

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL IV**

VANESSA BACK

**SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES DE IDOSOS PORTADORES DA
DOENÇA DE ALZHEIMER**

CRICIÚMA, JULHO DE 2013

VANESSA BACK

**SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES DE IDOSOS PORTADORES DA
DOENÇA DE ALZHEIMER**

Projeto de Monografia apresentada ao Setor de
Pós-graduação da Universidade do Extremo
Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do
título de especialista em Saúde Mental

Orientador: Sérgio Leonardo Gobbi

CRICIÚMA, JULHO DE 2013

A minha família, meus inspiradores.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho significa concluir mais uma etapa em minha vida pessoal e profissional, onde a cada momento me fortifico e solidifico, para que possa cada vez mais desenvolver minhas atividades profissionais com a certeza de meus atos, palavras, idéias e ideais.

Agradeço Primeiramente a Deus, por me permitir seguir em meu caminho, me iluminando e me dando forças e ficando ao meu lado nos momentos difíceis.

Agradeço aos meus pais, Nestor e Mônica, que sempre me incentivaram na construção do meu saber.

Agradeço ao meu amado companheiro Silvestre, por ter paciência e compreensão nos momentos em que precisei me ausentar de sua companhia.

Aos meus irmãos Marcus Vinicius e Luiz Henrique, que sempre torceram muito pelo meu crescimento profissional.

Ao meu orientador e mestre querido Sérgio Leonardo Gobbi, a quem sempre tive muita admiração e respeito, por sua postura ética, profissionalismo e um grande ser humano, por me acolher, orientar, me transmitindo um pouco de seu conhecimento para que eu possa cada vez crescer mais.

Agradeço a todas as pessoas de que forma direta ou indireta me ajudaram na realização de mais essa etapa.

**“Eu não tenho idade. Tenho vida
Eu não tenho passado, tenho recordações.
Tenho lembranças de uma vida que ainda
vivo
Que ainda pulsa em meu corpo
Uma vida que ainda respira em minha alma
Eu não tenho rugas em minha pele
Tenho marcas de um tempo escolhido para
mim
E que me foi dado de presente
Para levar pela eternidade a essência
daquilo que sou:
Homem ou Mulher. Velho ou jovem. Idoso.
Humano”.**

Autor Desconhecido

RESUMO

O envelhecimento da população mundial, inclusive no Brasil, traz junto a ele uma maior incidência de doenças crônicas degenerativas que são as causadoras das demências, dentre elas a doença de Alzheimer (DA) que tem o cuidador como uma figura importante na vida deste portador. O objetivo deste estudo foi relacionar a qualidade de vida dos cuidadores de paciente com Doença de Alzheimer e possíveis conseqüências de transtornos Psiquiátricos, desenvolvidos pelos mesmos durante o período da doença. O método utilizado para a realização desta pesquisa foi de revisão bibliográfica, pois o mesmo trará o dimensionamento, dos problemas enfrentados pelos pacientes de Alzheimer e cuidadores e da qualidade de vida dos mesmos e possível desenvolvimento de transtorno psiquiátrico.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidadores. Qualidade de Vida. Transtornos Psiquiátricos.

ABSTRACT

The worldwide aging population, including Brazil, comes with a big incidence of degenerative diseases that are the causes of dementia, one of them is Alzheimer's disease (AD) that has the caregiver as someone very important for the life of the carrier. The aim of this study was to compare the quality of life of Alzheimer's caregivers and possible consequences of Psychiatric Disorders developed by them during the period of the disease. The method used for this research was bibliographic review, cause it will bring the size of problems faced by Alzheimer's patients and caregivers and the quality of life for themselves and possible development of psychiatric disorder.

Keywords: Alzheimer's disease. Caregivers. Quality of Life. Psychiatric Disorders.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	10
3 MÉTODO.....	11
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4.1 Doenças de Alzheimer e Demência	12
4.2 Funções Psíquicas e Sintomatologia	15
4.3 Evolução da Doença e Diagnostico	16
5 CUIDADOS E CUIDADOR.....	20
5.1 O Cuidador e as atividades	25
6 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Inouye, et al (2010), atualmente a definição mais correta e abrangente para qualidade de vida e a da Organização Mundial da Saúde, onde fala que é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Paula, Roque e Araújo (2008), qualidade de vida é muito pessoal, dependendo do nível sócio cultural, da faixa etária e das aspirações pessoais.

Estando a qualidade de vida relacionada à auto- estima e ao bem- estar do indivíduo, contudo abrangendo vários aspectos tais como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade.

Conforme Pinto et al (2009), Alzheimer é tido como um conjunto de sinais e sintomas caracterizados pela deteriorização de habilidades intelectuais previamente adquiridas que interferem na atividade ocupacional e social. Diferentemente de outras doenças o Alzheimer não é identificado com um único exame, mas a partir de uma análise do histórico médico do paciente e uma avaliação neurológica detalhada. Tendo a progressão da doença e os sintomas piorados.

O CID 10 classifica sendo uma doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos. O transtorno é usualmente insidioso no início e se desenvolve lenta, mas continuamente durante um período de vários anos.

Segundo Borghi et al (2011), o idoso precisará ser cuidado por outras pessoas, sendo cuidadores familiares ou não. Este cuidador é a pessoa que irá oferecer assistência para ajudar nas situações em que o idoso está incapacitado para realizar, seja de forma temporária ou definitiva.

Para Gaioli et al (2012), o cuidado com o idoso normalmente é realizado na própria casa em que se vive o doente de Alzheimer, e esses cuidadores a grande maioria das vezes é um familiar, e não um profissional, ocorrendo assim uma

necessidade de maiores esclarecimentos no preparo dessas pessoas para conseguirem realizar o trabalho de cuidador de forma mais efetiva.

De acordo com Agência Brasil (2011), a presidente da Associação Brasileira de Alzheimer, Eliana Faria, alerta que o aumento de casos da doença nos próximos anos vai exigir formação de cuidadores capacitados para atender os idosos.

Segundo Borghi et al (2011), sabe-se que o cuidador familiar tem grande importância no curso e tratamento da doença de Alzheimer, porém nem todos tem o conhecimento necessário a cerca da doença, nem está psicologicamente estruturado o suficiente para tal atividade. Podendo assim, causar problemas de fundo emocional e físico no próprio cuidador.

Conforme Gaioli et al (2012), as manifestações da doença de Alzheimer levam a várias situações e tarefas ao cuidador, o que o torna a tarefa difícil de se realizar, já que o indivíduo doente precisará de acompanhamento e cuidados constantes.

De acordo ainda com a autora Gaioli et al (2012), a função de cuidador de doente de Alzheimer pode acarretar em problemas físicos, psicossomáticas, ansiedade, depressão e estresse.

Segundo Paula, Roque e Araújo (2008), as atividades que são desempenhadas pelos cuidadores levam a uma sobrecarga física e psíquica o que pode levar a uma má qualidade de vida, podendo até acarretar em uma má qualidade de vida para o próprio doente.

A Agência Brasil (2011), alerta que cuidar de um portador de Alzheimer, também afeta toda uma rotina família, juntamente com o avanço da doença podendo resultar em uma alta pressão psicológica sobre o responsável em cuidar do paciente doente.

Considerando a importância de se conhecer a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com a doença de Alzheimer, busco-se por meio desta revisão bibliográfica relacionar a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer e possíveis conseqüências de transtornos Psiquiátricos, desenvolvidos durante o período da doença.

2 OBJETIVO

Relacionar a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer e possíveis consequências Psiquiátricas, desenvolvidos pelos portadores durante o período da doença.

3 MÉTODO

O método utilizado para a realização desta pesquisa é o estudo bibliográfico, pois o mesmo trará o dimensionamento, dos problemas enfrentados pelos pacientes de Alzheimer e cuidadores e da qualidade de vida dos mesmos.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Doenças de Alzheimer e Demência

De acordo com Grandi (1998), demência é uma palavra de origem latina, que significa mente distante ou estar fora da própria mente.

Segundo Pavarini et al (2008), descreve demência como uma síndrome, caracterizada clinicamente por declínio gradual nas funções cognitivas, mudanças de personalidade e comportamento e deterioração nas atividades da vida diária da pessoa acometida.

Já Grandi (1998), define demência como uma síndrome clínica de deterioração intelectual, sendo adquirida e persistente, ocorrendo por uma disfunção cerebral, com comprometimento de principalmente três das esferas de atividade mental que seriam elas: linguagem, memória e habilidades visoespaciais.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006), o termo “demência” é uma série de sintomas que são observados em pessoas com doença cerebral resultante de dano ou perda de células cerebrais. A perda de células cerebrais é um processo natural, principalmente com o avanço da idade, mas nas doenças que derivadas à demência isto ocorre de uma forma muito mais rápida, e faz com que o cérebro da pessoa deixe de funcionar da maneira natural.

Segundo Pavarini et al (2008 p.02), as demências são identificadas como progressivas e degenerativas, repercutindo na situação de dependência e perda de autonomia do idoso, surgindo assim a necessidade de assistência e cuidados.

