

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**CRISTIANE SILVA SOARES**

**IDOSOS COM DEMÊNCIAS:  
IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES  
LEIGOS**

**BOM DESPACHO – MINAS GERAIS  
2013**

**CRISTIANE SILVA SOARES**

**IDOSOS COM DEMÊNCIAS:  
IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES  
LEIGOS**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Lígia Mohallem Carneiro.

**BOM DESPACHO – MINAS GERAIS  
2013**

**CRISTIANE SILVA SOARES**

**IDOSOS COM DEMÊNCIAS:  
IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES  
LEIGOS**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Maria Lígia Mohallem Carneiro.

Banca Examinadora

Prof. Maria Lígia Mohallem Carneiro - orientadora

Prof. Eulita Maria Barcelos.

Aprovada em Belo Horizonte, 14 de setembro de 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por sua presença constante e fundamental em minha vida e por me dar esperança, especialmente quando tudo me parecia tão difícil.

Aos meus familiares e amigos, agradeço pelo apoio indireto, mas tão significativo.

Agradeço, ainda, à Maria Lígia Mohallem Carneiro, minha orientadora, pelo estímulo, sugestões e apoio imprescindíveis ao desenvolvimento deste estudo.

## RESUMO

As demências, como o Alzheimer, estão entre os fatores irreversíveis que mais interferem na qualidade de vida dos idosos e são apontadas como um dos problemas das políticas de saúde no Brasil. Caracterizadas pela perda das habilidades cognitivas e emocionais e acometendo principalmente os idosos, as demências interferem na qualidade de vida de todos os envolvidos na situação. A Doença de Alzheimer é uma patologia que se instala de forma lenta e gradativa e vai interferindo na integridade física, mental e social do idoso, deixando-o gradativamente incapaz de realizar as tarefas cotidianas, até chegar à dependência total. Ora, como a faixa etária que mais cresce no mundo é justamente a dos idosos – indivíduos com 60 anos ou mais – é imprescindível que os olhares se voltem para essa população e sejam empreendidos estudos abrangendo o contexto de vida dessas pessoas, para que a longevidade seja desfrutada como algo mais que o simples acréscimo de anos à vida. Tão importante como viver mais, é viver gozando de bem-estar e que os anos a mais não representem um peso na vida de familiares e do próprio indivíduo idoso. Medida eficaz nesse contexto consiste na prestação de cuidados desempenhada por cuidador devidamente capacitado. Nesse sentido, desenvolveu-se este estudo por meio de pesquisa bibliográfica, na forma de revisão narrativa, com o objetivo de abordar as demências, especialmente o Alzheimer, evidenciando o trabalho do cuidador leigo e os impactos resultantes da prestação de cuidados aos idosos demenciados. Foram feitos levantamentos bibliográficos na internet, utilizando os bancos de dados Lilacs e Scielo, na busca de artigos sobre o tema proposto. A justificativa para tal estudo está relacionada ao aumento da expectativa de vida e suas consequências para a população e os órgãos governamentais, sendo que o resultado do estudo destaca que os cuidados com o idoso demenciado demandam uma reestruturação domiciliar no sentido de colaborar com o trabalho do cuidador e amenizar os impactos do cuidado em sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Demência. Doença de Alzheimer. Cuidadores Leigos.

## ABSTRACT

Dementias, such as the Alzheimer, are among the irreversible factors that mostly impact on the elderly's quality of life and are related as one of the problems of health policies in Brazil. Characterized by the loss of cognitive and emotional abilities and affecting mainly the elderly, they affect the quality of life of all people involved in the situation. Alzheimer's disease is a condition that develops slowly and gradually and will interfere with the physical, mental and social wellbeing of the elderly, gradually leading him unable to perform daily tasks reaching to the total dependence. Being the fastest growing age group in the world, the elderly - individuals aged 60 or more - it is essential that the attention will be turned to this population and studies must be accomplished involving the context of these people's lives, so the longevity shall be enjoyed as something more than simply adding years to life. As important as living longer, living is enjoying wellbeing and it's essential that the extra years mustn't be a burden for the family and to the elderly itself. An effective measure in this context is the provision of care performed by properly trained caregiver. Aiming this, this study was developed by literature research, in the form of a narrative review with the goal of arguing the dementias, especially Alzheimer's disease, highlighting the work of lay caregivers and impacts resulted from the sick elderly's care. Literature surveys were made on the Internet, using the databases Lilacs and Scielo, in search for articles on the subject. The reason for this study is related to the increased life expectancy and its consequences for the population and government agencies, and the result of the study shows that the demented elderly care home require a restructuring to collaborate with the work of caregiver and mitigate the negative impacts of caregivers in their quality of life.

**Keywords:** Dementia. Alzheimer's disease. Lay caregivers.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CID – Código Internacional de Doenças

DA – Doença de Alzheimer

DCL – Demência com Corpos de Lewy

DFT – Demência Frontotemporal

DV – Demência Vascular

ESF – Estratégia Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>9</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
3.1 Objetivo geral .....	11
3.2 Objetivos específicos .....	11
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>13</b>
5.1 O envelhecimento populacional e a Doença de Alzheimer .....	13
5.2 O contexto de vida do cuidador de idosos .....	18
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo traz subsídios para uma reflexão sobre os impactos que a prestação de cuidados a idosos com demências, dentre as quais a Doença de Alzheimer (DA), pode provocar na vida de seus cuidadores, especialmente quando se trata de cuidadores leigos.

