

ALZHEIMER – CUIDADORES E OS PROBLEMAS COM A AVALIAÇÃO

Manuela Ritza G. Dos Santos

Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN – FARN

Endereço: Rua Prefeita Eliane Barros, Nº2000, Tirol. Natal/RN. Cep.:59014-540

Email: manuzinha10@hotmail.com

RESUMO

Discute-se através deste artigo o aumento da população idosa mundial, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Inerente ao processo do “envelhecer” ocorrem mudanças no organismo do idoso, nem todas malélicas, cada indivíduo responde diferentemente. Embora não intrínseca à velhice, a demência tem maiores chances de ocorrer com o aumento da idade. A Demência do tipo Alzheimer tem sido considerada a mais comum, atingindo cerca de dois terços dos casos de demência. Observa-se a constante necessidade de investimentos em estudos que busquem diagnóstico antecipado, considerando os devidos cuidados na interpretação dos resultados, para que se evitem níveis elevados da doença.

Palavras-Chave: População Idosa, Demência, Demencia do Tipo Alzheimer.

ABSTRACT

It is argued throughout this article the increase in the elderly population, both in developed and in developing countries. Inherent to the process of "aging" changes occur in the body of the elderly, not all evil, each individual responds differently. Although not intrinsic to old age, dementia is more likely to occur with increasing age. The Dementia of the Alzheimer type has been considered the most common, affecting about two thirds of dementia cases. There is the constant need to invest in studies that seek early diagnosis, proper care in considering the interpretation of results, in order to avoid high levels of disease.

KEYWORDS: Elderly Population, Dementia, Alzheimer's Dementia.

INTRODUÇÃO

Os critérios que nos permitem julgamento sobre o que faz de um adulto ser considerado “velho” ou não, são dos mais variados, dentre eles, alguns consideram a aparência física, as atitudes ou mesmo a quantidade de tempo livre dispendida pelo adulto (STUART, 2002).

O envelhecimento populacional, desde o século XX, vem se confirmando como uma tendência no mundo, não apenas nos países desenvolvidos, como também nos países em desenvolvimento.

As causas desta mudança são das mais variadas, indo desde a queda das taxas de natalidade, até a elevada esperança de vida, provocada em parte pelas melhorias e avanços na medicina, na alimentação, nas condições sanitárias e assistenciais etc.

Com o advento da mudança do perfil populacional no mundo, para uma população predominantemente idosa, o que segundo Bee (1997) ocorrerá provavelmente até o ano de 2040, é preciso que haja uma maior preocupação com a criação de serviços especializados para este indivíduo.

Neste sentido verifica-se a necessidade de uma demanda maior e mais especializada de serviços assistenciais que privilegiem o idoso, como um melhor acesso aos serviços médicos, serviços estes que considere e tenha sensibilidade para discernir que o idoso merece tratamento diferenciado e não baseado no modelo clínico tradicional, atividades de lazer, cultura, esporte, entre outras, que facilitem e viabilizem uma qualidade de vida adequada a esta população.

É preciso considerar que esta etapa na vida de uma pessoa, certamente apresenta algumas limitações, mas que devem tentar ser ao máximo minimizadas, permitindo adequadas condições e qualidade de vida ao idoso.

Algumas mudanças tanto físicas quanto psicológicas, podem ser observadas durante o envelhecimento e neste sentido é preciso que os médicos especializem-se também em atender o idoso, visto que a abordagem médica tradicional baseada numa queixa e através dela, a tentativa de se explicar todas elas como sendo ocorridas mediante uma única doença muitas vezes não funciona com os idosos. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2002).

...75% apresentaram pelo menos 3 problemas médicos concomitantes e 50% apresentaram, pelo menos, 7 problemas concomitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O ENVELHECIMENTO

Os 65 anos são o ponto de entrada tradicional na terceira idade, a última fase da vida. Contudo, muitos adultos aos 65 - ou até aos 75 ou 85 - não se sentem nem agem como “velhos”. As diferenças individuais tornam-se mais acentuadas nos anos avançados, e o “use ou perca” torna-se uma regra urgente. A maioria dos adultos mais velhos possui boa saúde física e mental; as pessoas que se mantêm física e intelectualmente ativas podem manter-se firmes na maioria dos aspectos e até aumentar de competência. O funcionamento físico e o cognitivo possuem efeitos psicossociais, os quais, muitas vezes, determinam o estado emocional de uma pessoa e se ela pode viver de maneira independente (PAPALIA, 2006, p.658).