A síndrome demencial segundo Camargo e Neves (2004), se caracteriza por alterações das funções corticais superiores, representadas pela memória, orientação, capacidade de julgamento e outras, que resultam em um gradativo declínio das atividades da vida diária.

Para Borges (2010), a demência é uma síndrome que apresenta três características principais, tais como: problema de memória, Problemas com o comportamento e perda das habilidades que foram adquiridas durante a vida.

De acordo com Pavarini et al (2008), a demência se caracteriza por: Déficits cognitivos que afetam o comprometimento da memória e de uma ou mais

funções corticais altas: linguagem (afasia), praxias, gnosias, função executiva; assim como também causam um declínio cognitivo gradual e progressivo; alertando para primeiramente ser feita uma exclusão de um diagnóstico de alguma doença do SNC ou resultado por uso de substâncias; ocorrem alterações significativas na atividade social ou profissional e por fim os relata que os déficits não ocorrem somente durante episódio de delirium e não podem ser relacionados à depressão.

Para Leitão, Morais e Guimarães (2006), os sintomas da demência implicam geralmente na perda gradual, lenta e irrecuperável, da capacidade de funcionamento da pessoa. O dano cerebral afeta o funcionamento mental da pessoa, portanto acabando por consequência alterando no comportamento.

Segundo ainda Pavarini et al (2008 p.02), a demência, considerada uma síndrome, caracteriza-se pelo comprometimento cognitivo e que traz como consequência a perda da capacidade funcional, aumentando a demanda por cuidados, que geralmente são cada vez mais complexos. Causa um ônus crescente sobre o idoso e a família e um enorme custo financeiro para o sistema de saúde. A Doença de Alzheimer é apontada pelo relatório sobre a saúde mental no mundo, como um dos transtornos mentais de grande impacto negativo para a qualidade de vida dos indivíduos e famílias e que traz forte impacto econômico direto e indireto nas sociedades, incluindo o custo dos serviços.

Segundo Grandi (1998), existem vários tipos de demência, que é um termo usado englobando todos os tipos específicos de desordem, como Alzheimer, Vascular, Levy, Biswanger, Huntington, entre outras. Algumas podem ser reversíveis, porém outras são irreversíveis como é o caso da Doença de Alzheimer.

Conforme Pavarini et al (2008), a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência no idoso. Estudos sobre a Doença de Alzheimer (DA) existe uma compatibilidade de idéias que esta doença é a responsável por 50 a 60% dos casos de demência na população de idosos. Sendo assim uma doença neurodegenerativa que se inicia geralmente com a perda de memória, acompanhada de outros sintomas cognitivos como afasia, apraxia e agnosia.

Por este motivo de acordo com Sena e Gonçalves (2008), a doença de Alzheimer vem sendo um grande problema para a saúde pública, principalmente pelo impacto que gera no âmbito familiar e no portador.

De acordo com Sena e Gonçalves (2008), a doença de Alzheimer é uma doença neurológica, irreversível, que se manifesta de forma insidiosa em decorrência de lesões neuronais e consequente degeneração do tecido nervoso.

Com isso a pessoa apresenta alterações progressivas, principalmente em 03 domínios fundamentais: memória, comportamento e atividades funcionais na vida diária.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006), DA recebeu esse nome em homenagem ao Dr Alois Alzheimer, que observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher que mostrou os primeiros sintomas demenciais aos 51 anos de idade. Naquela época, a causa da morte foi considerada como sendo uma doença mental até então desconhecida. Havia a suposição de que a DA estivesse restrita a uma categoria da doença chamada de demência pré- senil, pois afetava indivíduos como menos de 60 anos de idade. Com o tempo foi confirmado que as formas pré- senil e senil, apresentavam o mesmo substrato neuropatológico, indicando que o conceito doença é o mesmo independente da idade em que ela possa ocorrer.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006 P. 589), nas últimas décadas do século XX a doença de Alzheimer era frequentemente relacionada ao processo de envelhecimento. É o tipo de demência com maior chance de se desenvolver nas idades mais avançadas, sendo que o envelhecimento constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento da DA, uma vez que ambos, envelhecimento e demência compartilham qualitativamente das mesmas alterações neuropatológicas, na DA, essas alterações ocorrem com intensidade muito maior.

Segundo Borges (2010), os primeiros sintomas são pequenos esquecimentos, normalmente percebidos pelos familiares como parte do envelhecimento, mas que vão agravando com o passar do tempo. Tornando-se confusos, podendo, ficar agressivos, apresentando muitas vezes alteração também no comportamento e terminam por não reconhecer os próprios familiares.

De acordo com Abraz (2012), a causa da doença é ainda desconhecida e não há chances de cura apenas sabe-se que há uma diminuição dos níveis de acetilcolina que causam a morte dos neurônios e com o aumento da idade uma proteína chamada Beta-Amilóide acaba aumentando causando a morte dos neurônios e dificultando sua memória.

4.2 Funções Psíquicas e Sintomatologia

Relata Grandi (1998), que a doença de Alzheimer tem sido chamada de doença da morte, epidemia silenciosa, e é descrita como perda da função intelectual, conhecida como uma doença cruel, porque vai destruindo a mente do indivíduo e com isso também sua memória e raciocínio, chegando ao nível de uma mãe não reconhecer o filho, um marido não reconhecer a esposa, todos tornam-se assustadoramente desconhecidos.

De acordo com Luzardo, Gorini e Silva (2006), se trata de uma doença degenerativa e progressiva, que gera altos custos financeiros, representando assim um desafio para o poder público, instituições e profissionais da área da saúde.

Conforme Sena e Gonçalves (2008), o envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e inevitável com ritmo e características específicas em cada pessoa, que causam diversas modificações. Com essas mudanças do corpo e junto o estilo de vida, o ambiente que se está inserido e uma possível pré disposição genética, as pessoas idosas estão mais vulneráveis a certos transtornos crônicos-degenerativo ou até as comorbidades do que demais pessoas.

De acordo com Small e Mayeux (2007), problemas de memórias relacionadas a guardar informações novas são as primeiras queixas a serem relatadas pelos pacientes. Com o progresso da doença ocorrem déficit na linguagem, raciocínio abstrato e função executiva, podem ser evocados através de avaliações específicas.

Segundo ainda os autores Small e Mayeux (2007), os sintomas da doença de Alzheimer evoluem continuamente desde os primeiros sinais de perda de memória até uma grave perda cognitiva. A evolução da doença é progressiva terminando na morte do indivíduo. Algumas vezes pode ocorrer uma estabilização, podendo o distúrbio de a cognição permanecer instável por um ou dois anos, mas logo a progressão é retomada.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006), a DA além de comprometer a memória, ela afeta a orientação, atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária. A degeneração é progressiva e variável, sendo possível caracterizar os

estágios do processo demencial em leve, moderado e severo, mesmo considerando as diferenças individuais que possam existir.

Segundo Grandi (1998), a DA começa a comprometer o cérebro e resulta na perda gradual da memória e pensamentos, personalidade e no senso de julgamento. A doença não se limita somente em esquecer nomes e reconhecer as pessoas de seu convívio, como também atividades de rotina do doente como: cozinhar, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, administrar as finanças, etc. Isso acaba causando um efeito muito negativo e devastador também para a família do paciente.

Luzardo, Gorini e Silva (2006 P.588) a doença de Alzheimer afeta o idoso e compromete sobremaneira sua integridade física, mental e social, acarretando uma situação de dependência total com os cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no próprio domicílio.

Segundo Grandi (1998), é uma doença degenerativa das células cerebrais, progressiva e irreversível e incapacitante, tem seu desenvolvimento lento, mas inevitavelmente acaba por levar o paciente a morte.

4.3 Evolução da Doença e Diagnostico

De acordo com Grandi (1998), a DA possui sete estágios: no primeiro estágio o paciente aparentemente apresenta-se normal, sem muitos declínios cognitivos, e com preservação das funções motoras, mas nesse estágio parentes e pessoas próximas já percebem algumas mudanças no comportamento do paciente. Conforme a evolução da doença vai ocorrendo comprometimento progressivo do aprendizado, da fala, do julgamento e do desenvolvimento de atividades rotineiras. No sétimo e último estágio o paciente necessita de assistência total e continuada em todas as atividades, mesmo nas mais básicas, perdendo a habilidade da fala, compreensão e locomoção, apresentando muitas vezes humor imprevisível com reações incoerentes, não compreendendo explicações, linguagem balbuciada, não coordenando mais seus gestos e esfíncteres, perdendo totalmente sua independência, permanecendo muito mais tempo deitado na cama, o que pode facilmente acontecer o surgimento de feridas e úlceras de pressão e infecções respiratórias. Os sentimentos dos pacientes nos estágios finais são extremamente

primários reagindo com manifestação de prazer muitas vezes quando lhe é feito gestos de carinho e palavras carinhosas.