Graças às significativas conquistas sociais e políticas (saneamento básico e políticas de atenção à saúde, dentre outras medidas) e ainda devido às inovações tecnológicas ocorridas nos últimos tempos, os indivíduos passaram a desfrutar de melhores condições de vida e isso tem aumentado a longevidade. Considerado um fenômeno global, o aumento da população idosa é resultado das transformações demográficas pelas quais vimos passando desde décadas passadas. Dessa forma, o envelhecimento da população é tema recorrente em diversos países, inclusive no Brasil, uma vez que esta questão acarreta relevantes implicações sociais e econômicas à vida dos cidadãos e aos cofres públicos (CHAIMOWICZ e col., 2009).

Atuando como enfermeira há cinco anos no município de Japaraíba, durante as visitas domiciliares às famílias da área de abrangência de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), chamou minha atenção o considerável número de idosos domiciliados portadores de demências, como a Doença de Alzheimer. Embora razoavelmente inseridos no contexto familiar, esses idosos recebem os cuidados de pessoa leiga, geralmente alguém da família, sem o devido preparo para o desempenho da função. Com isso, esse cuidador, frequentemente, se mostra vulnerável e bastante sensibilizado devido à lida com o paciente, fato que se comprovou mediante a observação do cotidiano familiar e do próprio relato de alguns desses cuidadores, e que despertou o interesse pelo desenvolvimento deste estudo.

A respeito do município, ressalta-se que Japaraíba foi emancipada em 1º de março de 1963 e está localizada na região do Alto São Francisco, entre as cidades de Arcos, Lagoa da Prata, Luz e Santo Antônio do Monte, distante 229 km de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais. A economia da cidade concentra-se na grande produção de fogos de artifícios e na agropecuária e seus habitantes desfrutam de relativa qualidade de vida e dos ótimos resultados advindos do progresso ordenado. A cidade também se destaca pela fidelidade à cultura regional preservada por meio das festas tradicionais como a de Nossa Senhora do Rosário, padroeira da cidade, as grandes manifestações do congado, a Festa de São Sebastião e o aniversário da cidade, festejos que atraem visitantes de todas as redondezas.

De acordo com a literatura, a origem da palavra “Japaraíba” pode ser justificada de maneira linguística e ao mesmo tempo histórica: quer dizer “pau d’arco”, madeira usada pelos índios para fazer seus arcos e também se relaciona à cidade de Arcos, da qual era povoado,

antes de se tornar município, época em que era conhecida como São Simão. O grande responsável pela emancipação da cidade foi padre José Tavares de Moraes – homem de fé e ideais políticos e amigo de infância do ex-governador de Minas Gerais, Antônio Magalhães Pinto. Padre Tavares, como era conhecido, nasceu em Arcos, em 18 de outubro de 1913, e faleceu aos 86 anos, na cidade de Lagoa da Prata e foi sepultado em Japaraíba, cidade que ele tanto amou (MINAS GERAIS, 2012).

No tocante às políticas públicas de saúde, o município conta com uma única ESF que atua com uma equipe completa de profissionais e é composta pela modalidade II. Destaca-se que os serviços prestados abrangem 95% de cobertura da população composta por 4.998 habitantes (BRASIL, 2010). Nessa mesma unidade, são realizados atendimentos ambulatoriais, de urgência e emergência, ginecologia/obstetrícia, fisioterapia, nutrição, psicologia e saúde bucal.

Outra questão determinante para a escolha do tema a ser abordado foram os frequentes relatos de cuidadores tomados por sentimentos de impotência e angústia somados à tensão emocional diante da situação vivenciada em relação aos cuidados com o idoso. Neste contexto, a possibilidade de piora do estado de saúde do idoso, que implica aumento no grau de dependência, é algo que preocupa toda a família e se revela como um momento difícil também para o profissional de saúde, que se depara com situações muitas vezes complexas, que o fazem se sentir impotente, sem condição ou sem conhecimento suficientes para proporcionar o apoio necessário aos envolvidos na delicada experiência.

Com os conhecimentos adquiridos sobre os impactos na qualidade de vida dos cuidadores leigos de idosos, torna-se viável encontrar estratégias que possam prevenir esses impactos, apontando medidas viáveis à sua redução e proporcionando melhoria na qualidade de vida dos envolvidos no contexto dos cuidados.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A escolha do tema levou em consideração que a prestação de cuidados de saúde aos idosos com demências, como Alzheimer, demanda preparo/capacitação profissional. No entanto, na maioria das vezes, esses cuidados são prestados por pessoas leigas, geralmente alguém próximo do paciente, como constatei durante minha atuação como enfermeira em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, ressalta-se que este estudo se mostra relevante tanto do ponto de vista científico quanto social, ao se considerar que os idosos constituem a parcela da população que mais cresce em todo o mundo.

O Brasil vem experimentando de forma rápida e acentuada um importante aumento na longevidade, o que tem ocasionado um crescimento exponencial de indivíduos com demência, como a doença de Alzheimer, uma vez que a longevidade constitui o principal fator de risco para tais quadros de saúde (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008. MORAES, 2008).

Autores como Luzardo; Gorini e Silva (2006) relatam que as consequências do crescimento da população de idosos acarretarão elevados custos socioeconômicos aos cofres públicos, por isso, esta questão deve estar presente na pauta das políticas públicas e de estudos que subsidiem políticas e ações de saúde e assistência a essa população. De acordo com esses autores, para a sociedade brasileira, a realização de estudos dirigidos à busca de soluções para as demandas da população idosa poderá representar melhorias no atendimento a esse seguimento social, principalmente no que se refere à demência senil e à Doença de Alzheimer, repercutindo no panorama da Saúde Pública do país.