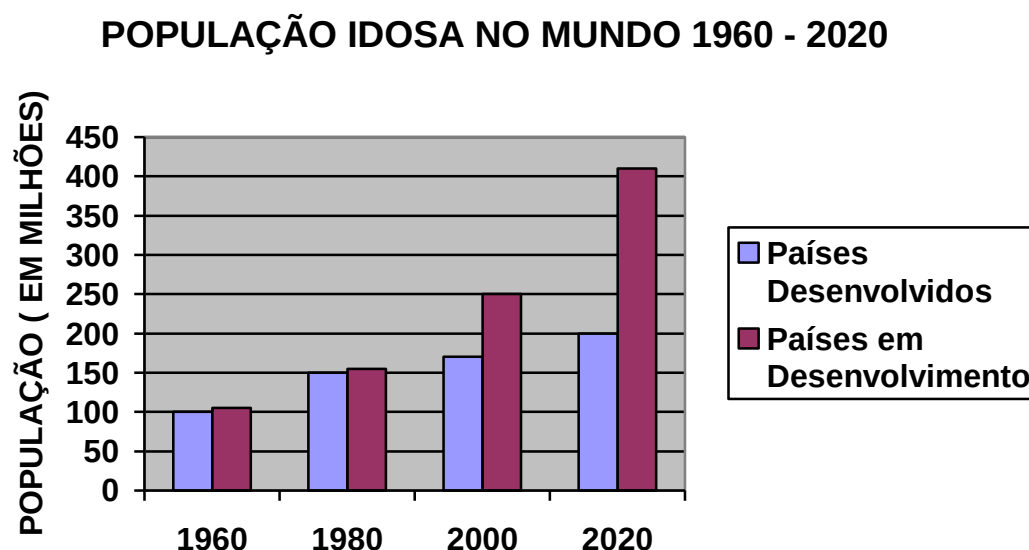
A elevada esperança de vida, juntamente com a diminuição na taxa de fecundidade, vem evidenciando cada vez mais, nos países em desenvolvimento, uma tendência iniciada em países desenvolvidos: o envelhecimento populacional (NERI, 1993).

De acordo com Papalia (2006), o aumento da população idosa mundial pode estar relacionado a vários motivos e situações, as principais estão ligadas às elevadas taxas de natalidade e de imigração, durante o início e meados do século XX, como também aos avanços da medicina e de estilos de vida mais saudáveis. Além disso, a tendência para núcleos familiares menores proporcionou a diminuição do tamanho relativo de faixas etárias mais jovens. Neste sentido, a taxa de crescimento da população com mais idade deverá avançar durante os primeiros 30 anos do século XXI, à medida que a geração do pós-guerra (nascida entre 1946 e início dos anos 60) ingressar na idade avançada.

A população mundial está envelhecendo também devido ao crescimento econômico, às melhorias relacionadas ao suprimento de alimentos, ao maior controle relacionado às doenças infecciosas, acesso à água potável, instalações sanitárias mais adequadas e assistência à saúde.

Mundialmente, prevê-se que a população aumente mais do que o dobro até 2025 (U. S. Bureau of the Census, 1999c). Até então, haverá mais de 800 milhões de pessoas com mais de 65 anos no mundo, dois terços delas em países desenvolvidos. Na França, onde havia apenas 200 centenários em 1950, prevê-se que seu número chegue a 150 mil em 2050, um aumento de 750 vezes em um século (World Health Organization [WHO], 1998). (PAPALIA, 2006, p.664).

Gráfico 1



Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

O gráfico acima ilustra o aumento da população idosa mundial nos últimos anos, e nos países em desenvolvimento, neste sentido em 2025 a população acima dos 60 anos contabilizará algo em torno de 16 milhões ou mais, isso comparadas à população de mesma faixa etária no ano de 1950 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O Brasil, na atualidade, pode ser considerado como o país com maior concentração de pessoas idosas, de maneira proporcional (Jornal do Brasil, 1996, apud OMS). Entre 1950 e 2025, o aumento será de 1.514,3%, ou seja, o maior dentre todos os países, seguido do México, Nigéria, Indonésia e China. De acordo com estimativas da OMS (Jornal do Brasil, 10/08/97), o Brasil em 2020 alcançará lugar de quinto país com maior número de idosos no mundo, atrás da China, Índia, Estados Unidos e Japão, em números absolutos (EIZIRIK, 2001).

Outra constatação acerca do envelhecimento populacional verifica que até mesmo a população mais idosa está envelhecendo. De acordo com dados censitários, o número de pessoas acima dos 100 anos, praticamente duplicou durante a década de 1990, para mais de 70 mil. Continuando neste ritmo, poderão existir cerca de 850 mil idosos centenários em meados do século XXI (KRACH e VELKOFF, 1999, apud PAPALIA, 2006). O que pode ser demonstrado pelo gráfico abaixo, relativo à população brasileira.

– Brasil – População Idosa por Grupos Etários – 2000-2050

Tabela 1

a) Grupos etários (acumulados)						
Anos	65 e mais		70 e mais		80 e mais	
	Valor absoluto	Proporção (%)	Valor absoluto	Proporção (%)	Valor absoluto	Proporção (%)
2000	8.709	100,0	5.371	61,7	1.219	14,0
2010	11.987	100,0	7.507	62,6	1.865	15,6
2020	17.854	100,0	10.798	60,5	2.763	15,5
2030	26.581	100,0	16.664	62,7	4.179	15,7
2040	34.183	100,0	23.081	67,5	6.606	19,3
2050	42.243	100,0	28.916	68,5	9.263	21,9
b) Taxas de crescimento médio anual (%)						
Período	65 e mais		70 e mais		80 e mais	
2000/10	3,19		3,35		4,25	
2010/20	3,98		3,64		3,93	
2020/30	3,98		4,34		4,14	
2030/40	2,52		3,26		4,58	
2040/50	2,12		2,25		3,38	

Fonte: Moreira, 2002.

