

## Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer<sup>1</sup>

*The profile of caregivers of elderly with Alzheimer's  
Disease*

Claudia Lysia Oliveira de Araújo  
Janaina França Oliveira  
Janine Maria Pereira

**RESUMO:** O cuidador de idosos é tido como o profissional que oferece cuidados para suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva, de uma pessoa nas suas tarefas práticas como as atividades de vida diária e de autocuidado. A tarefa do cuidar inclui, entretanto, ações que visam, no caso de uma pessoa com impedimentos físicos ou mentais, a levá-la a participar de atividades ligadas a seu bem-estar ou melhora subjetiva e promover as relações no campo social, com as outras pessoas, extensivas ao próprio cuidador, mas também no campo afetivo, amoroso. Isso complica bastante especialmente no caso de pessoas idosas com Doença de Alzheimer, foco deste trabalho. O objetivo deste estudo é, pois, mapear o perfil sociodemográfico e o tempo dispendido nas tarefas associadas aos cuidados, a partir de variáveis como: faixa etária; sexo; escolaridade; grau de parentesco com o idoso; tempo de cuidados ao portador de Doença de Alzheimer; se cuidador formal ou informal; suas atividades de vida diária; horas de cuidados com o idoso por dia; se recebe ajuda de familiares; conhecimentos e dúvidas sobre a doença; seus sentimentos; alterações psicológicas e físicas desenvolvidas; agressões sofridas; informações sobre ações sociais; e recursos de políticas públicas. Trata-se de estudo qualitativo-quantitativo, de caráter exploratório-descritivo, realizado em uma regional da Associação Brasileira de Alzheimer de cidade do médio Vale do Paraíba. A população do estudo foram os cuidadores de idosos com Doença de

---

<sup>1</sup> Este trabalho, desenvolvido em forma de TCC pelas alunas das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila, de Lorena (SP), vem ao encontro das exigências do Cuidado à Pessoa Idosa, o que se complexiza no caso das pessoas com a Doença de Alzheimer, o que chama a atenção ao trabalho do Cuidador, reconhecido, de fato, como dos mais desgastantes.

Alzheimer, que aceitaram participar do estudo. Constatou-se que o grupo desses cuidadores manifesta grande desgaste físico, emocional e subjetivo, que se liga a uma carga excessiva e extenuante de trabalho, a ponto de eles viverem praticamente em função de seus doentes, esquecendo-se de si próprios e não cuidando absolutamente de si. O estudo vem ratificar que os impactos e desafios a um cuidador de idoso com D.A. são complexos e com consequências preocupantes à relação idoso-cuidador e à própria vida do cuidador, o que mostra a imperiosa necessidade de se encontrarem vias para solucionar a problemática dessas relações.

**Palavras-chave:** Cuidador; Idoso; Doença de Alzheimer; Enfermagem.

**ABSTRACT:** *The elderly caregiver is the person who provides care to meet the functional disability, temporary or permanent, of a person in their practical tasks such as activities of daily living and self-care. The task of caring includes actions aimed, in the case of a person with physical or mental, to take her to participate in activities related to welfare or subjective improvement in relations and in the social field, with the others, the very extensive caregiver, but also in the emotional, loving, especially for older people, a concern of this work. The objective of this study is therefore to map the demographic profile and the time spent on tasks associated with care, since variables such as age, gender, education, relationship to the elderly; time care for patients with Alzheimer's Disease; is formal or informal caregiver; their daily activities, hours of care for the elderly per day if receiving help from family, knowledge and questions about the disease, their feelings, psychological changes and physical activities; aggressions; information about social actions; resources and public policy. It is a qualitative study, quantitative, descriptive exploratory held on a regional Alzheimer's Association Brazilian city of the Middle Paraíba Valley. The study population were the caregivers of patients with Alzheimer's Disease who agreed to participate. It was found that the group of caregivers manifested great physical, emotional and subjective, connected to an excessive load and strenuous work, almost to the point of living according to their patients, forgetting themselves and not taking care of yourself. The study ratifies the impacts and challenges to a caregiver for elderly people with Alzheimer's Disease are complex and worrying consequences to the elderly-caregiver relationship and the caregiver's own life, which shows the urgent need to find solutions to the complexity of these relationships.*

**Keywords:** Caregiver; Aging; Alzheimer's; Nursing.

## Introdução

Quando familiares ou cuidadores observam um declínio no cognitivo do idoso que lhe é próximo, é recomendado que se valorizarem, de igual forma, todas as observações feitas por esse idoso no cotidiano de sua vida. O reconhecimento de déficits cognitivos, ainda que leves, exige que essas pessoas sejam acompanhados de perto, já que apresentam maior risco para o desenvolvimento de demências (Ramos; Stein; Castro Filho; Chaves; Okamoto; Nitri; Cohen; Feightner; Feldman *et al.*, 2009).

Demência é palavra advinda do latim *dementia*, cujo significado etimológico é mente vazia, e, hoje, designa uma síndrome, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas, tendo, como características mais marcantes, o rebaixamento intelectual, da memória, e especialmente mudanças no comportamento (Santana; Figueiredo; Ferreira & Alvim, 2008). Por causar incapacidade e mortalidade, essa patologia é considerada um problema de saúde pública entre os idosos, em especial entre os idosos mais idosos (idade superior a 80 anos) (Montano & Ramos, 2005).

A demência pode ser definida como o comprometimento adquirido da memória, associado a um prejuízo em pelo menos uma das outras funções cognitivas da linguagem: gnósias, praxias ou funções executivas, que interferem na capacidade funcional, desempenho social ou profissional do indivíduo (Ramos *et al.*, 2009).

A demência, em suas diversas formas, tem particular importância nos processos mórbidos que acometem os idosos, não só pela sua frequência, mas também por ser possivelmente a mais devastadora das entidades patológicas, já que sua ação deletéria não se faz apenas com a pessoa acometida, mas também, indiretamente, sobre o cuidador e a família, com repercussões na sociedade (Papaléo Netto & Klein, 2007; Talmelli, Gratao, Kusumota, Rodrigues, 2010).