Assim sendo, a abordagem ao tema, além de contribuir para o aprendizado da autora, irá possibilitar uma maior compreensão dos impactos sofridos pelos cuidadores leigos no ato de cuidar de uma pessoa portadora de demência, uma vez que essa atividade requer conhecimento, habilidade e paciência. Servirá também para mostrar a crescente demanda de cuidados exigidos pela evolução da doença, contribuindo para a melhoria da prática assistencial.

Lemos; Gazzola e Ramos (2006) ressaltam que a pesquisa narrativa tem relevância do ponto de vista científico porque exige, por parte dos pesquisadores brasileiros, uma preocupação constante em desvendar os efeitos da tarefa de cuidar de pacientes demenciados, uma vez que a maioria dos estudos é de âmbito internacional. Também, nesse sentido, corroboram Vilela e Caramelli (2006) que afirmam que no Brasil ainda há poucos estudos sobre a prestação de cuidado aos idosos portadores de quadros demenciais.

A realização de pesquisas na área de Enfermagem Gerontológica é fundamental, uma vez que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais e também para cuidadores leigos, o que justifica o anseio deste trabalho (MARTINS *et al.*; 2007).

Diante do exposto, considera-se justificado o desenvolvimento desta presente pesquisa.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Fazer uma abordagem às demências, especialmente ao Mal de Alzheimer, destacando os impactos causados à vida de pessoas leigas que se dedicam a cuidar de idosos dementes.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Colaborar para a melhoria das condições de trabalho de pessoas leigas, que se dedicam aos cuidados de idosos com demências, como o Mal de Alzheimer;
- Subsidiar a compreensão dos impactos desse serviço na qualidade de vida dos cuidadores de idosos demenciados.

## 4 METODOLOGIA

Segundo Markoni e Lakatos (2010), o método está relacionado ao conjunto das atividades racionais e sistemáticas empreendidas durante a realização de um estudo ou pesquisa. É por meio do método escolhido que o pesquisador irá alcançar seus objetivos em relação a determinado tema com mais segurança e economia, isto é, de maneira mais eficiente e ágil, certo do caminho a ser seguido, sendo capaz de perceber possíveis erros e seguro quanto às tomadas de decisão.

O método científico é característico de todas as ciências, sendo que “não há ciência sem o emprego de métodos científicos” (MARKONI; LAKATOS, 2010, p. 65) e, conforme descreve Bunge (1974), citado por essas autoras, é a teoria da investigação que leva aos objetivos propostos mediante o cumprimento de determinadas etapas como, por exemplo, o descobrimento do problema; sua colocação precisa à luz de novas descobertas; a procura de conhecimentos ou instrumentos relevantes ao tema e a apresentação de solução do problema, dentre outras.

Dessa forma, detectado o tema/problema a ser estudado, percebi que uma boa medida seria desenvolver um estudo observando os critérios de uma pesquisa bibliográfica, apresentando-o sob a forma de revisão narrativa que, conforme descreve Rother (2007.), *apud* Corrêa; Vasconcelos; Souza (2003, p. 38)

[...] é um trabalho menos amplo, mais apropriado para descrever o desenvolvimento ou estado da arte de determinado tema, sob o ponto de vista contextual ou teórico. Geralmente, uma descrição narrativa não informa com detalhes a busca e os critérios de seleção e de avaliação dos trabalhos. Constitui a seleção e a análise de publicações na interpretação crítica pessoal do autor.

Além disso, conforme descrevem os autores supracitados, a revisão narrativa geralmente apresenta síntese qualitativa e tem menor ordem de complexidade e de poder de evidência científica.

No caso deste estudo, destaca-se que foi desenvolvido por meio de uma seleção literária pertinente ao tema: artigos, teses e monografias disponibilizados na Internet, Scielo e outros.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 O envelhecimento populacional e a Doença de Alzheimer

O envelhecimento humano é considerado um processo natural da vida, sendo a velhice uma de suas fases e o velho ou idoso, o resultado final deste processo. Dentre os aspectos inerentes à velhice, destacam-se a diminuição da capacidade funcional, a calvície, a redução da capacidade para o trabalho, perdas dos papéis sociais e a solidão, bem como, as alterações psicológicas, motoras e afetivas (PAPALEO NETTO, 2002).

Salgado (2000) afirma que o envelhecimento populacional é um fenômeno global que começou em alguns lugares da Europa durante o Século XIX e logo se estendeu por todos os países desenvolvidos e que, durante as últimas décadas, esse fenômeno tem sido mais observado em países em desenvolvimento e se caracteriza pelo constante aumento da expectativa de vida e ao aumento da longevidade.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE/2010 – atribui o envelhecimento populacional aos avanços da medicina, à melhora nos hábitos de higiene da população, ao acesso da população aos serviços de saúde, às campanhas de vacinação, ao aumento de pré-natais, alta na escolaridade e no saneamento e à mudança dos indivíduos em relação a enfermidades (as doenças crônicas e as degenerativas relacionadas ao aumento da longevidade estão fazendo mais vítimas fatais que doenças como a pneumonia, por exemplo). Ainda segundo o IBGE (2010), nas últimas quatro décadas, a projeção de vida aumentou 17 anos e as estimativas são de que o brasileiro ultrapasse a barreira dos 80 anos por volta da década de 2030.

Vermelho e Monteiro (2004) comentam que a transição demográfica da população brasileira foi influenciada primeiramente pela queda na mortalidade a partir da década de 1940, graças à redução das doenças infecciosas e parasitárias. Contudo, a queda da fecundidade – fato ocorrido a partir de 1960 com o advento da pílula anticoncepcional – foi o fator realmente decisivo para o aumento da população mais idosa.