A Tabela acima apresenta para o período 2000-2050, o contingente de idosos acima de 65, 70 e 80 anos, as respectivas participações relativas e taxas de crescimento. Entre 2000 e 2050 os brasileiros com mais de 60 anos aproximadamente quintuplicariam em termos absolutos, e, na medida em que se contemplem grupos etários mais velhos, maior seria o ritmo de aumento. O volume de idosos de 70 anos e mais seria multiplicado por quase 7 vezes; incremento este, entretanto, que deverá ser inferior àquele da população maior de 80 anos, que se multiplicaria em quase 8 vezes e ampliaria sua participação para mais de 20% dentro da população idosa.

Por último, as elevadas taxas de crescimento, acima de 4,0% para períodos posteriores a 2020 nas idades acima de 70, será produto do efeito combinado da alta fecundidade do passado e dos ganhos de mortalidade que se espera para estas idades (MOREIRA, 2002).

De acordo com Bee (1997), o rápido crescimento da população idosa mundial se constitui como uma das mudanças demográficas mais significativas dos últimos tempos, concorrendo com o aumento da força de trabalho feminina.

Segundo Bee (1997) o percentual populacional de idosos continuará crescendo de maneira extraordinária, até aproximadamente o ano de 2040, quando boa parte dos idosos terá falecido e a população apresentará uma queda.

A mudança de uma população jovem para uma população predominantemente idosa, certamente envolve uma atenção maior relacionada a criação de serviços sociais e médicos que atendam às necessidades especiais dos idosos, dentre elas, estão os cuidados com a saúde, hospitais, a questão da mobilidade, enfim, envolve a necessidade de uma infra estrutura adequada às necessidades desta população.

AS MUDANÇAS

Algumas mudanças podem ser observadas com o avanço da idade, tanto físicas quanto orgânicas e psicológicas. A pele, por exemplo, tende a ficar mais manchada e pode enrugar, com a diminuição de gorduras e músculos. Os cabelos ficam grisalhos, os pêlos desaparecem em sua maioria. Mudanças internas, no cérebro e funcionamento sensorio, motor e sexual também ocorrem (PAPALIA, 2006).

De acordo com Papalia, 2006, o envelhecimento primário é um processo natural, gradual e inevitável de deterioração do corpo, iniciando cedo na vida e se prolongando ao longo dos anos. O envelhecimento secundário é aquele que acontece pelas consequências de doenças, de abuso ou desuso. Considera-se que estes fatores são evitáveis pelas pessoas, estando elas sob controle dos mesmos, na maioria das vezes. (BUSSE, 1987; HORN e MEER, 1987, apud PAPALIA, 2006). O envelhecimento secundário pode ser evitado mantendo-se hábitos saudáveis, alimentando-se de forma correta e exercitando-se adequadamente. É interessante considerar que pessoas com menor nível de instrução tendem a ter doenças e deficiências mais sérias, neste sentido, morrem mais (AMADERECCI et al, 1998, apud PAPALIA, 2006). Pesquisas em gerontologia (estudo de idosos e do processo de envelhecimento) e em geriatria, ramo da medicina relacionado ao envelhecer, relacionam a necessidade de serviços assistenciais, para idosos mais velhos, a maioria dos quais não possuem mais recursos e não podem arcar com sua própria assistência.

Em pessoas mais velhas saudáveis, as mudanças que ocorrem no cérebro de maneira geral fazem pouca diferença no seu funcionamento (KEMPER, 1994, apud

PAPALIA, 2006), no entanto as mudanças no cérebro variam de pessoa para pessoa (SELKOE, 1991; 1992, apud PAPALIA, 2006). Pôde ser observado através de exames de ressonância magnética, que algumas estruturas cerebrais incluindo o córtex, diminuem mais rápido em homens que nas mulheres. (COFFEY et al, 1998, apud PAPALIA, 2006), além disso, pode ocorrer também aliado à perda de substancia cerebral, o retardamento gradual de resposta, a partir da meia idade.

Nem todas as modificações são destrutivas, algumas acabam por intensificar o funcionamento do cérebro, o que pode ajudar a suprir as perdas ou reduções neuronais.

O declínio na saúde mental não é típico na terceira idade; na verdade, a doença mental é menos comum entre adultos mais velhos do que entre os mais jovens (WYKLE e MUSIL, 1993, apud PAPALIA, 2006). Contudo, as perturbações mentais e comportamentais que ocorrem em adultos mais velhos podem ser devastadoras. (PAPALIA, 2006, p.683).

Segundo Papalia (2006), em geral, o envelhecimento é encarado como uma etapa indesejável na vida de um indivíduo. O preconceito envolve a idéia que pessoas mais idosas são cansadas, com pouca coordenação motora, propensas a doenças e acidentes e que estão frequentemente internadas com problemas de saúde. Ultimamente graças a uma sequência de adultos mais velhos ativos e saudáveis, como também a enxurrada de cirurgias plásticas e cosméticos que prometem o retardo dos sinais do envelhecimento, o preconceito de idade vem tentando ser combatido.

No Japão, a velhice alcança outro patamar, sendo considerada uma fase de status, ao contrário da maior parte dos países ocidentais; é comum e elegante questionar a idade de turistas de modo que possam receber adequado tratamento e hospedagem.