Segundo Ramos *et al.* (2009), existem vários tipos de demências: as primárias, que são decorrentes de atrofia cortical, sendo o exemplo mais comum a Doença de Alzheimer (de ora em diante D.A.); as vasculares, que decorrem de atrofia subcortical e com a informação de ataques isquêmicos com breve alteração da consciência; e as secundárias, que seriam decorrentes de outras doenças, dentre elas, hipotireoidismo, Aids, consumo excessivo de álcool, deficiência de vitamina B, sífilis. Neste estudo, preocupamo-nos especialmente com a tarefa do cuidador junto a pessoas acometidas pela D.A.

A causa da Alzheimer é desconhecida; sabe-se que os neurônios morrem pelo acúmulo de proteínas em formas que não são normalmente encontradas no cérebro, tanto dentro - a

proteína Tau; como fora dos neurônios - a proteína Beta-Amiloide. No início da doença, essa perda das células cerebrais não acontece de forma homogênea, ocorrendo principalmente nas áreas responsáveis pela memória e funções executivas, isto é, pelo planejamento e implementação de ações complexas (Serenik & Vital, 2008). Os primeiros sintomas são a perda da memória, e, depois com o avanço da doença, alterações na cognição como as de linguagem, julgamento e desorientações espaciais (Abreu; Forlenza & Barros, 2005).

A doença age no cérebro destruindo os neurônios: conforme ocorre a degeneração dos neurônios, mais sinapses são destruídas. A causa dessas mortes é geralmente relacionada a um acúmulo das proteínas Beta-Amiloide (Moraes, 2007).

O nome Alzheimer originou-se em 1901, em homenagem ao neurologista alemão Alois Alzheimer, que foi o primeiro a falar sobre a doença, destacando os sintomas provocados pela deterioração progressiva das funções cerebrais. As demências, popularmente conhecidas como "esclerose", constituem um grupo de doenças que afetam o cérebro, principalmente a área da memória e da linguagem, levando a um progressivo prejuízo dessas funções (Vilela; Caramelli, 2006; Papaléo Netto *et al.*, 2003).

A Doença de Alzheimer ocasiona múltiplas demandas e altos custos financeiros, fazendo com que represente um novo desafio para o poder público, instituições e profissionais de saúde, tanto em nível nacional, quanto em nível mundial (Caldeira & Ribeiro, 2005). Diante desse cenário, surge o papel do cuidador, que se depara com as dificuldades cotidianas de uma nova realidade. Esta exige a tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade, e que podem repercutir de forma negativa em suas vidas, sendo esse profissional merecedor, por isso, de atenção, orientação e preocupação dos profissionais e serviços de saúde (Luzardo; Gorini & Silva, 2006).

O acompanhamento de um idoso com D.A. produz desgastes de ordem emocional, física e psicológica para o cuidador e família, pelo fato de o tratamento ser longo e de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e evoluir para quadros de total dependência, exigindo cada vez mais a dedicação daqueles que com ele convivem (Inouye; Pedrazzani & Pavarini, 2010).

Os transtornos comportamentais, neuropsiquiátricos e emocionais são os grandes geradores de ônus e conflitos na família. Os estressores se acumulam e em muitos casos os familiares não dispõem de conhecimentos, apoio instrumental e afetivo para lidar com as mudanças associadas a D.A, comprometendo, conseqüentemente, a saúde física e mental dos cuidadores. A literatura indica que os cuidadores são majoritariamente do sexo feminino, de

idade mais avançada (muitas vezes também idosas), apresentam doenças crônicas e exercem o papel de cuidado grande parte do dia, sem descanso (Karsh, 2010).

O cuidador de idosos dependentes necessita da orientação de vários profissionais como médico, enfermeiro e outras modalidades de capacitação e supervisão contínuas, para que ele consiga uma eficácia melhor nas atividades. O investimento na educação e nas intervenções psicoeducacionais direcionadas a família também merecem destaque, uma vez que os papéis familiares costumam ser trocados em função da perda da autonomia que ocorre com a doença. Além disso, a família necessita se preparar para o luto do paciente em vida, e para questões relativas ao planejamento dos cuidados oferecidos (Qualls & Zarit, 2006).

Assim é que, em se tratando de um enfermeiro, este se apresenta como perfeitamente habilitado a integrar uma equipe multidisciplinar, contribuindo para o planejamento das ações no cuidado do idoso com D.A., no atendimento as suas necessidades cada vez mais exigentes (Luzardo *et al.*, 2006).

O cuidador é a pessoa que propriamente pode oferecer cuidados a fim de suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva da pessoa idosa, nas práticas de atividades de vida diária e de autocuidado. A tarefa do cuidar inclui ações que visam a auxiliar o idoso, no caso de impedimentos físicos ou mentais, a levá-lo a participar de atividades voltadas ao bem-estar ou melhora subjetiva e quanto às relações no campo social, no contato com os outros, extensivo ao próprio cuidador, inclusive no campo afetivo, amoroso.

Os cuidadores são caracterizados de várias formas, classificando-se de acordo com o vínculo cuidador-paciente, e se vínculo formal ou informal; ou seja, o fato de ser remunerado ou não; voluntário, leigo ou profissional, e, neste caso, se primário ou secundário. Primário é visto como aquele cuidador que tem a principal, total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio. Secundário é aquele que presta atividades complementares às do cuidado primário (Fernandes & Garcia, 2009).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), reconheceu e categorizou essa ocupação sob o código 5162-10, relativo a: cuidador de idosos e pessoas dependentes, acompanhante de idosos, cuidador de idosos domiciliar e institucional. Em complemento a essa ocupação, a Legislação explicita que, nessa ocupação, se enquadram as pessoas com dois anos de experiência em domicílios ou instituições públicas e privadas, necessitando de treinamento básico de formação profissional, junto ou após a formação mínima, que varia da quarta série do ensino fundamental até o ensino médio. CBO tornou-se a sigla de um documento que reconhece, nomeia e descreve as características das ocupações do MTE.

Para exercer com precisão seu papel, o cuidador tem de superar certos desafios. É o cuidador que fica grande parte do tempo ao lado do paciente, seja ele um amigo, familiar ou profissional contratado pela família, com dedicada atenção aos cuidados desse paciente nas áreas de higiene, alimentação, prevenção a complicações e acidentes, comunicação e administração de medicamentos (Bodachine, 2004, como citado em Lapola, Caxambu & Campos, 2008).