De acordo com dados do censo de 2000 (BRASIL, 2002), a população de idosos representava, até aquela data, quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, ou seja, apenas 8,6% da população. A estimativa é de que, nos próximos 20 anos, essa faixa populacional ultrapasse os 30 milhões de pessoas, representando quase 15% da população do nosso país. Com isso, a perspectiva é de que, em 2025, o Brasil ocupe a posição de 6º país do mundo em número absoluto de indivíduos com mais de 60 anos (MENEZES *et al.*, 2007). A

respeito do envelhecimento da população, Chaimowicz e col. (2009) destacam que a previsão é de que em 2050 haverá 38 milhões de brasileiros com 65 anos ou mais, representando 18% da população.

Ainda segundo estudos de Chaimowicz (2009), o Brasil está no rumo de uma revolução etária e em 25 anos receberá o título de “país envelhecido”, o que, em outras palavras significa que, além de questões como controle da mortalidade infantil e epidemias de dengue e febre amarela, o país será concomitantemente atingido pelos casos de depressão em idosos, doença de Parkinson e demências, como Alzheimer. Diante desse cenário de aumento da longevidade, pode-se esperar significativo aumento do número de casos de doenças crônico-degenerativas e, simultaneamente, um aumento significativo dos casos de demência, patologia mais prevalente na população idosa. A propósito, o Estatuto do Idoso, ao tratar dos direitos do idoso, define que, a partir de sessenta anos de idade, todos são considerados idosos (BRASIL, 2003).

As taxas de prevalência de demência, segundo Pittella (2005), variam de 4,1%, na faixa etária dos 70 aos 74 anos, para 18,7%, na faixa dos 75 aos 84 anos e de 32 a 47,2%, na população acima de 85 anos, ou seja, a tendência é de aumento a cada ano de vida.

Lopes e Bottino (2002), ao analisarem os estudos epidemiológicos mundiais sobre prevalência de demência no período de 1994 a 2000 observaram uma tendência de aproximação dos resultados como, por exemplo, aumento proporcional entre as taxas de prevalência das demências e aumento da idade, em especial na faixa etária dos 90 aos 94 anos.

Para Tavares (2005), a demência é o principal desafio à execução das atividades profissionais, tanto na clínica quanto em pesquisas na área da neuropsiquiatria geriátrica. O autor recorre ao Código Internacional de Doenças (CID-10) para conceituar demência como uma síndrome decorrente de uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há perturbação de múltiplas funções corticais superiores, incluindo pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, memória, linguagem e julgamento.

De acordo com Gordilho *et al.* (2000), a demência, juntamente com a incontinência urinária, a instabilidade postural e as quedas, o delírio e a depressão fazem parte dos gigantes da geriatria, assim denominados por serem considerados eventos típicos da terceira idade por apresentarem elevada taxa de prevalência. Segundo esses autores, as demências representam significativo problema de saúde pública pela sua evolução prolongada e complexidade de

manifestações funcionais, emocionais e consequências sociais tanto para a pessoa idosa afetada, quanto para seus familiares e cuidadores.

Caramelli e Barbosa (2002), a respeito da demência, destacam que predominam na prática clínica: a Doença de Alzheimer (DA), a Demência Vascular (DV), a Demência com Corpos de Lewy (DCL) e a Demência Frontotemporal (DFT).

Conforme relatam Cayton, Warner e Graham (2000), a Doença de Alzheimer, conhecida internacionalmente pela sigla DA, recebeu esse nome em homenagem a Alois Alzheimer, um neurologista alemão que em 1906 observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher que apresentou os primeiros sintomas demenciais aos 51 anos. Na ocasião, a causa da morte foi considerada como resultado de uma doença mental rara, até então desconhecida. Por isso, de acordo com Leibing (1999), o Dr. Alois Alzheimer é considerado o pai da Neuropatologia das Demências e teve seus méritos reconhecidos por Kraepelin, pesquisador responsável pela criação do termo Doença de Alzheimer, em 1910, portanto, apenas quatro anos depois da constatação da morte da tal paciente observada pelo médico alemão.

Havia inicialmente a suposição de que a DA estivesse restrita a uma categoria da doença chamada de demência pré-senil, que afetava indivíduos com menos de 60 anos de idade. Com o tempo, entretanto, foi confirmado que as formas do tipo pré-senil e senil apresentava o mesmo substrato neuropatológico, indicando que o conceito da doença é o mesmo, independente da idade em que ela possa ocorrer (LUZARDO, 2006).

Nas últimas décadas do Século XX, a Doença de Alzheimer era frequentemente relacionada ao processo de envelhecimento. Segundo Machado (2002) e Mendiondo (2002), realmente, a DA é um tipo de demência com maior chance de se desenvolver em indivíduos com idade mais avançada, embora possa ocorrer em indivíduos de menor faixa etária. Pittella (2005) acredita que o envelhecimento constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença, uma vez que tanto o idoso com demência quanto o sem demência compartilhem qualitativamente das mesmas alterações neuropatológicas, com a ressalva de que, no idoso com demência, essas alterações ocorrem em intensidade muito maior.

A Doença de Alzheimer é apontada como a causa mais comum de respostas cognitivas desadaptadas, pois afeta inicialmente a formação hipocampal – o centro de memória de curto prazo –, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; STUART; LARAIA, 2001).



Destacam Forlenza e Gattaz (1998) que os principais eventos associados à neurodegeneração revelam a formação de placas senis, ou placas neuríticas, devido à deposição da proteína beta-amiloide no espaço extracelular e de emaranhados neurofibrilares – agrupamentos retorcidos de fibras de proteína – relacionados a alterações do estado de fosforilação da proteína tau, no espaço intracelular. Caramelli (2000) acrescenta que essas duas lesões não são apenas marcadoras da degeneração neuronal, elas também interagem e participam do processo que resulta em morte celular.