Segundo ainda Grandi (1998), em muitos casos a memória emocional pode permanecer conservada, assim em muitos casos os pacientes reconhecem a pessoa que cuida dele e sabe que lhe quer bem. Sabe-se que até o momento a DA não tem cura. Porém existem medicamentos que ajudam nas complicações da doença como a agitação, agressividade, em muitos casos a psicose, delírio, perda do sono e perambulações. Esses medicamentos podem também prolongar o período em que o paciente ainda está independente.

Conforme Small e Mayeux (2007), outros problemas que podem estar se instalando conforme a progressão da doença é a depressão com insônia ou anorexia ocorrendo em 5% a 8% dos pacientes, delírios e comportamentos psicóticos podem ocorrer em 20% dos casos, podendo coexistir agitação do paciente em até 20% dos casos, alucinações também ocorrem com frequência, podendo ser visuais ou auditivas.

Conforme Sena e Gonçalves (2008), o portador de DA, vai perdendo sua autonomia e independência e necessitando de um cuidador, seja este um familiar, um profissional, um voluntário, enfim, alguém que possa intervir junto ao doente.

De acordo com Grandi (1998), o diagnóstico clínico da DA é resultado tanto de um diagnóstico de exclusão como de inclusão. De inclusão porque a DA pode ser diagnosticada mediante a utilização de critérios clínicos e psiquiátricos padronizados e de exclusão porque para se diagnosticar DA, excluem-se outros tipos de demências.

Para Leitão, Morais e Guimarães (2006), não existe nenhum teste específico para a realização do diagnóstico de Alzheimer. Por tanto, o diagnóstico é feito por um processo de exclusão, bem como por uma observação cuidadosa do estado físico e mental da pessoa.

Segundo a Abraz (2012), o diagnóstico só é realizado após a morte, mais algumas medidas podem ser tomadas como a realização de testes precisos de memória e exames clínicos possibilitando o médico a dar um diagnóstico sobre a possível existência da doença.

Conforme Pavarini et al (2008), muito difícil um diagnóstico precoce, pelo fato de que a doença de Alzheimer em seu início pode ser confundida como uma

manifestação natural, própria do processo de envelhecimento, com queixas de memória ou apatia. A doença de Alzheimer pode ser confundida, com depressão, perda de memória associada à idade ou sintomas que muitas vezes não são inicialmente percebidos pela família ou pelo próprio idoso. Por este motivo muitos idosos quando procuram atendimento médico, muitas vezes se encontram em estágios mais avançados da doença.

Já para Small e Mayeux (2007), o diagnóstico da doença é preciso que se tenha um histórico de deterioração progressiva da capacidade cognitiva, assim como testes psicológicos, aquisição de imagens cerebrais. Porém só se é confirmado o diagnóstico de Alzheimer por autópsia, antes disso é considerada com Doença de Alzheimer provável.

Segundo Small e Mayeux (2007), não ocorrem alterações significativas em exames laboratoriais. O líquido cefalorraquiano permanece normal, mas pode haver um pequeno aumento no conteúdo de proteínas, uma lentificação generalizada é percebida no eletroencefalograma. Podendo algumas vezes serem detectados distúrbios cognitivos nos testes neuropsicológicos.

De acordo com Caldeira e Ribeiro (2004), o médico deve informar ao paciente e a família sobre o diagnóstico de DA, sendo que o diagnóstico deve ser realizado na presença tanto do paciente quanto da família. Já neste momento é importante que seja conversado sobre tratamento e opções de gerenciamento, assim como também conhecer apoios relacionados aos serviços sociais, inclusive grupos de apoio, e o tratamento farmacológico. Os cuidadores devem também tomar decisões relacionadas à qualidade de vida e decisões sobre o tratamento.

Para Leitão, Morais e Guimarães (2006), algumas pessoas preferem ser informadas individualmente, enquanto outras fazem-no na companhia da família, por poderem ter mais apoio moral e suporte.

De acordo com Grandi (1998), o diagnóstico precoce de DA pode dar ao paciente e aos seus familiares tempo para se prepararem para os desafios a serem enfrentados. Sejam eles médicos, leigos ou financeiros. Logo após a família e o paciente receber o diagnóstico de DA é comum ocorrer a síndrome do túmulo, passando a família a tratar o paciente como já tivesse ocorrido sua morte, dando a ele apenas o básico da alimentação e higiene. Esta postura acaba não só afetando o paciente, mas toda a estrutura familiar.

Segundo Borges (2010), a doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, respondendo por mais de 60% delas. Ainda não se sabe exatamente a causa ou as causas, assim como também não se tem ainda um exame de laboratório ou de imagem que possa dar o diagnóstico exato, ou mesmo exames que façam um exame preventivo da doença. Assim como também não se tem um tratamento curativo ou que reduza a progressão desta doença, nem vacinas para prevenir. O que se tem são medicamentos que podem melhorar alguns sintomas causados com a doença, problemas de memória e do comportamento.

Conforme Pavarini et al (2008), ter um parente com Doença de Alzheimer é uma situação que gera muitas vezes conflitos, podendo muitas vezes ocorrer tensões constantes, afetando diretamente o cuidador e a dinâmica familiar.

Para Caldeira e Ribeiro (2004), o diagnóstico de demência traz uma realidade contundente que implica em muitas perdas envolvendo a autonomia do corpo e o afastamento do eu para o indivíduo. Com isso o cuidado dispensado a esse idoso torna-se muito complexo.

De acordo com Luzardo, Gorini e Silva (2006), diante desse cenário surge o papel do cuidador forjado subjetivamente na medida em que aparecem as dificuldades cotidianas de uma nova realidade, exigindo tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade.

Para Borges (2010), afirma que a situação atual de pesquisas sobre demências, o melhor a ser feito ainda é o apoio aos familiares e ao cuidador de idosos com Alzheimer, procurando apoiá-los e mostrando que não estão sozinhos nesta luta.

5 CUIDADOS E CUIDADOR

De acordo com Pavarini et al(2008), cuidar de um idoso com Alzheimer é um processo longo e que se diferencia em cada fase da doença. Normalmente de início os cuidadores familiares confundem a doença com o avanço da idade e as dificuldades que isso acarreta, porém as alterações de memória vão se tornando cada vez mais evidentes. Com isso a família passa a perceber que existe algo além de falhas comuns de memória. Já na fase intermediária da doença, as alterações de comportamento apresentadas pelos idosos causam grande impacto emocional aos cuidadores. Com a evolução do quadro, aumenta a dificuldade no desempenho das atividades de vida diária, e aumenta conseqüentemente a dependência dos idosos.

Conforme Grandi (1998), o verbo cuidar significa o ato ou encargo de assistir, tratar, zelar, ter atenção e cuidados, com alguém e consigo mesmo. Também a esse termo foi adicionado à noção de tutelo, que é o amparo, a assistência, a proteção e a representação, já que o cuidador é o mediador entre o idoso e a realidade que o cerca, conseqüentemente aquele que realiza as tarefas que o paciente já não pode mais realizar. O ato de cuidar é estimular e incentivar a maior autonomia e independência possível do paciente, permitindo a superação dos obstáculos.

Luzardo, Gorini e Silva (2006) com a expectativa de vida aumentando cada vez mais trás consigo problemas sociais ao idoso e sua família, refletindo assim na preservação da saúde do idoso com isso muitas vezes a permanência dele juntamente no convívio com sua família.

Conforme Grandi (1998), embora seja muito difícil de aceitar o diagnóstico de DA, quando isso ocorre, é preferível saber desde o início toda a verdade, assim a família já pode fazer um planejamento do futuro. Por este motivo é de muita importância que o cuidador procure se informar ao máximo sobre a doença, assim poderá conhecer os sintomas, e poderá então lidar melhor com as situações que forem surgindo no decorrer do tratamento. Um cuidador devidamente orientado desenvolve com mais qualidade a habilidade da paciência e flexibilidade.

Segundo Pavarini et al (2008 p. 4), Cuidar de um idoso demenciado pode causar um impacto emocional, afetivo e um desgaste físico para os cuidadores em suas vidas uma vez que a pessoa torna-se progressivamente dependente. Esta situação, agravada com a presença dos transtornos demenciais provoca grande sofrimento tanto para os pacientes quanto para seus familiares, os quais são obrigados a se reorganizarem para viabilizarem os cuidados à pessoa que adoece e torna-se progressivamente dependente. Muitas vezes, um familiar assume a função de cuidador, e passa a viver em função dessa nova tarefa.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006), as manifestações da doença geram múltiplas ações, tornando o cuidado uma tarefa difícil de realizar, pois o idoso com Alzheimer afetado necessitará de constantes cuidados e cada vez mais complexos. O cuidador vai sendo absorvido de acordo com o aumento da carga de cuidados. É a pessoa que chama para si a responsabilidade de realizar as tarefas para as quais o idoso não tem mais condições, tarefas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família.