A busca por estratégias para minimizar a sobrecarga e manejar a situação de cuidado pode agregar os conhecimentos e a experiência do campo da Enfermagem como uma importante contribuição, no sentido de visualizar e operacionalizar novos modelos de cuidado na assistência à saúde dos idosos.

Dessa forma, conhecer o idoso com Alzheimer, a demanda de cuidados exigidos pela doença, e a sobrecarga do cuidador, dão uma ideia da dimensão dos problemas enfrentados no cotidiano diante de tal problemática que convoca o aprimoramento de conhecimentos para o planejamento de ações integrais em saúde. Ações que contemplem a multidimensionalidade dos aspectos gerontológicos, além da busca por soluções que visem a minimizar os efeitos danosos dessa neuropatologia.

Pelo fato de a incidência de doenças como a Alzheimer crescer proporcionalmente ao envelhecimento, também deverá aumentar proporcionalmente o número de pessoas que se tornem cuidadores voltados a essa modalidade de doença. Incide aí a preocupação, neste estudo, com a questão dos cuidadores; ressalve-se, porém, não apenas os cuidadores na sua relação com o doente, mas especialmente com os familiares, uma vez que se observa, na literatura, a carência de estudos nacionais desta ordem, os destinados à promoção de ações sociais e recursos acessíveis com foco nas relações entre cuidadores, família e idosos acometidos pela D.A.

Diante do exposto, verifica-se que a falta de um preparo mais eficiente dos cuidadores é uma realidade em nosso país; torna-se importante, a nosso ver, conhecer e definir, de forma adequada, o perfil dessas pessoas para a identificação de todas as variáveis envolvidas, o que pode auxiliar a equipe multiprofissional na capacitação futura de cuidadores que proporcionem, de fato, uma assistência ao idoso de melhor qualidade.

O objetivo deste estudo é, pois, mapear o perfil sociodemográfico e o tempo dispendido nas tarefas associadas aos cuidados, a partir de variáveis como: faixa etária; sexo; escolaridade; grau de parentesco com o idoso; tempo de cuidados ao portador de D.A.; se cuidador formal ou informal; suas atividades de vida diária; horas de cuidados com o idoso por dia; se recebe ajuda de familiares; conhecimentos e dúvidas sobre a doença; seus

sentimentos; alterações psicológicas e físicas desenvolvidas; agressões sofridas; informações sobre ações sociais; e recursos de políticas públicas.

## **Método**

Este é um estudo do tipo qualitativo-quantitativo, de caráter exploratório-descritivo, realizado em uma regional da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), situada em cidade do médio Vale do Paraíba.

A ABRAZ é uma entidade sem fins lucrativos que atua na área da educação em saúde, formada por familiares de portadores de Alzheimer e por profissionais da saúde e voluntários. Seu trabalho consiste em transmitir informações sobre diagnóstico e tratamento da doença e também orientar sobre os aspectos cotidianos do acompanhamento ao portador. O principal propósito da associação é ajudar as pessoas a entenderem e aceitarem melhor a doença, favorecendo, assim, o melhor encaminhamento para os pacientes e uma qualidade de vida mais digna tanto para o portador como para a família.

A população do estudo foram 58 cuidadores de idosos portadores de Alzheimer em todos os estágios da doença que aceitaram participar do estudo, atendendo aos critérios de inclusão, ligados à ABRAZ, que foram os seguintes: ser cuidador familiar ou não, com ou sem vínculo familiar, de ambos os sexos, remunerado ou não, leigo, se estivesse exercendo o papel de cuidador por no mínimo um mês, e ser o responsável direto pelos cuidados prestados ao idoso. Os critérios de exclusão foram: ser cuidador profissional; ou que tivesse formação profissional na área da saúde.

Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (sob n.º 77/2010), os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido, em seguida, aplicado um questionário contendo perguntas abertas e fechadas, elaboradas pelos autores desta pesquisa.

O instrumento de coleta de dados caracterizou-se por perguntas abertas e fechadas, relativamente a variáveis como: sexo, faixa etária, escolaridade, grau de parentesco com o idoso, tempo que os cuidadores prestam cuidados aos idosos, tempo de trabalho, atividades de vida diária, horas diárias de trabalho, se recebeu ajuda de outras pessoas, o conhecimento sobre a D.A., se recebeu orientações sobre o cuidado com o idoso, se apresenta dúvidas, a percepção sobre alterações psicológicas, alterações físicas no cuidador, agressões

psicológicas, conhecimento sobre ações sociais, recursos sociais e sugestões dos cuidadores para um melhor cuidado ao idoso.

Para o registro do relato dos participantes, tais dados foram agrupados em função da relevância da resposta. A seguir, foram analisados da forma percentual, o que se descreve a seguir.

## Resultados

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2011, pelas autoras do estudo, com 58 cuidadores. A faixa etária dos entrevistados foi de 18 a 76 anos, com a idade média de 29,2 ( $\pm$  16,7) anos.

Quanto ao sexo, 11 (18,96%) são do sexo masculino e 47(81%), do sexo feminino; quanto ao nível de escolaridade dos participantes, 33 (56,8%) dos cuidadores entrevistados no presente estudo apresentam ensino médio completo; 12 (20,6%), ensino superior; dois (3,4%), ensino médio incompleto; sete, ensino fundamental completo (12%); quatro (6%) têm ensino fundamental incompleto.

Para o grau de parentesco, houve predominância de 39 (67,24%) cuidadores entre familiares (pai, mãe, filho, neta) e os demais, sem vínculo familiar, com relação ao tempo que esses cuidadores prestam cuidados aos portadores de Alzheimer.

No presente trabalho, 33 (56,90%) dos entrevistados responderam ser cuidadores formais, remunerados, com ensino médio e 25 (43,10%), informais.

Nas atividades de vida diária do idoso, como a alimentação, o vestir e a higiene, 39 (67,24%) dos doentes são ditos como totalmente dependentes; dois (3,45%) necessitam de ajuda para vestir-se; sete (12,07%) necessitam de ajuda para a higiene; dois (3,45%) necessitam de ajuda para higiene e vestir; dois (3,45%) necessitam de ajuda na higiene e alimentação; e seis (10,34%) são totalmente independentes.