Heyman *et al.* (1984), citados por Chaves, (2000), reconhecem que a etiologia da Doença de Alzheimer não é ainda totalmente conhecida e que os fatores genéticos são extremamente relevantes, uma vez que, além da idade, a constatação de um membro da família com demência influi significativamente na ocorrência da doença em outros familiares. Aliás, esse é o único fator sistematicamente associado à DA, e está presente em 32,9% dos casos diagnosticados. Anderson (1998) ressalta que, embora não se tenha ainda chegado a uma definição exata quanto à causa da DA, é possível afirmar que existem alterações em certas substâncias do cérebro, responsáveis pela transmissão de estímulos nervosos para todo o organismo, que por algum motivo passam a produzir respostas desadaptadas.

A Doença de Alzheimer é considerada a forma mais comum de demência nos países ocidentais, chegando a representar 50 a 70% dos casos de demência diagnosticados (ADAMS, 2004). No Brasil, segundo Caixeta (2004), a prevalência da DA aproxima-se muito das prevalências observadas em outros países ocidentais, sendo que, tanto aqui quanto lá, apresenta incidência dobrada a cada cinco anos, em indivíduos com mais de 65 anos de idade.

O resultado de estudo epidemiológico populacional de demência, desenvolvido por Herrera, Caramelli e Nitrini (1998), na cidade de Catanduva/SP, mostrou que a Doença de Alzheimer era responsável por 54,1% dos casos diagnosticados, ou seja, mais da metade dos indivíduos demenciados foram diagnosticados com DA.

Nitrini (1999), ao revisar os estudos sobre a epidemiologia da DA no Brasil, concluiu que esta é a forma mais comum de demência na Região Sudeste e que a baixa escolaridade está associada à maior prevalência da doença. Contudo, o autor chama a atenção para a necessidade de mais estudos sobre a prevalência em outras regiões do país.

Frente ao envelhecimento populacional e às altas taxas de incidência e prevalência, as demências, especialmente a Doença de Alzheimer, representam um problema de saúde pública que tem mobilizado a comunidade científica. De modo geral, as pesquisas são empreendidas visando proporcionar aos pacientes uma vida com mais qualidade e, paralelamente, minimizar os impactos socioeconômicos provocados pela doença.

Por se tratar de uma doença de curso clínico insidioso, as consequências para os envolvidos no contexto da DA são incomensuráveis, afora os recursos financeiros despendidos pelos cofres de saúde pública. As projeções mais conservadoras indicam que em 2030, nos Estados Unidos, os recursos destinados ao cuidado direto dos pacientes com Alzheimer somarão um custo anual de 30 bilhões de dólares. Assim, em pouco menos de duas décadas, a doença poderá representar sozinha o equivalente ao custo atual de todos os cuidados de saúde somados, sem levar em consideração os custos indiretos com a doença (MACHADO, 2002).

Caramelli (2000) afirma que a dificuldade de memória é o sintoma mais precoce da DA, sintoma esse que se torna gradualmente mais afetado e leva a déficits na capacidade cognitiva. Na prática, é possível observar que o idoso portador de Alzheimer lembra-se com facilidade de eventos ocorridos na sua juventude e infância, mas se esquece de fatos recentes, bem como, vai deixando de reconhecer as pessoas, mesmo as mais próximas.

Machado (2002) salienta que o processo de diagnóstico da DA não representa uma tarefa fácil para o profissional de saúde. Sendo assim, deve ser feito por exclusão e de forma diferencial, ou seja, levando em consideração a dificuldade de se obter um diagnóstico mais preciso, outras doenças devem ser desconsideradas no decorrer da avaliação. O autor destaca a confirmação de demência como o primeiro passo de um diagnóstico preciso, sendo que o diagnóstico diferencial deve preencher os critérios clínicos e patológicos combinados; e que as alterações histológicas – observadas na biópsia cerebral ou exame *post mortem* – devem ser consideradas, mas é um procedimento que depende da aprovação da família. Ainda que o diagnóstico definitivo seja confirmado por meio da autópsia, Chaves (2000, p. 81) afirma que “não é necessário esperar até a morte para saber, com algum grau de certeza, o que está provocando os sintomas e comportamentos perturbadores observados”.

Destacam Terra, Waldman e Luzardo (2002) que a Doença de Alzheimer afeta importantes áreas do cérebro que, por sua vez, passam a afetar a memória, a orientação, a atenção, a linguagem, a capacidade para resolver problemas e as habilidades para desempenhar as atividades da vida diária. Acrescentam esses autores que, embora a degeneração seja progressiva e variável de paciente para paciente, de modo geral, é possível caracterizar a progressão da doença e identificar em que estágio do processo demencial o idoso se encontra, sempre levando em consideração as diferenças individuais.

Segundo Caovilla e Canineu (2002), os sintomas da DA podem ser divididos em três fases ou estágios, a saber: leve, moderado e severo. Assim, o estágio leve é caracterizado por confusão e perda de memória, desorientação espacial, dificuldade progressiva no cotidiano e

ainda por mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento. No estágio moderado, ocorre o aumento das dificuldades para execução das tarefas diárias, sobretudo para as atividades pessoais como banho, higiene, alimentação e ato de se vestir; surgem os quadros de ansiedade, delírios e alucinações, agitação noturna, alteração do sono, dificuldade de reconhecimento de amigos e familiares. Já na fase severa, o paciente apresenta diminuição acentuada do vocabulário, do apetite e do peso; descontrole urinário e fecal e, a partir disso, o progressivo aumento da dependência em relação ao cuidador.