É preciso ter em mente algo além das imagens advindas da idade, e considerar que o envelhecer é um período natural da vida, com desafios e dificuldades, mas também com suas devidas oportunidades (PAPALIA, 2006).

DEMÊNCIA DO TIPO ALZHEIMER

Demência é o termo geral para declínios cognitivos e comportamentais de origem fisiológicas suficientes para afetar a vida diária (American Psychiatric Association [APA], 1994). Contrário ao estereótipo, a demência não é uma parte inevitável do envelhecimento. Os casos de demência, em sua maioria, são irreversíveis, mas alguns podem ser revertidos com diagnóstico e tratamento precoces (Alzheimer's Association, 1998b; APA, 1994; NIA, 1993 apud PAPALIA, 2006, p.683).

Embora a demência não seja sinônima de velhice, visto que não necessariamente ocorre nesta etapa da vida, a deterioração global intelectual resultante da atrofia do sistema nervoso central, probabilisticamente tem mais chances de se desenvolver com o aumento da idade. A demência vem se tornando cada vez mais um desafio para as nações, visto que a população mais velha e sua proporção total vêm aumentando com o passar do tempo, os casos envolvendo algum tipo de demência também estão aumentando (STUART, 2002).

A Demência do tipo Alzheimer (DTA) foi diagnosticada por Alois Alzheimer em 1907, baseado em um estudo de caso de uma mulher de 51 anos. Este é o tipo de demência considerada mais comum pelos autores. Este tipo de demência pode acometer o indivíduo em qualquer momento de sua vida adulta, sendo considerada rara sua incidência antes dos 50 anos de idade.

Segundo Stuart (2002), geralmente a procura por ajuda médica envolve um lapso memorial considerado grave, como a desorientação em ambientes familiares, ou o esquecimento de instruções básicas do cotidiano do paciente.

A chamada demência do tipo Alzheimer, envolve uma série de mudanças na estrutura cerebral, o que inclui um tipo de enredamento das fibras dendríticas no interior das células nervosas, causando assim uma espécie de curto circuito em algumas vias neuronais e prejudicando as atividades que envolvem a memória do adulto/idoso (BEE, 1997).

A doença envolve vários estágios, dentre eles, o prejuízo da memória, conversas repetitivas, posteriormente, surgem dificuldades para a memorização de eventos e situações recentes, costumando permanecer por um período mais extenso a memória de eventos distantes e mais antigos. Há também a confusão e não reconhecimento dos próprios membros da família, prejuízo no vocabulário, e na execução de tarefas comuns diárias, segundo Rasking & Pesking, 1992, citados por Bee, 1997.

O Mal de Alzheimer apresenta forte característica de hereditariedade, neste sentido, praticamente todos os pacientes que se acometem desta doença, possivelmente apresentam histórico na família (PAPALIA, 2006).

Em geral, a demência ocorre da mesma maneira entre homens e mulheres, todavia a demência do tipo Alzheimer é mais comum em mulheres, fato este possivelmente explicado pela longevidade das mulheres serem maior que a dos homens. Ainda não existe constatação da interferência de fatores socioeconômicos na demência, mas podem ser constatadas diferenças entre grupos étnicos (EIZIRIK, 2001).

(...)Fatores de risco estabelecidos, além da idade, foram identificados em um estudo na Comunidade Européia: história de demência em um familiar de primeiro grau, tanto para os casos de início precoce quanto de início tardio de Alzheimer, risco maior se mais de um familiar de primeiro grau teve demência; familiar de primeiro grau com síndrome de Down ou Parkinson; idade materna igual ou superior a 40 anos; para os homens, trauma cerebral, hipotireoidismo e transtorno depressivo prévios (HENDERSON, 1995 apud EIZERIK, KAPCZINSK & BASSOLS (org.), 2001, p.181).

De acordo com Papalia, 2006, cerca de dois terços dos casos que envolvem demência podem ser causados pelo Mal de Alzheimer, que se caracteriza como um distúrbio degenerativo e progressivo do cérebro.

O diagnóstico de Alzheimer corresponde a cerca de 50% das demências na velhice, chegando a atingir 5 a 10% das pessoas com 65 anos ou mais e 47% das acima de 85 anos. Um dos maiores fatores de risco para a demência é a idade e, à medida que a denominada geração do baby boom americano (nascidos nos anos 50 e 60) aproxima-se dos 60 anos, a doença de Alzheimer passa a tornar-se um crescente problema de saúde (JARVIK, 1995, apud EIZERIK, KAPCZINSK & BASSOLS (org.), 2001. p.180).

Segundo Papalia (2006), atualmente cerca de 4 milhões de pessoas foram diagnosticadas com Alzheimer no Estados Unidos, estimando-se que até o ano de 2040, possam existir 14 milhões de casos, se não for encontrada a cura para esta doença (“Alzheimer’s Disease, Part I,” 1998; MALL et al.,1997 apud PAPALIA, 2006).

A explicação para o surgimento de um maior número de casos hoje que no passado, pode ter embasamento no fato de que atualmente as pessoas alcançam mais facilmente a idade em que tendem a surgir sintomas da doença.