Quanto às horas diárias de cuidado ao idoso, o resultado desta investigação foi de quatro a vinte e quatro horas diárias; portanto, a média foi de 10,03 horas diárias de cuidado ao idoso.

Além da ajuda que um paciente com D.A. necessita do cuidador, perguntou-se, na presente pesquisa, se o cuidador recebe ajuda de outras pessoas, como apoio social e instrumental. Os resultados mostram que 42 (72,41%) dos entrevistados responderam que sim; e 16 (27,59%), que não.

Sobre o conhecimento a respeito da doença de Alzheimer, 40 (68,97%) dos entrevistados responderam que sim; os 18 (31,03%) restantes revelaram não ter conhecimento da doença, nem orientação sobre os cuidados específicos ao portador de Alzheimer.

Foi questionado se o cuidador recebeu orientações para cuidar das necessidades básicas do idoso: 33 (56,90%) disseram que sim e 25 (43,10%) disseram que não.

Na questão de dúvidas sobre os cuidados básicos (banho, alimentação e deambulação), 30 (51,72%) disseram que sim, tinham dúvidas e 28 (48,28%), que não tinham.

Quando perguntados sobre a percepção de alterações psicológicas (depressão e funções cognitivas) no cuidador, 38 (65,52%) entrevistados disseram sim; 20 (34,48%) disseram não.

Nas alterações físicas do cuidador, 35 (60,34%) dos entrevistados responderam que sim e 23 (39,66%) responderam que não. E no relato dessas alterações foi declarado: “dor nas costas”, “dores na coluna”, “cansaço”, “coordenação motora prejudicada”, “infarto”, “hérnia”, “dores nos braços”, “estresses”, “dor nas pernas”, “engordei”, “emagreci”, “dor na nuca”.

Sobre agressões psicológicas que os cuidadores tenham sofrido por parte do idoso-doente, 24 (41,38%) responderam que sim e 34 (58,62%) disseram não. No relato dessas agressões foram declarados: “insultos verbais”, “palavrões”, “humilhações verbais”, “besteiras e palavrões”, “insultos”, “palavras de baixo calão”.

Foi questionado se o cuidador e a família conhecem ações sociais de ajuda e suporte voltadas ao idoso e ao cuidador: 45 (77,59%) disseram sim; e 13 (22,41%) disseram não.

Foi questionado também, na presente pesquisa, se o cuidador acha que faltam recursos sociais para a família e o cuidador: destes 51 entrevistados (87,93%) disseram sim; e apenas sete (12,07%) disseram não.

Algumas sugestões dos cuidadores para o melhor cuidado ao idoso com a D.A. foram: *“uma entidade para orientar as famílias e apoio social. ”É muito difícil para a família que não tem condições financeiras para cuidar do doente; os remédios são caros e leva tempo para conseguir nos postos de saúde, isso quando têm”;* *“palestras sobre a doença e os cuidados ao idoso e informações sobre ajuda psicológica ao idoso”;* *“é importante a família ter conhecimento sobre essa doença para entender e poder ajudar mais o cuidador”;* *“esclarecer sobre o SUS em relação ao remédio”;* *“apoio psicológico para a família, ao idoso e orientação sobre a doença, ao cuidador, de forma bem clara pelos profissionais da saúde”;* *“ter mais atendimento médico e se possível domiciliar”;* *“a divulgação de que existem entidades de apoio, criação de mais entidades de apoio”;* *“atendimento médico em casa, para melhor esclarecimento”;* *“mais atendimento médico no SUS e mais fácil acesso*

*aos medicamentos”; “suporte psicológico e suporte social”; “poderia existir ajuda financeira, psicológica e ter mais facilidade a recursos para o idoso e as outras pessoas com essa doença e ajuda psicológica para o cuidador”.*

## **Discussões**

A faixa etária dos entrevistados, neste estudo foi de 18 a 76 anos, com a idade média de 29,2 ( $\pm$  16,7) anos. Para variáveis numéricas constantes no estudo de Shiguemoto (2010), os sujeitos apresentam idade média de 57,3 anos. Segundo Cruz e Handan (2008), a idade média dos cuidadores de idosos demenciados foi de 50 e 65 anos, sendo 33% com idade acima de 60 anos.

No estudo de Lapola *et al.* (2008), a faixa etária predominante na amostra de cuidadores foi de 41 a 60 anos (65%) dos entrevistados, semelhante ao estudo de Garrido e Menezes (2004) no que se refere à idade média dos cuidadores: aproximadamente 50 anos. Bini; Rosa; Berlezi; Rosa *et al.*, 2006) ressaltaram como um fator importante: o de o cuidador pertencer à mesma faixa etária do doente, ao mostrarem um quadro de idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes.

Quanto ao sexo dos idosos entrevistados, houve predominância do sexo feminino. Esse aspecto é coincidente em vários estudos: em Shiguemoto (2010), a maioria de seus cuidadores é do gênero feminino (80,1%). Idem no estudo italiano de Paula, Roque e Araújo (2008), em que 80% a 90% dos cuidadores de idoso doente são do sexo feminino. Da mesma forma, no estudo de Lapola *et al.* (2008), o sexo predominante da pesquisa é o feminino (90,0%).

Em relação ao nível de escolaridade dos participantes, 33 (56,8%) dos cuidadores entrevistados no presente estudo apresentam ensino médio completo, quanto ao grau de parentesco, houve predominância de 39 (67,24%) cuidadores entre familiares (pai, mãe, filho, neta) e os demais, sem vínculo familiar.

Alguns autores (Martins; Albuquerque; Nascimento; Barra; Souza & Pacheco, 2007); Luzardo *et al.*, 2006) afirmam que a sobrevivência da família, na tarefa de cuidar e ter a autoridade moral, segue normas culturais; ou seja, é do homem a autoridade, e da mulher é esperado o cuidado com os filhos, com o idoso, a organização da vida familiar e tudo que se relaciona com a casa.