Segundo ABRAZ (2012), quanto mais informações os familiares receberem e buscarem, mas fácil será sua aceitação para a doença. Existe uma associação que abrange o país todo que é chamada de Associação Brasileira de Alzheimer onde esclarece dúvidas, informações e principalmente a troca de solidariedade que muitas vezes é mais necessária

De acordo com Borges (2010), o cuidador assume, muitas vezes, um papel que lhe foi imposto pela circunstância, e não por escolha própria; apesar de, inicialmente, achar que esta missão seja sua, por muitas vezes ser um parente próximo. Sendo muitos casos comuns ocorrer que o cuidador familiar não tem a real noção do que lhe espera, não tem noção do quanto será exigido na tarefa de cuidar.

Segundo os autores Leitão, Morais e Guimarães (2006), o cuidador, será a pessoa de maior responsabilidade nas tarefas desenvolvidas, vai ter que se adaptar a essa situação. O que pensa muitas vezes estar em condições de fazer, sendo início da doença, pode no futuro com a progressão da mesma parece ser uma tarefa impossível de se realizar. Porém, se manter atualizado perante os sintomas da doença facilitará ao cuidador e seu trabalho tem uma tendência de evoluir na qualidade do serviço exercido.

Para Borges (2010) a tarefa de cuidador principal pode ser exercida somente por uma pessoa, porém todos os outros familiares devem ter suas

responsabilidades, para assim ajudar a diminuir na carga de estresse deste cuidador. (Refeito)

Segundo Grandi (1998), o cuidador será a pessoa que estará ligada ao paciente direta ou indiretamente e de seus cuidados físicos, psicológicos e sociais, será seu provedor de cuidados. Muitas vezes é conhecido e tido como a segunda vítima da DA, por causa da sobrecarga física, emocional e financeira que a doença atribui, devidos as transformações causadas ao paciente, como também pelo comprometimento integral de seus projetos futuros em decorrência a dedicação e cuidados reservados ao paciente.

De acordo com Pavarini et al (2008 p.4), cuidar de idosos dependentes pode causar impacto emocional e uma sobrecarga para os cuidadores. Esse impacto ou sobrecarga é definido como problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam como consequência de cuidar de idosos doentes.

Para Grandi (1998), é importante que o cuidador consiga de forma racional perceber os problemas e limitações que o paciente está e irá enfrentar conseguindo separar seus problemas pessoais, isso garantirá a percepção do adoecimento e a preparação psicológica de suas funções de cuidador.

De acordo com Borges (2010) para o cuidador desempenhar sua tarefa com excelência é primordial cuidar primeiramente de sua saúde para assim ter condições reais de ser um bom cuidador.

Segundo Grandi (1998), o ato de cuidar não é inato, ou seja, ninguém nasce sabendo realizar tal tarefa, é uma atividade que se aprende, e o cuidar de um portador de DA, é muitas vezes uma experiência dolorosa e normalmente quem cuida é uma mulher, apesar de existir homens que tiveram que aprender e desenvolver essa habilidade, porém a mulher ainda ocupa o primeiro lugar nessa tarefa por estar ligada historicamente a responsabilidades aos cuidados familiares.

Conforme Luzardo, Gorini e Silva (2006 p.588), a extensão e a complexidade de algumas doenças crônicas, progressivas e degenerativas repercutem de forma negativa sobre o cuidador, sendo esse merecedor de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, no que concerne a educação em saúde, pois muitas vezes desconhece as condutas adequadas frente às manifestações das doenças e as exigências de cuidar de um idoso fragilizado.

Segundo o autor Grandi (1998), existem três tipos de cuidadores que são: o domiciliar, o institucional e o familiar, o cuidador familiar é aquele que assume, voluntariamente ou não, os encargos com o parente doente e sua atividade é conforme seu parentesco.

De acordo com Borges (2010) se houver uma estrutura familiar favorável, ou seja, familiares dispostos a tomarem o papel de cuidadores deste idoso, melhor para todos e, principalmente, para o idoso

Para Sena e Gonçalves (2008), a definição de quem será o cuidador principal do portador de DA, está ligado ao tipo de vínculo que este desempenha com o portador, geralmente são pessoas do sexo feminino, sendo filha mais nova, ou a mais velha, a esposa, ou a filha solteira, ou a que está separada.

De acordo com Borges (2010), quem normalmente assume o papel de cuidador são as mulheres: a esposa, a filha, a irmã, a sobrinha, ou no caso de cuidadores profissionais seja uma cuidadora, do sexo feminino. Porém, Na grande maioria das vezes, a tarefa de cuidar, principalmente o cuidador principal recai sobre um membro da família que já mora com o idoso.

De acordo com Sena e Gonçalves (2008), na constituição da república federativa do Brasil no artigo 229, dispõe que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidades, em parceria com o Estado e a sociedade. A família tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito a vida.

Para Grandi (1998), o cuidador tem que ter consciência pelo fato da Doença de Alzheimer ser irreversível e progressiva, apesar de tudo e todos os esforços que serão realizados a doença vai progredir, e isso não será sua culpa, por este motivo a importância também do conhecimento da doença. Para depois o cuidador poder avaliar as maneiras de fornecer bem-estar e conforto físico e ambiental às duas partes, tanto para ele cuidador como para o paciente. E sempre buscar dividir com outras pessoas minimizando assim o estresse físico e psicológico.

Conforme Borges (2010), a doença de Alzheimer é ainda não cura e tem muita carência em relação a tratamento, sendo os cuidados relativos ao conforto, ajuda e atenção, os maiores alvos de bem-estar do paciente.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006), Existem medicamentos que auxiliam no alívio de alguns sintomas, como a agitação, a ansiedade, a depressão, as alucinações, a confusão e a insônia. Porém esses medicamentos não fazem efeitos em todos os pacientes, e seus efeitos agem por um curto período de tempo, e podem também causar efeitos colaterais indesejáveis.

Conforme Luzarda, Gorini e Silva (2006), o cuidador pode desenvolver um grande nível de ansiedade, tanto pela sobrecarga dos sentimentos e situações novas vividas quanto pela mudança muitas vezes dos papéis sociais que ocorrem no decorrer da evolução da doença. O cuidador é diariamente testado na sua capacidade de desenvoltura das atividades realizadas e adaptação à nova realidade que exige, além de dedicação, responsabilidade, paciência e mesmo abnegação. A tarefa de cuidar ultrapassa uma relação de troca. Aceita o desafio de cuidar de uma pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido por sua carga emocional, podendo gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, testando seus limites psicológicos e sua postura de enfrentamento.

Segundo Grandi (1998), é primordial que o cuidador cuide de si mesmo, tem que entender e estar claro que para conseguir prover cuidados a outra pessoa deve primeiro cuidar de si. Já que um cuidador também doente não irá ajudar na situação do portador de Alzheimer. Por este motivo é indispensável que o cuidador realize atividades prazerosas fora de casa, podendo assim extravasar suas tensões, angustias e estresses de seu dia a dia. Lembrando que são esses sentimentos acumulados que fazem com que muitos cuidadores abandonem sua tarefa de cuidar. Assim como também o acompanhamento de profissionais da área da psicologia ajudam a deixá-los mais preparados para as situações que irão encontrar.

De acordo com Borges (2010), conhecer bem a doença que afeta o seu familiar idoso é fundamental, saber como se manifesta, quais os sintomas, como será a sua progressão, assim como saber o que fazer em determinadas situações.

Segundo Grandi (1998), o cuidador que é familiar tem que conviver com muitas lembranças de perdas que acontecem diariamente e que se tornam cada vez maiores e aparentes durante o agravamento dos sintomas da doença. Para o cuidador a vida está sendo vivenciada naquele momento apenas por um participante com memória dela. E fica evidenciado que a perda da pessoa como ela era não ocorre sem luta. Sendo que o cuidador familiar se esforça para manter

características da pessoa como ela era mesmo que não saiba o que esta acontecendo. Segundo este autor, a tarefa de cuidar torna-se muito estressante devido à perda porque o mesmo vivência diariamente com as mudanças do parente que está doente.

De acordo ainda com o autor é inevitável que situações dolorosas ocorram na progressão da doença, por este motivo é de suma importância que o cuidador saiba e consiga gerenciar seus sentimentos, seu crescimento pessoal. Todavia, ser um cuidador é recompensador, mas se não bem administrados pode exaurir uma pessoa, física emocionalmente, levando a doenças e inabilidade para cuidar de outras pessoas.

De acordo com Borges (2010), o cuidador tem o direito de receber ajuda de toda a família, tem direito a descansar, de tirar férias, de receber afeto e carinho, consideração e respeito por aquilo que faz, tem direito de cuidar de seus próprios problemas. Enfim, a qualidade de vida do cuidador é primordial para a qualidade de vida do idoso.