O certo é que, com o aumento progressivo das manifestações da doença, o cuidado vai se tornando uma tarefa complexa e difícil de ser empreendida, exigindo cada vez mais a dedicação do cuidador e, não raro, interferindo em sua qualidade de vida.

## **5.2 O contexto de vida do cuidador de idosos**

Em sentido mais abrangente, cuidado, na concepção de Boff (1999), significa desvelo, solicitude, atenção e bom trato, sendo que a ação de cuidar pode provocar inquietação, preocupação e sentido de responsabilidade, surgindo quando a existência de alguém tem importância para outra pessoa e fazendo com que esta participe do sofrimento daquele que necessita de cuidado. Para o referido autor “cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 33).

Descrevem Gonçalves, Stevenson e Alvarez (1997) que o processo de cuidar do idoso é dinâmico e depende de interação entre os envolvidos, de respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e de sua família. Dessa forma, a realização de estudos que objetivam conhecer essa problemática pode representar uma ferramenta eficiente para a busca de melhores condições de assistência, bem como de mais qualidade em relação à tarefa de cuidar.

De acordo com Chaimowicz et al. (2009), dentre os riscos a que o cuidador leigo está sujeito, destacam-se a tristeza diante da doença do outro e o descaso consigo mesmo, principalmente quando as tarefas recaem todas sobre o cuidador, não sendo divididas entre os demais familiares ou outras pessoas.

No Brasil, diferentemente do que ocorre em outros países, a tarefa de cuidar do idoso com alta dependência geralmente é desempenhado por uma única pessoa, sem a ajuda de outros familiares ou profissionais. Situação bastante diferente daquela que ocorre há mais de 20 anos na Europa e Estados Unidos da América, onde são altos os investimentos em

construção e manutenção de redes de suporte social para o idoso e sua família, sendo que a mais importante fonte de suporte consiste nos cuidados oriundos de redes informais de apoio constituídas por filhos, esposos, demais parentes e amigos (SILVA; NERI, 2000).

Houaiss e Villar (2003) conceituam o cuidador como a pessoa que presta cuidado ou executa a ação de cuidar de si ou de outro.

O Ministério da Saúde (Brasil, 1999) define o cuidador como:

[...] a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano, por exemplo, ida a bancos ou farmácias (BRASIL, 1999, p. 20).

A literatura aponta os tipos de cuidado tendo como critério a natureza do vínculo entre o idoso e o cuidador, o que permite diferenciar o cuidado formal – oferecido por profissionais contratados e remunerados, com educação formal comprovada mediante certificado de instituição de ensino reconhecida por organismos oficiais –, do cuidado informal, que é realizado por familiares, amigos e vizinhos, sem formação específica, prestado de forma voluntária (YUASO, 2000).

Segundo Neri e Carvalho (2002), entre os cuidadores não-profissionais há os primários ou principais, os secundários e os terciários, categorias diferenciadas entre si pelo grau de responsabilidade que assumem frente à pessoa que necessita do cuidado. Em contrapartida, existem estruturas de cuidado mais complexas que exigem a definição de uma rede de suporte mais ampla, na qual o papel do cuidador é compartilhado por vários membros do núcleo familiar, situação relacionada aos valores culturais e ao contexto socioeconômico das famílias.

Roig, Abengózar e Serra (1998), utilizaram o termo cuidador principal ou primário para caracterizar a pessoa que assume preponderantemente a tarefa do cuidado, ou seja, assumindo sozinha todas as atividades relacionadas ao paciente, sem que haja divisão das tarefas entre outras pessoas da família ou não.

O cuidador é a pessoa que chama para si a incumbência de realizar as tarefas cotidianas que o paciente demenciado não tem mais possibilidade de executar, como a higiene pessoal e a administração financeira da família, por exemplo (KARSCH, 2003).

Segundo Velasquez *et al.* (1998), na maioria das vezes, os cuidadores potenciais são os parentes, sendo que a definição de quem assumirá os cuidados implica dois movimentos: o

de se envolver e o de não se envolver, mostrando que a situação de doença na família provoca redefinição de papéis e funções.

Ressalta Scazufca (2000) que quando uma pessoa necessita de ajuda regular para desempenhar atividades básicas fundamentais à vida independente, tais como o ato de se alimentar e/ou de fazer/manter sua própria higiene e outra pessoa passa a realizar tais atividades, o relacionamento entre as mesmas é simultaneamente alterado. Nesse caso, continua a autora, geralmente uma pessoa passa a fazer muito mais do que a outra, desenvolvendo-se uma relação em que a pessoa cuidada se torna dependente da pessoa que oferece o suporte. Diante disso, as demandas produzidas por uma doença neurodegenerativa e incapacitante como a DA transformam uma relação de cuidado em uma relação de dependência, sendo que a reciprocidade entre o idoso e seu cuidador deixa de existir.

Nesse contexto, Mayeroff (1971) citado por Waldow, (2004) afirma que o cuidado nem sempre é recíproco e que as situações não respondem da mesma forma com que respondemos a elas.

O cuidador assume um compromisso que transcende uma relação de troca, pois ele aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição. Ao mesmo tempo em que é invadido por uma carga emocional, fator que pode gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, colocando em teste seus limites psicológicos e sua postura de enfrentamento da vida (WALDOW, 2004).

Diante do exposto, tornam-se evidentes vários argumentos suficientemente sólidos para que mais pesquisas sejam desenvolvidas sobre a temática do cuidador, em que pese a busca por um consenso na definição do próprio termo, bem como de seu papel, como condição fundamental para a manutenção da sua qualidade de vida.