Segundo Cruz e Hamdan (2008) os cuidadores do sexo feminino sofrem um impacto maior devido à atribuição de tarefas outras que ao cuidador do sexo masculino. Vários pesquisadores evidenciam que, em sua maioria, os cuidadores são do sexo feminino, especialmente esposas e filhas do paciente (Burns, Nichols, Adams, Graney & Lummus, 2003; Dunkin & Hanley, 1998; Garrido & Almeida, 1999; Garrido & Menezes, 2004; Haley, 1997; Hinrichsen & Niederehe, 1994; Karsch, 2003; Mohide, 1993; Taub, Andreoli & Bertolucci, 2004, como citado em Cruz & Hamdan, 2008). Essa constatação reflete um padrão cultural em que o papel de cuidador ainda é visto como uma função feminina (Goldfarb & Lopes, 1996; Karsch, 2003).

Dessa forma, no momento em que ocorrem alterações nas condições de vida de um dos integrantes da família, este passa a ser co-responsável, principalmente no caso de adoecimento da pessoa idosa. Os familiares são justamente os primeiros a reconhecer as necessidades manifestas por um de seus membros e, comumente, passam a oferecer os cuidados essenciais no caso de idosos que se tornam dependentes (Rocha; Vieira & Sena, 2008).

Com relação ao tempo que os cuidadores prestam cuidados aos portadores de Alzheimer, um estudo, o de Lapola *et al.*, (2008), mostrou que 60,0% dos pesquisados prestam cuidados de 2 a 6 anos aproximadamente. Na presente pesquisa, porém, quando questionado o tempo em que o cuidador se dedicava ao portador da D.A., a resposta esteve entre um mês e vinte anos; portanto, a média em meses é de 55,1 meses relativa a essa prestação de serviços.

Um estudo semelhante, realizado em São Paulo por Garrido e Menezes (2004), mostrou um aspecto que interessou muito a esta pesquisa: a associação do tempo de cuidado e nível de impacto em termos de sérios efeitos físicos e psicológicos ao próprio cuidador. Townsend *et al.* (1989, como citado em Garrido & Menezes, 2004: 45), afirmam que uma explicação para tal pesado impacto seria a hipótese do desgaste, ou seja, quando a exposição prolongada ao estresse do trabalho afeta o bem-estar do cuidador, desgastando-lhe os recursos físicos e psicológicos. De acordo com o que hipotetizam os autores, o bem-estar declinaria linearmente ao longo do tempo com a exposição contínua a uma situação estressante.

No presente trabalho, 33 (56,90%) dos entrevistados responderam ser cuidadores formais, remunerados, com ensino médio e 25 (43,10%), informais, seguindo-se Mendes, Miranda e Borges (2010), que qualificam desta forma os cuidadores: é considerado informal um membro próximo à família sem nenhum tipo de formação profissional ou preparação e sem remuneração; já o cuidador formal é aquele que tem vínculos empregatícios, sendo um profissional de saúde responsável pelas ações de cuidado.

Nas atividades de vida diária do idoso, como a alimentação, o vestir e a higiene, 39 (67,24%) dos doentes são ditos como totalmente dependentes; dois (3,45%) necessitam de ajuda para vestir-se; sete (12,07%) necessitam de ajuda para a higiene; dois (3,45%) necessitam de ajuda para higiene e vestir; dois (3,45%) necessitam de ajuda na higiene e alimentação; e seis (10,34%) são totalmente independentes.

Os idosos são avaliados em seu grau de dependência para as atividades básicas da vida diária, a partir da utilização de uma escala usada na prática geriátrica (incluindo banho, higiene pessoal, vestimenta, continência, transferência, e alimentação), sendo essa escala considerada um instrumento eficiente na avaliação das atividades executadas pelo idoso (Luzardo *et al.*, 2006).

Ao lidar com a higienização, com medicamentos e vestimentas da pessoa idosa, de forma ininterrupta e de grande responsabilidade, todo o cuidador sente-se desgastado em suas forças, físicas ou mentais. Caso se trate de idosos demenciais, tal acontece ao cuidador até mesmo se ele realizar as tarefas por pouco tempo. Cuidar de um idoso com D.A. exige do cuidador dedicação exclusiva, deixando ele de participar de quaisquer outras atividades em sua vida cotidiana; se não amparado e auxiliado por serviços formais, esse cuidador torna-se recluso e dependente do idoso. Existem casos, por exemplo, em que o cuidador familiar pode até abandonar o emprego externo, deixar de ter uma vida social, o que o leva, na maior parte das vezes, ao isolamento e à depressão (Luzardo *et al.*, 2006).

Quanto às horas diárias de cuidado ao idoso, o resultado desta investigação foi de quatro a vinte e quatro horas diárias; portanto, a média foi de 10,03 horas diárias de cuidado ao idoso.

A necessidade de cuidados ininterruptos, o difícil manejo das manifestações psiquiátricas e comportamentais, somadas às vivências dos laços emocionais, tanto positivos como negativos experienciados no convívio anterior à instalação da doença, tudo isso produz desgaste físico, mental e emocional ao cuidador (Luzardo *et al.*, 2006).

O cuidador desempenha um papel essencial na vida diária dos pacientes com D.A., envolvendo-se em praticamente todos os aspectos do cuidado e assumindo responsabilidades adicionais de maneira crescente (Engelhardt; Dourado & Lacks, 2005). À medida que a demência vai progredindo, o cuidador, além de se envolver em atividades instrumentais da vida diária, como administrar finanças e medicamentos, aumenta suas responsabilidades em atividades diárias básicas, como tarefas de cuidado pessoal de higiene, banho e alimentação (Haley, 1997). Em média, os cuidadores despendem 60 horas por semana em responsabilidades de cuidador (Haley, 1997; Mohide, 1993). O cuidador, geralmente aquele

destinado a essa tarefa dentro do círculo familiar, muitas vezes, tem essa tarefa assumida de maneira inesperada, sendo ele conduzido a uma sobrecarga emocional (Taub, Andreoli & Bertolcci 2004; Cruz & Handan, 2008).

Além da ajuda que um paciente com D.A. necessita do cuidador, perguntou-se, na presente pesquisa, se o cuidador recebe ajuda de outras pessoas, como apoio social e instrumental. Os resultados mostram que 42 (72,41%) dos entrevistados responderam que sim; e 16 (27,59%), que não.