5.1 O Cuidador e as atividades

Conforme Sena e Gonçalves (2008), no surgimento do diagnóstico de uma doença incapacitante como é o caso da DA, os cuidadores normalmente são do vínculo familiar. E assumir a responsabilidade e função de cuidador principalmente na DA que se torna com o progresso da doença incapacitante, é uma tarefa com enorme impacto no processo de viver do cuidador, envolve alterações em sua saúde física, emocional e social, pois normalmente o cuidador é contínuo, e envolve várias ações, surge como algo inesperado, e exigem conhecimento específico e habilidades, adicionada as outras atividades do cotidiano do cuidador, acarretando numa sobrecarga muito pesada e difícil.

Segundo Grandi (1998), como o processo da doença é lento e num período geralmente longo, é muito provável que a dinâmica familiar que era saudável passe a ser afetada pelas adversidades da doença a qual a família foi exposta. No curso da doença pode gerar complexas implicações sociais, econômicas e legais. Porém os membros da família pode aprender técnicas que os capacitem a cuidar com eficácia do parente com a DA, podendo muitas vezes

estimular as atividades cerebrais do pacientes a ponto de retardar a evolução da doença.

De acordo com Grandi (1998), a atividade que o cuidador realizará com um portador de DA, requer que ela tenha conhecimentos e habilidades sobre a doença, a fim de saber lidar com as situações e comportamentos do doente, tendo um envolvimento intenso e exigindo uma parcela significativa de seu tempo por um período indeterminado. Todas essas responsabilidades e situações até então novas pode gerar no cuidador um sentimento de medo, desapontamento, diminuição da motivação à vida e até uma ansiedade existencial e outros aspectos que podem comprometer a sua própria saúde.

Para Borges (2010), toda família deve estar informada sobre a Doença de Alzheimer e se manter atualizado referente às novidades que possam surgir.

Grandi (1998) salienta a importância de o cuidador estar sempre atento as novidades surgidas em relação à doença, sejam tratamentos, medicação, sintomas, etc. Pois, é através das informações que o cuidador passa a compreender que as mudanças no comportamento por exemplo não são de propósito e sim fazem parte da progressão da doença.

Segundo ainda o autor, é fundamental que o cuidador crie rotinas e esteja estruturado, para que o paciente se sinta protegido e assim o cuidador também conseguirá maior eficiência e energia para cuidar do doente.

Para Borges (2010), sabe-se que, até o presente momento, ainda não se tem condições de curar ou controlar a doença de Alzheimer. Porém, existem maneiras e condições de melhorar o dia-a-dia do idoso com Doença de Alzheimer, no sentido de proporcionar carinho, apoio físico e emocional, promovendo uma maior segurança e evitando ou minimizando tensões, que podem ocorrer.

De acordo com Melo e Mendonça (2007), O Alzheimer exige tanto das pessoas que cuidam dos pacientes que, algumas vezes, elas morrem antes dos doentes. É preciso que o cuidador mantenha-se física e psicologicamente saudável para dar conta de uma situação que gera extremo estresse.

Para Grandi (1998), os cuidadores muitas vezes sentem-se sobrecarregados com todas as responsabilidades que a tarefa exige, principalmente quando o cuidador assume outros papéis como o de esposa, filha, mãe, etc. alguns cuidadores conseguem facilmente assumir as responsabilidades de cuidador, outros

são mais resistentes tornando-se muitas vezes ressentidos e inconformados com a situação prejudicando assim o seu desempenho como também comprometendo a situação do paciente.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006 P.588), assim os efeitos psicossociais da doença fazem do cuidador uma importante entidade no contexto das investigações científicas acerca da DA e da conseqüente sobrecarga, termo traduzido da língua inglesa e conhecido internacionalmente com BURDEN: sentimento de sobrecarga experiênciado pelo cuidador ao realizar uma gama de atividades potencialmente geradoras de estresse e efeitos negativos.

Conforme Grandi (1998), um bom cuidador deve se manter equilibrado, ter autocontrole e sentimentos de manter consideração positiva com o paciente, sendo também observador e respeitoso. O cuidador bem treinado e qualificado é tido como o parceiro de tratamento por assistir o doente, suprir-lhes as necessidades e participar da promoção da saúde do paciente.

De acordo com Caldeira e Ribeiro (2004), as alterações fisiológicas e biológicas no idoso exigem participação e ajuda dos familiares e ou cuidadores. Através da proximidade física e dos vínculos emocionais, o sistema emocional da família é profundamente abalado, passam a se impor privações e modificações no estilo de vida para incluir as novas necessidades de seu membro doente. A família se vê envolvida por sentimentos intensos e conflitantes, difíceis de manejar que acabam por lhe impor certo isolamento.

Grandi (1998) relata a importância dos familiares e amigos próximos devem aceitar e aprender a se ajustar as situações nada fáceis trazidas como conseqüência da doença, como também da importância da informação sobre a doença, e suas manifestações, pois em grande parte poderá afetar toda a dinâmica familiar.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006), os vizinhos e os amigos podem ter ajudar os cuidadores e familiares nos cuidados com o idoso com Doença de Alzheimer. Podendo prestar atenção e acompanhar o idoso, quando este tem tendência a perambular, e podem ajudar em situações de realização de compras ou alguma volta que seja necessária quando o cuidador não pode ausentar-se da presença do idoso. Isto iria aliviar a tensão de tantas atividades

atribuídas ao cuidador, fazendo com que tenha mais tempo para cuidar da pessoa doente.

Conforme Luzarda, Gorini e Silva (2006 P593), as demandas dos cuidados produzidos pela DA, e pelas necessidades de saúde do idoso passam a influenciar o cotidiano do cuidador, transformando seu contexto de vida. Portanto é imperiosa a adoção de estratégias que representem suporte profissional para a capacitação e desempenho de cuidados institucionais e domiciliares.

Grandi (1998) ressalta a importância do relacionamento da família e do paciente, além do cuidador familiar também é muito importante o fazer parte um cuidador domiciliar com profissionais especializados, e a família procurar grupo de apoios, serviços de auto-ajuda que lidam com a Doença de Alzheimer.

Conforme Luzarda, Gorini e Silva (2006), o cuidador de idosos com a Doença de Alzheimer, precisa ser de orientações de como agir em situações difíceis e receber visitas periódicas de profissionais de saúde.

Para Grandi (1998), procurar sempre simplificar o estilo de vida, saber identificar em quais momentos sua presença é indispensável, e quais outras podem ser divididas com outras pessoas. Com o avanço da doença o paciente deixa de ser cada vez menos a pessoa que foi antes do desenvolvimento da doença, sendo essa a pior parte para o cuidador, pois o mesmo percebe que está perdendo seu ente querido, é neste momento que se percebe a importância das divisões das atividades, e também de uma equipe de profissionais qualificados, para que ajudem nas adaptações que surgirem com a doença. Mesmo que o cuidador pense que não precisa que ainda consegue sozinho, é importante essa divisão e apoio, assim como também estar sempre em contato com pessoas que estejam na mesma situação para uma troca de experiências.

Este autor relata ainda, que o cuidador precisa lembrar e ser consciente de que o comportamento e as emoções do paciente estão desorientados por causa da doença, e não são intencionais. Por isso é muito importante o conhecimento que o cuidador deve ter em relação à doença, para entender que os problemas de comportamento do paciente podem abrir possibilidades de solucioná-los de forma coerente. Os comportamentos e problemas surgem conforme com a fase da doença, e o cuidador deve adaptar-se as novas situações atrás de condutas resolutivas e não apenas com soluções padronizadas a cada problema. Assim, as soluções serão adaptadas com flexibilidades a cada situação. Já a infantilização por parte da família

e do cuidador em relação ao paciente gera uma reação negativa frente à doença, deve-se ser evitada essa atitude. O paciente de Alzheimer perde sua capacidade intelectual e seu senso crítico, mas não deve perder sua dignidade e respeito. É inquestionável que a doença traz mudanças definitivas, mas devem-se buscar no paciente atuações e reações frente às suas limitações e incapacidades, e o cuidador deve focalizar e aproveitar as coisas que o doente ainda consegue fazer e estimula o paciente a caminhar diariamente enquanto a doença o permitir, banho supervisionado, alimentação orientada, leituras, jogos que estimulem a memória e o raciocínio.

Conforme Borges (2010) relata a importância do cuidador e familiares algumas regras que podem melhorar na administração durante o percurso da Doença de Alzheimer, Relata a importância de procurar manter tudo o mais normal possível, não tratando o idoso como doente, respeitando-o como pessoa normal, manter a rotina é fundamental e saudável, na vida do idoso com DA, procurando sempre fazer as mesmas coisas de costume, sempre na mesma hora, isso ajuda o idoso a lembrar as coisas do dia a dia refletindo assim na sua memória. Assim como a importância da estruturação do ambiente, sendo um local mais seguro, simples e o mais previsível possível, ajudando assim o idoso com DA a se situar no ambiente e se perceber como parte dele.

