verificados em outras patologias, como, por exemplo, em outros tipos de demências ou nos estados confusionais agudos, confirmando os dados já apresentados.

Na Tabela 6, verifica-se a maior prevalência do sexo feminino (56,39%) de indivíduos que apresentavam sinais e sintomas de doença de Alzheimer, sendo que apenas 23,19% eram do sexo masculino. Enfatiza-se que 20,43% dos indivíduos que fizeram uso do serviço telefônico da ABRAZ não responderam a essa questão. Esses dados coadunam os apresentados na introdução do presente estudo, que aborda a existência do fenômeno da feminização da velhice, correspondendo ao motivo pelo qual se verifica a ocorrência do maior número de mulheres com sinais e sintomas de doença de Alzheimer^{5,6,7}.

Conclusões

Observou-se que o perfil dos usuários que utilizam o serviço de

Figura 3. Percentual de indivíduos que receberam o diagnóstico de doença de Alzheimer, de acordo com os dados fornecidos pelos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007



Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

Tabela 5. Faixa etária de indivíduos que apresentavam sinais e sintomas característicos da doença de Alzheimer afirmado pelos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007

Idade	N	%
20-30 anos	1	0,05
31-40 anos	4	0,18
41-50 anos	18	0,82
51-60 anos	106	4,8
61-70 anos	345	15,63
71-80 anos	725	32,84
81-90 anos	449	20,34
91-100 anos	54	2,45
Não informada	506	22,92
Total	2.208	100

Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

Tabela 6. Sexo dos portadores da doença de acordo com as informações fornecidas pelos usuários que utilizaram o serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer - 2007

Sexo	N	%
Masculino	512	23,19
Feminino	1245	56,39
Não informada	451	20,43
Total	2.208	100

Fonte: Associação Brasileira de Alzheimer, 2007.

apoio telefônico da ABRAZ é composto por: mulheres, a maioria filha de idosos que apresentavam o provável diagnóstico de doença de

Alzheimer, moradoras da região sudeste brasileira e que conheceram o serviço de assistência telefônica pela televisão.

Como estratégias para a orientação ao usuário, propõem-se:

- a utilização dos recursos dos aparelhos celulares para a divulgação sobre a doença de Alzheimer, tais como o envio de torpedos que apresentariam para a sociedade a doença de Alzheimer e o telefone do serviço de apoio telefônico da ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer; a criação de centros de informações sobre a rede de assistência pública, particular e filantrópica aos portadores de demências, o que auxiliaria os cuidadores na busca de apoio na tarefa de cuidar.

Considerando os dados apresentados na planilha do banco de dados, sugere-se: acrescentar um item sobre escolaridade; substituir as alternativas de resposta da questão *Como soube da ABRAZ* por: a) indicação; b) site; c) jornal impresso/ revista; d) panfletos/ informativos; e) televisão; f) rádio; g) outro, qual? ; h) não informado; substituir o item *Plano de Saúde* por *Possui Convênio*; classificar o motivo da ligação em: a) informação sobre a doença; b) pedido de indicação de profissional/instituição; c) informações sobre congressos, cursos e eventos; d) informações sobre a distribuição de medicamentos; e) informações sobre os grupos de apoio; f) outro, qual?; divulgação da doença de Alzheimer utilizando meios de comunicação de massa, para a prestação deste apoio à sociedade.

Considerações finais

Acredita-se que os dados apresentados neste estudo podem vir a colaborar com as famílias de pessoas acometidas pela doença de Alzheimer, com os cuidadores familiares, como também com os profissionais e instituições de apoio ao portador de doença de Alzheimer e outros tipos de demências.

Verificou-se que cada família possui sua própria cultura, história, crença, rotinas específicas, o que permite que o impacto causado pela doença no contexto familiar seja vivenciado de maneira específica. Além disso, os serviços de apoio ao portador de demência ainda são precários no Brasil, o que dificulta

o cuidado aos enfermos. Considerando tais fatores, é necessária a implementação de Políticas Públicas que tenham como foco a família de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e outras demências.

Destaca-se a importância de profissionais da área da Gerontologia para auxiliar os familiares de

idosos portadores de demência na árdua tarefa que envolve a dinâmica de cuidado, devido ao conhecimento que possuem acerca dos aspectos biopsicossociais do processo de envelhecimento, contribuindo com os serviços de suportes de apoio ao cuidador, como o desenvolvido pela ABRAZ.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. In: Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 7-21.
2. Chicot JV, Rajkumar S, Tanyakitpisal P, Chandra V. Alzheimer's disease: of emerging Importance. In: Regional Health Fórum. 2002;6(1):39-48.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Proporção de idosos na população. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/a14uft.htm>
4. Camarano AA, et al. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005. p. 144.
5. Costa MFLL. Projeto Bambuí: um Estudo Epidemiológico de Características Sociodemográficas, Suporte Social e Indicadores de Condição de Saúde dos Idosos em Comparação aos Adultos Jovens. Informe Epidemiológico do SUS. 2002;11(2):91-105. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n2/v11n2a05.pdf>
6. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demencia em diversas regiões do mundo. Arq Neuropsiq. 2002;60(1):61-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n1/8233.pdf>
7. Herrera Jr. E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil. Rev Psiq Clín. 1998;25(2):70-3.
8. Maurer K, Volk S, Gerbaldo H. Auguste D and Alzheimer's disease. Department of medical history. The Lancet. 1997;349:1546-9.
9. Caramelli P. Neuropatologia da Doença de Alzheimer. In: Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 107-18.
10. Magnie M-N, Thomas P. Terapêutica. In: Doença de Alzheimer. 3ª ed. São Paulo: Organização Andrei; 1998. p. 111-25.
11. Neri AL, organizadora. Cuidado/cuidador familiar. In: Palavra-chave em gerontologia, 2ª ed. 2005. p. 43-6.
12. Santos SMA. O cuidado a idosos fragilizados no âmbito da família: questões que se propõem a teoria e a pesquisa em gerontologia e as políticas públicas em relação à velhice. In: Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea; 2003. p. 13-27.
13. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>
14. Araujo PB. Alzheimer: o idoso, a família e as relações humanas. 2ª ed. Rio de Janeiro: WSK; 2001.
15. Caldas CP. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 41-7.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 702, de 12 de abril de 2002. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desaude/atencao-ao-idoso/Portaria_702.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 703, de 12 de abril de 2002. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P703_02informes.doc
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 249, de 16 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/portaria249.pdf>
19. ABRAZ - Associação Brasileira de Alzheimer. O que é grupo de apoio. Disponível em: <http://www.abraz.org.br/default.aspx?pagid=DNFCUOUO&navid=173>
20. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl:S153-62. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700015&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700015

Recebido em 19 de janeiro de 2009

Versão atualizada em 12 de fevereiro de 2009

Aprovado em 13 de março de 2009