Estudos evidenciaram que o cuidador, ao assumir sozinho o cuidado do idoso no domicílio, manifesta frequentemente desconforto e sentimento de solidão, ao não contar com o 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 necessidade de suavizar os efeitos provocados pela carga de tarefas (Luzardo *et al.*, 2006).

Verificou-se que é fundamental que o cuidador receba apoio de pessoas da família do doente de Alzheimer; mesmo que isso ocorra em momentos de visita, pois a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do cuidador e o consequente sentimento de sobrecarga trazido pelos efeitos psicossociais da doença com que lida (Luzardo *et al.*, 2006).

Sobre o conhecimento a respeito da doença de Alzheimer, 40 (68,97%) dos entrevistados responderam que sim; os 18 (31,03%) restantes revelaram não ter conhecimento da doença, nem orientação sobre os cuidados específicos ao portador de Alzheimer.

Nos estudos de Lapola *et al.* (2008), 85% dos entrevistados admitiram ter algum conhecimento sobre a doença, informações estas adquiridas durante as consultas médicas, através de pesquisas em materiais informativos ou internet. Vilela e Caramelli (2006) fizeram um estudo semelhante, com 40 cuidadores na capital paulistana, sobre a abordagem do conhecimento e obtiveram a afirmação de um bom conhecimento sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença por parte desses cuidadores.

Foi questionado se o cuidador recebeu orientações para cuidar das necessidades básicas do idoso, 33 (56,90%) disseram que sim e 25 (43,10%) disseram que não.

Quanto ao conhecimento do cuidador em relação à D.A., os resultados indicam que 85% dos entrevistados mencionaram ter algum conhecimento sobre a doença, sendo possível daí inferir que a maior parte dos cuidadores tenham conhecimento básico sobre a D.A. Esses esclarecimentos são fornecidos aos cuidadores durante as consultas médicas e também por meio de materiais informativos impressos, além do crescente uso da internet com essa finalidade. Em estudo semelhante com 40 cuidadores, realizado em São Paulo, por Vilela e

Caramelli (2006), foram abordadas questões relacionadas ao conhecimento sobre a D.A., por parte de cuidadores-familiares, que afirmaram que dispunham de bons conhecimentos sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença.

Na questão de dúvidas sobre os cuidados básicos (banho, alimentação e deambulação), 30 (51,72%) disseram que sim e 28 (48,28%), que não tinham dúvidas.

Quando perguntados sobre a percepção de alterações psicológicas (depressão e funções cognitivas) no cuidador, 38 (65,52%) entrevistados disseram sim; 20 (34,48%), disseram não.

Nos estudos de Cruz e Handam (2008), o impacto sofrido pelos cuidadores pode ser observado também pela utilização por eles de serviços de saúde, já que cuidadores de pacientes com D.A. consultam 46% mais médicos e utilizam mais medicamentos psicotrópicos - como antidepressivos e antipsicóticos - do que cuidadores de pacientes-idosos que não têm D.A. Garrido e Almeida (1999) demonstraram que os cuidadores apresentam uma piora na saúde física (Garrido & Almeida, 1999, como citado em Cruz & Hamdan, 2008; Grafstrom; Fratiglioni; Sandman & Winblad, 1992; Haley, 1997, como citado em Cruz & Hamdan, 2008). Pesquisas demonstram que os cuidadores apresentam uma piora na saúde física (Garrido & Menezes, 2004), um prejuízo no sistema imunológico, que pode persistir até quatro anos após o falecimento do paciente (Haley, 1997, como citado em Cruz & Hamdan, 2008).

Os estudos de Luzardo *et al.* (2006) evidenciaram que o cuidador, ao assumir sozinho o cuidado do idoso no domicílio, manifesta frequentemente 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. Em decorrência do impacto, até 60% dos cuidadores podem manifestar sintomas físicos e psicológicos.

Nas alterações físicas do cuidador, 35 (60,34%) dos entrevistados responderam que sim, e 23 (39,66%) responderam que não. E no relato dessas alterações foram declarados aspectos como: “dor nas costas”, “dores na coluna”, “cansaço”, “coordenação motora prejudicada”, “infarto”, “hérnia”, “dores nos braços”, “estresses”, “dor nas pernas”, “engordei”, “emagreci”, “dor na nuca”.

Sobre agressões psicológicas que os cuidadores tenham sofrido por parte do idoso-doente, 24 (41,38%) responderam que sim, e 34 (58,62%) disseram não. No relato dessas agressões foram declarados: “insultos verbais”, “palavrões”, “humilhações verbais”, “besteiras e palavrões”, “insultos”, “palavras de baixo calão”.

Caldeira e Ribeiro (2005), em seus estudos, obtiveram relatos importantes também quando foi questionado se o cuidador sentia-se bem psicologicamente diante da situação que vivenciava. Dos 50% dos cuidadores que responderam negativamente, estes referem: “Me sinto ‘amarrada’”, “Já pensei em me matar e matá-la também para acabar com nosso sofrimento”, “Choro muito, não tenho apoio da família”, “Sei que posso ficar assim também e tenho medo”, “Tenho medo que ele não reconheça mais os filhos”, “Tenho medo de ela fazer coisas absurdas, tirar a roupa em público por exemplo”, “Tive experiência parecida na família”, “Cansaço”, “Saber que agora só vai piorar”, “Medo de que ele fique acamado com sondas” e “Medo de que eu tenha que me dedicar o tempo todo a ele”.

Foi questionado se o cuidador e a família conhecem ações sociais de ajuda e suporte voltadas ao idoso e ao cuidador: 45 (77,59%) disseram sim, e 13 (22,41%) disseram não.

Cuidadores que têm um suporte social, ou seja, que se engajam em atividades na comunidade, participam de grupos de apoio, e adaptam-se melhor à função de cuidador, apresentam um menor impacto negativo (Cerqueira & Oliveira, 2002; Dunkin & Hanley, 1998; Garrido & Almeida, 1999; Haley, 1997) e níveis mais baixos de depressão, e maiores de satisfação (Haley, 1997), do que cuidadores que têm pouca disponibilidade de suporte social (Dunkin & Hanley, 1998; Garrido & Almeida, 1999; Haley, 1997). Tanto nos Estados Unidos como na Europa, há investimentos em políticas públicas, a fim de construir e manter redes de suporte a idosos e a cuidadores. Um exemplo disso é a rede de suporte a cuidadores que se define como *community care*, cujo objetivo é manter o idoso em casa, oferecendo suporte para a família e para o cuidador, trazendo, por exemplo, um profissional para alternar os cuidados com o cuidador (Karsch, 2003).