Com problemas de memória e a perda da coordenação motora, o autor adverte sobre o cuidado dos acidentes domésticos. Portanto segurança no ambiente onde o idoso com DA se encontra é fundamental. Além disto, procurar manter o bom humor e um ambiente com alegria, e leve, ajuda tanto o cuidador no decorrer de sua tarefa como alivia o estresse do idoso.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006), durante a tarefa de cuidar de um idoso com Alzheimer, é importante que o cuidador compreenda o que pode e o que não pode fazer, que defina prioridades e que haja, então, em conformidade, quando suas metas não forem atingidas. Evitando estabelecer para si próprio metas irrealistas, que sejam impossíveis de atingir ou difíceis de serem mantidas durante um certo período de tempo.

Para Grandi (1998), deve ficar claro que o cuidador não pode exigir a perfeição de si mesmo e ter bom senso para perceber que é impossível controlar cada situação perfeitamente, sabendo também reconhecer seus próprios limites,

procurar viver paralelamente outras experiências para que possa equilibrar seus sentimentos negativos, assim como também muito importante o descanso do cuidador para que possa se sentir pronto e preparado a cada novo dia. Sentimentos que podem acabar se desenvolvendo como o de raiva, depressão, frustração, perda, revolta, inconformismo, estresse, e o de culpa, devem ser conhecidos e trabalhados com profissionais da área da saúde. O cuidador deverá evitar confrontos entre ele e o paciente, afinal discutir não vai adiantar, normalmente só geram frustrações e sentimentos negativos entre os dois. Sempre que possível o cuidador deve evitar a confrontação e raciocinar em cima da situação, na maioria das vezes encontrará uma saída se usar de criatividade. Os cuidadores que são experientes oferecem muitas sugestões para convencer o paciente a fazer o que é necessário, sem atritos.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006), é necessário criar situações e momentos do dia em que o cuidador possa ficar sozinho, sem realizar suas tarefas de cuidar ou dialogar em momentos não vinculados ao trabalho. Pois, caso contrário o cuidador poderá sentir emoções contraditórias relativamente à pessoa de quem cuida e não ter ninguém com quem discutir o assunto.

Conforme Melo e Mendonça (2007), a doença afeta a capacidade de aprendizado, de atenção, orientação, compreensão e linguagem. O que em muitos casos o portador da doença pode se tornar teimoso e insistir em fazer o que já não pode e não consegue mais fazer. Sendo assim muitas vezes o cuidador pode vir a sentir raiva do doente e da situação, este sentimento é normal, porém o cuidador deve reconhecê-la e saber controlar seus instintos.

Conforme Pavarini et al (2008), o cuidar de um idoso com doença de Alzheimer acaba por causar uma sobrecarga física e emocional à vida do cuidador, associadas ao comprometimento das atividades da vida diária do idoso, principalmente no estágio grave da doença.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006), quando o cuidador conseguir se organizar em seus horários, separar um tempo para seu lazer, e nesse momento precisa procurar esquecer os problemas e de sua função de cuidar, poderá aproveitar a oportunidade para ter uma noite bem dormida e não fazer nada durante todo o dia. Mas, é muito importante que o cuidador mantenha contato com outras pessoas, sair de casa para se divertir e espairecer, falar e pensar em assuntos que não sejam a doença e faça um pouco de exercício.

Segundo Grandi (1998), na fase final da doença de Alzheimer o paciente precisará de cuidados permanentes precisando de assistências nas atividades mais básicas de sobrevivência. É nessa última fase que o cuidador poderá sofrer de forma mais profunda de estresse físico, emocional, social e financeiro. Muitas vezes fazem o sacrifício pessoal para cuidar de seus entes queridos, abrindo mão de praticamente tudo para terem total disponibilidade de cuidar do paciente. O melhor redutor de estresse seria a cura da DA, mas atualmente isso ainda não é possível. Entretanto para reduzir o estresse dos cuidadores e dos portadores da DA, são os grupos de apoio, de aconselhamento e de educação, grupos de convivência com outros familiares, técnicas de reabilitação, intervenção psicoterápica e centros de referências.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006), para o cuidador, lidar todo dia com situações como: banho, roupas, a higiene do idoso e lidar com os distúrbios de comportamento podem ser uma das atividades mais desgastantes, mesmo que realizada há pouco tempo.

Para Caldeira e Ribeiro (2004), considera a Doença de Alzheimer como uma doença familiar pelo fato de mudar totalmente o cotidiano, a rotina da família. A carga de ministrar cuidados torna os familiares envolvidos, vítimas da DA, espoliando suas reservas, incertezas e a imprevisibilidades abala sua moral e crença de que estejam proporcionando um cuidado digno ao seu familiar.

Conforme Luzarda, Gorini e Silva (2006), a tarefa de cuidar de alguém com a doença de Alzheimer exige dedicação praticamente exclusiva, fazendo com que ele muitas vezes deixe suas atividades, e passa a se dedicar exclusivamente ao doente. Algumas pessoas abandonam seus empregos e ocupações, deixam de viver suas próprias vidas, muitas vezes seguindo para o isolamento social e a depressão.

De acordo ainda com os autores, existem muitos impactos negativos durante o longo período da Doença de Alzheimer, aos membros da família, incluído distúrbios pessoais e familiares, depressão e ansiedade, hostilidade, aumento do uso de medicação psicotrópica e disfunção imunológica, podem ter continuidade mesmo depois da morte do paciente. Por se tratar de uma doença onde a paciente precisa de vigilância e acompanhamento contínuo, as atividades dos familiares principalmente do cuidador normalmente são interrompidas ou ficam bem restritas.

Muitas vezes precisando se afastar do trabalho. E para o cuidador familiar, o tempo de lazer fica restrito, as atividades para promoção da própria saúde também.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006) cuidar de alguém com demência é física e mentalmente esgotante. Além da ajuda que o cuidador dá durante o dia, dorme pouco, principalmente quando a pessoa perambula durante a noite. Isto pode significar muito esforço físico para o cuidador. Como normalmente apenas uma pessoa se responsabiliza dos cuidados com o idoso com Alzheimer, o cuidador vai ficando cada vez mais isolado dos amigos e de uma vida social saudável.

Para Luzarda, Gorini e Silva (2006), estudos evidenciaram que o cuidador ao assumir sozinho, os cuidados do idoso no domicílio, manifesta freqüentemente seu desconforto e sentimento de solidão, quando não sente apoio de outros membros da família. A necessidade de dividir com outras pessoas o desgaste provocado pelas situações de enfrentamento de eventos negativos indica a vontade de suavizar o impacto provocado pela carga de tarefas.

De acordo com Leitão, Morais e Guimarães (2006), algumas famílias preferem manter somente um cuidador principal. Porém, mesmo que isso ocorra é necessário que os outros membros da família possam prestar uma grande contribuição assistencial. Colaborando assim com o cuidador principal nos transportes, na parte da documentação, ou a fazer companhia à pessoa com demência.

Segundo Inocente e Camargo, A Cid 10 (2004) descrevem o episódio depressivo como humor deprimido, perda interesse e prazer, e energia reduzida e cansaço esforços leves. Podendo ser dividido entre leve, moderado e grave.

De acordo com Camargo e Neves (2004), saúde mental é reconhecida pela OMS desde sua origem e está refletida em sua definição de saúde como não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Para Grandi (1998), o papel que o cuidador exerce, propicia um grande impacto sobre a saúde mental dos familiares, especialmente se forem cônjuges, em particular em mulher mais idosa, que em geral prestam cuidados mais intensivos. A depressão torna-se o problema psiquiátrico mais prevalente, mas a hostilidade e ansiedade clínica também são comuns. A grande maioria dos cuidadores apresenta

distúrbios psiquiátricos significativos que contaminam o convívio familiar, que em grande parte são adquiridos pelas muitas obrigações e responsabilidades a que não estavam preparados e acostumados, como por exemplo: lidar com manipulação de medicações, higiene íntima, alimentação, etc. a pressão psicológica é muito grande, principalmente quando o cuidador se vê sozinho, sem o apoio dos demais familiares para tomar decisões.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006), É importante que o cuidador possa receber ajuda de pessoas da família, mesmo que este ocorra em momento de visita, pois a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do indivíduo e seu conseqüente sentimento de sobrecarga pelos efeitos psicossociais da doença (p 592).

Segundo Caldeira e Ribeiro (2004), os cuidadores se deparam com vários fatores, que vai desde a aceitação do diagnóstico, lidar com um estresse cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro. Com isso, o cuidador ficará vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, a abusar fisicamente e verbalmente do paciente, de álcool, de medicamentos psicotrópicos.

Conforme Leitão, Morais e Guimarães (2006), o esforço continuado e a dedicação realizada pelo cuidador poderão em muitos casos diminuir a resistência à doença do cuidador e levá-lo a situações de “stress” e mesmo, em alguns casos, à depressão.

Segundo Inocente e Camargo, (2004) fica caracterizada enfermidade mental laboral quando o transtorno resulta do agravo ou a causa é diretamente ligada ao trabalho que a pessoa realiza. E o ambiente pode construir para desencadear ou agravar estados depressivos nos trabalhadores. A depressão laboral pode causar muito mais prejuízos físicos, profissional e social ao trabalhador podendo levar ao absenteísmo, à queda de produtividade e também a hospitalização, consultas ambulatoriais e uso de medicação.