É comum que os primeiros sinais evidenciados pelo Mal de Alzheimer passem despercebidos, pela proximidade com uma pequena falta de memória ou com os próprios sinais do envelhecimento natural. Geralmente os sintomas iniciais envolvem a incapacidade de armazenar e de lembrar eventos recentes. A fala, a concentração, a orientação, a linguagem e a memória são afetadas com o passar do tempo. Finalmente o paciente se torna dependente, não conseguindo reconhecer entes próximos, comer sem auxílio, andar e controlar intestinos e bexiga (“Alzheimer’s Disease, Part I,” 1998; HOYERT e ROSENBERG, 1999; Small et al, 1997 apud PAPALIA, 2006).

O único diagnóstico que realmente confirma a presença do Mal de Alzheimer necessita ser feito através da análise do tecido cerebral, o que só pode ser feito após a morte do paciente através de uma autópsia. Em pacientes vivos, a maneira usada pelos médicos para identificar e diagnosticar o problema envolve a aplicação de testes físicos, de memória e neurológicos. Familiares e cuidadores também contribuem com suas entrevistas, assim se atinge cerca de 85% de precisão (Alzheimer’s Association, 1998; Alzheimer’s Disease, Part I, 1998; CULLUM e ROSENBERG, 1998 apud PAPALIA, 2006).

OS CUIDADOS COM O CUIDADOR

É inegável considerar que todo e qualquer tipo de doença atinge não somente o paciente, como também àqueles que estão próximos e que cuidam e convivem com o mesmo. No caso dos pacientes acometidos pela perda de memória, esse assunto se torna um pouco mais delicado, visto que o paciente provavelmente não dará retorno adequado ao investimento psicológico que seus cuidados dispendem (STUART, 2002).

Neste sentido, outra causa de preocupação ligada ao paciente demenciado está no cuidador deste tipo de paciente. Visto que dificilmente são institucionalizados, acontecendo geralmente em alguns casos em estado terminal, os cuidados recaem sobre a família, um cônjuge ou os filhos, que geralmente estão na faixa da meia idade ou mais. Estes, além de muitas vezes não serem reconhecidos pelo seu ente querido,

precisam estar preparados para lidar com comportamentos irracionais, ataques de raiva, estando ali dispostos a atender com carinho e afeto a alguém que apesar de ser reconhecido como um ser amado, não tem consciência deste fato.

Levesque, Ducharme e Lanvanche (1999) citados por Stuart, 2002, realizaram um estudo onde evidenciaram que o nível de estresse dos cuidadores de parentes acometidos pela demência é incomparavelmente maior quando comparadas a pessoas que cuidam de parentes com outros tipos de doenças.

Não é preciso pensar muito para imaginar a carga e estresse que pode ser causado por cuidar de um parente que precisa de atenção praticamente exclusiva, muitas vezes chegando a desconhecer o próprio ente querido.

Existem evidências de que prestar assistência a um paciente demenciado resulta em níveis de estresse, depressão e outros problemas de saúde (COPPEL et al, 1985; KENNEDY et al, 1988; MORRISEY et al, 1990, apud STUART, 2002).

Segundo Bee (1997), durante os últimos dez anos vem sendo realizados estudos acerca dos impactos que atingem o cuidador pela prestação de cuidados direcionados a um dos pais ou cônjuge que esteja apresentando fragilidade ou incapacidade. Este tipo de atendimento geralmente envolve a doença de Alzheimer. As necessidades deste ente podem ser das mais variadas possíveis, podendo envolver os cuidados com as tarefas domiciliares, a vestimenta, a alimentação, visto que estes pacientes por vezes atingem graus de incapacidade para realizar tarefas diárias simples.

Estes cuidados aliados às próprias necessidades particulares de sua vida familiar e profissional podem trazer prejuízos no desgaste físico e financeiro do parente cuidador.

De acordo com Morrissey et al, 1990, citados por Stuart, 2002, os cuidadores dos cônjuges que costumavam passar os dias em casa, ou seja, não trabalhavam fora de casa, relataram que a falta de contato social, a perturbação nas tarefas domésticas e a gravidade do estado do cônjuge como principais causadores da depressão. Por outro lado, os trabalhadores com emprego remunerado consideravam menos séria a gravidade da incapacidade do cônjuge enquanto davam maior importância a questão da perturbação das atividades domésticas na questão geradora da depressão (STUART, 2002).

É importante que haja cooperação e apoio entre os familiares, caso exista esta possibilidade, para que seja evitada a sobrecarga em uma só pessoa, visando também a sua saúde e bem estar psicológico.

A assistência prática, a segurança financeira (PRUCHNO e KLEBAN, 1993, apud STUART, 2002), bem como a divisão de tarefas e continuação da vida social são alguns dos fatores que podem contribuir para o bem estar dos cuidadores de um ente dignosticado com o Alzheimer (STUART, 2002).

O PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO

O Processo Psicodiagnóstico, não se constitui em uma área recente na história da psicologia, pode ser definido através de uma relação de contrato entre duas pessoas, onde uma solicita ajuda (o paciente) e a outra aceita a solicitação (o psicólogo) de maneira que se empenha a fazê-lo da melhor maneira possível, em um tempo limitado (OCAMPO, 2009).

Deve procurar estabelecer uma descrição e compreensão mais completa possível da personalidade total do paciente para que se possa adentrar em algum aspecto particular, de acordo com as características de indicação ou a sintomatologia apresentada pelo paciente. Observada a situação geral do quadro envolvendo seus aspectos adaptativos e patológicos, é que deverão ser indicadas as recomendações adequadas para cada caso, como por exemplo, no caso de terapia, qual o tipo de terapia, ou se necessita de intervenção medicamentosa.