Foi questionado também, na presente pesquisa, se o cuidador acha que faltam recursos sociais para a família e o cuidador: destes 51 entrevistados (87,93%) disseram sim; e apenas sete (12,07%) disseram não.

Segundo Cruz e Hamdan (2008), os grupos de apoio se caracterizam por um espaço de troca de informações entre cuidadores (Haley, 1997, como citado em Cruz & Hamdan, 2008), e seus benefícios incluem educação e suporte social (Dunkin & Hanley, 1998, como citado em Cruz & Hamdan, 2008). Há também um efeito terapêutico resultante da identificação entre as pessoas que compartilham de um mesmo problema. Os participantes do grupo levam apoio e esclarecimentos sobre a doença (Goldfarb & Lopes, 1996). Alguns estudos com grupos-controle relataram redução de sintomas psiquiátricos no cuidador; porém, não observaram redução no impacto de várias ordens em suas vidas. Os grupos de apoio são indicados para

cuidadores que apresentam um baixo nível desse impacto, não sendo apropriados como único recurso a cuidadores com alto nível de impacto (Dunkin & Hanley, 1998).

A terapia familiar é indicada para famílias com questões mal-resolvidas que interferem no cuidado do paciente; entretanto, ainda não existem estudos sistematizados que comprovem a sua eficácia (Dunkin & Hanley, 1998).

A terapia individual é indicada para cuidadores com psicopatologia, com um alto nível de impacto (Dunkin & Hanley, 1998), e quando a relação pré-mórbida paciente-cuidador é insatisfatória (Goldfarb & Lopes, 1996). Essas intervenções, segundo estudos controlados, apresentam melhores resultados sobre o impacto e a depressão do cuidador do que intervenções grupais (Dunkin & Hanley, 1998).

## **Conclusão**

Neste trabalho, em que se tenta definir um perfil dos cuidadores de idosos com D.A., foi possível concluir que este são, na sua maioria, pessoas do sexo feminino, apresentando um nível socioeconômico característico da classe B e C; e co-residem com os idosos. A feminilização do cuidador parece se manter também neste caso.

A diferença que se pôde observar, no caso dos cuidadores entrevistados, foi que estes se mostram excessivamente vitimados pela excessiva carga de trabalho, isso ratificado pela afirmação, por parte deles próprios, de que, após assumirem esse papel de cuidadores de idosos com D.A., deixaram de ter vida própria e social, sem mesmo tempo ou disposição para se cuidar, de se distrair, com o cansaço sempre presente; pior ainda, muitos entendem atuar como um receptáculo dos sofrimentos do idoso-doente. Emergiram sintomas de depressão, ansiedade, dores musculares, cefaleias constantes, insônia, além de os cuidadores manifestarem estar acometidos de doenças crônicas, devido à ausência de apoio para enfrentar a sobrecarga física e mental do trabalho diário.

O estudo veio comprovar que os impactos e desafios do cuidador do idoso com D.A. são muitos e complexos e que o primeiro acaba vivendo em função do outro, esquecendo-se de si próprio, não tendo nem mesmo forças para resistir a (ou mudar) esse estado instalado de coisas, na verdade sentindo-se em um desamparo total.

Conferir aos problemas desse cuidador seu devido peso, vendo-o como um sujeito, tal qual o paciente, é um primeiro passo para uma mudança relevante e benéfica a favor do cuidador. Ela será mais bem sucedida se forem incrementadas ações e orientações, por parte

dos profissionais da saúde, considerando que, no processo de cuidar com qualidade dos idosos com a D.A., não é aceitável a negligência do cuidador com a própria saúde física e mental. Cuidadores sem conhecimento adequado da problemática em que estão envolvidos, ou desamparados em suas dúvidas a respeito, e ainda vitimados por decorrências orgânicas, culturais e subjetivas e, acima de tudo, sem ações sociais de ajuda e suporte, não têm mesmo como prestar uma assistência de qualidade ao idoso comprometido com a D.A.

Consideramos importante apresentar neste trabalho algumas vias possíveis, a fim de diminuir a carga desses cuidadores e a torná-los menos desamparados, tais como: a participação em grupos de apoio para troca de informações em ONGs ou associações orientadas por profissionais da área da saúde, dentre outros, enfermeiros, psicólogos, médicos; maiores esclarecimentos sobre a doença, através da mídia, folhetos informativos, em linguagem acessível aos cuidadores e familiares; participação em palestras, cursos intensivos de curta duração; o providencial e fundamentável envolvimento da família do doente; programas de prevenção e rastreamento em idosos da comunidade; implantação de centros-dia; criação de ambulatórios psicogeriátricos; programas de psicoeducação para a família e de programas domiciliares de apoio ao cuidador, revezando com ele nos cuidados.

Espera-se também que sejam realizadas pesquisas mais específicas sobre esse tema, inclusive despertando novas questões e apresentando propostas outras de condução dos problemas, mas não dissociando os fatores orgânicos, dos emocionais, e dos subjetivos, por todos os que consideram significativo melhorar a qualidade de vida dos cuidadores junto a seus idosos acometidos pela D.A.