Discorrendo a respeito do contexto das demências em idosos, Ferretti (2002, p. 93) destaca que:

O cuidador é sem dúvida a figura mais importante no contexto das demências, pois alguém que se torna dependente exigirá ao seu lado outro alguém que deverá estar minimamente preparado para assumir um sem fim de tarefas que, se mal orientadas, fatalmente conduzirão a um estado de profundo desgaste físico e emocional, gerando, por sua vez, sérios comprometimentos em sua saúde física.

Para Anderson (1998), a tarefa de cuidar de uma pessoa com Doença de Alzheimer pode ser para o familiar uma das tarefas mais difíceis de assumir, razão pela qual o cuidador necessita não só de informações sobre a doença e suas manifestações, mas, sobretudo, que

suas limitações e inseguranças sejam devidamente conhecidas e valorizadas pela equipe de saúde.

Alvarez (2001), em um estudo que avaliou o cuidar do idoso e o ato de ser cuidado no contexto domiciliar, especificou como de âmbito do cuidador as atividades com os cuidados corporais e de higiene pessoais; a necessidade de cuidados ininterruptos; os cuidados com alimentação e com as eliminações; o cuidado com o ambiente e materiais necessários; os cuidados relacionados ao tratamento da doença e ainda o apoio emocional, o transporte do idoso e as preocupações com a questão financeira.

A tarefa de cuidar de um idoso com Doença de Alzheimer, diante da dificuldade de realizar a higiene, a alimentação e o manejo dos distúrbios de comportamento do paciente, exige do cuidador dedicação praticamente em tempo integral e faz com que ele deixe suas próprias atividades em razão da função de cuidar do outro. Não são raros os relatos de cuidadores que abandonam seus empregos e ocupações, deixam de viver suas próprias vidas e passam a vivenciar o isolamento social e a depressão, ao assumirem tal tarefa (SCAZUFCA, 2000).

De acordo com Caovilla (2001), é comum aparecerem diferentes conflitos interpessoais por parte do cuidador e estas manifestações são resultantes de reações de estresse, não só com a evolução da doença, mas já desde o momento do seu diagnóstico. Além disso, alguns conflitos existentes antes do aparecimento da doença podem intensificar-se em face da nova situação vivenciada, causando ansiedade e frustração ao cuidador. Por isso, ainda que durante os breves momentos de visita, é necessário que o cuidador receba o apoio de outras pessoas da família, pois a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral da pessoa que cuida.

Saber que é apoiado e valorizado contribui para que o cuidador se sinta bem consigo mesmo e o estimula para seguir executando a tarefa assumida. O respaldo de terceiros é importante, uma vez que a preservação das condições de saúde física e mental do cuidador influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado. Portanto, cabe às pessoas relacionadas ao contexto do demenciado contribuir para que o cuidador desempenhe com gosto a tarefa de cuidar do idoso. Caso contrário, ou seja, sentindo-se sozinho e desamparado, executando seu trabalho sem orientação, o cuidador pode ter seu estado de saúde comprometido, passando a necessitar de cuidados de saúde como consequência de uma sobrecarga que poderia ser evitada ou minimizada (LUZARDO, 2006).

Aliás, a permanência do demenciado no próprio domicílio é consenso entre a maioria dos autores, como destaca Chaimowicz *et al* (2013, p.5): “... imagine que o idoso tenha uma família ampla, um cônjuge amoroso e filhos presentes. Nesse caso se resolve em casa. [...] A instituição é para quando esse idoso não tem família suficiente ou é muito dependente”. Karsch e Leal (1998) afirmam que a situação de dependência exige cuidados por parte do cuidador no próprio domicílio e que este papel deve ser considerado importante, pois muitas vezes é realizado de forma solitária e anônima, sem quase nenhuma orientação.

Diante do exposto, paralelamente aos cuidados com o paciente, a estrutura domiciliar deve receber atenção especial no sentido de facilitar o trabalho do cuidador e para prevenir que os impactos do cuidado com o outro interfira em sua própria saúde e em sua qualidade de vida.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida ou longevidade da população evidenciou questões relacionadas aos cuidados de saúde e bem-estar dos indivíduos com mais de sessenta anos. O enfrentamento dessa demanda constitui uma complexa questão cultural, social e econômica a ser enfrentada tanto por países desenvolvidos quanto por países em desenvolvimento, como o Brasil. Proporcionar condições de envelhecimento saudável, buscando preservar ao máximo, e por mais tempo possível, a capacidade das funções físicas e mentais da população é objetivo que deve ser buscado pelas políticas de saúde.

À medida que se passam os anos, as perdas funcionais do organismo vão se acentuando e gradativamente o indivíduo vai se tornando dependente de cuidados de terceiros. Essa dependência é observada principalmente no caso dos demenciados, como os idosos com Alzheimer, patologias típicas de indivíduos de mais idade. Por isso, paralelamente ao aumento da população idosa, cresce a demanda pela prestação de cuidados que, por sua vez, implicam em preparo adequado por parte dos cuidadores, sejam eles leigos ou profissionais dos serviços de saúde.

Com relação a esse preparo, os estudos destacam sua necessidade devido aos impactos que a prestação de cuidados pode causar à vida do cuidador de idoso demenciado. Como na maioria das vezes, a função de cuidador é desempenhada por algum parente do idoso, o que se observa é que, devido ao seu estreito envolvimento na situação, esse cuidador tende a se mostrar mais sensibilizado com a situação da doença; fica suscetível a desajustes psicológicos porque, dentre outros motivos, não está devidamente capacitado para exercer a função.

Dessa forma, este estudo destaca a importância de uma rede de apoio ao cuidador leigo e à família do paciente demenciado, como forma de amenizar os impactos à qualidade de vida dessas pessoas para que, simultaneamente, o idoso receba cuidados mais efetivos e de melhor qualidade.