O processo psicodiagnóstico envolve algumas etapas, como: o primeiro contato e a entrevista inicial com o paciente; a aplicação de testes e técnicas projetivas, que deverá ser previamente pensada e selecionada de acordo com cada caso em particular, esta etapa também envolve o tempo que o psicólogo dedicará ao estudo do material recolhido; o encerramento do processo, que envolve a devolução oral ao paciente, ou aos pais; e o informe por escrito ao remetente, ou seja, ao profissional que solicitou a avaliação do paciente.

Existe a necessidade de que seja estabelecido entre ambos, psicólogo e paciente, um enquadramento, ou seja, uma espécie de contrato, onde serão estabelecidos os respectivos papéis de cada um dentro do processo; o lugar onde se realizarão os encontros; o horário, os honorários, bem como a duração do processo, devendo-se tomar cuidado para que não seja estabelecido um tempo nem tão curto nem tão longo de duração do processo (OCAMPO, 2009).

É interessante que não seja criada uma postura muito rígida pelo profissional com relação ao enquadramento, mas que haja uma certa plasticidade, tanto para o psicólogo como para o paciente, evitando que se criem situações difíceis de lidar, como a falta de limites ou limites rígidos demais, que possam prejudicar o paciente e o processo. Cada enquadramento deve se encaixar em cada caso particularmente.

Todo este processo permitirá que seja repassado para o paciente e para o solicitante do psicodiagnóstico, o que foi encontrado, o que possivelmente se passa com o mesmo e um direcionamento acerca da atitude e cuidados mais recomendáveis para o seu caso.

Na etapa do planejamento e da escolha dos testes que serão realizados em cada caso é importante que o psicólogo tenha o cuidado de nem se alongar demais e nem encurtar demasiadamente o processo, visto que em ambos os casos poderá haver interferência na relação de vínculo entre o paciente e psicólogo (OCAMPO, 2009).

Neste sentido é interessante que o psicólogo opte pela aplicação de um processo abrangente, que compreenda bem o funcionamento do cliente. Os testes escolhidos para aplicação devem ser capazes de responder ao maior número de condutas possíveis, sejam elas verbais, lúdicas ou gráficas, havendo com isso a possibilidade de se realizar uma análise baseada na comparação de uma determinada conduta em diferentes tipos de situações e instrumentos.

Além disso, deve-se ter o cuidado com a ordem de aplicação dos testes escolhidos, visto que é interessante que se evite um primeiro contato com um teste que entre diretamente na questão evidenciada pelo paciente, ou seja, no sintoma apresentado por ele. Por exemplo, apresentar como o primeiro teste de uma bateria, um teste de inteligência a um paciente que apresenta dificuldades intelectuais, poderá comprometer todo o processo, visto que, provavelmente não houve tempo para ter-se estabelecido uma boa relação entre psicólogo e paciente, e esta situação expõe o paciente a uma situação ansiógena (OCAMPO, 2009).

A AVALIAÇÃO DO ESTADO PSICOLÓGICO EM IDOSOS

A avaliação neuropsicológica em idosos apresenta problemas particulares a serem considerados, e, neste caso específico, a ‘regra’

neuropsicológica de medir déficits em relação ao nível prévio deve ser levada em conta, também, dentro dos parâmetros das mudanças evolutivas normais no correr da idade (CUNHA, 2000, p.177).

As mudanças evidenciadas no funcionamento cognitivo durante a fase de envelhecimento podem ser explicadas não apenas pela deteriorização patológica como também pelo próprio avanço natural da idade cronológica (CUNHA, 2000).

A diferença em estar avaliando um idoso reside no fato de ter discernimento e sensibilidade para estar percebendo até que ponto a falta ou declínio se deve a um déficit cognitivo baseado no aumento da idade, ou seja, se constituem por alterações esperadas para a idade, ou se está relacionado realmente a uma deficiência patológica, como uma situação demencial. Outra questão que deve ser considerada neste tipo de avaliação é a própria contribuição do idoso e sua motivação no processo.

Outro aspecto que pode interferir na avaliação cognitiva em idosos, se pauta sobre duas das características deficitárias encontradas na velhice: a lentidão perceptiva e a motora, questão esta considerada muito importante, visto que muitos dos testes que medem a cognição privilegiam tarefas cognitivas e motoras, e exigem tempo para execução. Neste sentido a produção da ansiedade torna-se incompatível.

De acordo com Cunha (2000), é importante que seja realizada distinção entre a senescência e a demência, visto que o diagnóstico correto além de poder em algumas situações reverter o quadro demencial, ou mesmo que não, poderá ser estabelecida uma melhor qualidade de vida aos pacientes e cuidadores. Tal diferenciação pode ser dificultada pelo fato de que os distúrbios cognitivos da fase inicial da demência, em especial a de Alzheimer, são próximos aos da senescência normal ou mesmo da depressão, e pelo fato de que os idosos frequentemente são acometidos por problemas que interferem em sua cognição, como causas de depressão, isolamento social, depressão, doenças orgânicas, polifarmácia etc.