## Referências

- Abreu, I.D.; Forlenza, O.V. & Barros, H.L. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. Psiquiatria clínica*, 32(3). São Paulo (SP).
- Bini, R.; Rosa, P.V.; Berlezi, E.M.; Rosa, L.H.T. et al. (2006). *A intervenção fisioterapêutica aos cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer*. Recuperado em 01 abril, 2011, de: <http://www.bireme.br>.
- Bodachine, L. (2004). *Manual de orientações para familiares e cuidadores*. Curitiba (PR): Novartis.
- Burns, R.; Nichols, L.O.; Martindale-Adams, J.; Graney, M.J. & Lummus, A. (2003). Primary Care interventions for Dementia Caregivers: 2-Year Outcomes from the REACH Study. *The Gerontologist*, 43(4): 547-55. Recuperado em 01 abril, 2012, de: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/43/4/547.abstract>

- Caldeira, A.P.S. & Ribeiro, R.C.H.M. (2005, abr.-jun.). O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq. Ciência Saúde*.
- Cerqueira A.T.A.R. & Oliveira, N.I.L. (2002). Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1): 133-50.
- Cruz, M.N. & Hamdan, A.C.O. (2008, abr.-jun.). Impacto da Doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13(2): 223-9. Maringá (PR).
- Dunkin, J.J. & Hanley, C.A. (1998). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(Supl. 1): 53.
- Engelhardt, E.; Dourado, M. & Lacks, J. (2005). A doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Rev. Brasileira de Neurologia*, 14(2): 5-11.
- Fernandes, M.G.M. & Garcia, T.R. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Brasileira Enfermagem*.
- Garrido, R. & Menezes, P.R. (2004, dez.). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, 38(6). São Paulo (SP).
- Goldfarb, D.C. & Lopes, R.G.C. (1996). A família frente à situação de Alzheimer. *Gerontologia*, 4(1): 33-7.
- Grafstrom, M.; Fratiglioni, L.; Sandman, P.O. & Winblad, B. (1992). Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: A population study. *Journal Clinical of Epidemiology*, 45(8): 861-70.
- Haley, W. (1997). The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48(5): 25-9.
- Hinrichsen, G.A. & Niederehe, G. (1994). Dementia management strategies and adjustment of family members of older patients. *Gerontologist*, 34: 95-102.
- Inouye, K.; Pedrazzani, E.S. & Pavarini, S.C.I. (2010). Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cad. Saúde Publica*, 26(5). Rio de Janeiro.
- Karsch, U.M. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, 19(3).
- Lapola, N.; Caxambu, V.E.F. & Campos, O. (2008). Perfil dos cuidadores de portadores da doença de Alzheimer em uma UBS referência. *Boletim de Enfermagem*, 1, ano 2: 28-40.
- Leite, B.F.T.; Salvador, D.H.Y. & Araújo, C.L.O. (2009). Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(1): 247-56. São Paulo: FACHS/NEPE/PEPGG.
- Luzardo, A.R.; Gorini, M.I.P.C. & Silva, A.P.S. (2006). Características de idosos com Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 15(4). Florianópolis (SC).
- Martins, J.J.; Albuquerque, G.L.; Nascimento, E.R.P.; Barra, D.C.C.; Souza, W.G.A. & Pacheco, W.N.S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas sem domicílio. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 16(2). Florianópolis (SC).
- Mendes, G.D.; Miranda, S.M. & Borges, M.M.M.C. (2010). Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada*, 3(1): 408-21. Ipatinga (MG).
- Ministério do Trabalho e Emprego (TEM). *Lista de classificação Brasileira de Ocupações*. Recuperado em 01 abril, 2012, de: <http://mte.gov.br>.

- Mohide, E.A. (1993). Informal care of community-dwelling patients with Alzheimer's disease: Focus on the family caregiver. *Neurology*, 43(Supl. 4): 16-9.
- Montano, M.B.M.M. & Ramos, L.R. (2005, dez.). Validado da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev. Saúde Pública*, 39(6). São Paulo (SP).
- Moraes, L.B. (2007). *Doença de Alzheimer*. Recuperado em 01 abril, 2011, de: <http://fisioweb.com.br>.
- Paula, J.A.; Roque, F.P. & Araújo, F.S. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *J. Bras. Psiquiatria*, 57(4): 283-7.
- Papaléo Neto, M. & Klein, E.L. (2007). Demência I: Epidemiologia, tipos e manifestações clínicas. In: Papaléo Netto, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*: 323-38. São Paulo: Atheneu.
- Qualls S. H., Zarit S. H. (2006). Aging families and caregiving: *A clinician's guide to research, practice, and technology* (pp. 155-188). Hoboken, NJ: Wiley.
- Ramos, A.M.; Stein, A.T.; Castro Filho, E.D.; Chaves, M.L.F.; Okamoto, I.; Nitrini, R.; Cohen, C.A.; Feightner, J.W.; Feldman, H. *et al.* (2009, 08 julho). Demência do idoso: diagnóstico na atenção primária à saúde. Projeto Diretrizes. *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*.
- Rocha, M.P.E.; Vieira, M.A. & Sena, R.R. (2008, nov.-dez.). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6): 801-8. Brasília (DF).
- Santana, R.F.; Figueiredo, N.M.A.; Ferreira, M.A. & Alvim, N.A.T. (2008, abr.-jun.). A formação da mensagem na comunicação entre cuidadores e idosos com demência. *Texto e contexto-enfermagem*, 17(2). Florianópolis (SC).
- Serenik, A. & Vital, M.A.B.F. (2008). *Rev. Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(n.1 supl 0). Porto Alegre (RS).
- Shiguemoto, G.O.B. (2010). *Doença de Alzheimer e cuidador familiar principal: estudo da clientela do programa do medicamento de dispensação excepcional do município de São Carlos*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.
- Talmelli, L.F.S.; Gratao, A.C.M.; Kusumota, L. & Rodrigues, R.A.P. (2010). Nível de Independência Funcional e Déficit Cognitivo em Idosos com Doença de Alzheimer. *Rev. Esc. Enferm.*, 44(4): 933-9. USP-SP.
- Taub, A.; Andreoli, S.B. & Bertolucci, P.H. (2004). Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2): 372-6.
- Vilela, L.P. & Caramelli, P. (2006). A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 52(3): 148-52.

Recebido em 20/12/2011

Aceito em 27/02/2012

**Claudia Lysia Oliveira de Araújo** – Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Mestre em Enfermagem-Faculdades de Ciências Médicas/Unicamp. Doutoranda em Enfermagem na Saúde do Adulto, da Escola de Enfermagem da USP. Professora Titular, das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila, Lorena (SP).

E-mail: claudia-lysia@ig.com.br

**Janaina França Oliveira** – Graduanda das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP).

E-mail: oliver\_janna@yahoo.com.br

**Janine Maria Pereira** – Graduanda das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila. Lorena (SP).

E-mail: janinemaria@terra.com.br