De acordo ainda com Inocente e Camargo (2004), a depressão no ambiente de trabalho pode se manifestar de diferentes maneiras, podendo ser através de expressões somáticas, de mal estar, ou doença fisiológicas, acidentes de trabalho, uso de substâncias ilícitas,

Conforme Camargo e Neves (2004), existem diferentes definições da Saúde mental, abrangendo entre eles o bem estar subjetivo a auto eficácia percebida a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a realização do potencial intelectual emocional da pessoa. Quando a saúde mental está comprometida desempenha um significativo papel na diminuição do funcionamento imune, podendo assim desenvolver diversas doenças.

De acordo com Sena e Gonçalves (2008), Muitos cuidadores demonstram ansiedade ou ate mesmo falta de perspectivas referentes ao seu próprio futuro, seja ele pessoal ou profissional, tendo em vista que muitos largam sua carreira para dedicação total ao doente.

Ainda segundo o autor, existe uma tendência maior dos cuidadores familiares que vivem com o parente com DA de desenvolverem depressão e outros distúrbios, mesmo com o internamento em asilos ou morte do paciente, os cuidadores permanecem fazendo uso de medicações psicotrópicas.

Sendo caracterizado de acordo com o autor Camargo e Neves, (2004), Episódios Depressivos (F32) de humor deprimido, pela perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída, outros sintomas podem Sr percebidos também tais como: concentração, atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, sono perturbado, distúrbios na alimentação. Reações ao estresse grave e Transtornos de adaptação (F43) e Estado de estresse pós traumático (F43. 1). Neurastenia (F48.0) Divide-se em dois grupos, o primeiro pode ser caracterizado pela queixa de fadiga aumentada após esforço mental, dificuldade de concentração e pensamentos geralmente ineficientes, normalmente associada a alguma diminuição do desempenho ocupacional ou eficiência de adaptação em tarefas diárias. Já o segundo tipo caracteriza-se por fraquezas e exaustão corporal ou física após esforços apenas mínimos, acompanhados por um sentimento de desconforto e dores musculares e incapacidade de relaxar. Outros transtornos neuróticos especificados (inclui Neurose Profissional) (F48.8). São os problemas relacionados com o emprego e com o desemprego, mudança de emprego, ameaça na perda do emprego, ritmo de trabalho penoso, desacordo com o patrão e colegas de trabalho, condições difíceis de trabalho.

Já Guimarães e Cardoso (2004), relatam que a Síndrome de Bournout, síndrome do esgotamento profissional (Z73.0), Pode surgir devido a vários estressores emocionais e interpessoais no trabalho, é caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho., isso ocorre principalmente quando se encontra um ritmo de trabalho penoso, ocasionando muito as vezes dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho.

De acordo com os autores, a síndrome de bournout tem sido definida como um fenômeno multidimensional, formado por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do sentimento de realização profissional no trabalho. A exaustão emocional se caracteriza por uma falta ou diminuição de energia e um sentimento de esgotamento emocional, somando a frustração e tensão nos trabalhadores que percebem já não terem condições de dispender mais energia para o atendimento de seu cliente. Esta concepção trata cliente, colegas como objetos, podendo demonstrar insensibilidade emocional e diminuição da realização pessoal, indicando uma tendência do trabalhador a auto avaliar-se de forma negativa sentindo-se muitas vezes infelizes com elas próprias e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional.

Para Grandi (1998), quando o nível de estresse está elevado acaba por ser prejudicial tanto para o cuidador quanto para o paciente. A tarefa de cuidar gera várias situações propicias ao aumento do estresse, podendo assim levar a vários problemas de saúde. Por este motivo é importante que o cuidador saiba reconhecer os sinais do estresse nele mesmo, fazendo isso ele poderá ser um melhor cuidador, mais capacitado, desempenhar melhor seu papel, e diminui os riscos de ter problemas emocionais e psicológicos.

De acordo com Leitão, Moraes e Guimarães (2006), o cuidador deve ter a preocupação de cuidar de si mesmo. Isso não caracteriza uma reação egoísta, pelo contrário, é essencial para que a qualidade dos cuidados prestados, que a sua saúde e o seu bem-estar não se deterioreem.

Segundo Martins e Guimarães, (2004), o estresse se conceitua em termos de relação entre o trabalho e a pessoa, podendo aparecer quando as exigências do trabalho não se ajustam as necessidades, expectativas ou capacidades do trabalhador.

Conforme Guimarães e Freire, (2004) o estresse é sempre uma reação a uma situação específica, na qual supõe um risco ou ameaça. Na maioria das vezes são estressores externos, vindos de condições próximas que podem ser provocadas por situações estressantes relacionadas a estados ou situações internas. Os agentes estressores são normalmente exigências diante das quais a pessoa tem que confrontar-se e que provocam uma tentativa de superação ou resolução do problema. As reações de estresse aparecem como consequência de uma discrepância entre o que se exige e o que se pode fazer.

Conforme Grandi (1998) é importante que o cuidador saiba reconhecer alguns sinais do estresse, como por exemplo: a negação da doença e seus efeitos no paciente, vale salientar que essa negação pode estar ligada a outros sentimentos, como o de angústia, tristeza, sensação de impotência, outro sinal de estresse do cuidador muitas vezes pode ser o desenvolvimento da raiva da pessoa e de outras pessoas, muitas vezes também por não existir a cura da doença. Muitas vezes com a tarefa de cuidar, a pessoa acaba por se isolar, evitando outras pessoas que até então eram do seu meio social, assim como pode gerar uma ansiedade com questões de planejamento de futuro, por se tratar de uma doença que não tem cura atualmente, é comum entre os cuidadores acabam por desenvolver depressão, outro sinal de estresse do cuidador é o fato ficar cansado com toda a dedicação diária, causar insônia, a irritabilidade que acaba por levar ao mau humor podendo levar a reações e respostas negativas, falta de concentração também acaba sendo comum de acontecer como cuidador, não conseguindo muitas vezes realizar tarefas simples e necessárias, podendo em muitos os casos o desenvolvimento de problemas de saúde tanto mental quanto fisicamente, descontrole emocional gente muitas vezes agressividade e violência, muitas vezes com ele mesmo, com o paciente ou terceiros, outro sinal também é a perda do controle gerando impaciência e sentimentos de culpa.

De acordo com Pavarini et al (2008), o ato de cuidar muitas vezes acarreta de forma negativa o cuidador, inclusive na prestação de serviços com o doente, causando muitas vezes hospitalização ou institucionalização dos dependentes e até a morte do próprio cuidador.

Para Martins e Guimarães (2004), o estresse relacionado ao trabalho se tornou uma das principais causas de incapacidade laboral, sendo responsável por

desenvolvimento de diversas doenças e dificuldades tais como distúrbio do sono e do humor, distúrbios estomacais e dores de cabeça, dificuldade de relacionamento familiar, doenças crônicas também são desenvolvidas por causa do estresse laboral porém mais difíceis de perceberem porque são doenças que vem levam um período longo para se estabelecer, especialmente doenças cardiovasculares, distúrbio músculo esqueléticos e distúrbios mentais.

De acordo ainda com os autores, muitos cuidadores perdem a calma, a paciência com o paciente, porém podem sentir-se culpados por essa reação, a perda do controle, pode estar ligada a relação do cuidador e do paciente tinha antes do diagnóstico, ou por desejar a morte do paciente, sentir muito o peso da atividade, por deseja colocá-lo numa instituição. Sentir culpa é comum e até compreensível diante da doença de Alzheimer, que tem uma piora dos sintomas de forma progressiva. Mas esse sentimento deve ser bem administrado e trabalhado para que não prejudique nem o cuidador nem o paciente.

Conforme Pavarini et al (2008), Cuidar de um familiar com Alzheimer por vários anos é um processo que traz como consequência o desgaste físico e emocional para o cuidador principal e para toda a família quando esta também da assistência ao cuidador principal.

Para Leitão, Morais e Guimarães (2006), nos últimos estádios da doença, é muito provável que ocorra a necessidade que os cuidados sejam realizados com profissionais cuidadores num hospital ou casa de saúde. Segundo Grandi (1998), quando houver estresse excessivo e a não colaboração ou compreensão de familiares, o cuidador deve considerar a possibilidade de internar o seu parente em uma instituição, muitas vezes isso pode restabelecer o relacionamento entre o cuidador e o paciente. Muitos cuidadores não aceitam a internação comparando isso como o início do luto propriamente dito.

Conforme Grandi (1998), o cuidador pode sentir-se magoado com as reações do paciente, um simples gesto de carinho pode não ser reconhecido pelo paciente, porém se a doença esta bem esclarecida, e o cuidador estiver bem qualificado, o mesmo saberá seu papel e da importância dele. Conviver com uma doença como a DA, que é considerada ainda irreversível, requer um esforço físico, e mental, diário, por esse motivo é muito importante que o cuidador mantenha as atividades que sempre foram consideradas por ele prazerosas.