O início de qualquer processo avaliativo deve incluir um embasamento preciso da história do paciente através de relatos do mesmo e de informantes/familiares. Essas informações vão desde o histórico médico, possíveis fatores de risco para surgimento de demência, as medicações que o paciente está usando, bem como acontecimentos relevantes ocorridos em sua vida. O avaliador deve se inteirar também do(s) tipo(s) de falhas cognitivas ocorridas, quando é o caso, do momento em que aconteceram e de que

tipo de impacto ela atinge a vida do sujeito. Assim o avaliador será capaz de obter um esboço a respeito de funções tais como atenção, linguagem e memória do sujeito, assim tendo uma base para comparar com as habilidades anteriores do avaliando.

De acordo com Kaplan e colegas (1991) citados por Cunha (2000), é essencial que haja cautela na avaliação de pessoas idosas, para que não se tire conclusões precipitadas sobre déficits cognitivos. Não é possível que se levante a questão de disfunção no sistema nervoso central, a partir de apenas um déficit cognitivo, a não ser que sejam afastadas outras hipóteses.

As informações adquiridas pelo histórico do paciente fornecerão bases para que sejam tomadas as primeiras orientações relacionadas ao possível diagnóstico bem como fornecerá direcionamento para escolha dos testes a serem aplicados. Considerando a disponibilidade, possibilidade de cooperação do paciente e dos custos.

Uma recente estimativa do National Institute of Health dos Estados Unidos (Scott, 1999) calcula que entre 5 e 10% da população com mais de 65 anos sofre de demência. A prevalência dessa condição aumenta com a idade. O déficit de memória é uma característica ressaltada na fase inicial e que se acentua com a progressão da doença. O prejuízo do pensamento abstrato e do julgamento, acompanhado por alterações na personalidade, também podem ser sintomas marcantes do quadro clínico. Segundo os estudiosos, não existe uma causa específica para a demência, visto que várias doenças podem causá-la (CUNHA, 2000, p.180).

É essencial tornar a testagem em idosos simples e não cansativa, levando-se em consideração todas as variáveis e a sensibilidade do examinador para que se busque a identificação inicial da demência. De acordo com a literatura e serviços especializados, os testes mais utilizados apontados por Cunha, 2000, são: Queixa Subjetiva da Memória (TOBIANSKY, BLIZARD, LIVINGSTON et al, 1995), Mini- Exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN, FOLSTEIN & MCHUGH, 1975), Dígitos (ordem direta e inversa) (WECHSLER, 1987), Memória Lógica – WMS - R (WECHSLER, 1987), Teste de Lembranças Seletivas livre e com pistas (BUSCHKE & FULD, 1974), Lista de Palavras (MORRIS, HEYMAN, MOHS et al, 1989) e Fluência Verbal - Categórica Animal (SPREEN & BENTON, 1977).

As Escalas Wechsler de Inteligência (WIS – *Wechsler Intelligence Scales*) foram testadas em estudos relacionados a senescência normal e demência. Inclusive alguns

autores criaram formulações através das quais pôde-se adquirir padrões sugestivos da demência. Como as de Fuld e de Coloidge, citados por Lezak (1995), apud Cunha, 2000, utilizando escores corrigidos para a idade, chegaram a padrões para o Mal de Alzheimer.

No caso do uso das escalas além dos dados quantitativos, é indiscutível a importância também dos dados qualitativos na avaliação. Pode-se estimar a linearidade da memória e da atenção em testes que o objetivo é delimitado anteriormente (CUNHA, 2000).

No teste de Completar Figuras ou Semelhanças, por exemplo, onde o sujeito deverá respectivamente estar identificando o que falta à figura, e se existe semelhança entre dois ítems aparentemente diferentes, respondendo ao teste de forma diferente do que foi pedido, e não havendo correção da resposta por parte do examinando, após ter sido dada novamente a instrução correta pelo examinador, pode-se inferir a hipótese de distúrbio na memória, caso outras questões tenham sido afastadas.

De acordo com Stuart, 2002, existem problemas relacionados a testagem e ao diagnóstico de determinado tipo de demência. Neste sentido, deverá envolver cuidados especiais a interpretação dos estudos sobre a doença, visto que, a problemática de comparação de diferentes grupos de pacientes demenciais é sobremaneira complicada, bem como o diagnóstico inicial são difíceis, levando muitas vezes a descobertas gerais sem exatidão de certezas.

Tabela 2

HOSPITALIZAÇÕES POR DEMÊNCIA - SUS - 1996				
TIPO DE DEMÊNCIA	No A IHS	\$ TOTAL	Média Perman.	Óbitos
INESPECÍFICA	98.216	46.389.593,77	26,2 dias	304
SENIL	6.831	3.241.740,42	24,9 dias	73
ALCOÓLICA	4.103	1.808.231,52	23,9 dias	8
ARTERIOESCLERÓTICA	1.183	553.651,92	25,4 dias	15
PRÉ-SENIL	981	428.697,30	24,1 dias	1
ALZHEIMER	197	90.982,28	19,4 dias	13
PICK	16	6.783,18	22,9 dias	1
JAKOB CREUTZFELDT	2	1.343,42	22,5 dias	1
TOTAL	114.681	52.521.023,81	25,2 dias	416

Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

A título de ilustração, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2002), a tabela acima demonstra certa falta de conhecimento acerca da doença de Alzheimer, visto que no ano de 1996, em todo o Brasil, foram contabilizados apenas 197 atendimentos a idosos que sofriam de tal enfermidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A partir disto, pode-se concluir que há certa falta de preparo das equipes responsáveis pela recepção e atendimento a pacientes idosos, nas instituições de saúde, para estarem realizando uma avaliação e encaminhamentos adequados aos pacientes demenciados que adentram nas mesmas. A doença de Alzheimer é responsável pela maior parte dos casos que envolvem demência.