## REFERÊNCIAS

ADAMS, A. C. **Neurologia para o clínico**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e de sua família no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar Florianópolis: Editora UFSC, 2001.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método *Grade of Membership*. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.03, p. 535-546, mar. 2008.

ANDERSON, M. I. P. Demência. In: CALDAS, C. P. (Org.) **A saúde do idoso**: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano** – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 237-E, p. 21, 13 de dezembro, seção 1, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 703, de 12 de abril de 2002. Instituído no Âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. **Diário Oficial** [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 72, Seção 1, 16 de abril de 2002.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Estatuto do Idoso**. Disponível em: <[pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao\\_e\\_cconteudos\\_de\\_apoio/legislacao/idoso/Lei\\_10741\\_03.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao_e_cconteudos_de_apoio/legislacao/idoso/Lei_10741_03.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2013, às 09h.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://WWW.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em: 10 nov. 2012.

CAIXETA, L. **Demências**. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

CAOVILLA, V. P. A Doença de Alzheimer e o impacto na família. **Revista A Terceira Idade**, São Paulo, ano XII, n.22, jul. 2001.

CAOVILLA, V. P.; CANINEU, P. R. **Você não está sozinho**. São Paulo: Abraz, 2002.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 7-10, 2002.

CARAMELLI, P. Neuropatologia da doença de Alzheimer. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000, cap.10, 107-118.

CHAIMOWICZ, F. e Col. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

CHAVES, M. I. F. (2000). Diagnóstico diferencial das doenças demenciais. *In*: FROLENZA, O.V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica** (81-106). São Paulo: Atheneu.

CLAYTON, H.; WARNER, J.; GRAHAM, N. **Tudo sobre doença de Alzheimer**. São Paulo: Andrei, 2000.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia - textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

COTTA, Carolina. Tudo por amor. **Estado de Minas**, Belo Horizonte, 24 fev. 2013. BemViver, p. 5.

FERRETTI, C. E. L. O que a enfermagem pode fazer pelo portador de demência e sua família. *In*: CAOVILO, V. P.; CANINEU, P. R. **Você não está sozinho**. São Paulo: Abrax, 2002. p. 89-108.

FREITAS, E. V. e Col. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FORLENZA, O. V.; GATTAZ, W. F. Influência de mecanismos colinérgicos nos processos neurodegenerativos relacionados à formação de amiloide e à fosforilação da proteína tau. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 114-117, 1998.

FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

GONÇALVES L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.570-577, out./dez. 2006.

GONÇALVES, L. H. T.; STEVENSON, J.; ALVAREZ, A. M. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 33-50, maio/ago. 1997.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

HERRERA, E. J.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico na cidade de Catanduva – São Paulo – Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 70-73, mar./abr. 1998.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

KARSCH, U.M. (Org.) **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998.

\_\_\_\_\_. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003.

KARSCH, U. M. S.; LEAL, M. G. S. Pesquisando cuidadores: visita a uma prática metodológica. In: Karsch, U. M. S. (org). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998. cap. 1, p. 21-45.

LEIBING, A. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. **Revista de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 1, p. 37-56, 1999.

LEMONS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.03, p.170-179, set./dez., 2006.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.60, n. 1, mar. 2002.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.04, p.587-594, out.-dez. 2006.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. e Col. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 15, p. 133-147.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer. In: TAVARES, A. (Org.) **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 19, p. 269-292.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.02, p.254-262, abr.-jun. 2007.

MENDIONDO, M. S. Z. **Velhice e demência**: gênese e perspectiva de suporte social institucional. 2002. Tese (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUC, 2002.

MENEZES, T. N. *et al.* Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza, CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.10, n.02, 2007.

MINAS GERAIS. **Prefeitura Municipal de Japaraíba**. Administração 2009-2012. Disponível em: <<http://WWW.japaraiba.mg.gov.br/japaraiba.html>>. Acesso em: 22 nov. 2012.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2008.

NERI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. *In*: FREITAS E. V. e Col. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 94, p. 778-790.

NITRINI, R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 26, n. 5, set./out. 1999.

PAPALEO NETTO, M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. *In*: FREITAS, E. V. e Col. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PITTELLA, J. E. H. Neuropatologia da Doença de Alzheimer. *In*: TAVARES, A. (Org.) **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 17, p. 235-248.

ROIG, M. V.; ABENGÓZAR, M. C.; SERRA, E. La sobrecarga em los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. **Anales de Psicología**, Murcia, v. 14, n. 2, 1998.

SALGADO, C. D. S. **Gerontologia social**. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2000.

SCAZUFCA, M. Impacto nos cuidadores de idosos com demência e suas implicações para os serviços de saúde. *In*: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Ateneu, 2000.

SILVA, E. B. N.; NERI, A. L. Questões geradas pela convivência com idosos: indicações para programas de suporte familiar. *In*: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3. Ed. São Paulo: Papyrus, 2000.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TAVARES, A. Demências. *In*: TAVARES, A. (Org.) **Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TERRA, N. L.; WALDMAN, B. F.; LUZARDO, A. R. Doença de Alzheimer: sugestões para cuidadores. *In*: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. (Org.). **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 473 – 486.

VELASQUEZ, M. D. *et al.* As trajetórias de vida dos cuidadores principais. *In*: KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998. cap. 3, p. 87-145.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transição demográfica e epidemiológica. *In*: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 6, p. 91-103

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A Doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n.03, p.148-152, 2006.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

YUASO, D. R. **Treinamento de cuidadores de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário**. 2000. 84p. Campinas. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2000.