Sempre que o paciente está num momento de estresse é importante que o cuidador tenha a habilidade de conseguir distraí-lo de forma criativa. Isso ajuda a diminuir o nível de estresse também do paciente. Não é incomum pacientes com DA sofrerem abusos físicos e negligências. Esses sinais de estresse são extremamente perigosos pelo descontrole do desespero e pela má administração pessoal do sofrimento. O remorso a raiva e o sentimento de culpa reforçam a necessidade de ajuda profissional de psicólogo ou psiquiatra, o cuidador deve reconhecer com clareza que o paciente perdeu sua capacidade de julgamento. O idoso não se tornou um idoso encargo intelectualmente, o que não justifica condutas de não apoio, abandono para o paciente de Alzheimer.

De acordo com Luzarda, Gorini e Silva (2006), a carga emocional e física do cuidador mostra que este ao ser provedor de si mesma e do idoso assume uma responsabilidade além dos seus limites, motivo pelo qual necessita ser apoiada, valorizada e reconhecida pelo trabalho que realiza.

De acordo com Grandi (1998), os cuidadores ficam sobrecarregados, devido os anos de dedicação e enfrentamento da DA. São anos de estresse físico, emocional e financeiro, e por presenciar dia a dia o declínio de seu ente querido. Contudo em muitos casos passam a maltratar os doentes que já são vítimas das consequências da doença. Um cuidador que não é capaz de cuidar de si mesmo, não tem condições de cuidar de um paciente com DA.

Para Leitão, Morais e Guimarães (2006), os grupos de suporte para cuidadores podem dar a oportunidade de se encontrar com outras pessoas que estão na mesma situação. Podendo assim se identificar com os problemas e em muitos casos ajuda e apoio nas situações difíceis.

Para Borges (2010), o auxílio dos grupos de auto-ajuda, sempre é de muita importância. Se tratando de organizações que se preocupam principalmente com Doença de Alzheimer, fornecendo uma série de subsídios para o cuidado necessário. As reuniões são bastante educativas, e mostram aos familiares e cuidadores que não estão sozinhos.

6 CONCLUSÃO

De acordo com a pesquisa realizada, o cuidador na grande maioria das vezes abre mão da própria vida, de seu lazer, assim como também da própria saúde, para conseguir cuidar do paciente com Alzheimer. Sendo essa tarefa essencial nos cuidados do paciente com Alzheimer e em meio a todas as dificuldades encontradas, acabando por refletir na qualidade de vida tanto do cuidador como com consequência do paciente.

Junto a isso, identifica-se que o contexto de vida do cuidador e os problemas por ele enfrentados em seu cotidiano, ainda não adquirem visibilidade social e ocorrendo muitas vezes o afastamento e isolamento social.

Percebeu-se também a necessidade de se repensar o que é velhice, de como cuidar e a forma de se realizar esses cuidados na velhice. Como orientar cuidadores domiciliares e na formação de profissionais da área da saúde.

É necessário compreender que principalmente o cuidador domiciliar, normalmente não está apto a essa tarefa, portanto, precisa primeiramente se embasar sobre a Doença de Alzheimer, tanto do desenvolvimento da doença aos comportamentos desajustados que irá presenciar e vivenciar, até a fase final.

O cuidador domiciliar que é familiar, ou seja, aquele que muitas vezes não teve preparação para o enfrentamento das situações que irão surgir no decorrer das atividades com o avanço da doença assume essa responsabilidade por um potencial humano, por empatia e a importância do respeito ao próximo.

Fica clara então a necessidade de se dar uma maior atenção voltada ao cuidador e a tarefa que este desempenha. Manter sua qualidade de vida é essencial para o desenvolvimento de sua tarefa de cuidar. Refletindo assim na qualidade de vida do idoso com a Doença de Alzheimer.

Perceber e reconhecer a dificuldade daquilo que faz e que tem suas limitações, dividindo essa tarefa de cuidar com outros parentes também é importante, assim como também contar com profissionais da área da saúde que já estão preparados para lidar com essa doença.

De acordo com os conteúdos pesquisados e analisados, a difícil tarefa de cuidar de um idoso com Alzheimer, principalmente quando este cuidador é um

familiar próximo, poderá por acarretar em frustrações diante sua incapacidade na luta contra a doença, e ver seu ente querido morrendo a cada dia.

Com base ainda na análise dos conteúdos encontrados nos estudos revisados mostra que pode ocorrer transtornos psiquiátricos, devido à carga muitas vezes pesada, negativa e muitas vezes frustrante diante das dificuldades que são encontradas durante a tarefa do cuidador domiciliar de idosos com Doença de Alzheimer.

Apesar das diversas opiniões dos autores a respeito da doença e seus cuidadores, todos os autores estudados destacam sobre a sobrecarga e os impactos negativos na vida dos cuidadores.

Apesar, de ser uma realidade constantemente vivenciada por muitas famílias e cuidadores, sugere-se para essa situação a necessidade de se instituir políticas públicas de saúde abrangendo os aspectos relativos à Doença de Alzheimer e seus cuidadores e ampliação nos investimentos em pesquisas na prevenção do impacto no cuidador.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. Disponível em: <<http://www.abraz.com.br/>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2012.

BORGHI, Ana Carla et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores - **Rev. Gaúcha Enferm.** v.32(4), 2011, p. 751-758. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400016&lang=PT Acesso em: 15 de Dezembro de 2012.

BRASIL **Primeiros sinais são ignorados, pelas pessoas.** 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/09/21/primeiros-sinais-de-alzheimer-sao-ignorados-pela-maioria-das-pessoas-diz-neurologista> Acesso em 16 de Dezembro de 2012.

BORGES, Márcio **Manual do Cuidador-** Convivendo com Alzheimer. 2010. <http://www.cuidardeidosos.com.br/manual-do-cuidador-alzheimer-2/>Acesso em 20 de maio de 2013.

CALDEIRA, Ana Paula S; RIBEIRO, Rita de Cássia H. M. O enfrentamento do cuidado do idoso com Alzheimer. **Arq. Ciência Saúde.** v.11, n.02, 2004.

CAMARGO, Duílio Antero; NEVES, Sérgio Nolasco Hora das. Transtornos mentais, saúde mental e Trabalho. In GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. **Série Saúde mental e trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo.2004, vol. 3.

CAMARGO, Duílio Antero; INOCENTE, Nancy Julieta. Contribuições para o diagnóstico da Depressão no Trabalho. In GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. **Série Saúde mental e trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo.2004, vol. 3.

GRANDI, Isabella. **Conversando com o Cuidador:** A doença de Alzheimer. Belém: Grafisa, 1998.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto contexto - enferm.** v.21, n.1, 2012, p.150-157. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100017&lang=PT Acesso em: 15 de Dezembro de 2012.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; CARDOSO, Wilma Lúcia C.D. Atualizações sobre a Síndrome de Bournout. In GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. **Série Saúde mental e trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, vol. 3.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; FREIRE, Heloísa Bruna Grubits. Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. In GUIMARÃES, Liliana

Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. Universidade Católica Dom Bosco. **Série Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, vol. 2.

INOUYE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina. **Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador**: Um estudo comparativo. Cad. Saúde Pública 26(5): 891-899. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500011&lang=pt Acesso em: 15 de Dezembro de 2012.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da Silva. **Características de Idosos com Doença de Alzheimer e seus Cuidadores**: Uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Porto Alegre, 2006.

MARTINS, Daniela de Almeida; GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães. **O modelo de estresse ocupacional demanda controle**. In GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. **Série Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, vol. 2.

MELLO, Katia; MENDONÇA, Martha. Os anjos da guarda de quem tem Alzheimer: As histórias comoventes de quem cuida dos pacientes da doença degenerativa que atinge 1 milhão de brasileiros – uma missão estressante e às vezes fatal. **Revista Época**, edição 490, Sessão Saúde & Bem estar, 2007. Disponível em < <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG79465-8055,00.html> Acesso em: 07 de março de 2013.

PAVARANI, Sofia Cristina Losti et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: A vivência de cuidadores familiares. **Eletr. Enf.** [internet] v.10, n.3, 2008, p.580-90.

PAULA, Juliane dos Anjos de; ROQUE, Franceline Pivetta; ARAÚJO, Flávio Soares de. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J. bras. psiquiatr.** V.57, n.4, 2008, p.283-287. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852008000400011&lang=PT Acesso em: 15 de Dezembro de 2012.

PINTO, Meiry Fernanda et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paul. enferm.** [online].vol.22, n.5, 2009 pp. 652-657. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000500009>>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2012.

SENA, Edite Lago da Silva; GONÇALVES, Lúcia Hisako Takase. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer: Perspectiva da filosofia de Merleau- Ponty. **Texto e Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, 2008,p.232-240.

SMALL, A S; MAYEUX R. Delirium e Demência In: ROWLAND, Levis P. (Ed) **Merritt Tratado de neurologia** 11. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.