Em 1994, foram registrados 391 mortes em decorrência da doença de Alzheimer (378 em domicílios e 13 em hospitais), o que certamente é um dado incorreto, visto que sendo ela responsável por 50% das demências e considerando a média das pesquisas, somente neste ano, o número de pacientes portadores de algum tipo de demência girava em torno de 450.000 a 600.000 casos. Considerando os devidos ajustes de tempo bem como a sobrevida dos pacientes de Alzheimer, de mais ou menos 15 anos após o início da doença, no ano de 1994 teria-se em média 10.000 a 13.500 mortes por Alzheimer no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Assim podemos verificar que o sistema de saúde, baseado nos dados acima, precisa investir cada vez mais em políticas de saúde que protejam e beneficie a população idosa, faixa etária esta que mais necessita do sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o aumento da população idosa mundial, se faz necessário cada vez mais, maior investimento por parte dos órgãos/instituições e autoridades competentes na consolidação de uma rede de atendimentos que oportunizem aos idosos uma boa qualidade de vida. Qualidade de vida no diz respeito a uma acessibilidade adequada às

condições necessárias de saúde em seus vários níveis, sejam eles, nutricional, psicológico, físico, social etc.

No Brasil, a partir de 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, que por sua vez, vem assegurar na forma da lei, os direitos a estes cidadãos, instituindo as devidas penalizações aos que desrespeitarem o cumprimento dos direitos dos idosos: à saúde, lazer, cultura, transporte, ou seja, à viabilização do bem estar dos mesmos (GUIA SERASA DE ORIENTAÇÃO AO CIDADÃO, 2001).

Apesar da tentativa de minimização das limitações que a faixa etária oferece, não se pode negar que ela, apresenta alguns cuidados a serem tomados inerentes a própria idade e desgaste do organismo. No caso em específico, verifica-se que mesmo a demência não sendo considerado fator chave no envelhecimento, tem mais chances de ocorrer com o aumento da idade.

Consideradas as dificuldades no diagnóstico e avaliação das demências, em especial a Demência de Alzheimer, que vem sendo considerada como possível ameaça de vir a torna-se o maior problema de saúde do século XXI (PAPALIA, 2006). É preciso que haja maior investimento nas pesquisas e estudos que possam diagnosticar com mais precisão esta doença em sua forma inicial, visto que é degenerativa, mas que com sua descoberta precoce poderá ser estacionada e evitar que seus portadores assumam posteriormente condições precárias de vida, atingindo graus demasiados de incapacidade na realização de suas próprias necessidades intrínsecas, ou mesmo desconhecendo parentes e amigos mais próximos.

Faz-se necessário investimento em pesquisas que busquem não só a cura, como também o estudo de testes psicológicos que captem com precisão o início do acometimento das demências, como também o desenvolvimento de campanhas que procurem informar aos cuidadores e familiares de idosos para prestarem mais atenção em seus entes, para procurar devido atendimento assim que perceberem alguma alteração, dificuldade ou demonstração de falha cognitiva que mereça ser melhor observada. Deve-se considerar que os casos que envolvem demência, e a demência de Alzheimer, vêm aumentando consideravelmente no mundo, devido ao fato da população idosa também estar crescendo.

REFERÊNCIAS

BEE, Helen. **O ciclo vital**: trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CUNHA, Jurema Alcides. [et al]. **Psicodiagnóstico V**. 5. ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, 2000.

EIZIRIK, Claudio L; KAPCZINSK, Flavio; BASSOLS Ana Margareth S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

GUIA SERASA DE ORIENTAÇÃO AO CIDADÃO. Disponível em <<http://www.serasaexperian.com.br/guiaidoso/20.htm> > Acesso em 19 de setembro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Saúde do Idoso. **Terceira Idade - Dados Estatísticos sobre os Idosos**, 2002. Disponível em <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=91> Acesso em 29 de agosto de 2011.

MOREIRA, Morvan de Mello. **Mudanças Estruturais na Distribuição Etária Brasileira: 1950-2050**, 2002. Disponível em <<http://www.fundaj.gov.br/tpd/117a.html>> Acesso em 01 de setembro de 2011.

NERI, Anita L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, Coleção Vivacidade, 1993.

OCAMPO, Maria Luisa S; ARZENO, Maria Ester G; PICCOLO, Elza G. e col. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**: coleção textos de Psicologia, tradução Miriam Felzenszwalb; revisão técnica Luis Lorenzo Rivera. 11. ed. São Paulo: Editora WMF. Martins Fontes, 2009

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally W; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento humano**: trad. Daniel Bueno. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

STUART, Ian Hamilton. **A psicologia do envelhecimento**: uma introdução, trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002